

UNIVERSIDAD PERUANA
DEL CENTRO



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE SALUD
PEDRO SANCHEZ MEZA CHUPACA DE ENERO A
MARZO 2016**

TESIS

PRESENTADA POR LAS BACHILLERES:

RODRIGUEZ MARCELO, Adelayda Elizabeth

SUCÑO ESPINOZA, Charo Margot

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Huancayo –2016

DEDICATORIA

Este presente trabajo va dedicado a Dios por guiarnos en los momentos más difíciles de nuestras vidas, también nuestro agradecimiento a la universidad UPeCEN por acogernos en todos estos años de nuestra formación académica. Y a los docentes quienes nos brindaron sus sabios conocimientos durante nuestra formación como profesionales de la salud, con cariño a nuestros padres, a nuestra familia por su apoyo constante en la culminación de nuestra carrera.

Adelayda y Charo

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a mi familia, por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de nuestros estudios.

En forma especial a mi asesora, Mg. Karen Yuneth Muñoz Martínez por su valiosa y desinteresada orientación y guía en la formulación y ejecución del presente trabajo de investigación.

A los integrantes de la Universidad Peruana del Centro Alma Mater de mi formación, así mismo a los integrantes de la Facultad de Ciencias de la Salud a la carrera Profesional de Obstetricia que nos acogió en sus aulas durante la formación de nuestra carrera profesional.

Adelayda y Charo

ASESORAS DE TESIS:

- MG. GINA LEON UNTIVEROS
- MG. KAREN YUNETH MUÑOZ MARTINEZ

JURADO

- **PRESIDENTE DEL JURADO:** ING. TELESFORO LEON COLONIO
- **SECRETARIO:** DR. JUAN CARLOS ARANCIBIA PANDO
- **VOCAL:** MG. LUISA VALERIO VEGA

INDICE

DEDICATORIA:	1
AGRADECIMIENTO:	2
ASESOTES DE TESIS:	3
JURADO:	4
ÍNDICE	5
TABLAS Y GRAFICOS:	7
RESUMEN	10
SUMARY	11
CAPÍTULO I	14
I. EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del Problema	14
1.2. Formulación del Problema	15
1.3. Justificación.....	15
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
CAPÍTULO II	17
II. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17

2.2. Base Teórica	24
2.3. Semiologia basica.....	58
2.4. Hipótesis	62
2.5. Variables.....	62
CAPÍTULO III	64
III. DISEÑO METODOLÓGICO	64
3.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	64
3.2. Poblacion y Muestra	64
3.3. Tecnicas e instrumento de recoleccion de datos	64
3.4. Procesamiento de datos	65
3.5. Aspectos Éticos	65
CAPÍTULO IV	66
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
4.1. Resultados.....	66
4.2. Discusión	79
CAPÍTULO V	83
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
5.1. Conclusiones.....	83
5.2. Recomendaciones	84
BIBLIOGRAFÍA	85

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Carta de aceptación	90
Anexo 2	Consentimiento informado	91
Anexo 3	Encuesta	88

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	Edad de las adolescentes	66
Cuadro 2	Grado de instrucción de las adolescentes	67
Cuadro 3	Ocupación de las adolescentes	68
Cuadro 4	Estado civil de las adolescentes	69
Cuadro 5	Tipo de familia de las adolescentes	70
Cuadro 6	Antecedentes de embarazo adolescentes en la familia de las adolescentes	71
Cuadro 7	Relación de las adolescentes con sus padres	72
Cuadro 8	Persona con quien vivía antes de su embarazo	73

Cuadro 9	Inicio de la primera relación sexual de las adolescentes	74
Cuadro 10	Número de parejas sexuales de las adolescentes	75
Cuadro 11	Numero de gestaciones de las adolescentes	76
Cuadro 12	Antecedentes de aborto de las adolescentes	77
Cuadro 13	Uso previo de métodos anticonceptivos antes de su embarazo de las adolescentes	78

LISTA DE GRAFICOS

		Pág.
Grafico 1	Edad de las adolescentes	66
Grafico 2	Grado de instrucción de las adolescentes	67
Grafico 3	Ocupación de las adolescentes	68
Grafico 4	Estado civil de las adolescentes	69
Grafico 5	Tipo de familia de las adolescentes	70
Grafico 6	Antecedentes de embarazo adolescentes en la familia de las adolescentes	71
Grafico 7	Relación de las adolescentes con sus padres	72
Grafico 8	Persona con quien vivía antes de su embarazo	73

Grafico 9	Inicio de la primera relación sexual de las adolescentes	74
Grafico 10	Número de parejas sexuales de las adolescentes	75
Grafico 11	Numero de gestaciones de las adolescentes	76
Grafico 12	Antecedentes de aborto de las adolescentes	77
Grafico 13	Uso previo de métodos anticonceptivos antes de su embarazo de las adolescentes	78

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo Describir los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a Marzo 2016. El estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 gestantes adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza- Chupaca. El instrumento que se utilizó fue la Encuesta validada por Osorio R. De la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú (2014). Cuyos datos fueron procesados en Excel y paquete estadístico SSPS Versión 21. Los resultados encontrados de 30 gestantes adolescentes que acuden a su control prenatal fueron: que, el 90% tienen una edad de 15 a 19 años así mismo el 47% (14) adolescentes tienen el grado de instrucción secundaria, 70%(21) de ocupación ama de casa, 43%(13) de estado civil convivientes, 57%(17) vienen de familia monoparental, 43% (13) adolescentes vive solo con su madre, 67% (20) de las edades de 15 a 19 años iniciaron su primera relación sexual, 53%(16) tuvieron una sola pareja sexual seguido del 47%(14) tuvieron más de 2 parejas sexuales, 57%(17)adolescentes son primigestas,23% (28) no tuvieron antecedentes de aborto , 63%(19) no usaron métodos anticonceptivos .

Se concluye que los factores que influyen en el embarazo en adolescentes son: la edad, la ocupación, tipo de familia, inicio de la primera relación sexual, y el uso de métodos anticonceptivos.

Palabras Claves: factores, adolescentes, embarazo.

SUMMARY

This research aimed to describe the factors that influence teen pregnancy in the Health Center Pedro Sánchez Meza-Chupaca from January to March 2016. The study was prospective, descriptive, cross-sectional type. The sample consisted of 30 pregnant teenagers in the Health Center Meza- Chupaca Pedro Sanchez. The instrument used was the survey validated by R. Osorio National University of San Marcos Lima Peru (2014). Data were processed in Excel and statistical package SPSS version 21. The results of 30 pregnant adolescents attending prenatal care were that, 90% are aged 15 to 19 years likewise 47% (14) adolescents degree of secondary education, 70% (21) occupation housewife, 43% (13) marital status cohabiting, 57% (17) come from single-parent family, 43% (13) adolescent lives alone with his mother, 67% (20) from the ages of 15 and 19 began their first sexual intercourse, 53% (16) had a single sexual partner followed by 47% (14) had more than 2 sexual partners, 57% (17) adolescents are primigestas, 23% (28) did not have antescences of abortion, 63% (19) did not use contraception.

It is concluded that the factors influencing teen pregnancy are: age, occupation, family type, onset of first intercourse, and contraceptive use.

Keywords: factors, adolescent pregnancy

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA:

1.1. Planteamiento del Problema.

A nivel mundial se ha visto el incremento de embarazo en adolescentes donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que anualmente alrededor de 16 millones de niñas entre 15 y 19 años son madres. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 %. Siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

A nivel nacional, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16% según el INEI en el año 2014. Se debe poner atención también en las variaciones que se presenta a nivel de la región Junín siendo registrando un (14.6%) de embarazos en adolescentes en el año 2014 por el INEI. A nivel local se registró un 19.3% de casos de embarazos en adolescentes en el año 2015 según nos muestra los datos estadísticos del Centro de Salud Chupaca. El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública, sobre todo porque el mayor porcentaje de población tanto a nivel nacional como a nivel mundial está compuesto por jóvenes.

Debido a que la adolescencia es una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales para el adolescente, en la cual la familia, y la sociedad en su conjunto tienen un rol muy importante en la formación y orientación del adolescente, ya esto dependerá el éxito o fracaso en su vida futura. (1)

1.2. Formulación del Problema.

¿Cuáles son Los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza –Chupaca de Enero a Marzo 2016?

1.3. Justificación.

Considerando como uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos por su trascendencia social, como el embarazo en adolescentes ya que se ha visto los acontecimientos con mayor frecuencia en familias disfuncionales.

En nuestra investigación y la sociedad en general comprende que es lo que propicia un alto porcentaje de embarazos en adolescentes aun cuando diversas instituciones como la escuela, iglesia y familia, tratan de infundir en sus adolescentes una ideología que retrase la actividad sexual. Los embarazos y matrimonios precoces por lo menos que hayan concluidos sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos y darles una calidad de vida a sus familias.

En nuestro estudio elaborado en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza – Chupaca proponemos ayudar a concientizar a las adolescentes embarazadas

orientándolas sobre salud sexual reproductiva y promoviendo los programas de educación para la salud del adolescente como temas de planificación familiar, ITS , VIH- SIDA en los distintos centros de estudios y universidades.

Sugerir a los gobiernos regionales, locales para la creación de consultorios diferenciados implementando talleres de estudio sobre cómo prevenir el embarazo en adolescentes para guiar a lograr sus metas y ser mejores en la sociedad.

Nuestro aporte con la investigación realizada es brindarle al Establecimiento de Salud, por ende a la población de Chupaca una información estadístico actual sobre el análisis situacional de los factores que influyen en el embarazo en las adolescentes y partir de esta investigación puedan realizar otros estudios.

1.4 Objetivos.

1.4.1. Objetivos Generales.

Describir los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a Marzo 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los factores familiares asociados al embarazo en adolescentes-en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a Marzo 2016.
- Determinar los factores sexuales y reproductivos asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a Marzo 2016.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a Marzo 2016

CAPITULO II: MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes.

Mengole T, Lannacone J. (2010) con objetivo de determinar si una serie de factores socioculturales influyen en el conocimiento y actitud frente al embarazo en adolescentes. Donde aplicaron un cuestionario validado y auto administrado con el que se investigó las variables que apuntan al objetivo, ya que ellos realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal comparativo a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes pertenecientes al Hospital José Agurto Tello de Chosica - Lima, Perú. Se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominaron aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo. (2)

Gamarra P, Lannacone J. (2011) su objetivo de determinar los factores de tipo individual, familiar y sociocultural que pudieran asociarse al inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco, Santa Anita, Lima, Perú.

Aplicando un cuestionario, el cual fue validado mediante el juicio de expertos y sometido a una prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba binomial y el coeficiente Alfa Crombach. La investigación fue cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacionado, en una población de 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años de dos colegios mixtos. Se aplicó un cuestionario, el cual fue validado mediante el juicio de expertos y sometido a una prueba piloto para su validez y confiabilidad estadística. Para determinar la significancia estadística se utilizó la prueba binomial y el coeficiente Alfa Crombach. Los mejores predictores para el inicio de la actividad sexual en las adolescentes fueron: a nivel individual (repitencia escolar, actitud hacia el inicio de actividad sexual y la autoestima), a nivel familiar (la estructura y la función familiar) y sociocultural (ausencia de un adulto, conocimiento sobre sexualidad y grupo de padres). (3)

Merino A, Rosales E. (2010) con el objetivo de conseguir madres adolescentes existe un factor común a todas ellas: una mala historia de rendimiento escolar. Todas las estadísticas que realizaron nos demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor. Hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija, o que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana. El presente estudio es de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y permitió identificar los diferentes factores que influyen para que las adolescentes se embaracen. Participaron 38

adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la Unidad de Salud de Alta Vista en el periodo de Enero a Junio de 2010; para la recolección de datos se utilizó una encuesta diseñada para ello, así como la revisión de los expedientes clínicos y el libro de registro de las embarazadas. (4)

Baeza W, Bernardita, A, Póo F, Vásquez P., Muñoz N., (2012) con el objetivo de comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. Donde realizaron un estudio cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. Para el análisis se utilizó el programa ATLAS-ti 4,1. Se trianguló por investigador en la ejecución del estudio y análisis de los datos. Resultados: En la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: "familia cuidadora" y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es "sanción social". Conclusiones: Entre los hallazgos destacan como FFE relevantes el "amor romántico" y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y "familia cuidadora". Estos elementos debieran ser

considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente. (5)

Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. (2012) con el objetivo de disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes. Se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, según literatura revisada, este se convirtió en el registro primario de la información e incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada. El 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El Resultado fue 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. (6)

Quesada M ,Romero C , Prieto M, Rodríguez, C(2012) Con el Objetivo de caracterizar socialmente a las embarazadas adolescentes del Área de Salud Integral Comunitaria El Gaitero, Maracaibo, Venezuela. Se realizó un estudio

transversal y descriptivo embarazadas adolescentes del Área de Salud Integral Comunitaria El Gaitero, de la Parroquia Luís Hurtado Higuera, Municipio Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela, desde enero a septiembre de 2006. El universo se constituyó por sesenta y una embarazadas pertenecientes a los catorce consultorios de Barrio Adentro que tiene esta ASIC, en edades comprendidas entre diez y diez y ocho años, se conformó la muestra de cincuenta y dos pacientes después de aplicados los criterios de inclusión, exclusión y salida. El resultado predominó el grupo de quince a diez y ocho años, más de la mitad satisfacían de forma regular sus necesidades básicas. Las embarazadas en su mayoría no tienen cubiertas sus necesidades básicas y asumen las relaciones sexuales precoces. Entre las situaciones sociales tuvieron mayor influencia las nuevas exigencias económicas y la privación de las actividades propias de su edad. (7)

Islado A, Vílchez M. (2012) Tiene como objetivo general identificar los determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de Salud Miraflores Alto .Chimbote-2012. Trabajo de investigación tipo cuantitativo, descriptivo con diseño de una sola casilla La muestra estuvo constituida por 100 adolescentes gestantes, a quienes se aplicó un instrumentó: cuestionario sobre los determinantes de la salud utilizando la técnica de la entrevista y la observación. Para el análisis de los datos se constituyeron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como sus respectivos gráficas estadísticas, obteniéndose los siguientes resultados: la mayoría de las adolescentes gestantes tienen un grado de instrucción Secundaria Completa / Secundaria Incompleta; un ingreso económico menor de 750 soles; de ocupación eventual, tienen vivienda de material noble con servicios básicos; de tipo unifamiliar; son cuidador/alojado; con

habitación compartidas ; si se bañan, si se realizan examen médico periódico ,no realizan actividad física, reciben apoyo social natural pero no organizado; tiene seguro de salud; la mitad duerme de 8 a 10 horas ; existe delincuencia y pandillaje cerca de su casa; si se atendieron en una institución de salud los últimos 12 meses; más de la mitad no consume bebidas alcohólicas. Finalmente las conclusiones son que las adolescentes gestantes no están llevando estilos de vida saludable. (8)

Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E, (2015) Con el Objetivo de Caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizar la asociación de éste con el rezago educativo, a partir de una encuesta representativa en México, de Estudio transversal con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, con datos sociodemográficos y reproductivos de 1 790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo. Se ajustaron tres modelos estadísticos para observar la asociación entre variables. El rezago educativo está presente en 74.9% de las adolescentes con antecedente de embarazo. Tener embarazo previo está asociado con cohabitar con la pareja (RM=8.4), rezago educativo (RM=2.4), nivel socioeconómico bajo (RM=2.0) y asistencia a la escuela (RM=0.5). El rezago educativo muestra una asociación con el antecedente de embarazo alguna vez en la vida (RM=2.4), no así con el primer embarazo al momento de la encuesta. En conclusión Se requieren políticas y estrategias operativas eficientes para favorecer la permanencia escolar y reducir el rezago educativo en adolescentes con y sin hijos. (9)

Rodríguez V. (2013) con el Objetivo de determinar la incidencia del embarazo en la adolescencia de 12 a 18 años en la “Maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013, mediante la investigación, la encuesta y el análisis para

prevenir el embarazo en las adolescentes. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo. Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la Falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. En conclusión se debe reconocer y denunciar las posibles causas psicosociales que conllevan a un embarazo en adolescente y sus repercusiones médico- sociales como el maltrato, abuso sexual.(10)

Rionaula M, Romero k, Zari S. (2014) Con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 “Limón Indanza”, 2013. Se realizó un estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes, se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa en conclusión factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo. En cuanto al estado civil y el nivel de escolaridad, en el presente estudio no se demostró una diferencia significativa que represente un riesgo para la adolescente. (11)

2.2. Base teórica.

Adolescencia:

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato Socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Los jóvenes de la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazo en adolescentes.

La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que ciertas conductas tienen factores asociados al embarazo en adolescentes interrelacionados. Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas que suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar.

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los

órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación pseudocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la

realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”— declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo

siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.(12)

Cambios físicos del adolescente:

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

La adolescencia es un periodo de cambio continuo y se distingue en:

Primera etapa: Es el periodo que va desde la pubescencia hasta alrededor de un año después de la pubertad, momento en el que las nuevas pautas fisiológicas ya se han estabilizado.

Etapa final: Es el periodo restante, hasta el comienzo de la edad adulta.(13)

Pubertad:

Es el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. Algunas personas utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de la pubescencia para referirse al proceso. El comienzo de la pubescencia se caracteriza por una aceleración en el ritmo del crecimiento físico y por el término de latencia del crecimiento. Junto a este proceso de aceleración se producen cambios en las proporciones faciales y corporales y la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios. La pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes en las muchachas que los muchachos.

A continuación se expondrán las características sexuales Primarias y Secundarias

Primarias:

Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción, como son:

- En mujeres: ovarios, trompas de Falopio, útero, vagina.
- En hombres: testículos, pene, escroto, vesículas seminales, próstata.

Secundarias

Son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores.

- En mujeres: crecimiento de los senos, aparición del vello púbico, vello axilar, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis, presencia de la menstruación.
- En hombres: vello púbico, vello axilar, vello facial, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento de los hombros, presencia del semen.

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación. En los varones, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y escroto y el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, siendo este fértil tan pronto exista la evidencia de esperma.(14)

La Menarquia:

Es la característica más evidente y simbólica de la transición de la niñez a la adolescencia, llega de improviso y está precedido por un sangrado vaginal. Puede ocurrir entre los nueve años y medio a los dieciséis años y medio. La edad promedio de la menarquia es de doce años y medio aproximadamente, por lo regular tiene lugar cuando la niña se acerca a la estatura adulta y ha almacenado un poco de grasa corporal. En una niña de talla normal, suele comenzar cuando pesa cerca de 45 Kg.

Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas, además suelen variar de un mes a otro. En muchos casos los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios, es decir, no se produce el óvulo. La menstruación produce cólicos menstruales en casi la mayoría de las adolescentes. La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos. El signo más evidente de la madurez sexual de una niña, es la primera menstruación, la cual coincide en edad con la que la experimentó la madre. (15)

Desarrollo sexual del adolescente:

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición de la sexualidad. Iniciado el proceso de la pubertad se acentúan los caracteres físicos, el despertar sexual y el comienzo de la genitalidad adulta, dichos cambios son una parte consciente del adolescente, a pesar que este proceso se presenta

emocionalmente confuso para sí mismo. A esto contribuyen las novedades fisiológicas y psicológicas de la evolución propia de la edad, el descubrimiento del placer en el trato y frecuentación con personas de otro sexo, comenzando a definirse la identidad sexual. (16)

Maduración sexual:

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona foliculostimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

Mujeres:

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario. Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años, puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo o bilateral y casi siempre es doloroso al simple roce. Al avanzar la adolescencia, el desarrollo mamario, además de ser cuantitativo es cualitativo, la areola se hace más oscura y grande y sobresale del tejido circundante, aumenta el tejido glandular, se adquiere la forma definitiva, generalmente cónica y se desarrollan los canalículos. Puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

El vello púbico, bajo la acción de los andrógenos adrenales y ováricos, es fino, escaso y aparece inicialmente a lo largo de los labios mayores y luego se va expandiendo. El vello púbico en algunos casos coincide con el desarrollo mamario

y en otros puede ser el primer indicio puberal. Típicamente comienza a notarse a los 9 o 10 años de edad. Al pasar los años, el vello pubiano se hace más grueso y menos lacio, denso, rizado y cubre la superficie externa de los labios extendiéndolos hasta el monte de Venus, logrando la forma triangular característica adulta después de 3 a 5 años (más o menos entre los 15 y 16 años de edad). El vello axilar y corporal aparece más tarde.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración. Los labios mayores aumentan de vascularización y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan en tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después de tamaño y en el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8 cm de profundidad y luego de 10 – 11 cm. Por efectos estrogénicos, la mucosa se torna más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el pH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquia. Se desarrollan las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la flora microbiana cambia con la presencia del bacilo de Doderlein, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración, el himen se engruesa y su diámetro alcanza 1 cm.

La menarquia, que es la primera aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hojas de helecho al microscopio. La menarquia tiende a ocurrir a los 12 o 13 años, aunque puede aparecer en la pubertad avanzada.

Hombres:

Los testículos pre-puberianos tienen un diámetro aproximado de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta obedeciendo a la proliferación de los túbulos seminíferos. El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coinciden con el crecimiento testicular, pero no es apreciable externamente. En el escroto se observa un aumento en la vascularización, adelgazamiento de la piel y desarrollo de los folículos pilosos.

La espermatogénesis es detectada histológicamente entre los 11 y 15 años de edad y la edad para la primera eyaculación es entre 13 y 16 años. El pene comienza a crecer en longitud y también a ensancharse aproximadamente un año después de que los testículos aumenten de tamaño.(17)

Desarrollo psicológico:

Todos los individuos, durante el período de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis de desarrollo. Desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico es transitorio y cambiante durante la adolescencia y emocionalmente inestable. El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las etapas preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales que se les ofrezcan. Los cambios y transformaciones que cubre el individuo en esta etapa son considerablemente acusados tanto en la esfera psíquica como en la orgánica. Algunas de las tareas que se imponen a un adolescente, incluyen:

- Aceptar cambios puberales; o que puedan hacerle un cambio al ser que esperamos que llegue;
- Desarrollo del pensamiento abstracto y formal;

- Identificación y solidificación de amistades afectivas con probable experimentación grupal con las bebidas alcohólicas, cigarrillos e incluso drogas;
- Establecimiento de la identidad sexual, mostrando timidez, moralidad y preocupación por su atractivo físico;
- Lucha por la identificación del «Yo», incluyendo la estructuración de su existencia basado en esa identidad;
- Alcanzar la independencia, un proceso de autoafirmación, imprescindible para la madurez social-a menudo rodeado de conflictos, resistencia y/o interferencia con su independencia;
- Logros cognoscitivos y vocacionales-fuerte interés en el presente y limitado enfoque en el futuro;
- Capacidad de controlar los períodos de depresión y facultad de expresar necesidades personales y grupales.

En las fases más avanzadas, la capacidad de juicio crítico se extiende a sí mismo, de ahí el sentimiento de culpabilidad como característico de la esfera afectiva y por el cual nacen deseos de rectificación por mecanismos de sublimación y racionalización. Las relaciones con el sexo opuesto se hacen más serias, aumenta su capacidad para establecer sus propias metas, disminuyen los conflictos y aumenta su estabilidad emocional, así como la aparición e identificación de patrones o tendencias aberrantes.

En cuanto a los cambios psicológicos puede haber choques con los padres, ya que se vuelven respondones y se creen independientes, otros tienden a aislarse en un ambiente reducido, su cuarto, adornado de afiches y objetos de colorido diverso donde pasan horas que llegan a preocupar a sus padres.

En otros casos alternan con períodos de gran sociabilidad y afecto con sus padres y personas cercanas.

Tienden a integrarse a grupos de su edad copiando modales, gustos y vestimentas de manera uniforme. En general, su comportamiento se debe a que aún no tienen un patrón de conducta, adolecen de ello, y sólo se va a definir después de los 18 años. (18)

Desarrollo afectivo:

Tras el período turbulento del pre adolescencia, la conducta de los jóvenes suele sosegar. Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias y hasta a los pactos y los compromisos. A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, entre otros. El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares. En este segundo momento de la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto. El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia, pero el adolescente sigue viviendo – y tal vez por mucho tiempo – en el domicilio paterno. (19)

Desarrollo social:

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse a temprana edad, a medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir

un amigo, es electivo, tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas. El grupo es heterogéneo, compuesto por jóvenes de ambos sexos, esto la mayoría de las veces trae como consecuencia la mutua atracción entre ellos; se inicia el grupo puberal con uno o dos amigos íntimos. Algunos psicólogos se refieren a esta etapa como una de la más crítica del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga de sus padres, desconoce la autoridad o cualquier liderazgo y entra en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal. La comprensión la buscan fuera, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente.

