



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES,
PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA
PUNCHANA, 2014**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS:

**BACH. ENF. RODRÍGUEZ TELLO ALEXIA YURASÍ
BACH. ENF. RUIZ DEL CASTILLO DIANA CORINA
BACH. ENF. SOPLÍN BOSMEDIANO ROCÍO DEL PILAR**

ASESORES:

**LIC. ENF. RUTH VILCHEZ RAMIREZ
ING. SAÚL FLORES NUNTA. Mgr**

**IQUITOS-PERÚ
2014**

**FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES,
PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA
PUNCHANA, 2014**

Presentado por:

BACH. ENF. RODRÍGUEZ TELLO ALEXIA YURASÍ

BACH. ENF. RUIZ DEL CASTILLO DIANA CORINA

BACH. ENF.SOPLÍN BOSMEDIANO ROCÍO DEL PILAR

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa. La muestra estuvo constituida por 96 adolescentes gestantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre factores de riesgo, nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes y el test de apgar. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y la visita domiciliaria. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.0. Entre los hallazgos relevantes se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.028$), existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.019$), existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.015$), existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.040$), existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.020$). Como también no existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.070$).

Palabras clave: Factores de riesgo, nivel de conocimiento, embarazo en adolescentes, conocimiento de adolescentes gestantes.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA
AMAZONÍA PERUANA EL DÍA..... DEL MES DE..... DEL
2014 POR EL JURADO CALIFICADOR.

JURADOS:

.....
Dra. CARMEN MÉLIDA CHUQUIPIONDO CARRANZA
PRESIDENTA

.....
Dra. JUANA VELA VALLES DE SANTOYO
MIEMBRO

.....
Dra. RUTH VILCHEZ RAMIREZ
MIEMBRO

DEDICATORIA

“A Dios como ser supremo y creador nuestro, por estar conmigo a cada momento y derramar sus bendiciones sobre mí, llenándome de fuerza para vencer todos los obstáculos desde el principio de mi vida”

A mi madre ARLEN por su lucha constante, esfuerzo y sacrificio, para darme lo mejor brindándome todo el amor, la comprensión y el apoyo incondicional, por ser la luz de mi vida, y uno de los motivos que me inspira a seguir adelante. Por ti lo es todo mamá.

A mis abuelos ROSA y MANUEL, a mi Tía PAOLA, por acompañarme y ayudarme en cada paso que di, siempre estaré eternamente agradecida.

A las Docentes de la Facultad de Enfermería por su constante perseverancia para guiarnos y enseñarnos a ser profesionales de excelencia.

ALEXIA YURASÍ

DEDICATORIA

A Dios por concederme la vida e iluminarme en mi camino constantemente.

A mis padres RODOLFO y DIANA, por el apoyo incondicional que me impulsó a seguir adelante.

A las docentes de la facultad de enfermería, por brindarme sus amplios conocimientos y hacer que sea un profesional de calidad.

DIANA CORINA

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos, momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más, además de tu infinita bondad y amor.

Con todo cariño y amor a mis padres HERMINIO y PILAR que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis hermanos, JIMMY, FRANK, MANUEL Y CÉSAR, que siempre estuvieron listos para brindarme todas sus ayudas, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado, gracias.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, JORGE.

ROCÍO DEL PILAR

RECONOCIMIENTO

A la Dra. Ruth Vílchez Ramírez y al Mgr. Saúl Flores Nunta por ser nuestros asesores, y brindarnos sus aportes para la realización del proyecto de investigación.

Al miembro del jurado: Dra. Carmen Mélida Chuquipiondo Carranza y a la Dra. Juana Vela Valles De Santoyo, por sus aportes pertinentes en el desarrollo de la investigación.

Al personal que labora en la biblioteca de la Facultad de Enfermería por brindarnos las facilidades para acceder a la bibliografía que hizo posible la realización de este trabajo de investigación.

