

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Trabajo Social



**“INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIOFAMILIARES EN EL EMBARAZO
ADOLESCENTE. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA - 2018”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Arotaype Tineo, Yolanda

Guillén López, Eloísa Asunta

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Trabajo Social

Asesor:

Ortega Paredes, Gianni Carol

**AREQUIPA-PERÚ
2018**

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : DIRECTOR DE E.P. DE TRABAJO SOCIAL

DE : MGTER. GIANNY CAROL ORTEGA PAREDES

ASUNTO: DICTAMEN DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS PRESENTADO POR LAS BACHILLERES AROTAYPE TINEO, YOLANDA Y GUILLÉN LÓPEZ, ELOÍSA ASUNTA EXP. 20180000048867

FECHA: 14 de Noviembre 2018

Visto el documento de borrador de Tesis **“INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIO FAMILIARES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE, HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2018”** presentado por las Bachilleres AROTAYPE TINEO, YOLANDA Y GUILLÉN LÓPEZ, ELOÍSA ASUNTA, El jurado dictaminador cumple con informar a Ud. el siguiente dictamen:

La tesis consta de: Caratula, Dedicatoria, Agradecimiento, Introducción, Resumen, Abstract, Índice, III capítulos, Conclusiones, Sugerencias, Bibliografía y Anexos.

DICTAMEN

El Jurado Dictaminador luego de la revisión de la Tesis ha verificado que la Srta. Bachiller ha levantado las observaciones registradas en el Pre dictamen en gran parte, 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.

Atentamente.



Gianni Ortega Paredes
Trabajador Social
GTSP. 9107

*El presente trabajo de tesis está
dedicado a:*

*A mis a mis hijos, Liam y Luana,
que son mi gran motor y motivo
para poder alcanzar mi sueño
realizado*

*A mis padres Muchas gracias por
su apoyo y por ser grandes
protagonistas de este sueño
alcanzado.*

*A mi Dios, Divino Niño Jesús por
fortalecerme y siempre estar a mi
lado, levantándome de tropiezos y
llenándome de mucha fe y
esperanza*

Yolanda Arotaype tinea

Dedico este trabajo de tesis a:

*A mi hija Lyannita, por ser la luz,
mi motivo de ser, la fuerza y el
gran amor de mi vida.*

*A mis padres por el ejemplo de
superación constante y apoyo
incondicional.*

*A mis hermanas, por estar
siempre mi lado apoyándome.*

*A Toni por su soporte,
comprensión y motivación
constante*

*A mamá Celia y papá Sabino, por
su gran amor y cariño, siempre
están conmigo*

Eloisa Guillén López

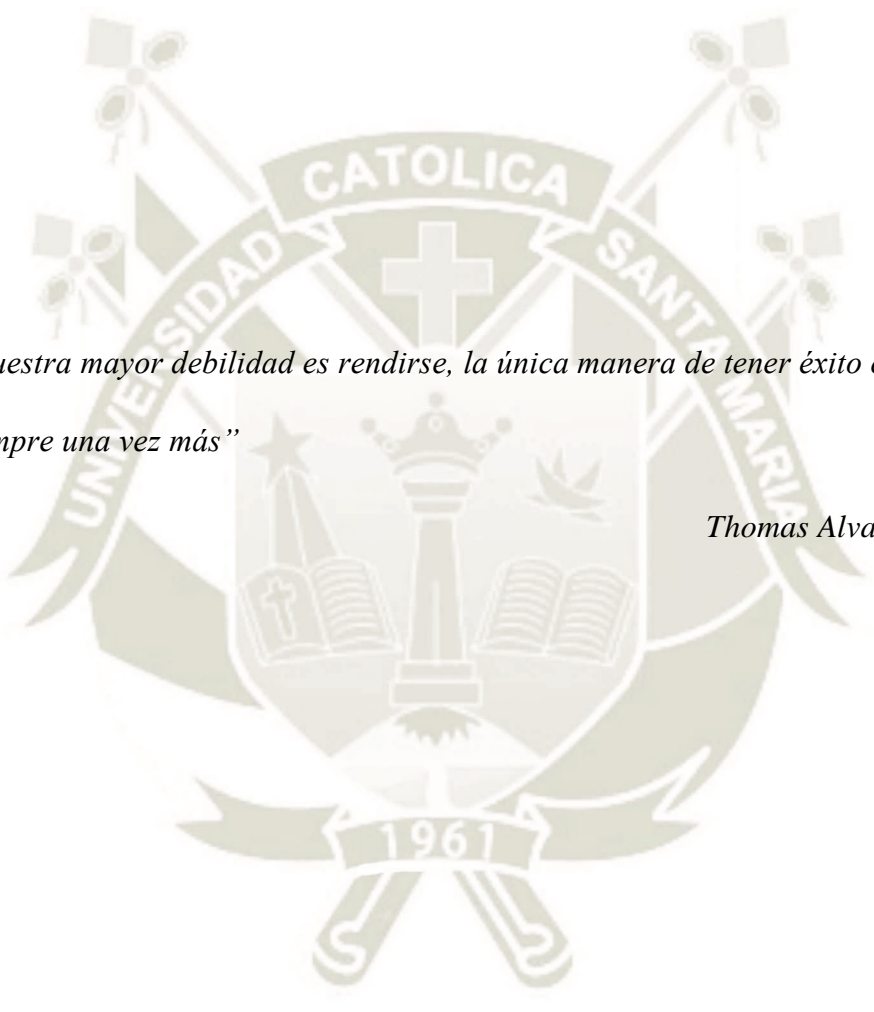
Nuestro especial agradecimiento:

A Dios por todas sus bendiciones, por permitirnos lograr cumplir esta meta

A nuestros padres y hermanas, por su ejemplo de superación y su apoyo constante para crecer como personas de bien y como profesionales, por su apoyo incondicional.

A nuestras profesoras Dra. Victoria Paredes Castillo y a Dra. Asunción Losno Barrios, la fuente de inspiración como profesionales de Trabajo Social, por su apoyo y motivación para lograr este reto.

A la plana docente de la Escuela Profesional de Trabajo Social, por sus enseñanzas.



“Nuestra mayor debilidad es rendirse, la única manera de tener éxito es intentarlo siempre una vez más”

Thomas Alva Edison

Resumen

Objetivo: analizar los factores sociofamiliares que inciden en el embarazo adolescente del Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. **Materiales y Métodos:** se desarrolló un estudio descriptivo y correlacional; se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario aplicado a las adolescentes gestantes. **Resultados:** se halló que existe inadecuadas relaciones familiares (60.4%) que a su vez generan conflictos familiares, conllevando a que las adolescentes tengan limitada comunicación con sus padres exponiéndose a factores de riesgo que concluyen en un embarazo precoz; este aspecto poco asumido por los padres de familia en la sociedad contemporánea donde los adolescentes necesitan de habilidades sociales para la realización personal como parte de su desarrollo biopsicosocial alcanzando una vida plena con bienestar y calidad. **Conclusión:** los diversos factores sociofamiliares identificados (inadecuadas relaciones familiares, conflictos familiares, limitada comunicación, deficiente educación sexual) inciden en el embarazado adolescente.

Palabras Claves: Embarazo en adolescentes, factores sociofamiliares, trabajo social.

Abstract

Objective: to analyze the socio-familial factors that affect adolescent pregnancy in Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza of Arequipa. **Materials and Methods:** a descriptive and correlational study was developed; the interview technique was used and as an instrument the questionnaire applied to pregnant adolescents. **Results:** it was found that there are inadequate family relationships (60.4%) that in turn generate family conflicts, leading to adolescents having limited communication with their parents, exposing themselves to risk factors that end in early pregnancy; this aspect little assumed by parents in contemporary society where adolescents need social skills for personal fulfillment as part of their biopsychosocial development reaching a full life with wellbeing and quality. **Conclusion:** the various socio-familial factors identified (inadequate family relationships, family conflicts, limited communication, deficient sexual education) affect the adolescent pregnant woman.

Key words: Pregnancy in adolescents, social and family factors, s

Introducción

El desarrollo del ser humano atraviesa diversas etapas, cada una de estas etapas del ciclo de vida tiene características específicas, así en la adolescencia se percibe evoluciones que se caracterizan por cambios biopsicosociales. En lo referente a lo biológico la característica que desde el campo social se debe abordar es el despertar sexual, así como el manejo adecuado de las emociones en el campo familiar y social; las adolescentes en esta etapa aún no alcanzan los niveles de madurez tanto físico como psicológico para la toma de decisiones respecto a sus necesidades básicas dentro de ellas el “despertar sexual”, siendo necesario la prevención para brindar la orientación adecuada a las adolescentes para que puedan asumir con responsabilidad esta nueva etapa de su vida.

En el Perú, “5 de cada 100 nacidos vivos fueron de madres que tenían entre 12 y 17 años y 13 de cada 100 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años” (INEI, 2017). “Las mujeres adolescentes de 12 a 19 años constituyen 2 millones 279, que equivalen al 14,5% de la población de mujeres; los resultados del período 2014/2015 señalan que el porcentaje del total de adolescentes alguna vez embarazadas llega al 13,6%, representando más de 193 mil adolescentes, de las cuales, el 10,6% ya eran madres y el 2,9% se encontraban gestando por primera vez; en Arequipa tenemos el 7.5 % de adolescentes de 15 a 19 años que alguna vez estuvieron embarazadas” (INEI, 2016). Cabe resaltar que a partir de la intervención del profesional de Trabajo Social como parte de un equipo interdisciplinar contribuye con un enfoque integral de promoción y prevención, facilitando procesos para superar el limitado conocimientos sobre el tema y que coloca a las adolescentes en situación de desprotección y vulnerabilidad social.

La finalidad de la presente investigación es conocer los factores sociofamiliares de las adolescentes y determinar la incidencia en el embarazo, derivando en un diagnóstico para proponer proyectos sociales desde la intervención de la trabajadora social en el Hospital Regional III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa promoviendo una cultura de educación sociofamiliar para prevenir la problemática del embarazo en adolescentes generando bienestar social y calidad de vida.

Es el marco de lo mencionado anteriormente, se desarrolla la investigación titulada “INCIDENCIA DE LOS FACTORES SOCIOFAMILIARES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO ESPINOZA.

AREQUIPA, 2018” que consta de tres capítulos:

En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento teórico y operacional de la investigación y el marco teórico, que permite fundamentar el proyecto y al mismo tiempo orienta el análisis e interpretación de los datos obtenidos en la investigación.

En el segundo capítulo se presentan los resultados interpretados, luego del recojo de la información mediante la técnica de la entrevista con ayuda de un cuestionario que se aplicó a las adolescentes que recurren al control de su embarazo en el Hospital III Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. En el proceso de análisis de los resultados se consideró las teorías trabajadas en el marco teórico producto de consultas a libros, artículos científicos y otras publicaciones.

En el tercer capítulo se presenta el diagnóstico social y se determina el problema objeto de intervención, como es: inadecuadas relaciones familiares; esto facilita que el profesional de Trabajo Social alcance propuestas de solución frente a la problemática investigada con dos proyectos sociales orientados a fortalecer la familia.

Finalizando con la presentación de las conclusiones, destacando los resultados más significativos en relación a los objetivos y variables de la investigación; se plantea las sugerencias en base a mejorar la intervención del Trabajo Social en la problemática del embarazo en adolescentes, como profesión que se orienta al bienestar social y mejoramiento de la calidad de vida a través de procesos de promoción y prevención, así como de capacitación.

Índice

RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCIÓN	
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	3
1.1.4 Tipo de Investigación	3
1.1.5 Variables e Indicadores	3
1.1.6 Interrogantes Básicas	4
1.1.7 Justificación	4
1.2 Objetivos de la Investigación	5
1.3 Marco Conceptual	5
1.3.1 Familia	5
1.3.2 Factores Socio familiares	12
1.3.3 Embarazo Adolescente	15
1.3.4 Adolescencia	19
1.3.5 Trabajo Social Hospitalario	24
1.4 Antecedentes Investigativos	29
1.5 Hipótesis	31
2. Planteamiento Operacional	32
2.1 Técnicas e Instrumentos	32
2.1.1 Técnica	32
2.1.2 Instrumento	32
2.2 Campo de Verificación: Ámbito Geográfico	32
2.3 Unidades de Estudio	32
2.4 Temporalidad	33
2.5 Estrategia de Recolección de Datos	33
2.6 Cronograma	33
CAPÍTULO II PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
1. Proceso de Recolección de los Datos	34

2. Análisis y Presentación de Resultados.....	34
3. Diagnostico Social.....	63
4. Selección y Análisis del Problema Objeto de Intervención.....	76
CAPÍTULO III PROPUESTAS DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA.....	77
Proyecto N° 1 "Relaciones Familiares Saludables”	78
Proyecto N° 2 "Habilidades Sociales para la Vida”	82
CONCLUSIONES	
SUGERENCIAS	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXO	



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad de las Adolescentes Embarazadas	35
Tabla 2	Grado de Instrucción de as Adolescentes Embarazadas	36
Tabla 3	Religión de las Adolescentes Embarazadas	37
Tabla 4	Trabajan las Adolescentes Embarazadas	38
Tabla 5	Lugar de Nacimiento de las Adolescentes Embarazadas.....	39
Tabla 6	Distrito de Procedencia de las Adolescentes Embarazadas	40
Tabla 7	Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas.....	41
Tabla 8	Con Quien Viven las Adolescentes Embarazadas	42
Tabla 9	Estado Conyugal de los Padres de las Adolescentes Embarazadas	43
Tabla 10	Comunicación en el Hogar de las Adolescentes Embarazadas.....	44
Tabla 11	Actividad Laboral del Padre de las Adolescentes Embarazadas	45
Tabla 12	Actividad Laboral de la Madre de las Adolescentes Embarazadas	46
Tabla 13	Ingreso Económico de los Padres de las Adolescentes Embarazadas	47
Tabla 14	Las Adolescentes Embarazadas Reciben Apoyo Económico del Padre se su Hijo	48
Tabla 15	Grado de Instrucción del Padre de las Adolescentes Embarazadas.....	49
Tabla 16	Grado de Instrucción de la Madre de las Adolescentes Embarazadas.....	50
Tabla 17	Relaciones Familiares en las Adolescentes Embarazadas	51
Tabla 18	Problemas Frecuentes en el Hogar de das Adolescentes Embarazadas.....	52
Tabla 19	Recibieron Educación Sexual por parte de los Padres.....	53
Tabla 20	Edad de las Adolescentes Embarazadas cuando tuvieron su Primer Enamorado	54
Tabla 21	Edad de las Adolescentes Embarazadas cuando tuvieron su Primera Relación Sexual.....	55
Tabla 22	Relación de la Adolescente Embarazada con su Pareja.....	56
Tabla 23	Conoce los Métodos Anticonceptivo	57
Tabla 24	Métodos Anticonceptivos que Conoce	58
Tabla 25	Quien Informo a la Adolescente Embarazada sobre Métodos Anticonceptivos	59
Tabla 26	Piensas que Podrías haber Evitado el Embarazo	60



CAPÍTULO I DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento Teórico

1.1 Tema o Problema de Investigación

1.1.1 Enunciado.

“Incidencia de los Factores Sociofamiliares en el Embarazo Adolescente. Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa, 2018”.

1.1.2 Descripción.

En la etapa de la adolescencia ocurren cambios biológicos y sociales, los cambios sociales referidos a las interacciones que en esta etapa de la vida de todo ser humano por lo general se caracterizan por cierto grado de inmadurez y toma de decisiones poco acertadas respecto a su vida sentimental con consecuencias como el embarazo en la adolescencia, así lo

señalan algunas investigaciones al referirse que, “el embarazo durante la adolescencia muchas veces trunca posibilidades de desarrollo y pérdida de un proyecto de vida” (Gonzalez & Reyes , 2014).

El embarazo adolescente, aún sigue siendo un tema en el cual los padres de familia lo abordan muy poco o casi nada, lo que se convierte en un factor de riesgo muy alto que puede ocasionar que la adolescente inicie tempranamente las relaciones sexuales con el riesgo de un embarazo precoz. De allí que los padres de familia se convierten en actores activos para una formación eficaz y eficiente (Parodi, 2014) en plena coordinación con las escuelas y el sector salud para un abordaje integral de esta problemática.

En el Perú, en los últimos años se ha dado un incremento de porcentajes respecto al embarazo adolescente, así tenemos que en el año 2016 se presentó 12,7 % de embarazos adolescentes mientras que para el 2017, este porcentaje se incrementó al 13,4% (INEI, 2018) de adolescentes de 15 a 19, para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es un periodo que va de 10 a 19 años. En Arequipa en el año 2015 del total de embarazos el 8.2 % fueron adolescentes, cuyas edades oscilan entre los 12 a los 19 años según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (Díaz, 2015). En el 2015, 22 madres arequipeñas menores de 15 años registraron a sus bebés en la RENIEC (UNFPA, 2016). Ante el contexto señalado, se considera el embarazo adolescente como un problema que debe ser abordado desde un enfoque de salud pública y con participación del profesional del Trabajo Social como parte del equipo interdisciplinario, por ser un conflicto que tiene consecuencias no solo sociales, sino también consecuencias que afectan el normal desarrollo de las familias, generando un círculo de problemas sociofamiliares, económicos y de salud pública.