La crítica y los sentimientos trágicos son las conversaciones más frecuentes entre dos adolescentes, lo que sirve para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso a los estados trágicos.

Ahora bien, todos los adolescentes, pasan por los mismos estados psíquicos. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva con el mundo es grave, el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resentimiento, que pudiera llevarlos a actos de trasgresión que son llamados conducta antisocial. Las actividades del adolescente tienen como objetivo el olvido. El adolescente no es un ser esencialmente alegre, en consecuencia el adolescente gusta de estos placeres como bailar, pasear, ir al cine, para mantenerse alegre, pero en el fondo, cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

Por otra parte, para aceptar su identidad, el adolescente necesita sentir que la gente lo acepta y le tiene simpatía, a medida que los individuos se independizan de su familia, necesitan más de los amigos para obtener apoyo emocional y probar

nuevos valores, son sobre todo los amigos íntimos los que favorecen la formación de la identidad.

Durante esta etapa del desarrollo, aumenta considerablemente la importancia de los grupos de compañeros, el adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar cambios físicos, psicológicos y sociales de esta etapa, es lógico entonces que recurra a quienes están experimentando estas mismas situaciones. Las redes de compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades sociales, la igualdad recíproca que caracteriza las relaciones en ésta etapa favorece el aprendizaje de respuestas positivas a la crisis que sufre el adolescente.

Los adolescentes aprenden de sus amigos y compañeros de su edad las clases de conductas que serán recompensadas por la sociedad y los roles adecuados.

La comparación social, es una función que cobra extraordinaria importancia durante la adolescencia y adopta diversas formas: al inicio los jóvenes dedican su energía a definirse en un área de compañeros donde hay muchas clases de adolescentes, es un amplio círculo de conocidos, pero pocos amigos cercanos.

El adolescente necesita estar solo algunas veces para interpretar los mensajes que recibe, consolidar su identidad y desarrollar un sentido seguro de sí mismo. La comparación social, cambia durante los últimos años de la adolescencia, el adolescente busca ahora amigos con quienes comparte características similares, aumenta la intimidad en las amistades, es probable que acepte afirmaciones como, “con mi amigo puedo hablar de todo”, o “sé lo que piensa mi amigo con solo mirarlo”. La mayoría de los adolescentes suelen tener uno o dos mejores amigos y también varios buenos amigos. El adolescente suele escoger amigos basándose en intereses y actividades comunes, y en su decisión influyen mucho la igualdad, el

compromiso y la lealtad. Conforme los amigos se vuelven más íntimos, el adolescente tiende a acudir más a ellos que a sus padres en busca de consejos, no obstante, sigue recurriendo a sus padres para que los orienten en cuestiones de educación, finanzas y planes profesionales.

Desarrollo de la personalidad y cambios psicológicos en el adolescente:
La adolescencia en sí es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad. Según algunos autores se creía que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal, estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general. El adolescente además de vivir cambios físicos y psicológicos, coexiste en la sociedad. Muchas veces el adolescente se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo está latente la inseguridad que los cambios ocasionan. Su indefinición puede notarse en los cambios de conducta, no sabe si la independencia que pretende debe ser total o con un control paterno, o si en ciertos casos tiene que decidir individualmente o consultar con un mayor.

Los valores y normas de comportamiento que haya incorporado el adolescente a su Yo, marcan su identidad, servirán de brújula en su conducta social y permitirá adquirir una identidad sólida. La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como de la hembra. Es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, los factores de mayor importancia son el ambiente donde interactúa el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia la motivación como el motor.

Interés por la apariencia física: La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto físico que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda, y atléticos; las hembras quieren ser lindas, delgadas, pero con forma, y con una piel y un cabello hermoso. Los adolescentes de ambos sexos, se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica, y hasta trastornos psicológicos, la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso, falta de autoestima, anorexia, bulimia, y hasta abuso de alcohol, drogas, y otros vicios.

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traiciona. Sin embargo, esta etapa también ofrece nuevas oportunidades que implican factores biológicos y propician la maduración en el joven, todos estos factores, ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada uno de ellos, lo que hace temprana o tardíamente que obtenga una maduración intelectual que le hará reflexionar y pensar mejor las cosas antes de actuar.(19)

Cambios cognoscitivos en la adolescencia:

Aunque la madurez física y el ajuste a la sexualidad son pasos importantes que tienen lugar durante la adolescencia, en esta época ocurren cambios cognoscitivos transcendentales. Un aumento de la capacidad y estilo del pensamiento enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y su penetración. Este perfeccionamiento de las capacidades también produce una rápida acumulación de conocimientos que abre una gama de situaciones y problemas capaces de complicar y enriquecer su vida.

Una de las capacidades cognoscitivas adquiridas durante la adolescencia, es reflexionar sobre el pensamiento. Los adolescentes aprenden a examinar y modificar intencionalmente su pensamiento, así, a veces pueden repetir hechos hasta memorizarlos por completo, otras veces se abstienen de sacar conclusiones apresuradas si no tienen pruebas, empiezan a poner todo en tela de juicio, a rechazar los viejos límites y categorías, al hacerlo constantemente excluyen las actitudes tradicionales y se convierten en pensadores más creativos, dando paso a lo que algunos autores llaman el logro del pensamiento abstracto , el cual se describe a continuación.(20)

Problemas de la adolescencia:

- Las tensiones internas: El incremento de la tensión psíquica hasta cotas insospechadas es el primer resultado de la reaparición de los deseos inconscientes reprimidos durante la infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tentación, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas, egoísmo, crueldad, dejadez, entre otros.
- Los conflictos familiares: Los cuales afectan aspectos de la cotidianidad familiar como la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, costumbres, horarios, salidas, entre otros.
- Ser y tener: Las preocupaciones de los varones, durante la adolescencia, se centran todo en poseer y tener, lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad.
- Los temores masculinos: Los cuales apuntan a supuestas malformaciones y defectos en lo que supone es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. Todo ello inducido por los sentimientos de culpabilidad que aparecen como resultado de prácticas o fantasías sexuales prohibidas.

- Los temores femeninos: El desarrollo del pecho, el tema candente entre las adolescentes, la preocupación por el tamaño de los senos, que los ha considerado siempre símbolo privilegiado de la feminidad, belleza y excitación sexual. La preocupación de la mujer por la menstruación, suele destacar en sus comienzos ciertas dosis de ansiedad, fácilmente cancelable con una adecuada información.

En ambos y al principio las relaciones íntimas pueden ser por momentos de carácter homosexual, sin que por ello quiera decirse que será su patrón de conducta final. Por eso hemos dicho que esta es una etapa de ensayo y error en la búsqueda de ese patrón de conducta que se espera sea socialmente permitido. (21)

Atención del adolescente:

A diferencia de lo que sucede en escolares, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente. Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, nutrición, inmunizaciones, ejercicio físico, tiempo libre justo, promoción familiar y desarrollo espiritual, oportunidades de trabajo y legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe hacer promoción en la prevención de embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y en la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo normales. (22)

Factores de riesgo en adolescentes:

Tipos de factores:

Alteraciones en el desarrollo puberal Menarquia precoz, discapacitación o retardo mental. La desatención y otros problemas en la relación familiar Fugas frecuentes o deserción del hogar, desempleo del jefe del hogar mayor a 6 meses.

Trastornos de la conducta alimentaria Malnutrición, hipertensión arterial, arteriosclerosis, diabetes, enfermedades crónicas, como el cáncer, tuberculosis, etc.

Riesgos intelectuales Analfabetismo, bajo rendimiento y/o deserción escolar, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado, segregación grupal

Factores biológicos Tabaquismo, alcoholismo y otras drogas; uso de automóviles

Riesgos sexuales: embarazos, infertilidad.

Factores sociales Aislamiento, depresión, gestos suicidas, conductas delictivas y/o agresivas, nomadismo.

Independencia Lucha por identidad, humor cambiante, dificultad para el lenguaje y expresión, quejas de interferencias con independencia.

Otros: Empleo de recursos para evitar la realidad: ritos, comunas, pseudo-religiones.

Las principales causas de muerte en adolescentes alrededor del mundo varía poco, si es que sólo el orden, según la región, y estas son las heridas no intencionales (particularmente accidentes de tránsito), SIDA (es la principal causa de muerte de mujeres jóvenes en África), otras enfermedades infecciosas, homicidio y otras

heridas intencionales (especialmente importante en Suramérica), como la guerra, suicidio y heridas auto-inflingidas.

El buen ejemplo permanente de los padres y la concordancia entre lo que dicen y lo que hacen, y el constante comentario de rechazo al consumo de sustancias peligrosas, llámese cigarrillos, alcohol o psicotrópicos es un buen comienzo Hemos dicho que el comportamiento del adolescente es impredecible, y cuando su actitud se considere muy exagerada, debe investigarse el entorno de amigos y se debe tratar de entablar un diálogo comprensivo y sin reproches, indagando sobre sus necesidades y preocupaciones. A veces puede tratarse de un cuadro depresivo, alternando con manías. En todo caso la ayuda de un personal especializado podría aclarar la situación y solucionarla a tiempo. (23)

Familia: La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. En muchos países occidentales, el concepto de la familia y su composición ha cambiado considerablemente en los últimos años, sobre todo, por los avances de los derechos humanos y de los homosexuales. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros. (24)

Tipos de familias:

- Familia nuclear, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»
- Familia extensa, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines
- Familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres
- Otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable. En muchas sociedades, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos. El Día Internacional de la Familia se celebra el 15 de mayo.

Familia Monoparental: El crecimiento de las familias monoparentales es una realidad visible en la actualidad, pero en estos momentos, nos encontramos con una importante dificultad a la hora de definir este tipo de familias. Todavía no existe una definición internacionalmente aceptada que englobe unitariamente a este conjunto de agrupaciones «monoparentales», ni hay una unidad de criterios sobre formas y hechos que deban concurrir para constituir las, pero una de las definiciones más comúnmente empleadas es la que hace referencia a familias constituidas por uno solo de los progenitores (sea éste hombre o mujer) y sus hijos. Es decir,

entendemos por familia mor no parental toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez el que ostenta, sea de hecho o de derecho, la custodia sobre los mismos.

Familia biparental: integrada por el padre y la madre, con una o más hijos. (25)

Relaciones con los padres:

Relación adecuada: si existieron relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes que garantizaran un desarrollo integral. Los jóvenes en esta condición forman el grupo no expuesto.

Relación inadecuada: cuando la población estudiada no mantiene esta relación con sus padres, constituye el grupo expuesto. (26)

Embarazo en la adolescencia según la OMS

Según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas. Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. Al respecto Issler señala:(27)

Causas del Embarazo en la Adolescencia

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes: El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos; La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales; El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada; Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y La falta de una buena educación sexual.

Consecuencias de un embarazo temprano A su vez, respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos: Desde el punto de vista médico: La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido. (28)

Inicio temprano de relaciones sexuales

En lo referente a la iniciación sexual existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal. El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos.(29)

Salud Reproductiva en los adolescentes según la OMS:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el

momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros. Los principales mecanismos de acción son los siguientes: impedir el contacto de los espermatozoides con el óvulo (barrera), impedir la liberación del óvulo (hormonales, modificando la condición del endometrio). Existen otros tipos de métodos que evitan la concepción de manera permanente mediante técnicas quirúrgicas (definitivos).

También como planificación familiar natural, se establece la abstinencia de actos sexuales de la pareja durante la época fértil en el ciclo menstrual de la mujer.