A cada una de las Docentes por las enseñanzas durante nuestra trayectoria universitaria, y también a cada una de las personas que contribuyeron con el desarrollo de la tesis.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| RESUMEN | |
| CAPITULO I | |
| Introducción | 10 |
| Problema de Investigación | 14 |
| Objetivos | 15 |
| CAPÍTULO II | |
| Marco Teórico | 16 |
| Definiciones Operacionales | 38 |
| Hipótesis | 41 |
| CAPÍTULO III | |
| METODOLOGÍA | 42 |
| Método y Diseño de Investigación | 42 |
| Población y Muestra | 42 |
| Técnicas e Instrumentos de Recolección | 44 |
| Procedimiento de Recolección de Datos | 45 |
| Análisis de Datos | 46 |
| Protección de los Derechos Humanos | 47 |
| CAPÍTULO IV | |
| RESULTADOS | 48 |
| DISCUSIÓN | 57 |
| CONCLUSIÓN | 63 |
| RECOMENDACIONES | 65 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 66 |
| ANEXOS | 69 |

INDICE DE TABLAS

| N° | | PAG |
|----|--|-----|
| 01 | Factores de Riesgo Personales y Familiares en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014. | 48 |
| 02 | Nivel de Conocimiento sobre El Embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014. | 50 |
| 03 | La Menarquía y el Nivel de Conocimiento sobre Embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014 | 51 |
| 04 | Inicio de la Actividad Sexual y el Nivel de Conocimiento sobre Embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014. | 52 |
| 05 | Presión del Grupo y el Nivel de Conocimiento sobre Embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014. | 53 |
| 06 | La Presencia de los Padres y el Nivel de Conocimiento sobre Embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014. | 54 |
| 07 | Antecedente Familiar de Embarazo Adolescente y el Nivel De Conocimiento sobre Embarazo En Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014 | 55 |
| 09 | Relación Familiar y el Nivel de Conocimiento sobre Embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I – 2 Masusa Punchana 2014 | 56 |

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social; esencialmente es una etapa de cambios, descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual, etc.), así como de la autonomía individual. Según la Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años, y considera tres fases: Adolescencia Temprana (10 a 13 años), Adolescencia Media (14 a 16 años) y la Adolescencia Tardía (17 a 19 años), sin embargo la condición de adolescencia no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.⁽¹⁾

A nivel mundial hay más de 15 millones de adolescentes, 85% de estos viven en los países en vías de desarrollo y más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. En los países en desarrollo, en promedio, 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y 56% en África Occidental. En muchos países desarrollados, sólo 10% de las adolescentes tienen su primer embarazo precozmente. No obstante, en Estados Unidos, aproximadamente 19% de las mujeres adolescentes dan a luz antes de los 20 años.⁽²⁾

En América Latina, los nacimientos de madres menores de 20 años son cerca del 15%, y algunos países superan el 18%. Así, cada año unas 3 millones 300 mil adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo. En Nigeria se dan más de 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes, cifra que lo posiciona a la cabeza, en todo el mundo. Así mismo República Democrática del Congo igual que Nigeria, encabeza la lista de las naciones con el mayor número de embarazos prematuros; de cada mil adolescentes, 230 dan a luz.

Esto se debe a que 74 % de las mujeres, entre los 15 y 19 años de edad, están casados. En Angola las mujeres tienen siete hijos, 70% de ellas, dan a luz a su primer bebé en la adolescencia. En Bangladesh e India, los embarazos prematuros son los "matrimonios infantiles" 47% y el 30% respectivamente, de las adolescentes tienen un hijo antes de cumplir 18 años. Pero el riesgo va aún más allá, las jóvenes entre los 15 y 19 años, son cuatro veces más propensas a morir durante su embarazo, que aquellas que ya han cumplido 20 años. ⁽²⁾