Se habla de la incidencia de factores sociofamiliares en el embarazo en adolescentes como el funcionamiento familiar siendo lo más significativo que la información relacionada a educación sexual es recibida por los pares más que en el hogar (Barroso & Prissiani, 2011), otro aspecto relevante es el soporte emocional y económico que la familia brinda a la adolescente y

dependiendo de estos factores entre otros que las adolescentes muchas veces se exponen a situaciones de riesgo como es el embarazo a temprana edad.

1.1.3 Campo y Área.

- 1.3.1 Campo: Ciencias Sociales
1.3.2 Área: Trabajo Social
1.3.3 Línea: Embarazo Adolescente

1.1.4 Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es descriptivo y correlacional. Es descriptivo, en la medida que se orienta al conocimiento de las características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza. Es correlacional por que plantea que dos sucesos que se dan de manera simultánea. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Es una investigación cuantitativa debido a que las variables serán analizadas estadísticamente; es de campo porque se recoge la información directamente de la realidad; y es transversal, por desarrollarse en un periodo determinado de enero a setiembre el 2018.

1.1.5 Variables e Indicadores.

VARIABLES	INDICADOR	SUB INDICADOR
Factores Socio Familiares (Independiente)	Factores Familiares	- Estructura familiar - Estado conyugal - Procedencia - Comunicación familiar
	Factores económicos	- Ocupación - Ingreso familiar - Apoyo del padre del niño
	Factores educativos	- Escolaridad de los padres de la adolescente - Escolaridad de la adolescente
Embarazo Adolescente (Dependiente)	Educación Sexual	- Enamoramiento - Inicio de relaciones sexuales - Conocimiento de métodos anticonceptivos - Actitud frente al embarazo

1.1.6 Interrogantes Básicas.

- 1.6.1 ¿Cómo inciden los factores socio familiares en el embarazo adolescente en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa?
- 1.6.2 ¿Cuáles son los factores socio familiares que presenta el embarazo adolescente en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa?

1.1.7 Justificación.

El embarazo adolescente, tiene importancia social y está relacionado al cuidado de la salud sexual y reproductiva de la adolescente, en tal sentido este estudio pretende aportar estrategias de intervención social a partir del análisis de las variables de estudio para innovar el abordaje de esta problemática.

Es de relevancia porque este tipo de investigaciones facilita espacios de análisis y discusión que por ser un problema social requiere de propuestas innovadoras para la promoción, educación y prevención del embarazo adolescente que a pesar de la globalización sigue siendo un tema tabú en muchas familias.

Este estudio es pertinente, por los porcentajes de embarazo adolescente que se registran en la Región Arequipa (8.2%) (INEI, 2016), pues en el contexto actual, donde 14 de cada 100 adolescentes que oscilan entre las edades de 14 y 19 años, están embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes. (Díaz, 2015).

Es trascendente, en la medida que los aportes de esta investigación permiten a la profesión del Trabajo Social determinar su rol y aporte profesional al servicio facilitando su articulación a otras disciplinas dentro del hospital (Miguel, 2009). Desde el Trabajo Social se precisa los componentes (diagnóstico) para una intervención social orientada a un abordaje integral del embarazo adolescente.

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General.

Analizar los factores sociofamiliares que inciden en el embarazo adolescente en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

1.2.2. Objetivos Específicos.

1.2.2.1 Identificar los factores sociofamiliares en las madres adolescentes atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

1.2.2.2 Describir las características sociofamiliares del embarazo adolescente en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

1.3 Marco Conceptual

1.3.1 Familia.

La familia a través de la historia ha tenido diferentes conceptos, en la actualidad se puede definir familia como el grupo humano unido por un vínculo de parentesco consanguíneo, constituido legalmente, de lo cual se deriva varios tipos de familia.

Por otro lado, tenemos la definición clásica de familia: “la familia es la célula básica de la sociedad” (Auguste Comte, 1798-1857) (Benitez, 2017).

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 16, establece que “la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”(ONU, 2012).

Para Acevedo, 2011 en la familia se forma la verdadera identidad de sus integrantes, sus valores, por lo que urge la necesidad de concientizar a la sociedad a través de los grupos sociales sobre la importancia del rol de los miembros de una familia en la formación integral de las personas,

considerando Acevedo a la familia como “santuario de la vida es el lugar donde madura la vocación humana y cristiana y es el elemento unificador de la sociedad”.

La familia también es considerada como un grupo humano natural donde existe interacción entre sus miembros, con tendencia a la conservación y evolución, es un grupo celular que ha existido a través de la historia con funciones determinadas dirigidas a la crianza de los hijos, no es un sistema estático más bien está en constante cambio por las interacciones que se dan entre los miembros que la integran dentro de un contexto social que ejerce influencia en ellos, por lo tanto la conducta de cada uno de los miembros influirá en los demás. (Minuchin & Fishman, 2004)

Considerando las convenciones internacionales sobre derecho de familias, se define como elemento natural y fundamental de la sociedad y que brinda a toda persona un espacio para desarrollarse en un ambiente de felicidad, amor y comprensión potenciando el desarrollo pleno de personalidad, siendo responsable del cuidado, protección y educación de los hijos (Plácido, 2013).

1.3.1.1. Tipos de Familia.

Para el desarrollo de los tipos de familia se ha considerado la clasificación propuesta por Martínez, Estévez & Inglés, 2013, quienes presentan la siguiente clasificación:

- a. Familia nuclear: formada por los dos esposos unidos en matrimonio y sus hijos.
- b. Familias nucleares simples: Integrada por la pareja sin hijos.
- c. Familias en cohabitación: referida a la convivencia de una pareja.
- d. Hogares unipersonales: cuando una sola 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 (Martinez, Estévez, & Inglés, 2013)

1.3.1.2 Funciones

Para Martín y Tamayo (2013), la familia tiene las siguientes funciones:

- a. Función biosocial, aquí se hace referencia a la procreación, desarrollo y cuidado integral de los hijos
- b. Función económica, cuando los progenitores asumen su responsabilidad de proveer el sustento económico de la familia; permitiendo el bienestar de sus miembros.
- c. Función espiritual-cultural, fomenta la formación espiritual como ser humano integrante de una sociedad que comparte una cultura y educación como parte del desarrollo.
- d. Función educativa, considera el desarrollo de los hijos desde el nacimiento, es permanente y se da en todo momento. A través de esta función se fomentan sentimientos y afectos, el desarrollo del habla., la comunicación, etc. Se educa el carácter y la personalidad.

El estudio de las funciones de la familia es integral, sistemático, donde las relaciones familiares y funcionales suelen ser complejas y muchas veces la alteración de las relaciones familiares ocasionan una disfunción que altera todo el sistema familiar.

Para Castro, 2004 la función económica proporciona la satisfacción de las necesidades básicas de la familia y es definitivo para precisar la forma de vida de una familia.

Para Martín, 2011 existen otras funciones como la de protección y de integración que deben incluirse para fomentar en los hijos una adecuada integración a su medio social, siendo sus familiares portadores de cultura, normas de convivencia, valores, afectividad entre otros.

Para los profesionales del campo social destacan a la importancia del rol integrador y de educación de la familia, constituyendo un sistema que brinda y fortalece lazos afectivos y protectores en sus hijos/ niños fomentando un adecuado desarrollo de emociones, sentimientos, motivaciones, necesidades, intereses, preocupaciones, gestos, etc. (Martín, 2011).

1.3.1.3 Comunicación Familiar

La comunicación es la interacción personal en la que se intercambia información con otras personas, siempre y cuando haya entre ellas un conjunto de precondiciones, conocimientos y reglas que la hacen posible. Sentir un grado aceptable de satisfacción familiar, inducirá a los miembros de la familia a intercambiar emociones, sentimientos a desarrollar pautas de interacción adecuadas, cooperativas, así como a validar y fortalecer la imagen mutua de cada integrante. Reglas que la hacen posible (Hernández, Valladares, Rodríguez, & Selín , 2017).

Por todo ello, la funcionabilidad de la familia se ve afectada, si la disfuncionalidad se ve incrementada por alteración de la dinámica interna dada por fallos en la cohesión, comunicación con sus padres, alteraciones de la afectividad entre ellos, la armonía familiar se ve alterada por la no adaptabilidad e

incumplimiento de los roles a desempeñar por cada miembro familiar (Chacón , Cortés, Alvarez, & Sotona varro , 2015)

Uno de los problemas actuales que enfrenta la relación familia-adolescente es la comunicación fluida en torno a la sexualidad que marca el modelo formador de actitudes y acciones en este plano de la vida, a pesar de los niveles educacionales alcanzados, existen problemas y conflictos de comunicación, de convivencia obligada por falta de espacios habitacionales, de maltratos, abusos e incomprensiones que ponen de manifiesto aún una escasa cultura de la convivencia y la cotidianidad.

Existen estudios como el que presenta Domínguez, 2011 sobre Influencia de la familia en la sexualidad adolescente cuyos resultados demuestra que no es adecuada la comunicación según lo interpretan la mayoría de los adolescentes mientras que para los padres sí lo es. Siempre se debe tener en cuenta que la comunicación con los jóvenes a esta edad es limitada porque ellos son reservados hacia los padres en algunos aspectos de la vida y que en esta etapa no basta solo lo que los adultos piensen y expresen, sino el patrón de conducta que hayan sabido reflejar en su actuación diaria los dos grupos. (Dominguez, 2011)

Las concesiones derivadas de la comunicación y la negociación son la expresión de la tolerancia y la canalización hacia la maximización del bien común de la familia. Este estilo familiar tiende a modelarse en los hogares aceptando que las formas o estilos familiares son libres, los consumos, las habitaciones personales, los ocios, gustos o espacios pueden ser compartidos o no en el tiempo y los espacios (Del Fresno & Segado, 2013)

Las reglas dentro de una familia son muy para una correcta interacción entre sus miembros las cuales permiten a las personas relacionarse, ser comprendidas y anticipar su comportamiento. Por esto, cuando uno de los miembros se desvía de las reglas

aparecen señales, mensajes, gestos, etc., que señalan que se entra en una zona de alerta que genera estrés y conflictos (Puello, Silva, & Silva, 2014). Según Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) citados por López & Parada (1999), para ellos la comunicación cobra importancia porque su sentido aparece dentro de un contexto y el estudio de las relaciones de las personas en ese contexto particular cumple una función simbólica (mensaje, información), que al ser percibida adquiere sentido y significado. Por esto, la comunicación se basa en convenciones sociales siendo así la realidad un producto de la comunicación. Esta es muy importante para la familia, por ser un proceso de interacción donde se construyen relaciones horizontales y verticales, se intercambian mensajes, informaciones, afectos y comportamientos (Puello , Silva, & Silva, 2014)

1.3.1.4 Adolescente y Familia

En la etapa de la adolescencia, se da la construcción de la identidad del ser humano, y es de importancia considerar en este proceso los factores de riesgo y de protección que rodean a la adolescente, donde el papel o rol de la familia y principalmente de los padres es fundamental para un adecuado proceso de desarrollo.

La población adolescente es altamente vulnerable a influencias de la sociedad, de su entorno familiar, de amigos, en la escuela, etc. que pueden conllevar a la toma de decisiones erradas frente al tema de la educación sexual y el inicio temprano de relaciones sexuales; la familia en su interacción con los hijos adolescentes provee de factores protectores o factores de riesgo ya que los padres son el primer soporte, donde su principal responsabilidad es sentar las bases para la construcción de la identidad que en ocasiones son deficientes, derivando en una identidad predispuesta a incorporar los riesgos como expresiones de autoafirmación para compensar el empobrecimiento de los

mecanismos de respuesta a las demandas y necesidades que se deben enfrentar (Rojas, 2001).

Las familias también brindan factores protectores a quienes la integran, en el caso de las adolescentes, estos factores están dados por las circunstancias, características, condiciones y atributos que les facilitan tener una salud integral, la carencia o deficiencia de estos factores aumentan la posibilidad de conductas inapropiadas como el uso y abuso de drogas, consumo de alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y el inicio temprano de relaciones sexuales conllevando a un embarazo precoz.

Las adolescentes constantemente están en búsqueda de autonomía e independencia de la autoridad del padre o de la madre, es en este contexto de relaciones familiares, desafían los acuerdos y disposiciones establecidos que cuando eran niñas acataban sin discusión. Existen investigaciones sobre un factor importante como protector en los adolescentes, este es el apego, si este es positivo los adolescentes tiene un apego seguro, pero si este es indiferente ocasiona un apego ambivalente generando comportamientos que manifiestan protesta, enfado hacia los padres; induciendo desconfianza y confusión en las relaciones familiares (Santrock, 2003).

Por otro lado, fomentar la autonomía en las relaciones familiares es una labor muy importante en la familia y principalmente para la adolescente, pero esta tarea es muy compleja, en este proceso suele surgir conflictos entre padres y adolescentes en torno al cumplimiento de normas que regulan el comportamiento y la adaptación familiar; los adolescentes siempre están reclamando autonomía y una relación más igualitaria (Rodrigo, García, Márquez, & Triana, 2005).

Por otra parte, los padres deben entender el proceso de autonomía por el que atraviesa la adolescente tratando en lo posible de

armonizar, evitando conflicto intergeneracional (Montañés, Bartolomé., Montañés, & Parra, 2008).

Ahora bien, desde un análisis sistémico, Belsky (2005), señala que la familia tiene un rol significativo bajo este modelo porque se relaciona profundamente con el desarrollo del adolescente dentro del microsistema y el macrosistema. Además, indica que es transcendental para al desarrollo psicológico de la adolescente, esto debido a que en la crianza se promueve la sensación de seguridad en los hijos; mientras que el control coercitivo o altos niveles de conflicto entre los padres se asocian a conductas antisociales (Belsky, 2005).

Los factores del funcionamiento familiar relacionados con las conductas inapropiadas en adolescentes provienen de un ambiente familiar con características de limitada relación y deterioro de normas claras, de deficientes patrones de comunicación caracterizado por ser poco fluidos o comunicación rígida. Otra característica es la presencia de violencia transgeneracional, esto quiere decir que los hijos observan la violencia entre sus padres o experimenten maltratos (Rivera & Cahuana , 2016).

1.3.2 Factores Socio familiares

Se considera factores a elementos que existen en nuestra sociedad, en nuestro contexto y que son reales, por tanto, son importantes porque pueden ser determinantes para desencadenar elementos o circunstancias reales positivas o negativas al ser humano, en este caso a la adolescente. Los factores sociales, están relacionados estrictamente a lo que ocurre en la sociedad, pero desde una perspectiva social, que puede influenciar en las decisiones positivas o negativas que toman los seres humanos ante determinadas circunstancias, en este caso las decisiones que pueda tomar la adolescente frente al embarazo precoz y el inicio temprano de relaciones sexuales.

La vida social de los adolescentes en la actualidad es más recurrente entre el ámbito de los amigos y los grupos, es con ellos con quienes comparten más tiempo y actividades propias a su edad. Cuando la adolescente presenta conflictos familiares es más proclive a escuchar y actuar de acuerdo a la presión del grupo y de los amigos (as); al considerarse los grupos de amigos como contextos en los que predomina la confianza, la ayuda mutua y el afecto.

En la etapa de la adolescencia, lo común es escuchar más los consejos de los amigos (as) que escuchar a los padres, convirtiéndose los amigos como principal fuente de donde pueden obtener información sobre temas sexuales (incluida la anticoncepción); es en este contexto donde pueden recibir influencias negativas exponiéndolas a conductas de riesgo con la finalidad de ganar la aceptación del grupo. Otra fuente donde adquieren información sobre temas sexuales son los medios de comunicación que los expone también a información errónea (Castro & Francia, 2013).

1.3.2.1 Factores de riesgo y protección

Al hablar de factores de protección nos referimos a las situaciones, rasgos, ambientes y condiciones que permiten al ser humano tener bienestar y salud integral para el óptimo desarrollo biopsicosocial, a estos factores los podemos encontrar en la familia, en el grupo y porque no en la comunidad.

Los factores de riesgo son los caracteres o contexto a los que los seres humanos se exponen por diversas causas teniendo una alta probabilidad de tener daño en su salud biológica, psicológica o social (Rojas, 2001). Estos riesgos pueden hacer que la persona adquiera conductas como consumo de drogas, alcohol, tabaco, delincuencia, deserción escolar y relación sexual precoz, influyendo a cada individuo de manera distinta (Silva & Pillón, 2004).

Los adolescentes por su naturaleza se exponen a situaciones de riesgo sin medir las consecuencias para su bienestar, como

características de estas conductas tenemos los estilos de vida moderna, sumados a la curiosidad, la experimentación de situaciones nuevas siendo esto parte natural del crecimiento que les da la sensación de ser adultos (Silva & Pillón, 2004).