Los métodos anticonceptivos pueden dividirse en dos grandes grupos, tomando en cuenta la reversibilidad o no del método: los temporales y los permanentes. Las madres adolescentes a menudo carecen de los conocimientos, la educación, la experiencia, los ingresos y el poder que puede tener una mujer de más edad. En algunas culturas, tienen que soportar además el efecto de numerosas actitudes prejuiciosas, lo que empeora aún más una situación ya de por sí difícil. Es importante hacer participar a los hombres, los padres, las suegras y demás personas encargadas de la toma de decisiones dentro del hogar y la comunidad en los esfuerzos por lograr que las adolescentes embarazadas se sientan aceptadas y reciban el apoyo requerido. Dicho apoyo ha de incluir la administración de los cuidados domiciliarios pertinentes antes, durante y después del embarazo y el uso, en tiempo oportuno, de los servicios de salud que corresponda, incluida la atención de un asistente de partería cualificado. Se debe informar ampliamente a las adolescentes, y también a la comunidad en su conjunto, sobre los signos de posibles complicaciones, de modo que todos sean capaces de reconocer una situación de urgencia y sepan cómo actuar en cada caso. Es primordial mejorar el acceso de las madres adolescentes a la educación, a los medios de subsistencia y

a la información necesaria para prevenir nuevos embarazos y reforzar su capacidad para enfrentarse a la violencia doméstica. (30)

Factores familiares

Provisión de los Recursos: Esta función incluye la obtención del conjunto de recursos que son indispensables para satisfacer las necesidades básicas para la supervivencia del grupo familiar; ejemplos son suministrar techo seguro, alimentación adecuada, suministrar servicios médicos, dentales y de salud mental. También incluye el cuidado de los hijos por parte de los padres, que trasciende la obtención de recursos materiales.

Protección de los Jóvenes: Son la serie de funciones de protección básica de los hijos frente a amenazas provenientes del ambiente físico, de otras personas, grupos o instituciones. Los adolescentes toman nuevas responsabilidades como desempeño de trabajos, participación en diversos grupos sociales, manejo de pequeñas cantidades de dinero. Estas situaciones exponen a los jóvenes a un creciente grupo de influencias culturales y riesgos psicosociales, como el uso de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, actividad sexual, presión de los pares, las cuales son fuentes de conflictos familiares, de intensos temores y angustias por parte de los padres. La manera eficaz de cumplir esta función es a través de la vigilancia de su conducta y la enseñanza de estrategias de autoprotección.

Vigilancia por parte de los padres: Se refiere al conocimiento, la toma de decisiones y la supervisión de la conducta y de los acontecimientos que tienen lugar en la vida de los hijos. Se ha evidenciado que el cumplimiento de esta función familiar se asocia con menores tasas de actividad sexual, abuso de alcohol y

desustancias psicoactivas, deserción escolar y delincuencia juvenil. Cuando los padres tienen un interés activo por la vida de sus hijos, con la disposición tanto de hacer cumplir las reglas familiares básicas como de discutir con amplitud y claridad los temas que les preocupan a los adolescentes se sienten más acompañados y seguros.(31)

Orientación y promoción del desarrollo: ésta es la función que comprende la guía y el cuidado de todos los componentes del desarrollo de los hijos, incluye aspectos cognoscitivos, sociales, emocionales, físicos y espirituales. Es importante que los padres compartan información y fijen claramente los límites de la conducta de los hijos por medio de estímulos y sanciones. Se ha evidenciado que ésta función se logra mejor en un ambiente familiar caracterizado por una relativa calidez o cercanía emocional en la relación padres-hijos. Es beneficioso que los padres comuniquen con claridad sus exigencias y expectativas, manteniendo un cumplimiento de las reglas, dentro de un ambiente democrático, donde se respeten la opinión de los jóvenes y se negocia con ellos.

Los efectos del cambio familiar sobre el desarrollo de los adolescentes y de los jóvenes: Los niveles socioeconómicos y sus consecuencias psicosociales y culturales condicionan fuertemente el grado de apoyo que se le pueda brindar al crecimiento y desarrollo de los hijos. En el caso de las familias de niveles socioeconómicos superiores los factores con mayor impacto son la reducción en el tamaño promedio de los grupos familiares, el cambio en el papel social de la madre y el aumento de las separaciones conyugales. En contraposición la pobreza está asociada con desorganización familiar, hacinamiento y promiscuidad; estas situaciones afectan las funciones familiares de protección del desarrollo del adolescente. Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta en la relación de

familia-adolescencia, es la perspectiva de los jóvenes respecto a la interacción familiar.

Los principales problemas a este respecto se agrupan en las siguientes categorías:

Interacción entre los miembros de la familia: Se da privilegio a la calidad de la relación. En este aspecto se incluyen las escasas muestras de afecto de los miembros de la pareja adulta entre si y hacia los hijos. Se ha encontrado que a los adolescentes les molesta tanto la conducta sobreprotectora o represiva de los padres como la excesivamente permisiva.

Comunicación Interpersonal: Se caracteriza por el diálogo pero escasa comunicación real en el contacto con los padres, debido a que no se enfrentan los temas más candentes en forma directa. Los tiempos de comunicación familiar son escasos y por lo general se dejan para las horas de la comida, en ocasiones cada uno de los integrantes de la familia tienen horarios diferentes.

Estímulos y sanciones: Es básicamente la percepción negativa de los adolescentes con los permisos; donde se encuentra la desconfianza excesiva por parte de los padres, la falta de claridad de las reglas y su inconsistencia por consiguiente. Otro aspecto importante es la falta de estímulos positivos y que por el contrario se recurra a la burla o la comparación.

Intimidad: Hace referencia a la falta de privacidad de los jóvenes, que va más allá de los problemas de espacio físico, se refiere más bien a espacio de respeto por sus propios intereses y preocupaciones. Tal vez el hecho más importante es el reconocimiento de la existencia de Factores de Riesgo en el ámbito familiar, económico y psicológico, que permiten identificar comportamientos o conductas de riesgo y los factores protectores que pueden actuar como escudo para favorecer el

desarrollo de los jóvenes. El Riesgo puede comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros; se detectan entre estos comportamientos la deserción escolar, el embarazo precoz, el suicidio, la violencia y el abuso de sustancias psicoactivas, tabaquismo y alcohol.

Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. Una definición de familia según el Censo Americano es: “Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran unidad”. La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización, entre otras

Factores educativos

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir educadas sus capacidades para la educación.

Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario.

Así, la repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad.

Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar, incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres.

Un alto porcentaje de los adolescentes que transitan del ciclo básico al medio desertan de este antes de completarlo, sin haber alcanzado el capital educacional mínimo y las destrezas requeridos para mantenerse fuera de la pobreza durante la vida activa, incumplándose así los derechos a la educación consagrados en las declaraciones internacionales pertinentes.

La información disponible indica que actualmente cerca del 37% de los adolescentes latinoamericanos entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela a lo largo del ciclo escolar, y casi la mitad de ellos lo hacen tempranamente, antes de completar la educación primaria.

En varios países la mayor parte de la deserción se produce una vez completado ese ciclo y con frecuencia, durante el transcurso del primer año de la enseñanza media. El abandono escolar presenta diferencias pronunciadas entre los países, y en todos ellos es mucho más corriente en las zonas rurales. (31)

Planificación familiar (P.F)

En el mundo, la planificación familiar (PF) se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos (OMS 2012), pues si mujer con el apoyo de su pareja, planifica su familia usando eficazmente la anticoncepción,

podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación.

En la última década la tasa global de fecundidad (TGF) de Perú ha disminuido de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2,5 en el año 2014.

En cuanto a la demanda de atenciones de PF, el Perú presentó un crecimiento entre 1992 al 2014, el uso de anticonceptivos (todos los métodos) aumentó al 74.6 % (mujeres en unión). La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres unidas en edad fértil de 41.3% en 1992 a 52.2% en el 2014 (3 de cada 4 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo).

Actualmente el MINSA ha ampliado la gama de métodos anticonceptivos con el condón femenino, inyectable mensual e implante.

La demanda insatisfecha de planificación familiar, ha disminuido poco en los últimos años, de 10.2 en el 2000 (ENDES 2000) a 8.6 en el 2014 (ENDES 2014).

Aunque en general, la demanda insatisfecha o necesidad no satisfecha ha disminuido como resultado del aumento en la oferta de métodos anticonceptivos y el uso correcto de los mismos, subsisten brechas en la población rural y la población del quintil más pobre.

Es por ello, que en los últimos años, el Ministerio de Salud ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir la muerte materna y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas, la que en gran medida está influenciada por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción, por lo que se considera un elemento clave para la mejora, reforzar las actividades de

salud sexual y reproductiva. En este sentido se cuenta con normatividad adecuada culturalmente, incremento de la gama de métodos anticonceptivos con la inclusión del implante, inyectable mensual y condón femenino, que nos permitirá mejorar la calidad de atención a las usuarias/os de planificación familiar.

Es bien sabido que el uso eficaz de la anticoncepción contribuye a reducir el número de embarazos riesgosos, permitiendo particularmente a estas mujeres de diferir el embarazo hasta encontrarse en condiciones de salud que permitan asumirlo. Este criterio es también válido para mujeres adolescentes y jóvenes en edad fértil, las cuales pueden espaciar el nacimiento de su primer hijo a edades por encima de los 20 años, de aprender a establecer períodos intergenésicos de tres a cinco años y de reducir el número de embarazos no planificados

Es necesario fomentar el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos y el pleno respeto de la integridad física del ser humano, en el marco de una política de reducción de la muerte materna. Por tal motivo se ha planteado la necesidad de reforzar las actividades de Planificación Familiar, orientadas a lograr que la población tenga un mayor acceso a los métodos anticonceptivos, garantizando la dotación de los mismos en todos los establecimientos de salud especialmente los de las zonas rurales.

Situaciones especiales para el adolescente

Edad

Más jóvenes: pueden usar todos los métodos. Haga hincapié en la protección contra ITS/VIH/sida.

Después de un aborto

Se puede usar cualquier método inmediatamente después del aborto.

Si tiene infección, espere hasta su tratamiento para colocar el DIU.

Personas desplazadas, personas en zonas de conflicto o catástrofes, familias en la calle

Pueden usar todos los métodos.

Analice detenidamente la disponibilidad de reabastecimiento y ofrezca métodos de respaldo (condones, métodos de barrera, píldoras anticonceptivas de emergencia).

La prevención tanto de un embarazo como de las ITS/VIH/sida es especialmente importante. (32)

Nivel educacional.

Debido a la baja escolaridad se considera estar actuando correctamente al unir a las adolescentes a temprana edad, y que el estudio no les es importante que no sirvas para nada, lo mejor es aprender a trabajar, pues el estudio no es para la mujer. Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Los niveles de educación son: inicial, educación general, básica, polimodal y superior, no universitario.

Máximo nivel educativo alcanzado: es el máximo nivel de estudio de la población mayor de 15 o mayor de 25 años, ya sea que lo haya completado o no. Los niveles son: Sin instrucción o Nunca asistió: son las personas que nunca concurrieron a un establecimiento de enseñanza formal.

Primario incompleto, Secundario incompleto. Universitario incompleto: incluye a las personas que asistían a algunos de esos niveles de enseñanza formal pero no llegaron a completarlo.

Primario completo, Secundario completo, Universitario completo: incluye a las personas que cursaron y aprobaron el último grado. (33)

RELACIONES SEXUALES

Desde el punto de vista de la sexología, se puede definir una relación sexual como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.

La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita solo a coito o penetración.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA MANTENER UNA RELACIÓN SEXUAL SATISFACTORIA Y CON SEGURIDAD

Voluntariedad y consentimiento mutuo y consciente en cualquier momento de la relación. Control sobre cualquier actividad sexual. Posibilidad de parar o variar cualquier actividad sexual no deseada o no satisfactoria.

Ausencia de presiones externas y de conflictos sociales o personales.

Responsabilidad sobre las consecuencias fisiológicas, psicológicas, sociales y de relación con la pareja.

Comunicación. Objetivos comunes, compartidos o conocidos.

Conocimiento básico sobre la fisiología y la sexualidad humanas.

Seguridad I: conocimiento sobre los riesgos de enfermedades de transmisión sexual (ITS) y cómo protegerse.

Seguridad II: conocimiento sobre los riesgos de embarazo no deseado y cómo protegerse.

Seguridad III: acceso y conocimiento del uso adecuado de medios de protección.

Periodo de excitación adecuado. (34)

Aborto en Adolescentes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. En esa definición se plasman conceptos esbozados por primera vez en una consulta técnica de la OMS efectuada en 1992. Si bien es una definición muy utilizada, su interpretación no es uniforme. En el presente editorial se analiza su correcta interpretación y aplicación práctica.

La definición de aborto peligroso utilizada en la OMS se conceptualizó en el marco de unas nuevas directrices sobre la gestión de las complicaciones en un aborto provocado y debía interpretarse en ese contexto. Ese vínculo con la guía técnica es fundamental para su correcta interpretación. Nada en la definición predetermina quién debe considerarse prestador de servicios de aborto «sin riesgos» ni cuáles deberían ser las condiciones o preparación adecuadas para practicar abortos. Esos elementos no son estáticos; evolucionan en consonancia con las recomendaciones de la OMS basadas en pruebas.