En Latinoamérica la situación de Brasil es considerable, ya que un estudio de la Organización Iberoamericana de Juventud, en España, revela que 73 de cada mil embarazos en América Latina, son adolescentes, Venezuela ocupa el primer lugar de Sudamérica con el mayor número de embarazos adolescentes. La Organización de las Naciones Unidas, informó que de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años. Esto se debe a que la edad media, en la que los jóvenes venezolanos inician su actividad sexual, se da entre los 12 y 14 años. En Nicaragua el número de niñas embarazadas, entre 10 y 14 años, va en aumento. La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nicaragua, menciona que 30% de los embarazos totales se dan en jóvenes. ⁽²⁾

En República Dominicana, según la Encuesta Demográfica en Salud (Endesa) 20% de las embarazadas eran adolescentes, también se informó que 26% de las jóvenes que viven en la zona rural han estado alguna vez embarazadas; frente al 18% de las que habitan en la zona urbana, en promedio 100 de cada mil mujeres adolescentes. ⁽²⁾

Estados Unidos dentro de los países desarrollados, los norteamericanos son los que más casos de embarazos precoces tienen, el número total es de 84 embarazos por cada mil mujeres, las cifras más altas de estos casos se dan entre los 18 y 19 años, seguido por las mujeres de 15 a 17 años. ⁽²⁾

En el Perú 21% de la población total es adolescente, y la edad promedio de la relación sexual es entre los 13 - 14 años en varones y 15 años en mujeres; 13.7% de las adolescentes peruanas están embarazadas o ya son madres en el país. Hay más de 500 mil nacimientos por año, 20% de estos se da en adolescentes. Generalmente 3 de cada 10 sexualmente activas ya son madres o están gestando. Más del 50% de las adolescentes gestantes no deseaban tener a sus hijos. Los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).⁽³⁾⁽⁴⁾

El embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte. Entre las consecuencias sociales originadas se encuentra el rechazo por parte de la familia, existe también conflictos de autoaceptación como mujer, por los cambios corporales, las nuevas funciones y sensaciones que experimenta; en muchos casos la adolescente embarazada está aún en el colegio y tiene que abandonar sus estudios para trabajar, o dejar de asistir por los prejuicios, presiones de sus compañeros, profesores y/o padres de familia que no comprenden esta situación. Las responsabilidades aumentan y los sueños, planes de las y los adolescentes que esperan un hijo/a, pueden quedar postergados.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Dada la situación problemática se plantea la siguiente interrogante de investigación: ¿Existe relación entre los factores de riesgo y nivel de

conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana 2014? Mediante la presente investigación se pretende conocer los factores de riesgo personales y familiares que influyeron en las adolescentes gestantes, y si estos presentan alguna relación en el nivel de conocimiento adecuado o inadecuado que puedan presentar; y de esta manera poder contribuir a posteriores intervenciones educativas que ayuden a prevenir el embarazo adolescente.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Existe relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa Punchana 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores de riesgo personales y familiares en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana 2014.
- Determinar la relación existente entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto Salud I-2 Masusa, Punchana 2014.

CAPITULO II

1. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Hidalgo M. (Iquitos 2005), estableció la relación que existe entre los factores personales, familiares y el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, el método empleado fue el cuantitativo, diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional transversal. La población estuvo conformada por todas las adolescentes embarazadas de 10-19 años de edad atendidas en el Hospital Regional de Loreto en la casa del adolescente y la muestra lo constituyó 150 adolescentes embarazadas. Para la recolección de los datos se empleó la técnica de la entrevista y los instrumentos fueron: Cuestionario, que fue elaborada por las autoras con 0.80 de validez y 0.76 de confiabilidad, el Test de Autoestima, el Test de APGAR Familiar y la Escala de Valoración de Relaciones Humanas que son instrumentos estandarizados. Entre los hallazgos relevantes existe relación estadísticamente significativa entre la menarquia y el embarazo en adolescente ($p=0.04$), existe relación estadísticamente significativa entre el inicio de la actividad sexual y el embarazo en adolescentes ($p=0.000$), existe relación estadísticamente significativa entre la autoestima y el embarazo en adolescentes ($p=0.03$), existe relación estadísticamente significativa entre la comunicación familiar y el embarazo adolescente ($p=0.005$). Como también no existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el embarazo en adolescente ($p=0.3$), no existe relación estadísticamente significativa entre la información sobre métodos anticonceptivos y el embarazo en adolescentes ($p=0.1$), no existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el embarazo en adolescentes ($p=0.3$), no existe relación

estadísticamente significativa entre los antecedentes de embarazo familiar y el embarazo en adolescentes ($p=0.3$).⁽⁷⁾