Respecto a los factores familiares, tenemos que es en esta institución de la sociedad donde se adquieren normas, valores, derechos, obligaciones y roles; entonces podemos decir que la familia brinda protección a la adolescente al formarla para el futuro (proyecto de vida). Como factor protector también se considera los ambientales provenientes fundamentalmente de la familia, estos factores hacen referencia al soporte incondicional, la unidad familiar, las relaciones familiares; estos ambientes influyen de manera significativa en las adolescentes, si pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, podrán entablar relaciones sociales y personales significativas y equilibradas sin graves consecuencias para su futuro (Jiménez, Musitu, & Murgui, 2005).

En cuanto a las relaciones con cada figura paterna, la presencia de este como figura de apoyo actúa como un factor de protección proximal, es decir que influye en el adolescente mientras esté presente, mientras que los problemas de comunicación con la madre constituyen un factor de riesgo distal, lo cual significa que no se requiere de la presencia inmediata para surtir efecto, ya que ejerce una influencia indirecta en la conducta riesgosa, minimizando los recursos de apoyo percibidos del padre. Así, la calidad de las relaciones del adolescente con su madre puede estar influyendo en sus modelos internos, en las relaciones con su padre y en su capacidad para percibir apoyo paterno (Jiménez, Musitu, & Murgui, 2005).

Por otra parte, los factores ambientales como la pobreza, el racismo, la ausencia de padres, relaciones carentes de afectividad

y esquemas morales constituyen aspectos que día a día hacen que la humanidad se enfrente a diferentes factores de riesgo (Banda y Frías, 2006). Si vivimos en una época en la que no hay modelos estables, en la que los adolescentes están percibiendo por medio de vínculos violentos y carentes de afecto hemos de entender que las respuestas peligrosas de los adolescentes y su vulnerabilidad es consecuencia de lo que cree y transmite la sociedad. (Gómez, 2008).

1.3.3. Embarazo Adolescente

Se lo define como: “el embarazo que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferentes grados.

Las madres adolescentes pertenecen en su mayoría a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando

deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, pueden encontrarse con figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto. Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, suelen someterse a relaciones con parejas que las maltratan.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal.

Tienen relaciones sexuales, sin protección contra enfermedades de transmisión sexual, muchas veces por desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos buscando, a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias, o porque tienen el deseo de una nueva familia y creen poder construirla con el adolescente de quien se han enamorado (Carricondo & Bleisen, 2014)

1.3.3.1 Factores que predisponen al Embarazo Adolescente.

Diferentes estudios presentan como factores que predisponen al embarazo adolescente los siguientes (Rodríguez, Rodríguez, Viñet, & Infante, 2012):

- Grado de escolaridad
- Presencia de la menarquia en la adolescencia temprana
- Inicio precoz de las relaciones sexuales
- Pocos conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos
- Deficiente planificación del tiempo libre
- Influencia de los medios de comunicación: televisión e Internet.

Para Carrión (2014), los factores que predisponen a un embarazo en la adolescencia son:

- a. Factores individuales como la menarquia temprana, inicio precoz de relaciones sexuales, bajo nivel educativo, el no uso de métodos de planificación familiar asociado con percepción de invulnerabilidad, inadecuada educación sobre salud sexual y reproductiva. Otros factores como falta de habilidades para la vida, consumo de alcohol y drogas, baja autoestima.
- b. Factores familiares como tener una familia disfuncional, uniparental, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que existen referentes negativos y no hay un adecuado diálogo entre padres e hijos. Estas conductas generan carencias afectivas. La deficiente calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas, como la comunicación con los padres, suele ser pobre o incompleta y por ello los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio.
- c. Factores sociales como la situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento, contribuyen a una mayor vulnerabilidad en la salud sexual y reproductiva de las poblaciones afectadas y presionar formas de relación de los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción. Situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y el empleo, en algunas institucionales educativas no brindan apoyo a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza. Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; en prevención de la anticoncepción y educación sexual y falta de

promoción sobre los derechos sexuales y reproductivo en la población adolescente incluida. (Carrión, 2014)

1.3.3.2 Consecuencias de un embarazo temprano.

De la revisión bibliográfica se puede concluir que la consecuencia de un embarazo temprano afecta tanto a la adolescente como al niño por nacer:

- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de anemia en el embarazo.
- Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad (el embarazo es una de las causas del abandono escolar. Por motivos de vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está criando un hijo).
- Desempleo más frecuente, ingreso económico reducido de por vida.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono.
- Mayor número de hijos.
- Situaciones de riesgo perinatal para la madre y el niño.
- Dificultad para formar una nueva pareja estable: por el estigma que en muchos casos es el ser “madre soltera”.
- Dificultades laborales: los adolescentes tienen, en general, trabajos mal remunerados y sin contratos, por lo tanto, es habitual el despido, cuando se sabe que está embarazada y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones.
- Dificultad para independizarse económicamente: quedando expuestos a la posibilidad de que los exploten o que deban continuar dependiendo total o parcialmente del núcleo familiar con todas sus consecuencias. (Carricondo & Bleisen, 2014)

Según Pérez (2011) precisa también las siguientes consecuencias:

- Morbilidad materna, perinatal e infantil.
- Embarazo de alto riesgo
- Parto prematuro
- Aborto

- Mayor pobreza

1.3.4 Adolescencia.

Procede del latín “adolescens” y expresa “ir creciendo”, desarrollarse hacia un grado de madurez, “hacia la adultez”. Este concepto puede tener características específicas de acuerdo a cada momento histórico y sobre todo desde una construcción y perspectiva social. De allí que se pueda afirmar que la adolescencia es una etapa no acabada, más bien es susceptible a cambios históricos, de acuerdo a códigos culturales diferenciados. Atraviesan por un proceso de desarrollo complejo donde las relaciones sociales, actores y escenarios como la familia, escuela, amigos y sociedad, ejercen influencia en las decisiones que tomará la adolescente para su vida futura.

Así las adolescentes son actores socio históricos y producto de su tiempo, debido a que cimientan su identidad con otros pares en un contexto social, económico y cultural complejo, caracterizado por el incumplimiento de normas como actos de indisciplina y transgresión a los modelos establecidos por la sociedad como protesta o reclamando un espacio donde sea reconocida y valorada. En el contexto actual, la adolescencia reclama ser un modelo social y dejar de ser una etapa en el desarrollo vital para convertirse en un modo de ser y hacer. (Carricondo & Bleisen, 2014).

1.3.4.1 Etapas de la Adolescencia.

Para autores como Aberastury (2002) y Blos (1986), la adolescencia se divide en tres etapas:

Adolescencia temprana: Donde inicia el desinterés por los padres, se buscan relaciones con compañeros del mismo sexo, se pone a prueba la autoridad, se cela la intimidad, así como el desarrollo de capacidades cognitivas, el dominio de la fantasía, la inestabilidad emocional y la falta de control de impulsos.

Adolescencia media: Se intensifican los conflictos con los padres, la relación con los compañeros y la experimentación sexual. Se conforman sentimientos de invulnerabilidad y conductas omnipotentes.

Adolescencia tardía: El adolescente llega a sentirse más próximo a sus padres y a sus valores, da prioridad a las relaciones íntimas. Desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar.

Desde los autores ya mencionados existen dos etapas más:

- a) La pre adolescencia, conceptualizada como la maduración física de la pubertad; se presenta también una gran curiosidad sexual, la necesidad de amigos y defensas de tipo religiosas e intelectuales para calmar la ansiedad ante la ruptura con la infancia.
- b) La postadolescencia, en la cual se concreta la personalidad, hay independencia económica y se logran armonizar los deseos y las elecciones. (Gómez, 2008)

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Como suele ocurrir, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja, aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser dependiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo es utilizado como "poderoso instrumento" que le afirma su independencia de

los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. (Carricondo & Bleisen, 2014)

Para la Organización Mundial de la Salud, define la “adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años” (OMS, 2018).

1.3.4.2 Cambios Sociales.

Es en la etapa de la adolescencia donde ocurren los cambios no solo físicos, sino también emocionales y sociales, son considerados por muchos especialistas como cambios que pueden generar problemas exponiéndolos a riesgos sociales.

La adolescencia con el efecto de la globalización, se ve influenciada por la moda, la tecnología que muchas veces tienen repercusiones en su desarrollo personal y sobre todo en las relaciones sociales.

Todo esto conlleva a precisar como desde la familia se debe trabajar estos cambios sociales que se caracterizan por las relaciones sociales sanas o insanas que establecen las adolescentes, por tanto, debe existir buena coordinación entre la escuela y el padre de familia siendo importante para el desarrollo y la salud integral del adolescente, fundamentalmente en temas de prevención.

En las relaciones sociales muchas veces lo emocional, cobra importancia, por lo que es muy importante considerar el asunto afectivo emocional que se desarrolla en la adolescencia para prevenir, disminuir y/o evitar los comportamientos problemáticos, tanto a nivel personal como social (*Silva I. , s/f*).

Respecto a la adolescente y el contexto socio familiar, se podrá determinar a partir de su cultura como construye sus propias formas de expresar las emociones, esta experiencia emocional se determina a partir de los cambios socioculturales y relaciones familiares adecuadas que permite a la adolescente definir esquemas subjetivos que influyen en las relaciones sociales con sus pares. La sociedad de riesgo postulada por algunos autores (Beck, 1998; Giddens, 2000), crea las bases para el desarrollo de sentimientos de soledad, vulnerabilidad, desconfianza, enfado, etc., repercutiendo de manera significativa en las relaciones socio afectivas (Innerarity, 2004; citado en Asensio; Acarín y Romero, 2006)

Así pues, en la adolescencia, las competencias sociales y emocionales experimentan un gran desarrollo debido al cambio que se da en la capacidad intelectual, pasando del pensamiento operacional concreto a las operaciones formales, lo que supone adquirir una mayor complejidad de pensamiento, por lo que se ven incrementadas las habilidades del procesamiento de la información (Rosenblum y Lewis, 2004). Asimismo, al tener una mayor capacidad para la introspección permite, a los adolescentes, examinar sus propias emociones. Los estudios sobre los procesos emocionales en la adolescencia presentan una serie de características (Ortiz, 1999):

- Se tiene una mayor conciencia de los estados afectivos que en edades anteriores y hacen más referencia a estados mentales a la hora de explicar sus emociones.

- Se ha adquirido un mayor conocimiento acerca del efecto que tienen sus estados afectivos negativos y positivos en el modo de percibir a la gente, y en la realización de actividades y tareas.
- Existe la conciencia de que una persona puede motivar simultáneamente emociones contrarias y esto no anula los sentimientos de afecto o cariño.
- Se ha desarrollado una mayor comprensión de las emociones de los demás, siendo el adolescente mucho más sensible a qué características personales de los otros pueden influir en la modulación de su respuesta emocional.
- El autorreflexión y las competencias cognitivas de los adolescentes se asocian con una mayor referencia a estrategias cognitivas en la modulación de los estados emocionales y una mayor confianza en la regulación de sus estados afectivos.

Según Rosenblum y Lewis, 2004 analizando el desarrollo emocional en la adolescencia, sugieren que en esta etapa evolutiva se han de desarrollar las habilidades para:

- Regular las emociones intensas.
- Modular las emociones que fluctúan rápidamente.
- Auto controlarse de manera independiente.
- Lograr el conocimiento de sus propias emociones y poder atenderlas de manera efectiva, sin que les sobrepasen.
- Comprender las consecuencias sobre sí mismos y los demás de la expresión emocional.
- Separar experiencias emocionales momentáneas de la identidad y reconocer que el “yo” puede permanecer intacto a pesar de las variaciones emocionales.
- Distinguir entre las emociones y los hechos, para evitar razonar en base a las emociones.

- Negociar y mantener relaciones interpersonales en presencia de fuertes emociones.

Debe tenerse en cuenta, que todas estas competencias requieren de un proceso de enseñanza de aprendizaje y que es en este periodo de la adolescencia donde más se debe ayudar a desarrollarlas, tanto desde las familias, como en la educación formal con el fin de contribuir a una construcción integral de la personalidad, ya que la competencia emocional es “la capacidad que tiene la persona de actuar eficazmente en un tipo definido de situaciones” (Soriano y Osorio, 2008: 130).

Bisquerra (2003) define la competencia emocional como un conjunto de habilidades, conocimientos y actitudes que expresa emociones de manera libre y constructiva (Colom & Fernández, 2009).

Si bien la familia históricamente ha sido el agente socializador más importante en la vida del sujeto, los cambios sociales y emocionales son causados muchas veces por otros agentes socializadores como: los grupos de pares, el sistema educativo, medios masivos de comunicación. De cualquier forma, en nuestra sociedad la familia mantiene el principal rol de agente socializador. Toda familia socializa al niño o a la niña de acuerdo a su modo de vida, a su cultura familiar, la cual a la vez está influenciada por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la que está. También desempeñan un rol muy importante los medios de comunicación de masas, en especial la televisión, como agentes de socialización, las nuevas tecnologías como Internet (Silva I. , *sf*).

1.3.5. Trabajo Social Hospitalario

1.3.5.1 Definición.

En el sistema de salud del Perú, existe el trabajo social hospitalario, siendo su ámbito de acción el cuidado de la salud desde el campo social atendiendo problemas sanitarios que afectan a las personas, considerando que OMS, en su definición de salud, señala y describe como un buen estado de salud, la salud física, mental y social.

The Social Work Dictionary define el Trabajo Social en el ámbito sanitario como “la práctica del Trabajo Social que se produce en los hospitales y otros centros de atención a la salud, cuyo objetivo es facilitar la buena salud, prevenir enfermedades, y ayudar a los pacientes físicamente y a sus familias, a resolver los problemas sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad. El Trabajo Social en el ámbito sanitario también sensibiliza a otros profesionales de la atención sanitaria acerca de los aspectos socio psicológicos de la enfermedad” (Sánchez, 2016, pág. 51).

1.3.5.2 Funciones

Según Sánchez (2016), las funciones genéricas del trabajo social hospitalario son:

- Aportar al equipo interdisciplinario de salud el diagnóstico social realizado, que puede incidir en el motivo de la enfermedad, desarrollo, tratamiento y sus consecuencias sociales.
- Orientar, informar y capacitar a los pacientes y sus familiares, y a la comunidad en general, de las necesidades que se derivan de la propia enfermedad, para que actúen como parte activa de su prevención, promoción y recuperación de la salud.
- Y, por último, participar en las políticas de salud que se desarrollen.

Sin embargo, tal como lo presenta Medina (2016) quien toma en consideración los lineamientos de política del sector¹, presenta como funciones:

- a. Función Promocional, desarrollando las siguientes acciones:
 - Intervenir frente a los factores que originan problemas de salud elaborando, ejecutando y evaluando acciones que posibilite su recuperación.
 - Implementar acciones sobre hábitos y estilos de vida saludables.
 - Realizar acciones de educación social concientizando sobre la conservación de la salud de la población.
- b. Función Preventiva
 - Realizar investigaciones sociales que contribuyan a mejorar la atención de las necesidades de salud de la población y orientar a un mejor servicio en este sector.
 - Estudiar la situación socioeconómica y cultural de los usuarios que padecen algún problema de salud viabilizando las políticas sociales para su atención.
 - Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida implementado acciones de capacitación dirigida a la población que es atendida por el sector salud.
 - Brindar entrenamiento sobre el uso adecuado de recursos para el logro del bienestar en la salud.
 - Ejecutar acciones orientadas a fortalecer la familia en temas sobre el cuidado y atención de su salud integral.
 - Verificar el nivel de satisfacción y aprovechamiento por parte de los usuarios sobre los servicios que brinda la institución.
 - Desarrollar acciones de capacitación de colaboradores (voluntarios) para las acciones preventivas en salud.
- c. Función Recuperativa

¹ Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2021 y Fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio 2001-2006. Resolución Ministerial 1007-2005-Minsa, del 30 de diciembre del 2005.

- Participar en los equipos interdisciplinarios contribuyendo al mejoramiento y recuperación de las personas (población) que se ven afectadas por una dolencia o disminuidas en su salud.
- Dar acompañamiento a las personas y familias, así como capacitarlas para que asuman un rol activo (promotores) en la prevención y atención en temas de salud.

d. Función Rehabilitadora

- Brindar asesorías en todos los ámbitos de la vida social (personal, familiar, educativo, comunitario, etc.) para la reinserción del enfermo a la vida cotidiana.
- Fomentar el uso adecuado de las potencialidades de las personas en el restablecimiento de su salud.

Profundizando la investigación y tomando en consideración el ámbito regional, se puede precisar y determinar algunas funciones específicas de la Trabajadora social según su campo de intervención en salud, así tenemos:

En relación al trabajador: (Recursos Humanos)

- Formular, proponer las políticas de Bienestar del trabajador.
- Programar, organizar ejecutar y evaluar las actividades de atención directa al trabajador.
- Implementar programas recreativos y de salud

En relación a las acciones de promoción de la salud:

- Identificar y establecer los problemas y/o factores sociales que afecta al usuario a nivel de persona, grupo y comunidad.
- Promover la participación comunitaria los proyectos (diseño, ejecución y seguimiento) que promueven entornos saludables priorizando las estrategias señaladas a nivel regional.