Si bien los abortos peligrosos son, por definición, arriesgados, por lo que respecta a la seguridad no puede establecerse una dicotomía porque el riesgo está presente de manera continua. El riesgo es mínimo si se utiliza un método basado en pruebas para interrumpir un embarazo en sus etapas iniciales en un centro de salud; es máximo si se emplea un método peligroso, como el uso de sustancias cáusticas por vía oral o vaginal o la introducción de palos en el útero,

para interrumpir de forma clandestina un embarazo avanzado. Entre los dos extremos hay todo un espectro de riesgos. En paralelo con ese espectro, por ejemplo, se dan casos de autoadministración de misoprostol o la intervención de dispensadores de atención de salud experimentados que utilizan procedimientos anticuados, como el legrado.

Los determinantes inmediatos de los riesgos de un aborto provocado, como el método utilizado para la interrupción del embarazo y la edad gestacional, se ven influidos, a su vez, por determinantes sociales subyacentes: es decir, el contexto jurídico, la disponibilidad de servicios de aborto sin riesgos, el nivel de estigmatización que rodea el aborto, el grado de acceso de la mujer a información sobre el aborto, así como la edad de la mujer y su situación socioeconómica. El contexto jurídico y el nivel de seguridad están estrechamente entrelazados, pero la asociación depende del contexto.

Cada año, a nivel mundial, hay por lo menos 4.5 millones de mujeres jóvenes que recurren al aborto inducido, muchas veces realizado en condiciones de riesgo. Solo en Latinoamérica y el Caribe, las estimaciones varían entre aproximadamente trece abortos anuales por cada mil mujeres de 15 a 19 años en México, y alrededor de 36 por cada mil adolescentes en la República Dominicana (35)

2.3. Terminología básica.

Adolescencia

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS; la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 10 a 19 años de edad.

- **Adolescencia temprana:**

Periodo comprendido entre las edades de 10-14 años.

- **Adolescencia tardía:**

Periodo comprendido entre las edades de 15 y 19 años.

Desintegración familiar

Es la desorganización familiar, constituye una modalidad de desintegración, la cual es el rompimiento de la unidad o quiebra en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria.

Embarazo en adolescentes

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta por la Organización Mundial de la Salud OMS, como el lapso de vida transcurrido entre 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Familia

El grupo de personas relacionadas por lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, tías, primos, todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio.

Tipos de familia.

- **Familia biparental:** Si los dos jefes de hogar, ya sean: padre y madre, esposo y esposa, compañero y compañera, están vivos y viven juntos de manera permanente.

- **Familia monoparental:** Si falta uno de los jefes o si viven ocasionalmente con ellos.

Nivel educacional.

Debido a la baja escolaridad se considera estar actuando correctamente al unir a las adolescentes a temprana edad, y que el estudio no les es importante que no sirvas para nada, lo mejor es aprender a trabajar, pues el estudio no es para la mujer. Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Los niveles de educación son: inicial, educación general, básica, polimodal y superior, no universitario.

Planificación familiar según la OMS

La **planificación familiar** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de **métodos** anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).

Salud sexual y reproductiva según MINSA

Salud sexual: Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, así como sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.

Salud reproductiva: Es el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener

una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.

Factores

El término factor está especialmente vinculado a dos cuestiones bien distintas entre sí. Por un lado se usa para referirse al elemento o al condicionante que contribuye a la producción o el logro de un resultado y por el otro, ostenta una importancia vital en el campo de las matemáticas ya que sirve para denominar los dos términos de una multiplicación.

Relaciones sexuales

Desde el punto de vista de la sexología, se puede definir una relación sexual como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.

La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita solo a coito o penetración.

Aborto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia:

El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas.

2.4. Hipótesis.

Existen factores familiares, sexuales y sociodemográficos que influyen en el embarazo en adolescentes de 10 a 19 años en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza –Chupaca de Enero a Marzo 2016

2.5. Variables.

Variable Dependiente

- Embarazo en adolescentes

Variable independiente

- Factores familiares
- Factores Sexuales y reproductivos
- Factores sociodemográficos

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	DIMENSION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Factores que influyen en el embarazo en Adolescentes de Enero a Marzo – 2016	Cuanti_ tativa	FACTORES SOCIODEMO_ GRAFICO	Son características sociales y de estudio de poblaciones humanas en términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza ocupación y otros datos estadísticos.	Ordinal Nominal	Edad a)10 a 14 b)15 a 19 Grado de instrucción a)Ninguna b)Primaria c)Secundaria d) Superior Ocupación a)Ama de casa b) Estudiante c)Trabaja Estado civil a)Soltera b) Casada c)Conviviente
		FACTORES FAMILIARES	Cambios en la composición familiar o familia desintegrada Falta de autoridad moral de los padres: Falta de disciplina firme y justa. Dificultad para jerarquizar Confusión de valores.	Nominal	Tipo de familia del adolescente a)Monoparental b)Biparental Antecedentes de embarazos adolescentes en la familia a)Si b) No Relación del adolescente con sus padres a)Buena b)Regular c)Mala
		FACTORES SEXUAL Y REPRODUCTIVO	Salud Reproductiva es el “Estado general de bienestar físico, mental y social mas no la ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. Con la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactorio y sin riesgos.	Ordinal	Persona con quien vivía antes de su embarazo a)Padre b)Madre c)Ambos d) solo e) Otro familiar Inicio de la primera relación sexual a)10 a 14años b)15 a 19años Número de parejas sexuales a)1 b) más de 2 Número de gestaciones a)Primigesta b)Segundigesta c)Multigesta Antecedentes de aborto a) Si b)No Uso previos de método anticonceptivo antes de su embarazo. a) Si b)No

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal

El nivel del siguiente trabajo de investigación será de observación

3.2. Población y muestra

La población: Dado que la población es finita se tomara el 100% de las gestantes adolescentes quedando representada por 30 gestantes adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza- Chupaca.

Muestra: Está constituida por 30 gestantes adolescentes que acuden a su control prenatal en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza- Chupaca de Enero a Marzo del 2016.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se aplicó de una encuesta validada original, que se elaboró en el año 2014 por el autor Osorio R. De la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú.

Cuenta con una hoja de consentimiento informado y un cuestionario de trece preguntas.

En el cuestionario está integrado por preguntas claves sobre los factores que se asocian al embarazo en adolescentes.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadística.

Se elaboró una base de datos en Excel donde posteriormente se trabajó con un paquete estadístico SSPS Versión 21.

Se realizó el análisis univariado descriptivo.

Análisis descriptivos: se realizara medidas de frecuencia y tendencia central

3.5. Aspectos éticos.

Se cuenta con la autorización de la entidad de centro de salud “Pedro Sánchez Meza” –Chupaca.

Se elaboró un documento de consentimiento informado a los pacientes que se entregó a cada uno previa encuesta.

Los presentes investigadores se comprometen a no divulgar la identidad ni los datos obtenidos de los pacientes en otra investigación que no sea la presente.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

FACTOR SOCIODEMOGRAFICO

CUADRO N° 01

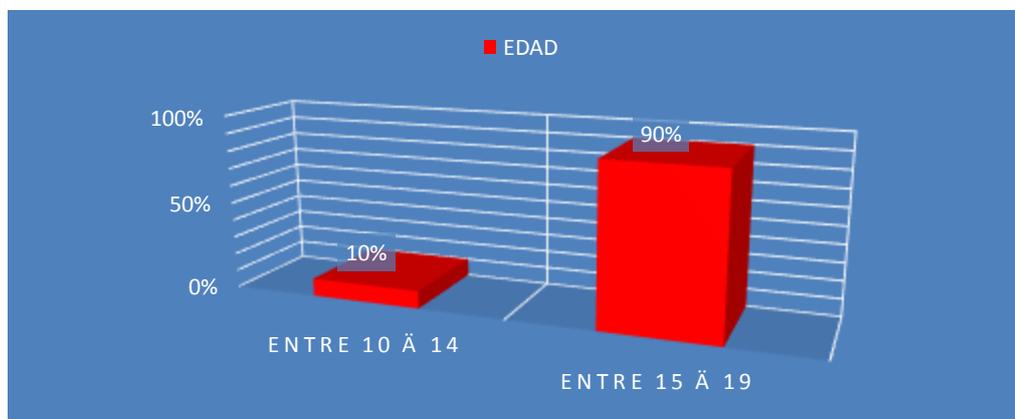
EDAD DE LAS ADOLESCENTES

EDAD DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	ENTRE 10 a 14	3	10%
ENTRE 15 a 19	27	90%	
TOTAL	30	100%	

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°01

EDAD DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 01 se puede apreciar de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 90% (27) adolescentes presentan la edad entre 15 y 19 años, y solo el 10% (3) adolescentes están entre los 10 y 14 años.

CUADRO N° 02

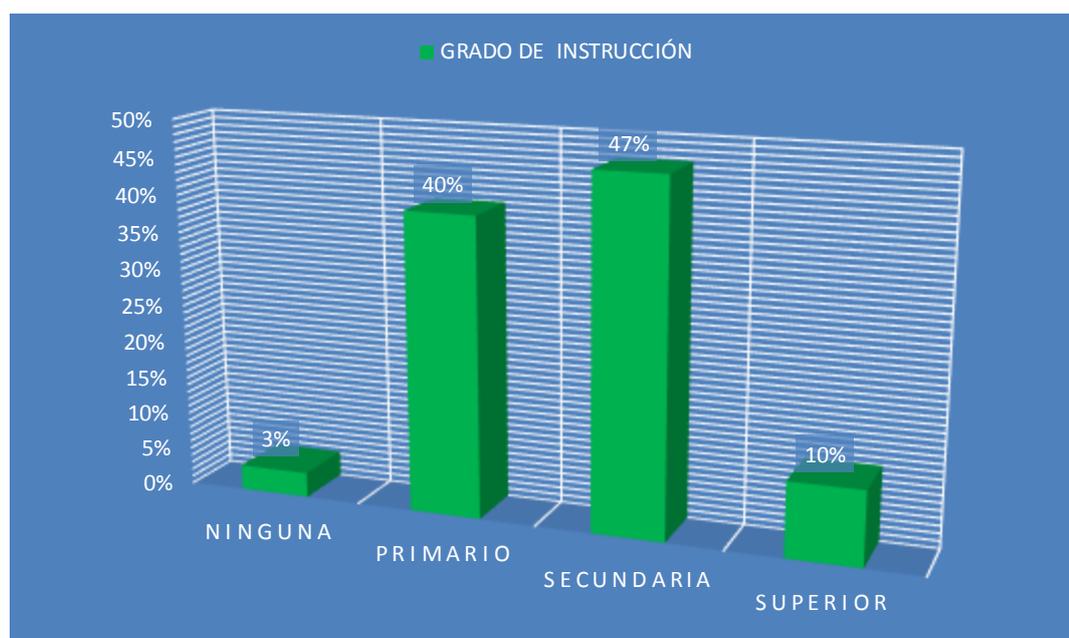
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	NINGUNA	1	3%
	PRIMARIO	12	40%
	SECUNDARIA	14	47%
	SUPERIOR	3	10%
TOTAL	30	100%	

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°02

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 02 se puede apreciar el grado de instrucción de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, El 47% (14) cursaron el nivel secundario, el 40% (12) el nivel primaria, el 10% (3) nivel superior, por último se puede apreciar sin educación solo 3% (1).