García P.M. (Iquitos 2008) realizó un estudio con el objetivo determinar la relación entre las Variables Demográficas-Culturales y las Actitudes de los Adolescentes hacia el Embarazo Precoz en el Asentamiento Humano Juan Carlos Del Águila. El método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional y la muestra estuvo constituida por 232 adolescentes cuyas edades fluctuaban entre 10 a 19 años de edad de ambos sexos. Para la recolección de datos se utilizaron 3 instrumentos: un cuestionario para medir conocimiento sobre embarazo precoz y comportamiento sexual en los adolescentes cuya validez fue de 86.31 % y su confiabilidad de 0.980 con el Coeficiente de Spearman, una Escala de Actitud Tipo Lickert cuya validez 86.6% y su confiabilidad de 0.986 con el Coeficiente de Perason, y Apgar Familiar para medir la funcionalidad familiar (estandarizada). Entre los resultados se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre la procedencia y actitud de los adolescentes hacia el embarazo precoz ($X^2=4.537$; $gl=1$; $\alpha=0.05$; $p<0.05$), nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes hacia el embarazo precoz ($\alpha=0.05$, $X^2=4,438$, $p=0.035$; $p<0.05$), comportamiento sexual y actitud de los adolescentes hacia el embarazo precoz ($\alpha=0.05$, $X^2=6,285$, $p=0,043$; $p<0.05$) y funcionalidad familiar y actitud de los adolescentes hacia el embarazo precoz, ($X^2=9,064$ $g.l.=2$, $\alpha=0.05$ y $p=0.028$ ($p<0.05$), mas no con sexo y actitud de los adolescentes hacia el embarazo precoz ($X^2=1,727$ $g.l.=1$, $\alpha=0.05$ y $p=0.189$ ($p<0.05$) edad y actitud de los adolescentes hacia el embarazo precoz ($\alpha=0.05$, $X=0,271$; $p=0.603$ ($p>0.05$)).⁽⁸⁾

Alarcón A.R. (Habana 2009) investigo sobre Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Se realizó un estudio observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron

(casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta. ⁽⁹⁾

Quispe W.T. (Cusco, 2009), realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata, fue un estudio descriptivo de corte transversal, aplicado en el C.E.M. David Samanez Ocampo, Distrito de Mollepata, Prov. de Anta, Dpto. de Cusco. La muestra incluyó personas entre 13 y 19 años de edad, habitantes del distrito de Mollepata. Se estudió a 108 adolescentes: 47% varones y 53% mujeres; la edad media fue de 16 años. El lugar de aprendizaje sobre sexualidad fue en el Colegio 37.7%, medios de comunicación 32.4%, amigos 19.4%. El 62% acepta las relaciones sexuales prematrimoniales como naturales, 53.3% acepta las relaciones prematrimoniales con consentimiento mutuo, 26.8% acepta haberse masturbado, 51% acepta haber tenido relaciones sexuales. Describe que el inicio de relaciones sexuales fue de 15 años, 16.7% desconoce los métodos anticonceptivos, 19.4% conoce y utiliza estos métodos. El 56.5% de adolescentes demostró buen nivel de conocimientos de sexualidad, 54.6% demostró regular actitud hacia la sexualidad y 59.3% llevaba bajo nivel de prácticas sexuales (40.7% moderado a alto). ⁽¹⁰⁾

Balboa B. (Jaén, 2010), investigó los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Realizando un estudio transversal, mediante encuestas estructuradas y anónimas, con el objetivo de

averiguar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. La muestra fue aleatoria simple de 84 alumnos de 4° de enseñanza secundaria obligatoria; indagando sobre conocimientos respecto al embarazo, métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Entre sus hallazgos los adolescentes presentaron desconocimiento sobre el embarazo, anticoncepción y modo de contagio de Enfermedades de Transmisión sexual; teniendo necesidad de potenciar y fomentar actividades de educación para la salud para conseguir una sexualidad responsable y saludable. ⁽¹¹⁾