- Propiciar la creación y desarrollo de redes en atención al binomio salud – enfermedad.
- Coordinar y concertar acciones intersectoriales orientadas a la concientización, educación y participación de los usuarios que se entienden en este sector.
- El desarrollo innovador de la educación y capacitación comunitaria; buscando el involucramiento de la comunidad a través de la movilización social en atención a sus problemas y necesidades de salud orientado al bienestar y calidad de vida (Medina, 2016, págs. 74-76).

1.3.5.3 Rol de la Trabajadora Social frente al Embarazo Adolescente

Siendo el embarazo adolescente es una problemática de mayor incidencia en nuestra sociedad, el rol de la trabajadora social puede ser asumido desde una institución educativa, desde el sector salud, empresarial, etc.; desde cualquier ámbito de intervención a partir del relacionamiento en la vida cotidiana de los adolescentes (con sus pares, grupos y familia).

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 su calidad de vida (Carricondo & Bleisen, 2014).

Además, el rol que se asume como profesionales del campo social, se orienta a fortalecer a las adolescentes para ser personas seguras, resolutivas, capaces de plantearse metas y objetivos y también para detectar los conflictos. Frente a lo cual asume un rol preventivo a través de una intervención multidisciplinar para la atención debida frente a los casos de embarazos en la adolescencia.

Como parte de su rol, está el pleno dominio de metodologías para contrarrestar el impacto de esta problemática a nivel personal y

familiar; así como las posibles complicaciones obstétricas mediante un control prenatal inadecuado (Alcalá, 2014).

Otro papel importantísimo del Trabajador Social es la reinserción de la adolescente embarazada al medio social, al medio educativo aceptando y aceptándose con su nueva situación para así cumplir metas y objetivos anteriormente planteados en su vida.

El Trabajo Social se ha transformado en una profesión articulada a las políticas sociales de un país, o una región determinada. Su rol se transformó en la participación activa de las instituciones públicas y privadas encargadas de aplicar las políticas sociales. Tales políticas tratan de resolver los problemas sociales existentes y de dar respuesta a ciertas necesidades, como el embarazo en adolescentes (Robertis, 2011).

El rol se orienta a lograr la inserción al ámbito familiar y social para mejorar su nivel y condición de vida, tanto de la adolescente como del recién nacido, encontrando de una manera la solución a la problemática existente, trabajando con la adolescente para que acepte la realidad, aprenda a conllevarla y verla no como una realidad difícil si no una función inherente a una mujer que a pesar de la edad tiene que asumirla con responsabilidad y amor. El rol de la Trabajadora Social está inmerso en solucionar problemas de diversas índoles, primero aplicando un diagnóstico para poder abordar la resolución del conflicto, en este caso la prevención de embarazos en la adolescencia (Suárez & Yunga, 2015).

1.4 Antecedentes Investigativos

1.4.1. Osorio Alania, Rubén. (2014). Factores que se Asocian al Embarazo en Adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, Lima.

En este estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

Primera: Según los resultados del estudio, se encontró que el embarazo en adolescentes en su gran mayoría (80%) fue no planificado

Segunda: El embarazo es predominante en el grupo etario de 17-19 años en un 50%. También nos indican que las adolescentes con alto índice iniciaron su relación sexual entre los 14-16 años.

Tercera: Se halló que el 65 % de las adolescentes gestantes recibe el apoyo económico de sus padres, entonces estaríamos hablando de características dependientes. La gran mayoría (64%) de adolescentes embarazadas provienen de familias desintegradas, en donde generalmente el ausentismo es del padre. Por lo que un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además de buscar compañía grata, y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida.

Cuarta: El 82 % de las adolescentes gestantes tuvieron conocimiento previo de los métodos anticonceptivos. Actualmente, se cuenta con múltiples métodos anticonceptivos sencillos y eficientes que están al alcance de los adolescentes. La atención a los adolescentes debe enfocarse en dárselos a conocer y hacérselos llegar.

1.4.2 Herrera Gálvez, Elizabeth Tatiana (2013). “Determinar la Dinámica Familiar de las Adolescentes Gestantes que Repercuten en su Autoestima que son Atendidas en el Puesto de Salud de Alto Libertad, Cerro Colorado - Arequipa. Se concluye:

Primera: La educación constituye un valioso aporte de integración, tanto familiar como de participación en la sociedad, pues no sólo está referido a la formación del estudiante, sino que su acción va hacia un mejor proyecto de vida, ya que esto responde a los sueños e ideales que van edificando desde su infancia con relación al estilo de vida deseado o idealizado.

Segunda: La realidad socioeconómico familiar, se refleja en el elevado número de hijos y las condiciones precarias de los padres, pues más de la mitad de las familias se desempeñan como comerciantes, básicamente informales, otras prestan servicios

como cocineras, trabajadoras del hogar o trabajadoras agrícolas, para contribuir a elevar el ingreso familiar; sin embargo, éste es bajo, no logrando la satisfacción total de las necesidades básicas de la familia.

Tercera: La situación de separación, los problemas económicos y los continuos conflictos familiares, crean de esta manera, un ambiente desfavorable que perjudica el normal desenvolvimiento de la familia y especialmente en la formación de los hijos, existiendo un alto porcentaje de adolescentes que por los conflictos que tienen con sus padres, son víctima de actos atentatorios contra su dignidad humana, es por esto, que los adolescentes son los más perjudicados con la crisis familiar.

Cuarta: La maternidad prematura es símbolo de postergación de aspiraciones personales, generando responsabilidad en la nueva familia, y a largo plazo, conduce al decaimiento de sus niveles de vida.

Quinta: El embarazo precoz es un problema mundial, por ende, un problema en el Perú, por las graves repercusiones demográficas, socio-económicas y culturales, y esto nos lleva a comprender la importancia y necesidad de fortalecer el aspecto socio-familiar y económico de las familias, en donde las tensiones emocionales desgastan las relaciones interpersonales entre sus miembros.

Sexta: La situación de la Dinámica Familiar de las gestantes adolescentes en la Posta Alto Libertad es regular y mala, esto hace que sufran reproche familiar y social, abandono de sus parejas, agudizando con ellos su baja autoestima, por lo cual, sus relaciones afectivas son frágiles, poco duraderas; la comunicación familiar entre padres e hijos es limitada, repercutiendo esto negativamente.

1.5 Hipótesis

Dado que la problemática de embarazo adolescente es un tema de salud pública debe ser abordado desde una atención integral e interdisciplinar, y

requiere del conocimiento de los diversos factores socio familiares que colocan a la adolescente a situaciones de riesgo frente al inicio temprano de relaciones sexuales.

Es probable que los factores socio familiares estén relacionados al embarazo adolescente atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

2. Planteamiento Operacional

2.1 Técnicas e Instrumentos

2.1.1 Técnica

Se ha utilizado la técnica para el recojo de la información la entrevista que es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas” (Denzin y Lincoln (2005), p. 643, tomado de Vargas, 2012) . Se aplica la entrevista con finalidad conocer el contexto socio familiar de la adolescente embarazada, permitiendo recoger sistemáticamente datos a través del trabajo en la investigación de campo (Penalva, 2015); y la investigación documental para la teoría y conceptos que sustentan el presente trabajo.

2.1.2. Instrumento

Se ha empleado un cuestionario tomando en cuenta las variables e indicadores con la finalidad de recoger información que facilite su análisis (Bernal, 2010).

2.2 Campo de Verificación: Ámbito Geográfico

La investigación se ha desarrollado en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa; en el servicio de ginecología y obstetricia que brinda atención a las adolescentes embarazadas.

2.3 Unidades de Estudio

Por el número de casos atendidos por el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, no se ha aplicado calculo

muestral; se ha recogido la información de los casos atendidos durante los meses de enero a marzo constituyendo el universo un total de 53 adolescentes embarazadas.

2.4 Temporalidad

Esta investigación se realizó entre los meses enero a setiembre del 2018 y, por tanto, es un estudio coyuntural, porque se trabajó con información recogida en un contexto concreto.

2.5 Estrategia de Recolección de Datos

Primero la coordinación con el servicio de ginecología y obstétrica con la finalidad de aplicar el cuestionario a las adolescentes embarazadas y obtener información mediante la aplicación del cuestionario. El periodo para el recojo de la información ha sido de tres meses de enero a marzo del 2018.

La graduanda ha elaborado el instrumento siendo validado mediante una prueba piloto aplicado a 8 adolescentes embarazadas, permitiendo este proceso evaluar la comprensión y grado de dificultad. Se ha considerado el anonimato del instrumento para obtener mayor confiabilidad por parte de la adolescente y pueda brindar información válida para el presente estudio. Para el análisis de datos se utilizará la estadística descriptiva.

2.6 Cronograma

ACTIVIDAD	2018								
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Set
1. Diseño del Proyecto									
Planteamiento del Problema	x								
Planteamiento Operacional	x								
Elaboración del Instrumento		x							
2. Desarrollo del proyecto									
Recojo de información	x	x	x						
Procesamiento de datos					x				
Análisis de Información						x			
Conclusiones y recomendaciones							x		
3. Elaboración de Informe								x	x



CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Proceso de Recolección de los Datos

Los datos obtenidos mediante la aplicación de la técnica de la encuesta y del instrumento (cuestionario estructurado), han sido trabajados mediante la estadística descriptiva, elaborando una matriz, la cual ha permitido la elaboración de tablas estadísticas, facilitando su interpretación, tomado en cuenta el aporte del marco teórico y conceptual presentado en el primer capítulo del estudio.

2. Análisis y Presentación de Resultados

La entrega de los resultados del estudio realizado a las adolescentes embarazadas que se atienden en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital III Regional Honorio Delgado de 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

Edad de las Adolescentes Embarazadas

Edad	Fr.	%
12 a 15 años	33	62.3
16 a 19 años	20	37.7
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 62.3% de adolescentes embarazadas tienen de 12 a 15 años de edad y el 37.7% tienen de 16 a 19 años. La información obtenida muestra que las adolescentes inician la menarquía desde temprana edad, lo que es considerado como un factor de riesgo que las expone al inicio temprano de relaciones sexuales, considerando el componente biológico como factor principal desencadenante en un embarazo precoz, debido a que la adolescente aun no alcanza la madurez ni física ni psicológica para asumir las consecuencias de un embarazo adolescente truncando su proyecto de vida, por encontrarse en la adolescencia temprana (10-14 años).

Tabla 2
Grado de Instrucción de as Adolescentes Embarazadas

Grado de Instrucción	Fr.	%
Primaria completa	0	0.9
Primaria incompleta	3	5.7
Secundaria completa	6	11.3
Secundaria incompleta	32	60.4
No respondió	12	22.6
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 60.4% tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta, el 22.6% no respondió, el 11.3% secundaria completa, el 5.7% tienen primaria incompleta, el 0.9% tienen primaria completa. Esta información permite analizar la situación educativa de las adolescentes, siendo un factor social de riesgo el hecho de encontrarse en un nivel de secundaria incompleta, siendo un indicador importante para la intervención de la trabajadora social. Este bajo nivel educativo se convierte en una limitante para la construcción de un proyecto hacia una maternidad responsable, convirtiéndose en algunos casos en un obstáculo por la necesidad educativa insatisfecha que puede ocasionar frustraciones al no haber concluido con el sistema escolar (Carrión, 2014).

Tabla 3
Religión de las Adolescentes Embarazadas

Religión	Fr.	%
Católica	42	79.2
Evangelista	7	13.2
Mormona	1	1.9
Otra	2	3.8
No respondió	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 79.2% de las adolescentes embarazadas profesan la religión católica, el 13.2% son evangelistas, el 3.8% profesan otra religión, el 1.9% son mormonas y el mismo porcentaje no respondió a esta cuestión. De este análisis se deriva que, en la actualidad, la iglesia católica tiene una doctrina bien marcada referente al uso de anticonceptivos y planificación familiar, su postura es de rechazo hacia una educación sexual. El embarazo en la adolescencia no depende únicamente de la familia sino de un Estado responsable que ofrezca a la niñez y la adolescencia una educación de calidad con oportunidades para decidir sobre su propio cuerpo. Las familias que tienen una cultura religiosa que no ofrecen a sus hijos e hijas orientaciones sobre su sexualidad y su cuerpo en el proceso de pre-adolescencia y adolescencia porque mantienen la orientación religiosa que prohíbe la sexualidad manejándola como tabú y prohibición negándole a sus hijos/as herramientas para empoderarse frente a su desarrollo evolutivo y frente a su contexto social.

Tabla 4
Trabajan las Adolescentes Embarazadas

Trabajan	Fr.	%
Si	3	5.7
No	50	94.3
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 94.3% de adolescentes embarazadas no trabajan actualmente y el 5.7% si trabajan. Las adolescentes al contar con secundaria incompleta (60.4 %, Tabla 2), demuestra limitada preparación desfavoreciendo no solo las posibilidades de una mejor inserción en el campo ocupacional; sino fundamentalmente limita la concepción del mundo que las rodea, siendo este un factor que influye negativamente en la forma de enfrentar su condición de embarazada, así los bajos niveles de instrucción que presentan no les ayuda a analizar y mucho menos encontrar alternativas de solución frente a la situación de embarazo que presentan generando una dependencia familiar.

Tabla 5
Lugar de Nacimiento de las Adolescentes Embarazadas

Lugar de Nacimiento	Fr.	%
Arequipa	27	50.9
Caylloma	6	11.3
Apurímac	4	7.5
Tacna	3	5.7
Cuzco	2	3.8
Puno	2	3.8
Camaná	2	3.8
Castilla	2	3.8
Moquegua	1	1.9
Cotabamabas	1	1.9
Aplao-Castilla	1	1.9
Juliaca	1	1.9
Ayacucho	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 50.9% de las adolescentes embarazadas nacieron en la ciudad de Arequipa, el 11.3% en la provincia de Caylloma, el 7.5% en el departamento de Apurímac y el 5.7% en el departamento de Tacna. Los datos indican que las adolescentes embarazadas en su mayoría son del departamento de Arequipa, este es un indicador para ser analizado por los profesionales del campo de la salud y social para la planificación de acciones de atención y prevención, debido a que, el lugar de nacimiento brinda información sobre inicio de relaciones sexuales en las zonas urbanas y sus consecuencias como es el embarazo en la adolescencia.

Tabla 6
Distrito de Procedencia de las Adolescentes Embarazadas

Distrito de Procedencia	Fr.	%
Cayma	8	15.1
Socabaya	7	13.2
Ciudad de Dios	6	11.3
Cerro Colorado	5	9.4
Alto Selva Alegre	4	7.5
Mariano Melgar	3	5.7
José Luis Bustamante y Rivero	3	5.7
Miraflores	2	3.8
Sachaca	2	3.8
Cercado	2	3.8
No respondió	2	3.8
Paucarpata	1	1.9
Hunter	1	1.9
Sabandia	1	1.9
Yura	1	1.9
Zamacola	1	1.9
Uchumayo	1	1.9
San Román	1	1.9
Tiabaya	1	1.9
Cerro Verde	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 15.1% de las adolescentes embarazadas proceden del distrito de Cayma, el 13.2% de Socabaya, el 11.3% de Ciudad de Dios, el 9.4% de Cerro Colorado, el 7.5% de Alto Selva Alegre, el 5.7% de Mariano Melgar y José Luis Bustamante y Rivero, el 3.8% de Miraflores, Cercado, No respondió, el 1.9% de Paucarpata, Hunter, Sabandía, Yura, Zamacola, Uchumayo, San Román, Tiabaya y Cerro Verde. Esta información determina los distritos donde se debe intervenir con mayor incidencia desde los social para la prevención de esta problemática.

Tabla 7
Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas

Estado Civil	Fr.	%
Soltera	49	92.5
Conviviente	4	7.5
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 92.5% de las adolescentes embarazadas son solteras y el 7.5% son convivientes. A partir de la información que proporciona el estudio, se determina que la adolescente embarazada al estar soltera se encuentra bajo la dependencia y responsabilidad de sus padres, quienes asumen la responsabilidad económica para el buen desarrollo físico, psicológico y social de la adolescente y de su hijo como es el caso de las que viven con sus padres (37.7 %, Tabla 8), por el contrario para las adolescentes que tienen un hogar conformado en su mayoría solo por padre o madre u otros familiares el desarrollo integral de éstas se ve afectado por limitaciones económicas y de atención integral.