CUADRO N° 03

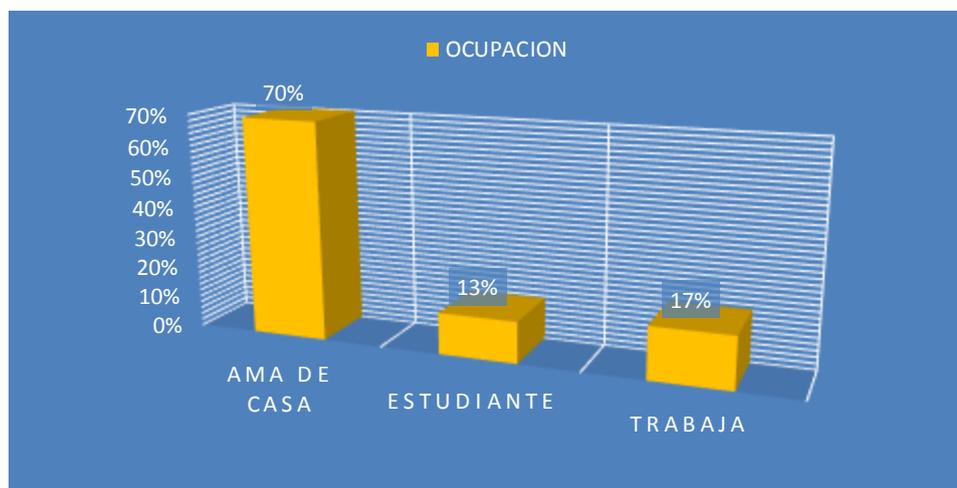
OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES

OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	AMA DE CASA	21	70%
	ESTUDIANTE	4	13%
	TRABAJA	5	17%
	TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°03

OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 03 se puede apreciar la ocupación de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 70% (21) adolescentes se dedican a ser ama de casa, el 17% (5) adolescentes trabajan y solo el 13% (4) adolescentes estudian.

CUADRO N° 04

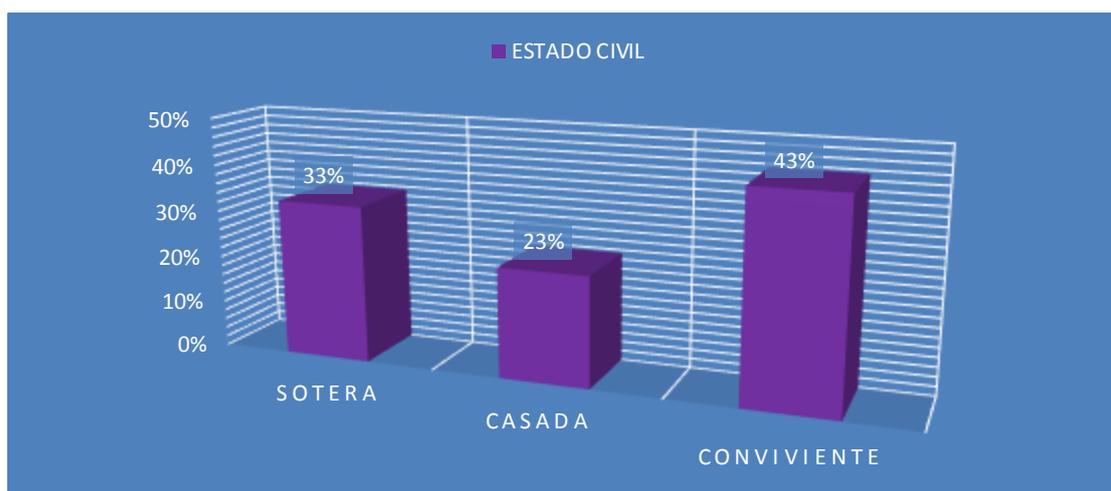
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SOTERA	10	33%
	CASADA	7	23%
	CONVIVIENTE	13	43%
TOTAL	30	100%	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 04

ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENETES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 04 se puede apreciar el estado civil de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 43% (13) adolescentes presentan el estado civil conviviente, seguido del 33% (10) adolescentes de estado civil solteras y solo el 23% (7) adolescentes son casadas.

FACTORES FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES

CUADRO N° 05

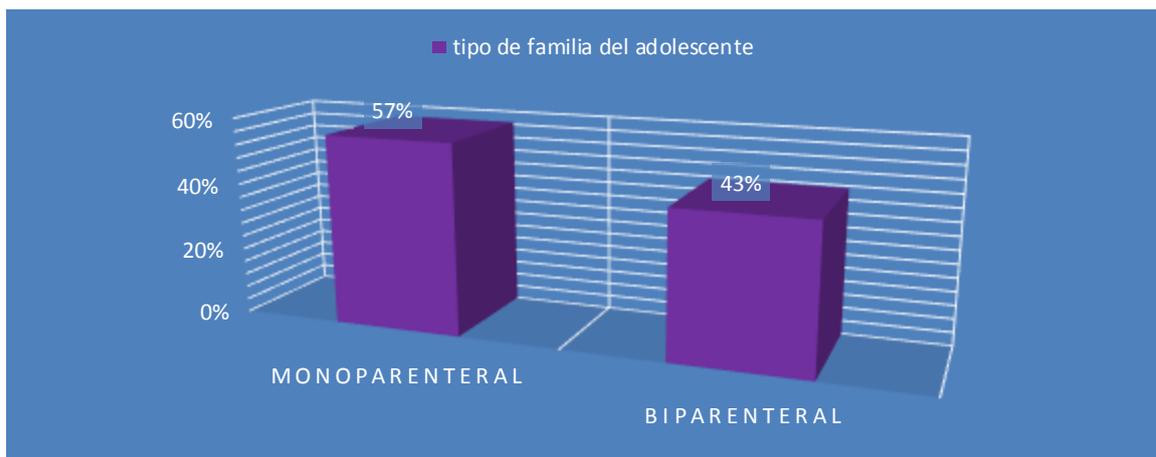
TIPO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTE

TIPO DE FAMILIA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE LAS ADOLESCENTES	Monoparental	17	57%
	Biparental	13	43%
	TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 05

TIPO DE FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 05 se puede apreciar el tipo de familia de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 57% (17) adolescentes son de familia monoparental, y el 43% (13) adolescentes son de familia biparental.

CUADRO N° 06

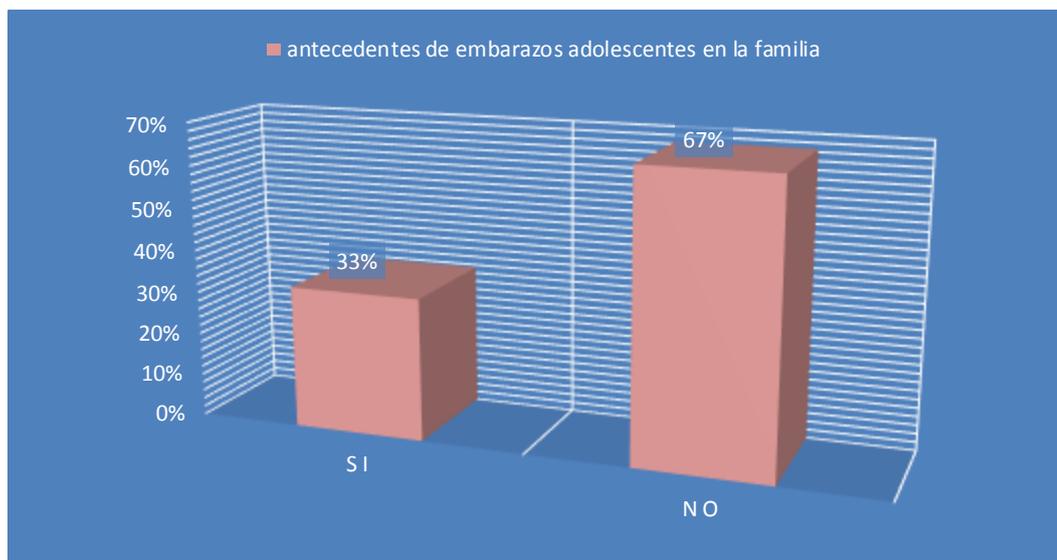
ANTECEDENTES DE EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LA FAMILIA

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LA FAMILIA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SI	10	33%
	NO	20	67%
	TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 06

ANTECEDENTES DE EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LA FAMILIA



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 06 se puede apreciar los antecedentes de Embarazos adolescentes en la familia de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 67% (20) no presentan antecedentes de embarazos en adolescentes, y solo el 33% (10) presentan antecedentes de embarazos en adolescentes.

CUADRO N° 07

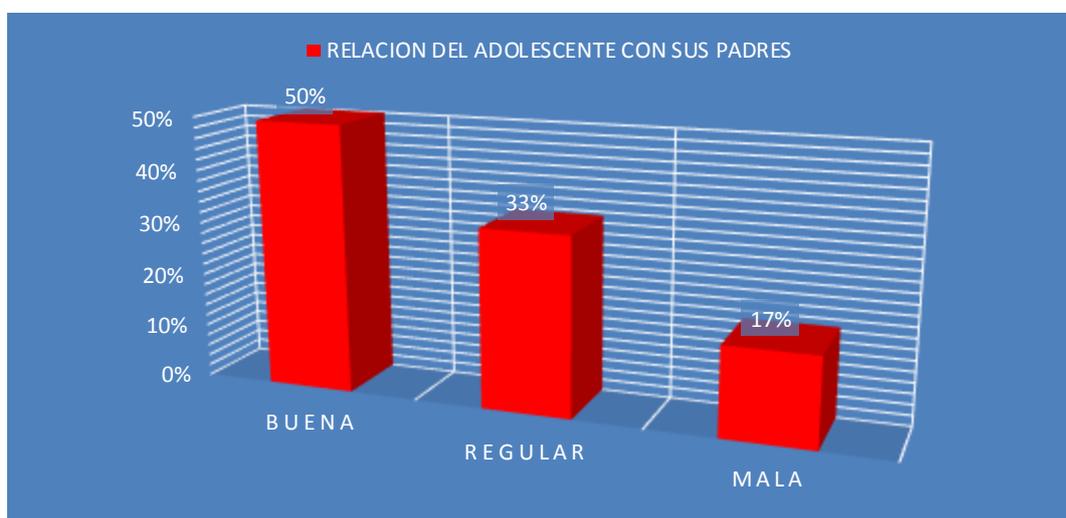
RELACION DE LAS ADOLESCENTES CON SUS PADRES

RELACION DE LAS ADOLESCENTES CON SUS PADRES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	BUENA	15	50%
	REGULAR	10	33%
	MALA	05	17%
TOTAL	30	100%	

Fuente: Elaboración propia

GRAFICA N° 07

RELACION DE LAS ADOLESCENTES CON SUS PADRES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 07 se puede apreciar las relaciones de las adolescentes con sus padres de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 50 % (15) adolescentes tienen una buena relación seguido del 33% (10) adolescentes tienen una relación regular con sus padres y el 17% (5) adolescentes tienen una mala relación con sus padres.

CUADRO N° 08
PERSONA CON QUIEN VIVÍA ANTES DE SU EMBARAZO

PERSONA CON QUIEN VIVIA ANTES DE SU EMBARZO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	PADRE	2	7%
	MADRE	13	43%
	AMBOS	12	40%
	SOLO	1	3%
	OTRO FAMILIAR	2	7%
	TOTAL	30	100%

FUENTE: Elaboración propia

GRAFICO N° 08
PERSONA CON QUIEN VIVIA ANTES DE SU EMBARAZO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 08 se puede apreciar personas con quien vivía antes de su embarazo de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 43% (13) adolescentes vive solo con su madre seguido del 40% (12) adolescentes viven con ambos padres (madre y padre), el 7% (2) viven con otros familiares (hermanos, tíos), y el 7% (2) adolescentes viven con su padre y el 3%(1)viven solo.

FACTOR SEXUAL Y REPRODUCTIVO

CUADRO N° 09

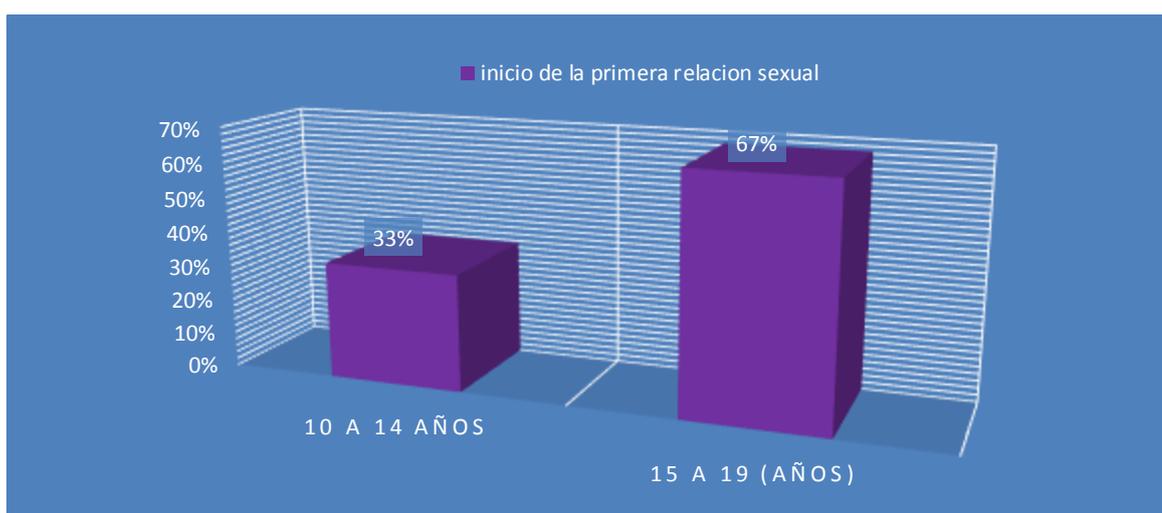
INICIO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS ADOLESCENTE

INICIO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	10 A 14 AÑOS	10	33%
	15 A 19 (AÑOS)	20	67%
	TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 09

INICIO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N°09 se puede apreciar el inicio de la primera relación sexual de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 67% (20) adolescentes iniciaron su vida sexual entre 15 y 19 años, y solo el 33% (10) adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 10 y 14 años.