González J.C. (Colombia, 2010), estimó la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar. Realizó un estudio observacional de corte trasversal entre 13 699 adolescentes (10 a 19 años de edad) de 12 colegios públicos de la localidad de Suba, aplicando una encuesta autodilucidada donde se interrogó por conocimientos, actitudes, comportamientos sexuales, la estructura y percepción del funcionamiento familiar. La edad media de los adolescentes fue de 13 años, la prevalencia de relaciones sexuales fue de 17 %, el 8 % de los hogares presentan disfunción severa y 39 % son nucleares incompletos, las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres, se presenta más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia. Señalo que es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes. ⁽¹²⁾

López F.Y. (Caracas, 2010), investigó el conocimiento sobre sexualidad y embarazo en adolescentes del Sector 3 UD 1 2010 realizando un estudio de casos y controles en el Sector 3 de la Misión Barrio Adentro en la Región UD 1 de la Parroquia Caricuao, Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas de Enero hasta Diciembre del año 2010, con el propósito de identificar

los factores de riesgo que inciden en el embarazo en la adolescencia y los conocimientos que poseen sobre sexualidad. Se estudiaron a las pacientes con edades entre 12 y 19 años, pertenecientes a dicho Sector, 35 adolescentes embarazadas en el año 2010 (casos) y 35 adolescentes (controles) que nunca han estado embarazadas. Resultando significativo el desconocimiento de edad óptima para el embarazo, así como los días fértiles. Consideró el embarazo como responsabilidad exclusiva de la mujer, el aborto como método anticonceptivo y las complicaciones del embarazo resultaron ser factores que influyeron negativamente en las mismas. ⁽¹³⁾

Carpio C.E. (Iquitos 2010), investigó los factores de biosocio-demográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, mostrando con un comportamiento influyente en la presentación del embarazo precoz, a pesar de que la mayor actividad sexual incluyendo el coito se realiza en la adolescencia tardía, evidenciado embarazos entre las edades de 15 a 19 años. En este contexto se ha realizado el presente estudio con el objetivo general de determinar la asociación entre factores de biosocio-demográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, con los objetivos específicos de identificar algunos factores biosocio-demográficos, categorizar el embarazo precoz, y establecer asociación entre factores biosocio-demográfico y embarazo precoz. Utilizó el método cuantitativo, tipo no experimental, transversal, descriptivo, correlacional, retrospectivo; en una muestra de 270 historias clínicas de adolescente. Entre los resultados obtenidos existe relación estadística entre grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0.000$); edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0.000$); procedencia y embarazo precoz ($p=0.008$); así mismo no existe relación estadística entre estado civil y embarazo precoz ($p=0.104$); y número de parejas sexuales y embarazo precoz ($p=0.278$). En conclusión se encontró que existe asociación estadística entre el

grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales, procedencia y embarazo precoz.⁽¹⁴⁾

Pérez M.I. (Loreto, 2012), refiere que en Loreto, 30 % de las adolescentes ya son madres o están embarazadas, ante eso, a nivel de todo el país. En Iquitos del total de mujeres que han sido madres adolescentes el 49.2 % son de zonas rurales, 66.9 % solo alcanzó estudios primarios y 51.3 % pertenece al quintil inferior de riqueza. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2010) en nuestra región, 3 de cada 10 adolescentes ya son madres y están embarazadas. Esta cifra es alarmante, pues implica que 30 % de las adolescentes de la zona vive una afectación seria a sus derechos humanos y la salud de la madre, poniendo en riesgo su desarrollo y el de los hijos. También afecta al capital educativo que los y las jóvenes puedan adquirir; en efecto, sólo 13.1 % de las madres adolescentes asiste al colegio en comparación, 80.4 % de las adolescentes que son madres ya no asisten al colegio. En lo laboral, las adolescentes madres deben realizar un trabajo menor y mal remunerado, lo que afecta la posibilidad de desarrollo de sus hijos, todo esto afecta sus posibilidades de desarrollo y sus planes de vida. El embarazo adolescente configura un problema para el desarrollo nacional, actualmente, 31.7 % (*1) de la población peruana es joven. Este alto porcentaje de personas con capacidad de trabajo es denominado a nivel económico Bono Demográfico, una suerte de hipo o pico demográfico que potencia las posibilidades de despegue económico, pues por primera vez la población económicamente activa supera a los dependientes, configurando una realidad que podría impulsar al Perú hacia adelante.⁽¹⁵⁾