2.2. Factores Socio familiares.

Tabla 8

Con Quien Viven las Adolescentes Embarazadas

Con Quien Viven	Fr.	%
- Padre, Madre, hermanos y abuelos	20	37.7
- Madre, hermanos, abuelos, tíos y primos	14	26.4
- Abuelos, tíos y primos	12	22.6
- Abuelos y hermanos	4	7.5
- Tíos y primos	3	5.7
TOTAL	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 37.7% viven con su padre, madre, hermanos y abuelos; el 26.4% vive con su madre, hermanos, abuelos, tíos y primos; el 22.6% viven con sus abuelos, tíos y primos; el 7.5% viven con sus abuelos y hermanos y el 5.7% vive con tíos y primos. Esta información permite precisar que el tipo de familia de donde procede la adolescente es extensa, conformada por los padres, hermanos y abuelos en su gran mayoría, siendo un indicador del soporte familiar que reciben estas adolescentes para enfrentar esta nueva etapa de su vida.

Tabla 9**Estado Conyugal de los Padres de las Adolescentes Embarazadas**

Estado Conyugal	Fr.	%
Casados	11	20.8
Separados	17	32.1
Divorciados	4	7.5
Convivientes	11	20.8
Viudez	5	9.4
Madre soltera	5	9.4
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 32.1% de los padres de las adolescentes embarazadas son separados, el 20.8% son casados y convivientes; el 9.4% son viudas y madres solteras y el 7.5% son divorciados. Este panorama nos indica que, en su mayoría, las adolescentes embarazadas proceden de familias desintegradas caracterizados por padres separados, divorciados, conviviente o madres solteras, lo que se relaciona con la tabla 8 donde la mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de una familia desintegrada conformada por madre, hermanos, abuelos, tíos y primos.

Tabla 10
Comunicación en el Hogar de las Adolescentes Embarazadas

Comunicación en el Hogar	Fr.	%
Buena	1	1.9
Regular	51	96.2
Mala	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 96.2% de las adolescentes embarazadas presentan una regular comunicación en el hogar y el 1.9% presentan una comunicación buena y mala. La comunicación es uno de los factores familiares protectores que de fomenta en la familia, debido a que la adolescente atraviesa por un proceso de autonomía en esta etapa de su vida requiere de una adecuada relación y comunicación con los padres para desarrollar habilidades para la vida con las que puedan hacerle frente a los cambios hasta la adultez, entre ellas las habilidades comunicativas, las necesarias para negociación, y las de resistencia ante presión de compañeros (Carrión, 2014). Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, cuando ésta es pobre o incompleta los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio existiendo más probabilidad de concebir un embarazo no deseado

Tabla 11

Actividad Laboral del Padre de las Adolescentes Embarazadas

Actividad Laboral del Padre	Fr.	%
Obrero	30	56.6
Independiente	16	30.2
Otro	7	13.2
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 56.6% de los padres de las adolescentes embarazadas tienen la actividad laboral de obreros, el 30.2% realiza un trabajo independiente y el 13.2% realiza otras actividades. Los datos porcentuales demuestran que más de la mitad de los padres cuentan con un trabajo como obreros, lo que determina una economía familiar limitada por los ingresos bajos de los padres, constituyendo un factor familiar que facilita una adecuada o no atención de la adolescente embarazada.

Tabla 12

Actividad Laboral de la Madre de las Adolescentes Embarazadas

Actividad Laboral	Fr.	%
Obrera	15	28.3
Independiente	30	56.6
Ama de casa	8	15.1
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 56.6% de las madres de las adolescentes embarazadas tienen una actividad laboral de independiente, el 28.3% son obreras y el 15.1% son amas de casa. Estas características socio económicas de los hogares de donde provienen las adolescentes embarazadas determinan situaciones favorables o desfavorables; favorables por el trabajo que desempeña la madre aportando a la economía familiar para la satisfacción de las necesidades que pueda presentar a familia; pero al mismo tiempo puede tornarse desfavorable al estar ausente del hogar ocasionando limitaciones en el tiempo que dedica a los hijos, principalmente a la adolescente embarazada, existiendo una variedad de situaciones socio familiares, aun dentro de un mismo sector socioeconómico, que determinan su significado (Climent, 29 de octubre al 2 de noviembre 2001).

Tabla 13

Ingreso Económico de los Padres de las Adolescentes Embarazadas

Ingreso Económico s	Fr.	%
Más del Salario Mínimo Vital	8	15.1
Salario Mínimo Vital	36	67.9
Menos del Salario Mínimo Vital	9	15.1
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 67.9% de los padres adolescentes embarazadas tienen un ingreso económico de salario mínimo vital, el 15.1% lo comparten los que tienen un ingreso más del salario mínimo vital y menos del salario mínimo vital. Esta información permite analizar las características no solo económicas de las familias de las adolescentes embarazadas sino también las repercusiones en el clima familiar. La economía familiar y las condiciones socio económicas desfavorables en que viven las adolescentes facilitan pocas oportunidades en la vida futura y no ven ningún beneficio en postergar la maternidad (Climent G. , 2003), (Fainsod, 2006).

Tabla 14

Las Adolescentes Embarazadas Reciben Apoyo Económico del Padre de su Hijo

Recibes Apoyo Económico	Fr.	%
Si	13	24.5
No	40	75.5
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 75.5% de las adolescentes embarazadas no reciben el apoyo económico del padre de su hijo y el 24.55 % si reciben apoyo económico. Los datos obtenidos señalan que son las familias de las adolescentes embarazadas quienes brindan el soporte económico para el normal desarrollo de la adolescente embarazada y su hijo. Este constituye un factor protector para la adolescente embarazada, pero al mismo tiempo al no recibir apoyo del padre de su hijo, genera una sobre carga a la economía de su familia que ya de por si es considerada limitante al existir un alto porcentaje de adolescentes que no viven con sus padres sino con otros familiares como abuelos, hermanos, tíos y primos (Ver tabla 8).

Tabla 15

Grado de Instrucción del Padre de las Adolescentes Embarazadas

Grado de Instrucción	Fr.	%
Primaria Completa	1	1.9
Primaria Incompleta	1	1.9
Secundaria Completa	34	64.2
Secundaria Incompleta	7	13.2
Profesional	6	11.3
No sabe	4	7.5
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 64.2% de los padres de las adolescentes embarazadas tienen nivel de instrucción de secundaria completa y el 13.2% presenta secundaria incompleta, el 11.3% son profesionales y el 7.5% no sabe qué grado de instrucción tienen sus padres. Haciendo el cruce con la información sobre la ocupación del padre y el ingreso económico (Ver tabla 11 y 13), se establece la relación con el grado de instrucción del padre que es secundaria completa en su mayoría, determinando que por el tipo de preparación no puede acceder a mejores oportunidades laboralespreciando una vez más la relación existente entre la economía y el clima familiar favorable o desfavorable la desarrollo socio emocional de la adolescente embarazada.

Tabla 16

Grado de Instrucción de la Madre de las Adolescentes Embarazadas

Grado De Instrucción	Fr.	%
Primaria Completa	7	13.2
Primaria Incompleta	7	13.2
Secundaria Completa	11	20.8
Secundaria Incompleta	25	47.2
Profesional	2	3.8
No sabe	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 47.2% de las madres de las adolescentes embarazadas tienen nivel de instrucción de secundaria incompleta y el 20.8% presenta secundaria completa, el 13.2% lo comparten las que tienen primaria completa e incompleta, el 3.8% es profesional y el 1.9% no sabe qué grado de instrucción tienen su madre. Analizando, esta información relacionada con la tabla 12 se puede determinar que las madres de familias de las adolescentes embarazadas al no contar con secundaria completa es que ejercen un trabajo independiente, que muchas veces ocasiona que se encuentran fuera del hogar la mayor parte del tiempo afectando a las relaciones familiares y comunicación adecuada como factores protectores que pueden prevenir un embarazo a temprana edad.

Tabla 17**Relaciones Familiares en las Adolescentes Embarazadas**

Relaciones Familiares	Fr.	%
Satisfactorio	1	1.9
Insatisfactorio	32	60.4
Deficiente	20	37.7
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 60.4% afirma que las relaciones familiares son insatisfactorias, el 37.7% considerar que son deficientes y sólo el 1.9% que son satisfactorias. Aquí se observa que la adolescente embarazada tiene una percepción sobre las relaciones familiares, aspecto de importancia para este tipo de estudio debido a que la familia es el primer agente socializador donde los niños (as) futuros (as) adolescentes determinar y aprenden los vínculos socio afectivos y relaciones interpersonales que serán la base para su vida adulta. El existir inadecuadas relaciones familiares y las adolescentes al encontrar en una etapa de búsqueda de autonomía, suelen buscar afecto y comprensión en su grupo de pares, conllevando a inadecuada toma de decisiones respecto a su vida sexual.

Tabla 18

Problemas Frecuentes en el Hogar de las Adolescentes Embarazadas

Problemas Frecuentes	Fr.	%
Económicos y Violencia	36	67.9
Abandono	7	13.2
Alcoholismo	10	18.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 67.9% de las adolescentes embarazadas considera que los problemas más frecuentes que se presentan en su hogar son de orden económico y de violencia; el 18.9% por alcoholismo y el 13.2% por abandono. Estos problemas son característicos de los hogares desintegrados de donde provienen las adolescentes embarazadas (ver tabla 8). Los patrones socioculturales que definen los hogares y clima familiar de estas adolescentes, crean o predisponen un ambiente familiar que lejos de brindar factores protectores como la unidad familiar y adecuadas relaciones familiares; ambientes que influyen de manera significativa en las adolescentes, con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre sus miembros y mayor satisfacción familiar, podrán entablar relaciones sociales y personales significativas y equilibradas sin graves consecuencias para su futuro (Jiménez, Musitu, & Murgui, 2005). Por el contrario, al no existir en el hogar modelos estables, sino más bien las adolescentes perciben o viven vínculos violentos y carentes de afecto hemos de entender que las respuestas peligrosas de los adolescentes y su vulnerabilidad es consecuencia de lo que cree y transmite la sociedad. (Gómez, 2008).

2.3. Embarazo Adolescente.

Tabla 19

Recibieron Educación Sexual por parte de los Padres

Recibieron Educación Sexual	Fr.	%
Si	3	5.7
No	50	94.3
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 94.3% de los padres de las adolescentes embarazadas no les hablaron son educación sexual y el 5.7% si recibió información de ellos sobre este tema. A pesar del avance de la ciencia y 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 quienes buscan información para satisfacer su curiosidad sobre el desarrollo sexual a través de su grupo de pares, a pesar que el sistema educativo y de salud tiene diseñado programas de educación sexual para la prevención del embarazo adolescente, estos no han dado los resultados esperados (Alvarado, 2013).

Tabla 20

Edad de las Adolescentes Embarazadas cuando tuvieron su Primer Enamorado

Edad	Fr.	%
10 años	5	9.4
11 años	4	7.5
12 años	20	37.7
13 años	17	32.1
14 años	4	7.5
15 años	3	5.7
TOTAL	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 37.7% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primer enamorado a los 12 años, el 32.1% a los 13 años, el 9.4% a los 10 años, el 7.5% a los 14 años y el 5.7% a los 15 años. Los más altos porcentajes hacen referencia a la adolescencia temprana como la edad en la que las adolescentes experimenta sentimientos afectivos por el sexo opuesto, que junto a la crisis familiar por la que atraviesan (Ver tabla 17 y 18) las convierte en personas altamente vulnerables, así tenemos que “el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes es motivado mayormente por el “enamoramamiento” y ocurre de forma espontánea, no siendo una situación planificada” (CONAPOFA, 2008, pág. 18).

Tabla 21

Edad de las Adolescentes Embarazadas cuando tuvieron su Primera Relación Sexual

Edad	Fr.	%
12 años	3	5.7
13 años	9	17.0
14 años	14	26.4
15 años	15	28.3
16 años	9	17.0
17 años	3	5.7
TOTAL	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 28.3% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual a los 15 años, el 26.4% a los 14 años, el 17.0% lo comparten las edades de 13 años y 16 años, y el 5.7% a los 12 años y 17 años. Si bien según tabla 20, las adolescentes están experimentando una relación de enamoramiento en la adolescencia temprana, en esta tabla se observa que la primera relación sexual se dio en la adolescencia intermedia lo que evidencia la magnitud del problema; siendo un indicador importante para el desarrollo de acciones preventivas no solo dirigidas a las adolescentes sino principalmente demanda un trabajo con los padres de familia o tutores con la finalidad de incidir en los factores protectores que deben desarrollar para que las adolescentes no sean 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 22**Relación de la Adolescente Embarazada con su Pareja**

Tipo de Relación	Fr.	%
Buena	0	0.0
Regular	49	92.5
Mala	4	7.5
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 92.5% de las adolescentes embarazadas tienen una relación regular con su pareja, el 7.5% una relación mala. La relación regular se interpreta como una relación caracterizada por una limitada participación y comunicación que favorezca un adecuado desarrollo del embarazo y la crianza del hijo; aspecto que se evidencia al cruzar los datos de la tabla 14 respecto a si recibe apoyo económico del padre de su hijo donde el 75.5 % responde que no, esta situación expone a la adolescente y su familia a una relación inestable y deficiente respecto al lazo afectivo emocional con el padres de su hijo, así como al soporte económico que requiere para una buena crianza del menor o la menor.

Tabla 23

Conoce los Métodos Anticonceptivo

	Conoce	Fr.	%
Si		49	92.5
No		4	7.5
Total		53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 92.5% de las adolescentes si conocen los métodos anticonceptivos y el 7.5% afirma no conocerlos. Las adolescentes embarazadas en un 83.0% (Tabla 25) señalan que se informaron de los métodos anticonceptivos en la escuela y a través de amigos, lo que corrobora que el 94.3% (Tabla 19) de adolescentes embarazadas afirman que sus padres de familia no les hablaron de educación sexual.

Si bien las adolescentes manifiestan conocer sobre los métodos anticonceptivos, existen muchas barreras que conllevan al no uso de estos, así tenemos el acceso a los anticonceptivos ya sea por factores económico y/o culturales, deficiente comunicación con los padres y/o enamorado (pareja), ocasionando embarazos no deseados y cierto desequilibrio físico y socio emocional en la adolescente (Lugones, Prado, Calzada, & Córdova, 2001). Fomentar el diálogo entre las adolescentes, 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 24
Métodos Anticonceptivos que Conoce

Métodos Anticonceptivos	Fr.	%
Pastillas y Condón	14	26.4
Pastillas	10	18.9
Condón o Preservativo	21	39.6
T de Cobre	4	7.5
No respondió	4	7.5
TOTAL	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 39.6% de las adolescentes embarazadas conocen el condón o preservativo, el 26.4% las pastillas y el condón, el 18.95 conoce sólo las pastillas. En esta tabla las adolescentes entrevistadas dieron hasta dos alternativas como respuesta, demostrando que el conocimiento de los métodos no necesariamente está relacionado a su uso para prevenir un embarazo precoz. Proporcionar educación sexual debe estar encaminado a prevenir embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc., todo como parte de un proceso donde el componente educativo sea el más importante para la prevención, ya que el inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible.

Tabla 25

Quien Informo a la Adolescente Embarazada sobre Métodos Anticonceptivos

Información de Métodos Anticonceptivos	Fr.	%
Escuela y Amigos	44	83.0
Familia	4	7.5
Escuela	4	7.5
Familia y Escuela	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 83.0% de las adolescentes embarazadas se informaron en la escuela y a través de amigos, el 7.5% recibió información sólo de la familia y sólo de la escuela y el 1.9% recibió información tanto en su familia como en la escuela. Las adolescentes en el momento de la entrevista eligieron hasta dos opciones para transmitir de donde consiguen información sobre métodos anticonceptivos. Estos datos confirman que las adolescentes adquieren información referente a educación sexual a través de sus pares o en sus centros educativos, siendo la familia el 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 con éxito.

Tabla 26

Piensas que Podrías haber Evitado el Embarazo

Como evitar el Embarazo	Fr.	%
- Postergando la actividad sexual y usando algún método anticonceptivo.	26	49.1
- Usando algún método	10	18.9
- Postergando la actividad sexual y usando algún método anticonceptivo y optando por el aborto.	4	7.5
- Postergando la actividad sexual,	4	7.5
- Usando algún método y optando por el aborto	3	5.7
- Postergando la actividad sexual y usando algún método anticonceptivo y dialogando con tu pareja.	2	3.8
- Optando por el aborto.	1	1.9
- Dialogando con tu pareja	1	1.9
- Postergando la actividad sexual y optando por el aborto	1	1.9
- Usando algún método y dialogando con tu pareja	1	1.9
TOTAL	53	100.0

Fuente: Encuesta aplicada Adolescentes Embarazadas. Hospital Honorio Delgado Espinoza. 2018.

Interpretación:

El 49.1 % de las adolescentes piensan que sí pudieron evitar el embarazo mediante la postergación la actividad sexual y usando algún método anticonceptivo y el 18 % manifiesta haber podido evitar el embarazo usando algún método anticonceptivo. Esta información es valiosa en la medida que permite visualizar por donde deben orientarse las acciones de educación sexual a los jóvenes y adolescentes a fin que ellos y ellas retarden el inicio de la primera relación sexual y cuando se inicien sexualmente lo hagan ejerciendo su sexualidad responsablemente.