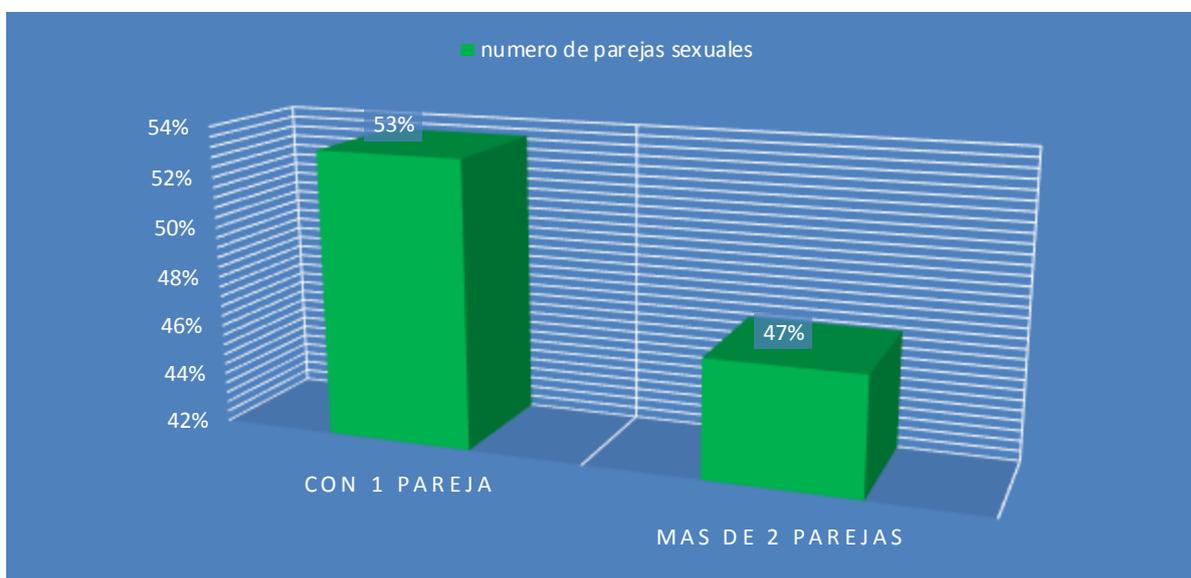
CUADRO N° 10
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	CON 1 PAREJA	16	53%
	MAS DE 2 PAREJAS	14	47%
	TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 10

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

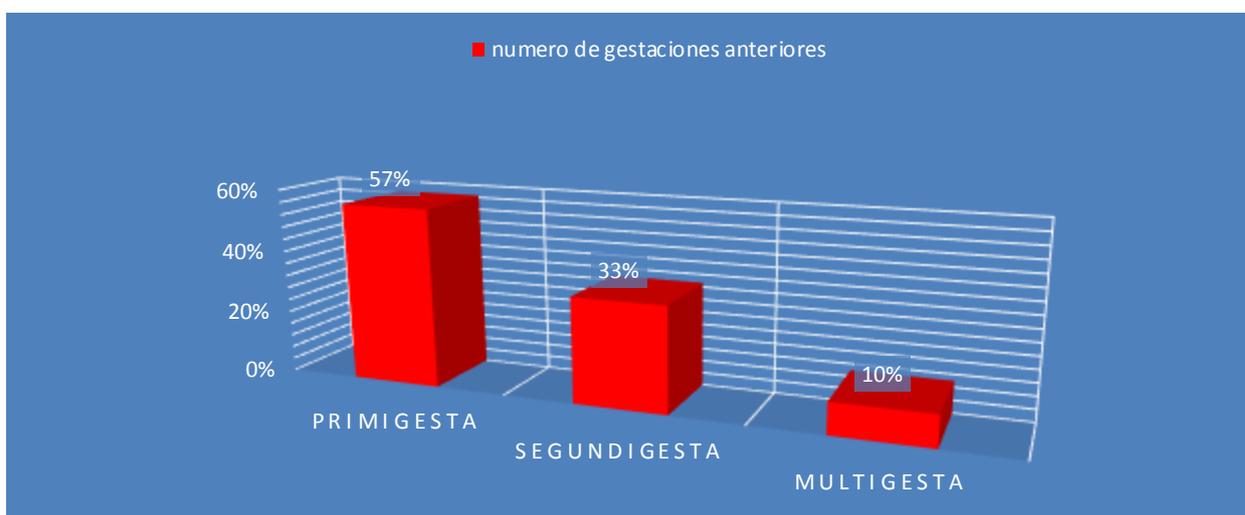
En el cuadro N° 10 se puede apreciar el número de parejas sexuales de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 53% (16) adolescentes tuvieron 1 sola pareja sexual, y el 47% (14) adolescentes tuvieron más de 2 parejas sexuales.

CUADRO N° 11
NUMERO DE GESTACIONES DE LAS ADOLESCENTES

NUMERO DE GESTACIONES DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	PRIMIGESTA	17	57%
	SEGUNDIGESTA	10	33%
	MULTIGESTA	3	10%
	TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 11
NUMERO DE GESTACIONES DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 11 se puede apreciar el número de gestaciones de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 57% (17) adolescentes son primigestas, el 33% (10) adolescentes son segundigestas y el 10% (3) son multigestas.

CUADRO N° 12

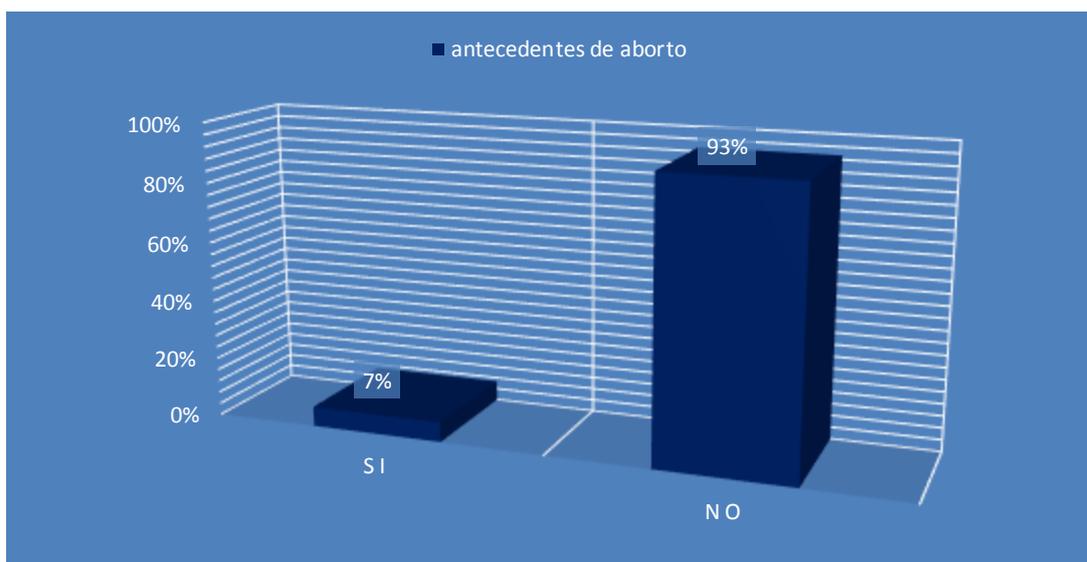
ANTECEDENTES DE ABORTOS DE LAS ADOLESCENTES

ANTECEDENTES DE ABORTOS DE LAS ADOLESCENTES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SI	2	7%
NO	28	93%	
TOTAL		30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 12

ANTECEDENTES DE ABORTOS DE LAS ADOLESCENTES



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 12 se puede apreciar los Antecedentes de aborto de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 93% (28) adolescentes no presentaron antecedentes de aborto, y solo el 7% (2) adolescentes si tienen antecedentes de aborto.

CUADRO N° 13

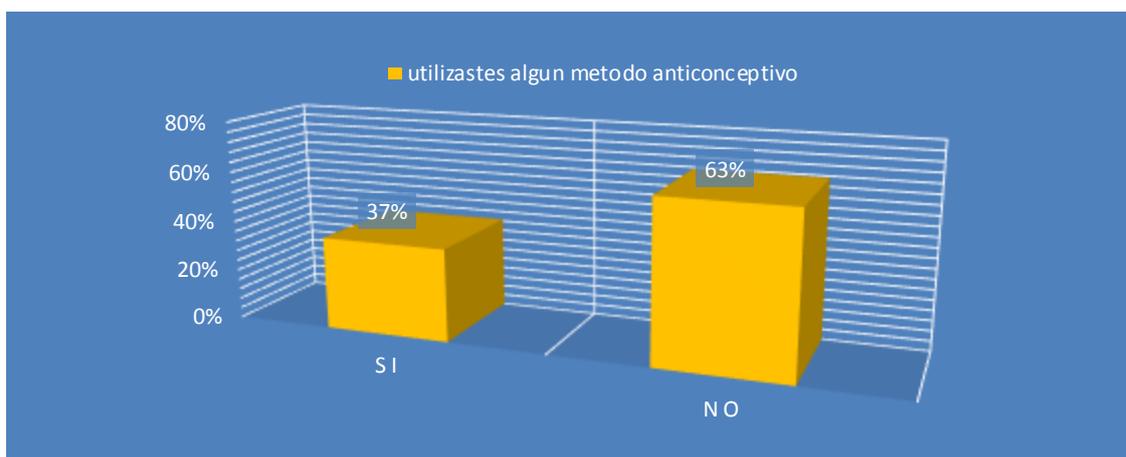
USO PREVIO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DE SU EMBARAZO

USO PERVIO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DE SU EMBARAZO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
	SI	11	37%
	NO	19	63%
TOTAL		30	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO N° 13

USO PREVIO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ANTES DE SU EMBARAZO



Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACION:

En el cuadro N° 13 se puede apreciar el uso de métodos anticonceptivos previos a su embarazo de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 63% (19) adolescentes no usaron ningún métodos anticonceptivos, y solo el 37% (11) adolescentes usaron métodos anticonceptivos.

4.2. Discusión.

Según los resultados de mi investigación de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 90% (27) adolescentes presentan la edad entre 15 y 19 años, y solo el 10% (3) adolescentes están entre los 10 y 14 años, Cuyo resultado concuerda con Rodríguez V, 2012-2013 quien realizó su estudio no experimental, Longitudinal, Prospectivo, en el Hospital Maternidad "Mariana de Jesús" de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, muestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas oscilan de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje lo presentaron las gestantes de 12 a 14 años con el 10%.

En nuestra investigación muestra el grado de instrucción de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, El 47% (14) cursaron el nivel secundario, el 40% (12) el nivel primaria, el 10% (3) nivel superior, Cuyo resultado concuerda con Osorio R, Carpio E. 2014 nos muestra que el nivel de estudios de las adolescentes presentaron secundaria con un (75%). Seguido del nivel primario con un (10%), con nivel superior no universitaria de (8%). y finalmente superior universitaria (7%) de un total de 100 encuestadas, quien concluye que el 75 % de las adolescentes gestantes, solo tienen educación secundaria. Es más probable que los/las adolescentes con mayor nivel cultural y educativo tomen medidas de control prenatal, por tener ambiciones de una carrera y la mayor posibilidad de acceso a grupos culturales, sociales y deportivos.