Latorre M.P. (Tacna, 2012), investigó sobre el nivel de conocimiento y actitud hacia el uso que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos; para llegar a una conclusión y verificar si realmente existía relación entre las dos variables de estudio se utilizó como método de

recolección de datos la encuesta, compuesta por un cuestionario de actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos de 25 ítems y un cuestionario sobre nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos realizada directamente, de persona a persona; al realizar la encuesta se obtuvo por resultado una significancia menor de 0,05 (p: 0,0001) esto significa que existe asociación estadísticamente significativa entre las dos variables de estudio, al encontrar que un 92% de la población presentaba una actitud “semiliberal”, también se identificó el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, se obtuvo como resultado que más de un 50% de la muestra presentaba una inadecuada información, demostrando de esta manera el por qué el índice de tasas de abortos y de embarazos no deseados.⁽¹⁶⁾

BASES TEORICAS

Adolescencia

Issler J.R. (Argentina, 2002), indica que la Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica” y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial.⁽¹⁷⁾

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Por los matices según las diferentes edades a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

- **Adolescencia Temprana** (10 a 13 años): biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

- **Adolescencia Media o habitual** (14 a 16 años): es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su conocimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten vulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.
- **Adolescencia Tardía** (17 a 19 años): casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; en adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”.⁽¹⁷⁾

FACTORES DE RIESGO

Definición: son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad aumentada de experimentar daño a la salud.⁽¹⁷⁾

Los factores de riesgo son diversos y complejos por lo cual se clasifican en forma precisa para fines de estudio:

1. Factores personales: se define como aquellas características o circunstancias detectables en la vida personal con alta probabilidad de embarazo en la adolescente. Incluye los siguientes factores:

a. **Menarquía:** es el primer periodo menstrual, indica el comienzo de la capacidad reproductiva, el desarrollo de las características sexuales secundarias. La menarquia es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta.

Aparición de la primera regla o principio de la función menstrual, se considera:

- **Precoz:** se considera aquella adolescente que inició su primera menstruación antes de los 12 años.
- **Habitual:** se considera aquella adolescente que inicio su primera menstruación a los 12 – 14 años.
- **Tardía:** se considera aquella adolescente que tuvo su primera menstruación después de los 14 años.

b. **Inicio de la actividad sexual:** es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente la edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual o coito, se considera:

- **Temprana:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.

- **Intermedia:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.
 - **Tardía:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.
- c. **Presión del grupo:** la adolescente buscando su libertad e intentando continuar con su vínculo afectivo con otras personas que estén desligadas de su núcleo familiar, se refugia en amigos, y por ley natural de ahí progresa hacia una relación amorosa, donde generalmente, inician su vida sexual a temprana edad, de la cual pueden surgir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Esto se da por la fuerza negativa o positiva que ejerce un determinado grupo hacia una persona (adolescente). En la etapa de la adolescencia, ocurre que en muchas ocasiones los jóvenes se ven expuestos a estas presiones, por lo que adoptan conductas con las cuales no necesariamente están de acuerdo, es decir, se sienten presionados a realizar las cosas que su grupo de amigos dice.
- **Ausente:** cuando el adolescente refiere no haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.
 - **Presente:** cuando el adolescente refiere haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.⁽¹⁴⁾

2. Factores familiares: se define como aquellas características o circunstancias detectables en el grupo familiar con alta probabilidad del embarazo en adolescentes. Incluye los siguientes factores:

- a) **Presencia de los padres:** se define la presencia de los padres dentro del grupo familiar, ya que 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados.
- **Ambos padres:** cuando la adolescente convive con su padre y madre.
 - **Uno de los padres:** cuando la adolescente convive solo con el padre o madre.