2.4. Análisis de Verificación de Hipótesis

La hipótesis planteada por las graduandas fue:

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

Es probable que los factores socio familiares estén relacionados al embarazo adolescente atendidos en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza de 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 el 62.3% de adolescentes embarazadas tienen de 12 a 15 años de edad, lo que nos permite conocer el rango de edad del inicio temprano de relaciones sexuales. El 60.4% tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta, convirtiéndose en un factor social de riesgo que la expone a otras limitaciones relacionadas a factores familiares como el tipo de familia de la que provienen (32.1% de los padres de las adolescentes embarazadas son separados, el 20.8% son casados y convivientes; el 9.4% son viudas y madres solteras y el 7.5% son divorciados); donde la mayoría de las adolescentes embarazadas provienen de una familia desintegrada conformada por madre, hermanos, abuelos, tíos y primos (37.7% viven con su padre, madre, hermanos y abuelos; el 26.4% vive con su madre, hermanos, abuelos, tíos y primos; el 22.6% viven con sus abuelos, tíos y primos; el 7.5% viven con sus abuelos y hermanos y el 5.7% vive con tíos y primos).

Por otro lado, otro factor relacionado con la problemática que afecta a las adolescentes es que el 64.2% de los padres de las adolescentes embarazadas solo alcanzan un nivel de instrucción de secundaria completa y el 47.2% de las madres tienen nivel de instrucción de secundaria incompleta, que junto a la realidad económica (Ver tabla 11 y 13), se puede determinar que los padres tienen limitadas oportunidades laborales ocasionando ingresos económicos poco satisfactorios para la familia o de lo contrario incide en el tiempo que dedican a los hijos, porque muchas veces ambos padres trabajan y están alejados por varias

horas de sus hogares, estableciendo la existencia de cierta influencia de este contexto en el clima familiar para el buen desarrollo de los hijos. En consecuencia las relaciones familiares son insatisfactorias (60.4 %), el 67.9% de las adolescentes embarazadas considera que los problemas más frecuentes que se presentan en su hogar son de orden económico y de violencia; el 18.9% por alcoholismo y el 13.2% por abandono; es en este clima socio familiar donde los padres tratan de brindar educación sexual la cual es totalmente insuficiente (94.3% de los padres de las adolescentes embarazadas no les hablaron sobre educación sexual y solo el 5.7% si recibió información de ellos); aspecto que está relacionada también a una cultura religiosa que de cierta forma influye como limitante en este tipo de educación hacia las adolescentes siendo parte de la tarea educativa de la familia, pero que sigue siendo un tabú.

Es en este contexto socio familiar de limitaciones en la comunicación con los padres de familia, que las adolescentes buscan información sobre educación sexual en sus amigos (as), (37.7% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primer enamorado a los 12 años, el 32.1% a los 13 años, el 9.4% a los 10 años, el 7.5% a los 14 años y el 5.7% a los 15 años); siendo muchas veces información que no fortalece la capacidad de toma de decisiones ante situaciones como el inicio temprano de relaciones sexuales (28.3% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual a los 15 años, el 26.4% a los 14 años, el 17.0% lo comparten las edades de 13 años y 16 años, y el 5.7% a los 12 años y 17 años), así lo corrobora la información recogida donde el 83.0% de las adolescentes embarazadas se informaron en la escuela y a través de amigos.

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 que se forma, siendo una de las características que la mayoría no puede trabajar (94.3% de adolescentes embarazadas no trabajan) y si trabajan (5.7%), al tener solo secundaria incompleta (60.4 %, Tabla 2), tiene limitaciones en el campo ocupacional; generando dependencia familiar hacia los padres de familia de la adolescente embarazada, quienes tratan de brindar su apoyo debido a que el 92.5% de las adolescentes embarazadas son solteras y solo el 7.5% conviven con el padre del niño (a) por nacer, en la mayoría de los casos donde los padres asumen la

responsabilidad económica para el buen desarrollo físico, psicológico y social de la adolescente y de su hijo como es el caso de las que viven con sus padres (37.7 %, Tabla 8). De igual manera, el 92.5% de las adolescentes embarazadas tienen una relación regular con su pareja, el 7.5% una relación mala, estas características encontradas se relacionan al analizar la información de la tabla 14 donde el 75.5 % de las parejas de las adolescentes no brindan apoyo económico al futuro bebe por nacer.

Finalmente, las adolescentes piensan que pudieron evitar el embarazo mediante la postergación la actividad sexual (49.1 %) y usando algún método anticonceptivo (18 %), el análisis de esta información permite determinar el rol de la familia ante la prevención del embarazo en la adolescencia 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 las adolescentes y las convierte en población altamente vulnerables; resaltando lo factores de protección para actuar cuando una adolescente se encuentra carente de un ambiente familiar que favorece su normal desarrollo logro de objetivos personales como es la construcción de un proyecto de vida.

3. Diagnostico Social

3.1 Ubicación y Reseña Histórica.

El Hospital III Regional General Honorio Delgado Espinoza se encuentra ubicado en la calle Daniel Alcides Carrión N° 515 del distrito, provincia y departamento de Arequipa.

Reseña Histórica

Que los sanos no se enfermen y que los enfermos no se mueran, reza el lema con el que fue creado hace 48 años, el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, nosocomio que, pese a sus presupuestos, ha logrado sobrevivir salvando muchas vidas humanas curando y asistiendo a miles de personas a lo largo de su vida institucional. En Enero de 1958, se estaba terminando de construir el Sanatorio N° 2 que estaba dirigido a la atención de enfermedades del tórax, pero debido a que el día 15 de enero de ese mismo año Arequipa sufrió un

terremoto que destruyó gran parte de las viviendas, edificios, etc. y que además afectó seriamente toda la estructura del hasta entonces centro asistencial de salud Hospital Honorio Delgado Espinoza, el sanatorio N° 2 se convirtió en el principal centro asistencial, ya que precisamente tuvo que albergar a todos los pacientes heridos durante el terremoto, como también albergar a todos los pacientes del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

En enero de 1960, cuando el Sanatorio N° 2 ya terminado y listo para su equipamiento, con miras a ser un centro de salud para el tratamiento de pacientes con tuberculosis de todo el sur del Perú, cuando nuevamente el 13 de Enero, Arequipa fue amenazada nuevamente con otro terremoto de mayor intensidad al de enero de 1958, deteriorándose más el Hospital Honorio Delgado Espinozay presentando serios problemas en el tratamiento de los enfermos arequipeños, hecho que motivo elevar un pedido al Presidente de la República Dr. Manuel Prado, solicitando la transformación del hospital de enfermedades del tórax en Hospital General, pedido que fue aprobado por Resolución Suprema, con el cual se iniciaron los preparativos para la implantación del nuevo Nosocomio

Fue el 18 de julio de 1960, día histórico en Arequipa, en que se inaugura el Hospital General Arequipa, siendo el Ministro de Salud el Dr. Rodrigo Franco Guerra. Inicio sus actividades con 500 camas y su primer director fue el Dr. Carlos López Oré.

Desde su inicio prestó servicios de asistencia médica, de prevención de enfermedades y coordinó con la Facultad de Medicina, un local donde realizar sus prácticas clínicas. Con el paso de los años y debido a normas organizativas y funcionales fue cambiada la denominación a Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se tomó dicho nombre en Homenaje al ilustre arequipeño Honorio Delgado Espinoza, quien se ha convertido en el símbolo del pensador solitario y alturado que venció toda clase de obstáculos. Fue un ejemplo de maestro, de hombre bueno, trabajador infatigable, defensor de los valores más humanos del hombre. (Hospita III Honorio Delgado Espinoza, 2018)

Visión

Ser un Hospital líder al servicio de la población de los Departamentos del sur del país, brindando atención integral de salud de alta especialización, docencia e investigación; con tecnología modernas y personal altamente especializado. (Hospital III Honorio Delgado Espinoza, 2018)

Misión

Prevenir y proteger de los riesgos y daños, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de la población, en condiciones de equidad y plena accesibilidad. (Hospital III Honorio Delgado Espinoza, 2018)

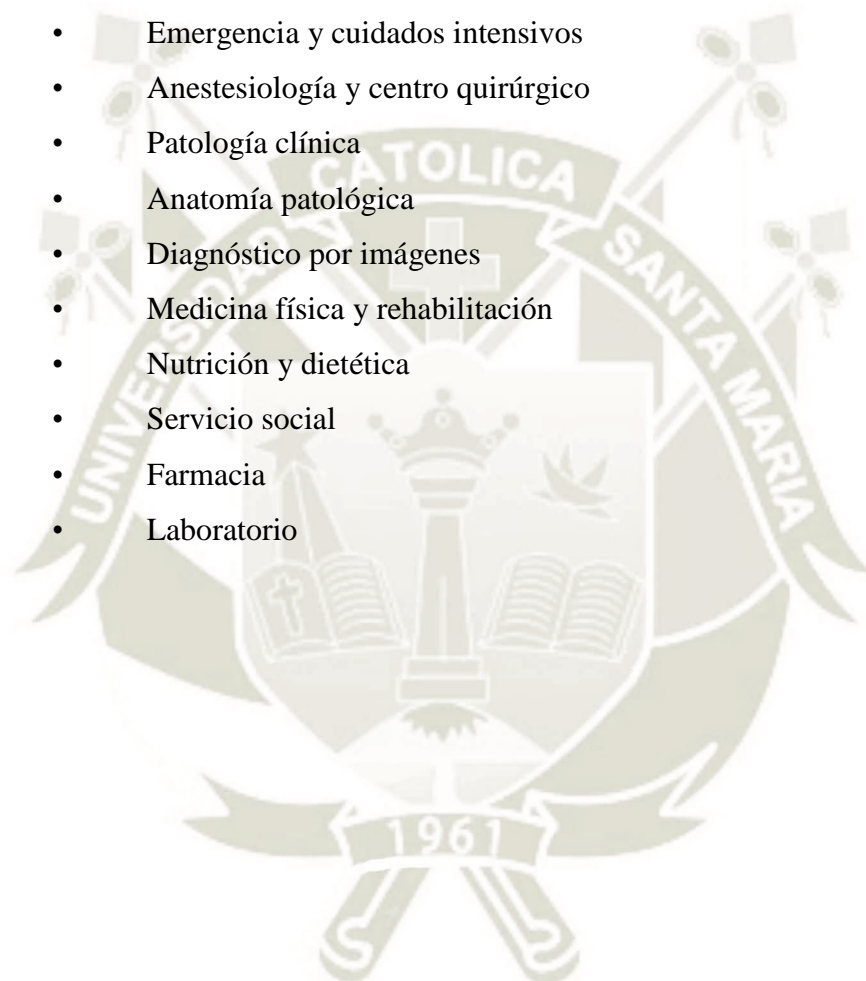
3.2 Principales Características.

El Hospital Honorio Delgado Espinoza tiene como funciones generales las siguientes (Gobierno Regional de Arequipa, 2018):

- a. Recuperar la salud y rehabilitación de las capacidades de los pacientes en condiciones de oportunidad, equidad y plena accesibilidad en consulta externa, hospitalización y emergencia.
- b. Defender la vida y proteger la salud de las personas desde su concepción hasta su muerte natural.
- c. Prevenir y disminuir los riesgos y daños a la salud.
- d. Apoyar la formación especializada de los recursos humanos, asignando campo clínico y personal para la academia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según convenios respectivos.
- e. Administrar los recursos humanos materiales, económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
- f. Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- g. Implementar acciones para el desarrollo de la actividad física, la práctica del deporte, las prácticas adecuadas de alimentación y la detección precoz, para la prevención de las enfermedades no transmisibles.

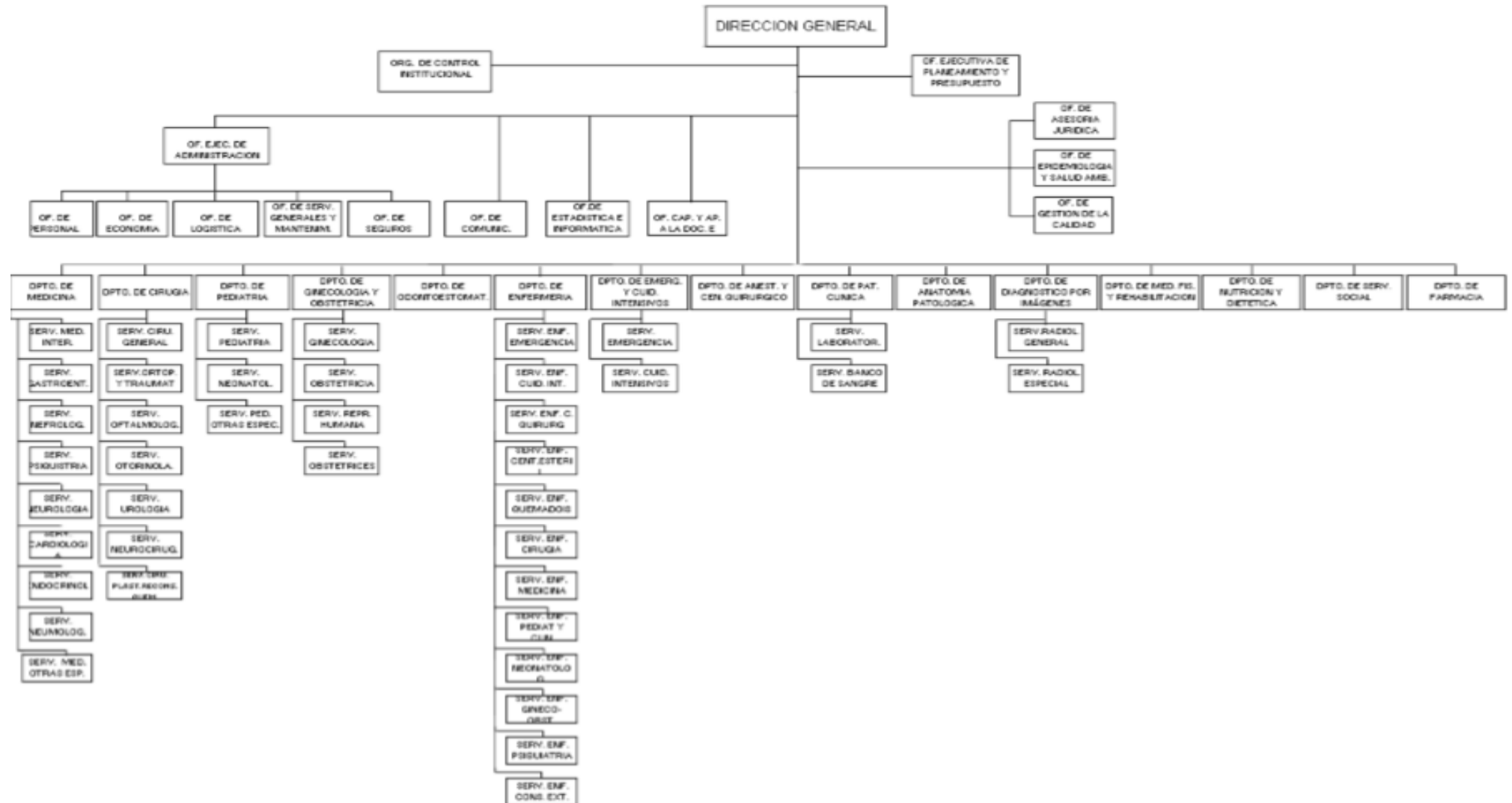
3.3 Servicios que brinda.

- Pediatría
- Medicina
- Cirugía
- Ginecología y Obstetricia
- Odontoestomatología
- Enfermería
- Emergencia y cuidados intensivos
- Anestesiología y centro quirúrgico
- Patología clínica
- Anatomía patológica
- Diagnóstico por imágenes
- Medicina física y rehabilitación
- Nutrición y dietética
- Servicio social
- Farmacia
- Laboratorio



3.4 Organigrama Institucional.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO DE AREQUIPA - 2008



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 del paciente familia promoviendo la participación multisectorial de los diferentes actores de la comunidad para que participe en el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de su salud basada en sus necesidades , para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y funcionales del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

El departamento del servicio social tiene las siguientes Unidades Funcionales:

- Unidad Funcional de Trabajo Social en Emergencia
- Unidad Funcional de Trabajo Social en Hospitalización
- Unidad Funcional de Trabajo Social de consultorio Externo y Promoción Social

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 y/o Asistente 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 en Hospitalización.

Es la unidad orgánica funcional encargada de investigar los factores socioeconómicos y culturales que favorecen o interfieren en la recuperación de la salud de paciente y su contexto familiar.

3.5.4. Unidad Funcional de Trabajo Social de consultorio Externo y Promoción Social.

Es la unidad funcional encargada de identificar los factores de riesgos social y familiar en el proceso de la enfermedad de la persona, la atención que se brinda al usuario y familia es especializada, personalizada y socio preventivos evaluando la situación económica y de la salud del paciente en forma

inmediata a fin de prestarle el apoyo requerido y a la vez se le orienta se sensibiliza para que haga una efectiva y adecuada utilización de los servicios de salud por niveles y no se de la demanda insatisfecha.