Según nuestro trabajo se puede apreciar el tipo de familia de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 57% (17) adolescentes son de familia monoparental, y el 43% (13) adolescentes son de familia biparental. Cuyo resultado concuerda con Merino A, Rosales E. 2010 según sus estudios estadísticas que realizaron nos demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor. Hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija, o que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana. Merino A, Rosales E. 2010.

Se puede apreciar el inicio de la primera relación sexual de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 67% (20) adolescentes iniciaron su vida sexual entre 15 y 19 años, y solo el 33% (10) adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 10 y 14 años. Cuyo resultado concuerda con el estudio de Barrozo M, Pressiani G. 2011 muestra en su estudio Del total de personas encuestadas el 40% tenía entre 14 y 15 años en su primera relación sexual, el 26% tenía entre 12 y 13 años; el 16,20% inicio entre 16 y 17 años y el 18% inicio entre 18 y 19 años. Por Ende en la actualidad estamos inversos ante la problemática de embarazo en edades tempranas, donde captamos y nos involucramos ante la confiabilidad de la joven adolescente, para obtener información acerca de su estado emocional, cuando aún

no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. Barrozo M, Pressiani G. 2011

Se puede apreciar el número de parejas sexuales de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 53% (16) adolescentes tuvieron 1 sola pareja sexual, y el 47% (14) adolescentes tuvieron más de 2 parejas sexuales. Cuyo resultado concuerda con Ramón J , Laffita A, Toledo M. 2010 nos muestra en su estudio el número de compañeros sexuales que habían tenido los adolescentes según sexo y edad. Observamos como las adolescentes que comenzaron sus relaciones antes de los 15 años habían tenido ya en el momento de la encuesta 1-3 parejas sexuales, mientras que las que comenzaron entre los 15-17 años habían tenido más de 6 compañeros sexuales, y las que comenzaron sus relaciones luego de los 17 años el número de parejas sexuales era significativamente menor. En el sexo masculino se encontró casi de forma general menos parejas sexuales que en el sexo opuesto. Según nuestro trabajo de investigación puede apreciar el número de gestaciones de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 57% (17) adolescentes son primigestas, el 33% (10) adolescentes son segundigestas y el 10% (3) son multigestas. Cuyo resultado concuerda con Arana C, Martinaz R, Rosales C. 2013 en su estudio nos muestra resultado con respecto al número de embarazos el 75% de la muestra manifestó que eran primigestas mientras el 20% restante dijo ser segundigestas y el 5% son multigestas. El embarazo adolescente no solamente presenta un riesgo para la salud de la madre, sino también para la salud de su hijo. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre

la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados peri natales desfavorables.

En nuestro trabajo de investigación se puede apreciar el uso de métodos anticonceptivos previos a su embarazo de un total de 30 adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Enero a Marzo 2016, el 63% (19) adolescentes no usaron ningún métodos anticonceptivos, y solo el 37% (11) adolescentes usaron métodos anticonceptivos cuyo resultado concuerda con ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familia) 2011 Pocas son las adolescentes entre 15 y 19 años que usan actualmente un método anticonceptivo. Según las cifras nacionales de la ENDES 2011, solo el 12.8% de las adolescentes emplea algún método anticonceptivo. Entre las adolescentes en unión conyugal el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es mayor (60.7%), pero sigue siendo menor al de otros grupos de edad donde ellos realizan el conocimiento del método anticonceptivo ya que no equivale a saberlos utilizar o ser utilizarlos por los adolescentes, su uso sigue siendo escaso en este grupo, exponiéndose a riesgos como embarazos no deseados y contagio de infecciones de transmisión sexual. Es posible que la poca utilización de este método de protección no se deba a desconocimiento de los mismos, sino a una imposibilidad de exigir su uso, ya sea por no estar preparados o por considerar que no es apropiado ya que podría afectar la relación con su pareja. ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familia) 2011.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se concluye que los factores sociodemográfico son factores de riesgo predisponentes, entre ellos encontramos la ocupación y el estado civil en el momento del embarazo de la adolescente.
- Se concluye con respecto al factor familiar que el factor de riesgo para embarazo en la adolescente es el tipo de Familia monoparental con un porcentaje de 57%, y la persona con quien vivía antes del embarazo también es un factor que se asocia.
- Se concluye con respecto a los factores sexuales y reproductivos un 67% de adolescentes que ya iniciaron su primera relación sexual en las edades de 15 a 19 años. El no uso métodos anticonceptivos también es considerado como un factor que se asocia al embarazo en adolescentes.

5.2. RECOMENDACIONES

- Recomendamos a todas las instituciones educativas a Informar y educar a los adolescentes que están en los distintos centros de estudios ya, mediante charlas, presentación de mimos, videos, trípticos, sobre educación sexual, y embarazo en adolescentes y las complicaciones que pueda tener con un embarazo en adolescentes.
- Para el centro de salud de Chupaca recomendamos implementar el consultorio diferenciados de adolescentes que asisten a talleres para que interactúen y participen padres e hijas así alimentando la confianza y la responsabilidad que deben tener entre ambos incluido el personal de salud. Así mismo trabajar en el centro de salud con todas las pacientes en la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva previniendo embarazos en adolescentes y evitando riesgos y complicaciones.
- A los nacionales, regionales y locales enfatizar la creación de trabajos, centros recreativos, programas sociales, dirigidos a la población adolescente que brinden apoyo para que sigan estudiando y salguen adelante con una carrera técnica o universitaria cumpliendo sus metas y objetivos ya sea a corto o largo plazo, con la finalidad de reducir los embarazos en adolescentes.
- Mis recomendaciones a todas las alumnas de obstetricia que sigan con este tipo investigación de embarazos en adolescentes para tener información actualizada y ver el avance en la disminución de embarazos precoces y no planificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS participa en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa «H4+», en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. Mengole T, Lannacone J. Grado de instrucción de embarazadas adolescentes ,2010.
3. Gamarra P, Lannacone J. Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014
4. Merino A, Rosales E. Factores socioculturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima,2011
5. Baeza W, Bernardita, A, Póo F, V Vásquez P., Muñoz N., Identificación de Factores de Riesgo y Factores protectores del Embarazo en adolescentes de la novena Región,2012
6. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. (2012) El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente Rev. Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012
7. Quesada M,Romero C , Prieto M, Rodríguez C(2012) Caracterización social del embarazo en la adolescencia AMC v.14 n.3 Camagüey Mayo-jun. 2010
8. Islado A, Vílchez M.I identificar los determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de Salud Miraflores Alto .Chimbote-2012.

9. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la Vara E, Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México ,2015.
10. Rodríguez v. “incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013.
11. Rionaula M, Romero k, Zari S. (2014) prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 “Limón Indanza”, 2013
12. <http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-pdf> adolescencia y sus clasificaciones.
13. <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Adolescencia.%20Los%20cambios.pdf>
14. <http://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/4Pubertad.P16.pdf>
15. <http://catarina.udlap.mx/u.d.l.a/tales/documentos/lps/madridcs/capitulo1.pdf>
16. <http://www.inppares.org/sites/default/files/Desarrollo%20sexual%20en%20la%20adolescencia.PDF>
17. <https://sites.google.com/site/adolescenciaenlapsicologia/adolescentes-y-el-cuerpo/maduracion-sexual-dhombresymujeres>.
18. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Los%20derechos%20y%20las%20caracter%20C3%ADsticas%20de%20la%20preadolescencia%20y%20adolescencia_0.pdf
19. http://www.miscelaneaeducativa.com/Archivos/desarrollo_afectivo_social_a_adolescente.pdf

20. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/partsocialadoles.pdf
21. <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico2/2Psico%2003.pdf>
22. <http://www.unicef.org/republicadominicana/Plan.Estrategico-Salud.Integral-Adolescentes-2010-15.pdf>
23. <http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol71-199/ped06199.pdf>.
24. La familia, Declaración Universal de los Derechos Humanos
25. <http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec-42-LaFam-ConcTip&Evo.pdf>.
26. <http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL23-1-6.pdf>
27. embarazo en la adolescencia según la OMS.
28. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
29. inicio temprano de relaciones sexuales según la OMS.
30. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva
31. <http://www.who.int/mEI> embarazo en la adolescencia Nota descriptiva N°364 Actualización de septiembre de 2014 [ediacentre/factsheets/fs364](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364).
32. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/planificacion/index.asp?pag=2>
33. Domenench Familias y desarrollo adolescente Las Piedras – Canelones – Uruguay 2014.
34. Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases para una comprensión actualizada
35. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aborto en adolescentes.

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

El presente cuestionario fue elaborado con el objetivo de describir **los factores que se asocian al embarazo en adolescentes**. Se solicita su participación ya que es de mucha importancia. Por favor responder con toda sinceridad, ya que los resultados permitirán tener un conocimiento objetivo sobre el particular. Toda información recolectada mediante el presente cuestionario es confidencial.

DATOS GENERALES

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad

a) 10 a 14 b) 15 a 19

2. Grado de instrucción

a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Superior

3. Ocupación

a) Ama de casa b) Estudiante c) Trabaja

4. Estado civil

a) Soltera b) Casada c) Conviviente

FACTORES FAMILIARES

5. Tipo de familia del adolescente

a) Mono parental b) Biparental

6. Antecedentes de embarazos adolescentes en la familia

a) Si b) No

7. Relación del adolescente con sus padres

a) Buena b) Regular c) Mala

8. Persona con quien vivía antes de su embarazo

- a) Padre b) Madre c) Ambos d) solo e) Otro familiar

FACTOR SEXUAL Y REPRODUCTIVO

9. Inicio de la primera relación sexual

- a) 10 a 14años b) 15 a 19años

10. Número de parejas sexuales

- a)1 b) más de 2

11. Número de gestaciones

- a) Primigesta b) Segundigesta c) Multigesta

12. Antecedentes de aborto

- a) Si b) No

13. Uso previos de método anticonceptivo antes de su embarazo

- a) Si b) No

ANEXO N° 02

MCHJ/mchj.
Cc. Archivo.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
JUNÍN

2016

*Año de la Consolidación del Mar de
Grau*



Chupaca, 29 de Marzo del 2016
INFORME N° 002-MRSCH-UCMRSCH-2016.
Cir. Elvis Daniel Yancán Ricardi
DIRECTOR DE LA MICRO RED DE SALUD CHUPACA - JUNÍN



ATENCION : JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
ASUNTO : Aplicación de encuestas.

La presente tiene por finalidad hacerle llegar a usted un saludo cordial y a la vez informarle que: En el marco de los Lineamientos de Política Sectoriales, el Ministerio de Salud aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece objetivos que orientan los esfuerzos por mejorar la calidad de atención al usuario. El presente documento presentado por egresadas de la UPeCeN Rodríguez Marcelo Adelayda Elizabeth, Sucño Espinoza Charo margot, propuesta de encuesta para conocer la los factores que influyen en el Embarazo en Adolescentes en el servicio de Onstetricia. Siendo importante anotar que este instrumento puede ser referencial y puede ser adecuado al contexto del establecimiento de salud.

Los resultados de esta encuesta factores que Influyen en el Embarazo en Adolescentes en el servicio de Obstetricia, del Centro de Salud de Chupaca, podrán ser complementados y profundizados haciendo uso de metodología cualitativa (verificar la realidad tal como la observan los actores) de tal manera que la propuesta de mejorar respondan a situaciones reales y al mejor entendimiento de las necesidades de los usuarios e impacten positivamente en la calidad de atención del servicio de Obstetricia.

Por lo que se aprueba ejecutar la aplicación de la encuesta para evaluar los factores que Influyen en el Embarazo en Adolescentes en el servicio de Obstetricia.

- Se adjunta: Consentimiento para realizar encuesta de Madres Adolescentes Gestantes.
- Cuestionario de preguntas
- SUGERENCIA: Encuestadores sea personas neutras, capacitadas para la aplicación de la encuesta y poder contar con un resultado final para la toma de decisiones.
Es cuanto informo para su conocimiento y demás fines.
Atentamente.

Margarita Quiroga Alvarado
LCS. OBSTETRICIA
C/ 1760

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR ENCUESTA DE MADRES ADOLESCENTES GESTANTES

De.....años de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido orientación y consejería e información acerca de los factores que influyen en el embarazo en adolescentes.

Por tanto, autorizo que se me realice la encuesta y recibir más información acerca de los problemas que influyen en el embarazo y estar preparada para asumir responsabilidades como madre de familia.

FECHA...../...../.....

FIRMA.....