En promoción social se encarga de elaborar proyectos y programas de prevención y promoción social de educación sanitaria, asimismo terapia recreativa y ocupacional formado parte del equipo multidisciplinario y participando activamente en la conducción de grupos organizados de la comunidad en nuestra institución con enfermedades degenerativas que van en aumento como son: artritis, diabetes, TBC, glaucoma, insuficiencia renal, etc.

3.5.5 Funciones en caso de emergencia.

- Coordinar con las Fiscalías para la autorización e se intervención quirúrgica de personas que se niegan a diversos procedimientos, pacientes personas NN y de menores de edad q no tienen familia.
- Informar sobre las actividades y ocurrencias en hospitalización a la Jefatura del Departamento para su inmediata solución.
- Realizar la entrevista social al paciente y verifica en el Sistema Informático el tipo de aseguramiento que beneficia al paciente para proceder a realizar su atención de salud por emergencia.
- Verificar en el SIASIS, si el paciente es beneficiario del Seguro SIS, de no ser así se evaluará su situación social aplicando los instrumentos y protocolos de Servicio Social.
- Realizar el estudio, evaluación social y registro informática de la categorización socio económico e todos los pacientes que no son beneficiarios de un seguro de salud y determinar la condición de pago.
- Brindar la atención mediante el SIS a madres gestantes y menores de 5 años que no cuenten con seguro por ser grupos vulnerables, previa presentación de requisitos establecidos.
- Atender a les pacientes beneficiarios del seguro obligatorio de Accidentes de tránsitos (SOAT) con el equipo de salud y reportar al responsable de la Compañía de Seguros.

- Coordinar con la PNP, DIVINCRI, RENIEC: para la identificación de pacientes que ingresan, sin identificación y que está en riesgo su vida.
- Evaluar y realizar el pre diagnóstico social a los pacientes en estado de abandono que ingresan por emergencia y realizar las coordinaciones interinstitucionales para el albergamiento o reinserción familiar.
- Elaborar expedientes sociales: informes Sociales y realizar vistas con la finalidad de resolver los casos sociales de emergencia, cuando a medita 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 tratamiento especializado en caso requerirse, orientado a brindar una atención eficiente acorde con la situación de emergencia del paciente (tomografías. resonancia, hemodiálisis), etc.
- Registrar la información de los pacientes atendidos en emergencia en el sistema informático y manual del servicio, facilitando la información al equipo de trabajo en el procesos de atención posteriores a la emergencia.
- Realizar la entrega y recibimiento del turno para informar sobre los casos pendientes pueda continuar la Asistente social ce ingreso.
- Participar en programas de capacitación establecidas por la Jefatura del departamento de Servicio Social de su especialidad, para mantener un nivel óptimo de conocimientos y brindar una atención con calidad y calidez.
- Participar en investigaciones de los aspectos sociales de la población a fin de contribuir al conocimiento de hechos, buscar causas y proponer soluciones.
- Informar sobre las actividades y ocurrencias en Emergencia a la Jefatura Departamento o a la supervisora de Servicio para su inmediata solución.
- Mantener buenas relaciones humanas con el paciente, familia y comunidad. Dar atención integral a pacientes que acuden con convenio: SALUDPOL, Fuerzas Aérea, Marina de Guerra del Perú.
- Autorizar los exámenes de ayuda Diagnostico: Tomografía, Angiotem. Paquete globular, ecografía, etc.

- Velar por el prestigio del Departamento de Servicio Social mediante un buen desempeño laboral y el cumplimiento del código de Ética Profesional a fin de mejorar lo imagen institucional
- Conocer y socializar el Plan Hospitalario de evacuación y comportamiento en casos de Desastre para su implementación y aplicación.
- Mantener y guardar buen trato diligencia y respeto durante la atención que se brinda a los pacientes, personal del Departamento y en la institución en general.
- Velar por el prestigio y la buena imagen del Departamento de Servicio Social y del Hospital en general cumpliendo las normas de ética, Disciplina Educación mediante un buen desempeño laboral.
- Mantener y guardar buen trato diligencia y respeto durante la atención que se brinde u los pacientes y personal de la Institución en general.
- Cumplir con el Código de Ética de la Función Pública, teniendo como prioridad el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Elaborar las estadísticas de las atenciones realizadas en los Hojas del Systems Informations Hospital (HiS) para su entrega a la oficina de estadística a fin de contribuir con los registros hospitalarios para una adecuada toma de decisiones
- Realizar trabajos de investigación social.
- Elaborar Normas y coordinar los procedimientos con respecto a las donaciones un beneficio de la población usuaria.
- Participar en las reuniones del Departamento para identificar necesidades y proponer estrategias y lograr un adecuado funcionamiento del Departamento de Servicio Social.
- Participar en la formulación, elaboración y/o actuación del MOF, ROF de los manuales de Procedimiento y la elaboración de protocolos, Guías de Atención.
- Programar, evaluar y sistematizar las actividades de los servicios asignados en forma mensual, trimestral semestral y anual.
- Participar en programas de capacitación continua, establecidos por la Jefatura de Departamento en el área de su especialidad, para mantener un

nivel óptimo de conocimientos y brindar una atención con calidad y calidez.

- Cumplir con las normas del Departamento y horarios establecidos a fin de satisfacer la demanda de la institución de manera adecuada.
- Informar sobre las actividades y ocurrencias en Hospitalización a la Jefatura del Departamento para su inmediata solución
- Otras funciones que se asigne el Jefe inmediato.

3.5.6 Funciones de visita domiciliaria.

- Realizar el seguimiento de casos sociales de alto riesgo social mediante a visita domiciliaria a fin de apoyar en la prevención de riesgos y daños y en la promoción de la salud en el entorno familiar y coordinar con Servicio Social de los Puestos y Centros de Salud.
- Registrar la información de los pacientes atendidos en el Sistema informativo de la red de Departamento facilitando los procesos de atención a los pacientes en el hospital.
- Realizar coordinaciones permanentes con los Servicios Generales e intermedios y Finales durante la ejecución y evaluación de programas específicos para un buen trabajo en equipo en favor del paciente.
- Formular el diagnóstico de los problemas sociales que afectan la salud del paciente y realizan el tratamiento social de los pacientes, teniendo en cuenta su ámbito familiar y comunitario, a fin de proponer alternativas de solución.
- Coordinar con el servicio de psicología y planificar las acciones a realizar para la rehabilitación del paciente.
- Coordinar la realización de actividades como son: talleres y charlas para el paciente hospitalizado, orientado al desarrollo de habilidades personales y sociales que le permitan el manejo de conflictos y problemas sociales que afectan su salud física y mental.
- Coordinar la ejecución y evaluación de las actividades propuestas con el personal a su cargo para la reformulación e implementación de estrategias y lograr un adecuado funcionamiento del equipo.

- Coordinar la exoneración económica y parcial o total de los pacientes hospitalizados según sea el caso, a fin de contribuir a una atención integral del paciente.
- Brindar orientación social en caso de madres adolescentes, terapia de soporte familiar y comunicar a Fiscalía de Familia, PNP para realizar denuncias respectivas sofió virtud de los dispositivos legales.
- Brindar atención emocional en situaciones críticas, realizando terapia de soporte familiar y grupal para la aceptación de la nueva situación de la familia.
- Orientar el quehacer profesional al autocuidado y brinda apoyo de terapia familiar-social al usuario y familia según el caso lo requiera
- Brindar orientación social a casos de violencia familiar y coordinar con instituciones correspondientes par a su seguridad y asistencia obligada.
- Elaborar el Informe e Indicadores de las incidencias de la problemática atendida.
- Realizar visitas domiciliarias para brindar un diagnostico social real e inmediato.
- Efectuar gestiones intra y extra hospitalarias en bien del paciente.
- Coordinar la exoneración económica parcial o total de los pacientes hospitalizados según sea el caso, a fin de contribuir a una atención integral del paciente.
- Incentivar al paciente a participar en los grupos formados por los Programas para lograr una mejor aceptación de su problema.
- Mantener buen trato, diligencia y respeto durante la atención que se brinda al paciente, así como también con el personal del hospital en general.

3.6 Identificación de la problemática.

Para la identificación de la problemática se ha utilizado el método ZOPP, que consiste en la identificación y priorización de los problemas mediante lluvia de ideas, identificando los siguientes problemas como resultado de la investigación:

- Bajo nivel educativo
- Ingresos económicos familiares insuficientes
- Inadecuada Comunicación familiar
- Presencia de familias desintegradas
- Existencia de conflictos familiares
- Deficiente apoyo económico y afectivo del padre de su hijo
- Limitadas relaciones familiares
- Existencia de violencia en el hogar
- Deficiente educación sexual

3.6.1. Descripción de los problemas.

• **Bajo nivel educativo**

Este problema hace referencia a los bajos niveles alcanzados en educación parte de la adolescente y de sus padres, este problema repercute en el desarrollo económico y social de las personas.

• **Ingresos familiares insuficientes**

Se refiere a la limitación que tienen las personas para acceder a recursos materiales o inmateriales para satisfacer necesidades básicas y alcanzar el pleno desarrollo biopsicosocial.

• **Inadecuada Comunicación familiar**

La comunicación familiar es un factor determinante en el proceso de aprendizaje de los hijos y su influencia en las relaciones personales que a futuro pueda entablar dentro o fuera del ámbito familiar, repercutiendo en un buen o mal ambiente familiar

- **Presencia de familias desintegradas**

Cuando se habla de familia desintegradas se hace referencia al quebrantamiento de la componente familiar, ocasionando malestar e incumplimiento de funciones u obligaciones familiares.

- **Existencia de conflictos familiares**

Este problema puede ser ocasionado por muchos factores entre ellos una mala comunicación familiar determinando a su vez la existencia de inadecuadas relaciones familiares resquebrajando la presencia de límites o normas generadores de muchos conflictos al interior de la familia.

- **Deficiente apoyo económico y afectivo del padre de su hijo**

La adolescente manifiesta este problema al no sentir el apoyo para la satisfacción de las necesidades básicas de su hijo y al no contar con el apoyo moral y afectivo ni para ella ni para el menor o recién nacido.

- **Limitadas relaciones familiares**

La existencia de este problema en la familia se da por la ausencia del padre o la madre en el hogar debido a las jornadas largas de trabajo o por otra causal de descuido de los hijos, ocasionando el establecimiento de relaciones muy breves y superficiales creando vínculos poco afectivos.

- **Existencia de violencia en el hogar**

Este problema pone de manifiesto las consecuencias de la inadecuada comunicación familiar y malas relaciones familiares, ocasionando presencia de maltratos físicos o psicológicos al interior de la familia afectando el normal desarrollo de la adolescente.

- **Deficiente educación sexual**

Cuando se habla de una deficiente educación sexual, se hace referencia a las formas inadecuadas por las cuales la adolescente adquiere información sobre su desarrollo sexual, el enamoramiento, inicio de relaciones sexuales y las consecuencias como el embarazo precoz.

4. Selección y Análisis del Problema Objeto de Intervención

4.1 Categorización de problemas.

- a. Problema Esencial (Factores estructurales o del sistema social)
 - Ingresos económicos familiares insuficientes
- b. Problemas Fundamentales (Factores que inciden en la evolución del problema)
 - Bajo nivel educativo
 - Presencia de familias desintegradas
 - Deficiente apoyo económico y afectivo del padre de su hijo
 - Existencia de violencia en el hogar
 - Deficiente educación sexual
- c. Problemas incidentales (Factores de riesgo)
 - Inadecuada Comunicación familiar
 - Existencia de conflictos familiares
 - Limitadas relaciones familiares

4.2 Pronóstico.

De continuar esta situación de inadecuadas condiciones socio familiares, la problemática de las adolescentes con embarazo precoz seguirá aumentando y sus consecuencias en la salud biopsicosocial en la gestante irá generando frustración, depresión, agresividad, malas relaciones familiares, etc. lo que puede ser susceptible de prevenir y superar a través de acciones preventivas, educativas y promocionales desde la intervención social y con un equipo multidisciplinar.

4.3 Problema Objeto de Intervención.

- Inadecuadas relaciones familiares



CAPÍTULO III
PROPUESTAS DE TRABAJO SOCIAL PARA LA SOLUCIÓN DE LA
PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

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

Proyecto N° 1

"Relaciones Familiares Saludables"

1. Fundamentación

Hoy en día los problemas que afectan a las familias se agudizan por varios factores, entre ellos las inadecuadas relaciones familiares ocasionadas por diversos factores desde los problemas económicos hasta por la limitada comunicación familiar o poco tiempo que dedican los padres a sus hijos.

Al constituirse la familia como célula básica de la sociedad, también debe ser considerada como principal organización o unidad básica de intervención, orientando acciones que fortalezca su dinámica familiar mediante el fomento y/o difusión de información relacionada a promover relaciones familiares saludables motivando a generar cambios necesarios en beneficio del bienestar personal y familiar.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Contribuir al mejoramiento de las relaciones familiares de las madres adolescentes propiciando entornos saludables.

2.2. Objetivos Específicos

- A. Brindar conocimientos sobre conductas saludables que mejoran las relaciones familiares.
- B. Capacitar a las familias para la adquisición de habilidades sociales que les permita mejorar prácticas y actitudes que fortalezcan la dinámica familiar.

3. Estrategia

- Conseguir la autorización del Director del Hospital.
- Motivar e involucrar la participación del personal de salud del hospital.
- Organizar y formar un equipo multidisciplinario para la intervención con familias.

- Propiciar sinergias o alianzas con instituciones locales para la ejecución de talleres de capacitación.

4. Meta

- El 100 % de madres adolescentes participan en las acciones del proyecto.
- El 70 % de padres de familia participan 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 Hospital.
- Con los servicios del área de ginecología y obstetricia, así como psicología y servicio social para su incorporación en el proyecto como parte del equipo multidisciplinar
- Visitas de coordinación con las adolescentes embarazadas y su familia para establecer cronograma y hora de ejecución del proyecto.

5.2 Acciones de Motivación

- Entrevistas con las adolescentes embarazadas y con los padres de familia para las reuniones de capacitación.
- Visita domiciliaria para comprometer la participación de los miembros de la familia en la ejecución del proyecto.
- Elaboración de material impreso para difusión y capacitación.
- Técnicas de motivación para promover la integración y mejora de las relaciones familiares.

5.3 Acciones de Organización

- Reuniones con los profesionales que integran el equipo multidisciplinar para establecer temas y cronograma de participación.
- Diseño y elaboración de material instructivo para los talleres de capacitación y sesiones individualizadas.

5.4 Acciones de Capacitación

- Ejecución de talleres con familiares y sesiones formativas individualizadas con las adolescentes embarazadas en temas:
 - Mi árbol genealógico
 - Comunicación Familiar
 - ¿Cómo superar conflictos familiares?
 - Educar en Libertad
 - Toma de decisiones
 - Tiempo en Familia

5.5 Acciones de Evaluación

- Utilización del pre test y post test.
- Técnica diálogo directo
- Elección y presentación de indicadores de evaluación:
 - Nro. de asistentes
 - Nro. de participantes
 - % de conocimientos adquiridos (pre test y post test)

6. Recursos

6.1 Humanos

- Personal del servicio de ginecología
- Personal del servicio de psicología
- Personal del servicio de Trabajo Social
- Adolescentes embarazadas
- Miembros de familia
- Graduandos

6.2 Materiales

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

6.3 Institucionales

- Sala de capacitación para el desarrollo de talleres del Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- Universidad Católica Santa María Arequipa.

6.4 Recursos Financieros

- Aporte de las graduandas.

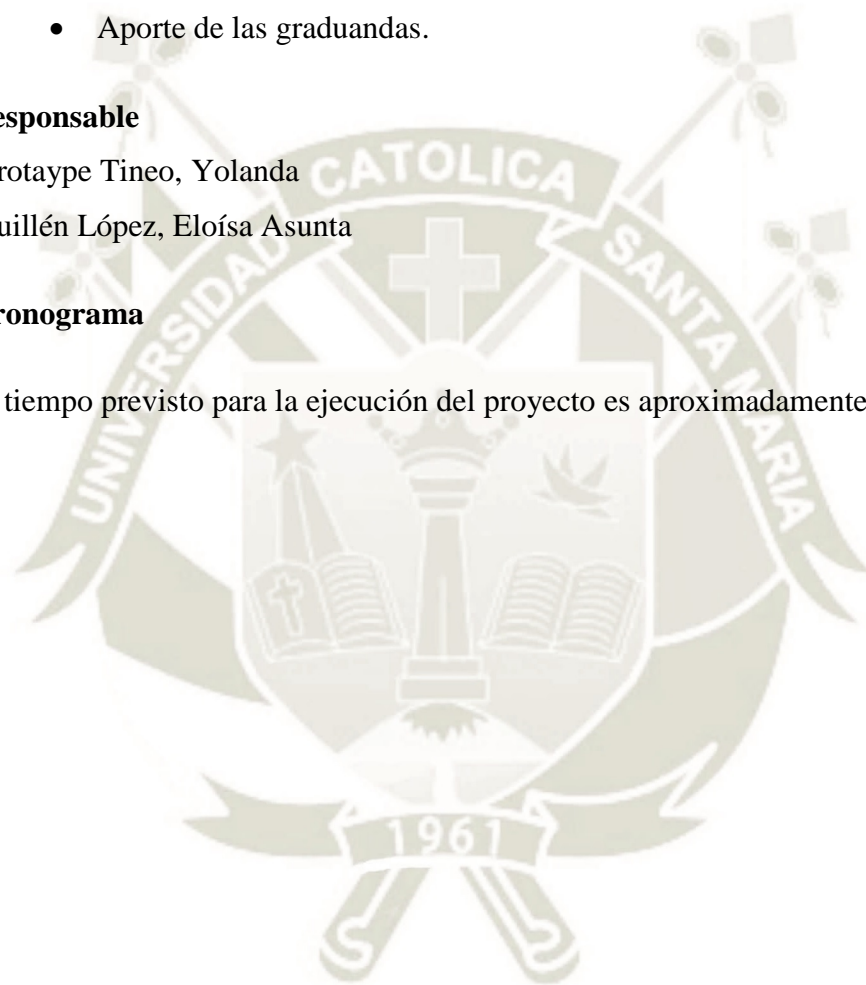
7. Responsable

Arotaype Tineo, Yolanda

Guillén López, Eloísa Asunta

8. Cronograma

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



Proyecto N° 2 "Habilidades Sociales para la Vida"

1. Fundamentación

La familia es el primer espacio de socialización donde se aprende a interactuar y donde se tejen relaciones interpersonales entre todos los miembros que la componen; estas relaciones están marcadas principalmente por afectos y emociones, que se van estableciendo de acuerdo a las prácticas comunicativas que se dan en cada familia y estas prácticas pueden potenciar o dificultar el desarrollo de las capacidades de todos los integrantes de la familia.

Es en este escenario de convivencia que es necesario pensar y repensar sobre las intervenciones desde las instituciones públicas y privadas dirigidas a las familias con la finalidad de prevenir situaciones como el embarazo en adolescentes y fortalecer las habilidades sociales para su buen desarrollo y desenvolvimiento como ciudadanos y ciudadanas responsables,

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Estimular al cambio en actitudes y comportamientos de los integrantes de las familias fortaleciendo sus habilidades sociales para la mejora de las relaciones familiares.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Promover la reflexión y el conocimiento de la importancia de las habilidades sociales 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 emociones y facilitando el conocimiento sobre sistemas de apoyo social para tal fin.

3. Estrategia

- Conseguir la autorización de director de hospital
- Motivar e involucrar la participación del personal de salud del hospital.
- Organizar y formar un equipo multidisciplinar para la intervención con familias.
- Propiciar sinergias o alianzas con instituciones locales para la ejecución de talleres de capacitación.

4. Meta

- El 100 % de madres adolescentes participan en las acciones del proyecto.
- El 70 % de padres de familia participan 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 Hospital.
- Con los servicios del área de ginecología y obstetricia, así como psicología y servicio social para su incorporación en el proyecto como parte del equipo multidisciplinar
- Visitas de coordinación con las adolescentes embarazadas y su familia para establecer cronograma y hora de ejecución del proyecto.

5.2 Acciones de Motivación

- Entrevistas con las adolescentes embarazadas y con los padres de familia para las reuniones de capacitación.
- Visita domiciliaria para comprometer la participación de los miembros de la familia en la ejecución del proyecto.
- Elaboración de material impreso para difusión y capacitación.
- Técnicas de motivación para promover la integración y mejora de las relaciones familiares.

5.3 Acciones de Organización

- Reuniones con los profesionales que integran el equipo multidisciplinar para establecer temas y cronograma de participación.

- Diseño y elaboración de material instructivo para los talleres de capacitación y sesiones individualizadas.
- Selección de herramientas y técnicas para la capacitación.

5.4 Acciones de Capacitación

- Ejecución de talleres con familiares y sesiones formativas individualizadas con las adolescentes embarazadas en temas:
 - Habilidades comunicativas
 - Habilidades para la gestión de emociones
 - Habilidades para el pensamiento crítico y creativo
 - Habilidades cognitivas

Todos los talleres de capacitación se desarrollarán de manera participativa mediante trabajos grupales, dramatizaciones, análisis de casos, ejercicios de relajación para la gestión de emociones, dinámicas y juegos

5.5 Acciones de Evaluación

- Utilización del pre test y post test.
- Técnica diálogo directo
- Elección y presentación de indicadores de evaluación:
 - Nro. de asistentes
 - Nro. de participantes
 - % de conocimientos adquiridos (pre test y post test)

6. Recursos

6.1 Humanos

- Personal del servicio de ginecología
- Personal del servicio de psicología
- Personal del servicio de Trabajo Social
- Adolescentes embarazadas
- Miembros de familia
- Graduandos

6.2 Materiales

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

6.3 Institucionales

- Sala de capacitación para el desarrollo de talleres del Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- Universidad Católica Santa María Arequipa.

6.4 Recursos Financieros

- Aporte de las graduandas.

7. Responsable

Arotaype Tineo, Yolanda

Guillén López, Eloísa Asunta

8. Cronograma

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

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Los factores socio familiares que inciden en el embarazo adolescente son las inadecuadas relaciones familiares, la limitada comunicación, la existencia de problemas económicos y de violencia generando conflictos familiares.
- SEGUNDA:** Las adolescentes embarazadas que son atendidas en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza, provienen de familias desintegradas y disfuncionales, la mayoría proceden de las zonas urbanas de Arequipa, los padres de familia solo alcanzan un nivel de educación entre secundaria completa para los padres y secundaria incompleta para las madres de familia. Se ha podido determinar que las adolescentes empiezan una relación de enamoramiento a los 12 años, edad en la cual inician las relaciones sexuales, tienen una apreciación de relaciones familiares insatisfactorias (60.4 %) ocasionando que en la familia se brinde limitada educación sexual.
- TERCERA:** La presencia de conflictos familiares expone a las adolescentes a situaciones de riesgo por la inadecuada comunicación entre los miembros de la familia reduciendo los niveles de comprensión familiar y propiciando inadecuadas relaciones familiares; por tanto, existe incidencia entre los factores socio familiares que presentan las adolescentes embarazadas caracterizadas por la comunicación poco frecuente, limitada y poco fluida,

SUGERENCIAS

- PRIMERA:** A fin de promover adecuadas relaciones familiares y un buen funcionamiento de la familia en la sociedad, se deben implementar programas en los que participen de manera conjunta tanto los padres como los hijos adolescentes uniendo esfuerzos y recursos en los sectores de educación y salud contribuyendo a la armonía familiar.
- SEGUNDA:** Como parte de un programa de habilidades sociales poner énfasis como estrategia para prevenir el embarazo en adolescentes la educación emocional y la resiliencia facilitando la intersectorialidad para implementar mecanismos de manera eficiente y eficaz.
- TERCERA:** Incentivar la investigación en este tema a nivel de instituciones educativas cuyos resultados orienten y den sustento a propuestas de mejoramiento de esta problemática, bajo un enfoque integrador.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberasturi, A. (2002). La adolescencia normal. Argentina: Paidós
- Alcalá, M.. (2014). Embarazo en adolescentes. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 19, 403 - 512.
- Alvarado, J. (2013). Educación Sexual Preventiva en Adolescentes. *Contextos*, 25-42.
- Asensio, J.M.; Acarín, N. y Romero, C. (2006). El cerebro y la mente emocional, 42-60. En AAVV (Coords). La vida emocional. Las emociones y la formación de la identidad humana. Barcelona: Ariel
- Banda, A. & Frías, M. (2006). Comportamiento antisocial en menores escolares e indigentes: influencia del vecindario y de los padres. *Revista de Psicología*, 24(1), 29-52. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829536002>
- Barrozo, M. & Pressiani, G. (2011). Embarazo Adolescente entre 12 y 19 Años. Tesis de pre grado. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas: San Martin San Martin, Mendoza.
- Belsky, J. (2005). Family influences on psychological development. *Psychiatry*, 41-44.
- Benitez, M. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Cedem / Novedades En Población*, 58 - 68.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación. Colombia: Pearson.
- Beck, U. (1998). La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa, (RIE)*, 21, 1, 7-43.
- Blos, P. (1986). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Editorial Joaquín Mortiz
- Carricondo, M., & Bleisen, R. (2014). Embarazo Adolescente: Aportes desde el Trabajo Social a una Problemática de Larga Trayectoria. Caso: Comunidad de Palmira. Mendoza, Argentina: Univeridad Nacional de Cuyo.
- Carrión, J. (2014). "Factores Predisponentes en el Embarazo de Adolescentes en ea Zona Urbana y en la Zona Rural de la Ciudad de Loja". Loja, Ecuador : Universidad Nacional de Lija.
- Castro, F., & Francia, O. (2013). Factores Sociales que Influyen en el Embarazo de Adolescentes de 15 a 19 en el Centro Poblado Menor Seños de los Milagros de Cerro Azul, Cañete 2013. Callao, Lima: Universidad Nacional del Callao.

- Castro, P. (2004) El maestro y la familia del niño con dificultades. ICCP-Save the Children.
- Chacón , D., Cortés, A., Alvarez, A., & Sotonavarro , Y. (2015). Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 50-58.
- Climent, G. (29 de octubre al 2 de noviembre 2001). “Maternidad adolescente: ¿Una situación conflictiva?”, ponencia presentada al XXIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Guatemala.
- Climent, G. (2003). “La maternidad adolescente, una expresión de la cuestión social. El interjuego entre la exclusión social, la construcción de la subjetividad y las políticas públicas”. *Revista Argentina de Sociología*, 77-93.
- Colom, J., & Fernández, M. (2009). Adolescencia y Desarrollo Emocional en ea Sociedad Actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 235-242.
- CONAPOFA. (2008). “Maternidad y Paternidad en Adolescentes”. Consejo Nacional de Población y Familia. República Dominicana: Editora de Revista, S. A.
- Del Fresno, M., & Segado, S. (2013). Trabajo Social con familias: los estilos familiares como indicadores de riesgos, una investigación etnográfica. *Portularia*, 37-46.
- Denzin, NK, y Lincoln, YS (2005). *El manual sabio de la investigación cualitativa*. Londres, Inglaterra: Sage.
- Díaz, F. (2015). “Educación Sexual en la Familia y su Influencia en el Embarazo de las Adolescentes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2015”. Arequipa.
- Dominguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 387-398.
- Fainsod, P. (2006). Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media. Una discusión sobre las miradas deterministas de las trayectorias escolares de adolescentes embarazadas y madres en contextos de pobreza. Argentina : Miño y Dávila Editores.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado*. Madrid: Taurus

- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 105-122.
- Gonzalez, E., & Reyes, D. (2014). Elementos Teóricos para el Análisis del Adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 98 - 123.
- Hernández, C., Valladares, A., Rodríguez, L., & Selín, M. (2017). Comunicación, cohesión y satisfacción familiar en adolescentes de la enseñanza secundaria y preuniversitaria. *Cienfuegos 2014. Medisur*, 341-349.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- INEI. (09 de Julio de 2015). INEI: Embarzo en Adolescentes sube en Perú al 14,6 %. *La Prensa*.
- INEI. (2016). *Perú: Fecundidad Adolescente. Síntesis Estadística*. Lima: INEI.
- INEI. (2017). *Perú: Maternidad en la Adolescencia 2015*. Lima: INEI.
- INEI (2018). Resultado de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2017. Recuperado de; <http://www.ipe.org.pe/portal/wp-content/uploads/2018/06/INEI-Encuesta-Demogr%C3%A1fica-y-de-Salud-Familiar-ENDES.pdf>
- Jiménez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 559-679.
- López, A., & Parada, A. (1999). *Psicología de la comunicación*, 139-151. Bogotá: Alfa-Omega.
- Lugones, M., Prado, J., Calzada, M., & Córdova, M. (2001). La Consulta de ginecología infante juvenil en la atención primaria y reproductiva de la salud de las adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*, 103-115.
- Martín, M. (2011). *Educación Especial en Cuba, diversidad y desarrollo*. La Habana, Órgano Editor Educación Cubana.
- Martín- Cala, M., & Tamayo- Megret, M. (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *EduSol*, 13 (44), 60-71.
- Martinez, M., Estévez, E., & Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Psicologia.com*, 1 - 22.

- Medina, S. (2016). Competencias de la Trabajadora Social y su Relación con la Demanda Laboral en el Sector Salud. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María.
- Miguel, M. (2009). Acerca de la Intervención, de la Identidad y Especialidad del Trabajador Social en la Temática de la Maternidad Adolescente. Hologramática, 131 -150.
- Minuchin, S., & Fishman, .. (2004). Tecnicas de Terapia Familiar. Argentina: Paidós.
- Montañés, M., Bartolomé,, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). Influencia del Contexto Familiar en las Conductas Adolescentes. Ensayos,, 391.407.
- Morales, L. (2016). El Coaching como una nueva Metodología en el quehacer profesional del Trabajo Social. Guatemala: Para optar el grado académico de Licenciada.
- ONU. (2012). Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 16. Organización de las Naciones. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Ortiz, M.J. (1999). El desarrollo emocional. En F. López et al. (Coord.). Desarrollo afectivo y social. Madrid: Pirámide, 95-124.
- Parodi, A. (2014). Educación Sexual y Perfil del Adolescente del nivel Secundario en San Juan de Lurigancho - Lima. Cuidado y Salud, 67 -76.
- Penalva, e. (2015). La Investigación Cualitativa. Técnicas de Investigación y Análisis con Atlas.Ti. Ecuador: Pydlos Ediciones.
- Pérez, A..(2011). Obstetricia. Santiago: Mediterráneo.
- Plácido, F. (2013). El modelo de familia garantizado en la Constitución de 1993. Derecho PUCP, 77 - 108.
- Puello , M., Silva, M., & Silva , A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología, 225-246.
- Ramos, C. (22 de Noviembre de 2016). XI Jornada de Trabajadores Sociales del Departamento de Justicia. Intervención Social desde el Coaching y la Gestión de Emociones. Barcelona, Barcelona, España: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- Raya, E., & Caparrós, N. (2013). Trabajo Social en la Relaciones Laborales y la Empresa: Vías para el Emprendimiento. Documentos de Trabajo Social , 338 - 356.

- Rivera, R., & Cahuana, M. (2016). Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*, 85 - 97.
- Robertis, C. (2011). *Función y Profesionalidad del Trabajo Social*. PalObra.
- Rodrigo, M., García, M., Márquez, M., & Triana, B. (2005). Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de Psicología*, 21-34.
- Rodríguez, A., Rodríguez, J., Viñet, L., & Infante, R. (2012). Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turismo. Venezuela. 2007- 2008 . *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 249-256.
- Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión del análisis del estado actual, 50-93.
- Rosenblum, G.D. y Lewis, M. (2004). Emotional Development in Adolescence. En G.R. Adams & M.D. Berzonsky (Eds.). *Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing, 269-289.
- Sánchez, M. (2016). *Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados* . Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Santrock, J. (2003). *Adolescencia*. Madrid: McGrawHill.
- Silva, I. (s/f). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid: ARTEGRAF, S.A.
- Silva, I., & Pillón, S. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico en el Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 359 -368.
- Soriano, E. y Osorio, M.M. (2008) Competencias emocionales del alumnado “autóctono” e inmigrante de educación secundaria. *Bordón*, 60 (1), 129-148.
- Suárez, L., & Yunga, D. (2015). *Intervención del Trabajador Social en el Embarazo Adolescente en el Colegio Bachillerato Atahualpa de Machala. Año 2015*. Machala, Ecuador: Universidad Técnica de Machala.
- Vargas, I. (2012). La Entrevista en la Investigación Cualitativa: Nuevas Tendencias y Retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, Vol. 3, 119-139

Watzlawick, P., Beavin J., y Jackson, D. (1985). Teoría de la comunicación humana.
Barcelona: Herder.



ANEXO

- Primaria completa () Primaria incompleta ()
Secundaria completa () Secundaria incompleta () Otro.....
17. ¿Cómo son las relaciones familiares? Satisfactorias () Insatisfactorias ()
Deficientes ()
18. ¿Qué problemas son más frecuentes en tu hogar? Violencia () Económicos ()
Alcoholismo () Abandono () Otros.....

Embarazo Adolescente:

19. ¿Tus padres te hablaron sobre educación sexual? Si () No ()
20. ¿A los cuantos años tuviste tu primer enamorado?
21. ¿A qué edad iniciaste las relaciones sexuales?
22. ¿Cómo es la relación con tu pareja? Buena () Regular () Mala ()
23. ¿Conoces los métodos anticonceptivos? Si () No ()
24. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que conoces?
25. ¿Quién te informó sobre los métodos anticonceptivos? Familia () Escuela ()
Amigos () Especialista () Otro.....
26. ¿Piensas que podrías haber evitado el embarazo?
Postergando la actividad sexual () Usando algún método ()
Optando por el aborto () Dialogando con tu pareja ()