- **Ninguno:** cuando la adolescente convive con otras personas (abuela, tía, etc.).
- b) **Antecedente familiar de embarazo adolescente:** la gestación y la maternidad a edades muy tempranas son hechos que vemos con frecuencia en nuestra sociedad, varios estudios reportan que muchas madres adolescentes, son a su vez hijas de madres que dieron a luz en la adolescencia, y según esto se podría llegar a la conclusión de que el embarazo adolescente es algo que se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias, no solo de madre a hija, ya que la adolescente puede observar este ejemplo en otros miembros de la familia como: abuelas, hermanas, primas, etc.

Se mide a través de los siguientes indicadores:

- **Con antecedentes:** cuando la adolescente refiere tener antecedentes de embarazo precoz en madre, hermana, abuela, primas.
 - **Sin antecedentes:** cuando la adolescente refiere no tener antecedentes de embarazo precoz en madre, hermana, abuela, primas.⁽¹³⁾
- c) **Relación familiar:** se define a la relación interpersonal entre todos los miembros de la familia y la adolescente, donde se tiene en cuenta el equilibrio o funcionalidad familiar y la disfuncionalidad familiar. En este aspecto cabe mencionar que el 40% de las adolescentes gestantes no ha vivido nunca una situación familiar estable.

CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

CONOCIMIENTO

Definición: el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), a través de la introspección (a priori). La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no

sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico experimental. La forma sistemática de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, donde se avanza en la teoría; y la investigación aplicada, donde se aplica la información. Cuando el conocimiento puede ser transmitido de un sujeto a otro mediante una comunicación formal, se habla de conocimiento explícito. En cambio, si el conocimiento es difícil de comunicar y se relaciona a experiencias personales o modelos mentales, se trata de conocimiento implícito. ⁽¹⁸⁾

TEORÍAS DEL CONOCIMIENTO

Platón (- 428 a - 347) refiere que el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). ⁽¹⁹⁾

Aristóteles (384-322) compartió parte de la teoría de Platón en cuanto al conocimiento abstracto, pero no así con el método para alcanzarlo. Según Aristóteles buena parte del conocimiento procedía de la experiencia. La observación y las reglas de la lógica que expuso Aristóteles echarían por tierra buena parte de los postulados sofistas. Posteriormente las escuelas estoica y epicúrea mantendrían la conexión entre la percepción y el conocimiento, aunque sin considerar la filosofía como un fin en sí mismo, sino como una herramienta práctica para llegar al conocimiento. ⁽¹⁹⁾

Tuvieron que transcurrir varios siglos antes de que se retomara el interés por el conocimiento. Santo Tomás de Aquino, junto a otros filósofos de Edad Media, reciclaron el modelo aristotélico aceptándolo como el medio que tiene el intelecto para alcanzar el conocimiento, aunque eso sí, considerando que la fe depositada en la autoridad bíblica debía ser la fuente principal. ⁽¹⁹⁾

NIVELES DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento se puede obtener de distintas formas. Se considera que el ser humano percibe un objeto en tres niveles diferenciados: el sensible, el conceptual y el holístico. El conocimiento sensible consiste en captar el objeto mediante los sentidos. El segundo nivel, el conceptual, es algo más complejo, ya que se trata de una representación inmaterial, aunque no por ello menos esencial. Uno puede tener el conocimiento sensible de su propia madre, que es singular, pero al mismo tiempo también poseer el conocimiento conceptual de madre aplicado a todas las madres, por lo que se trata de un concepto universal. El tercer nivel, si cabe, todavía es más complejo. El conocimiento holístico, que podría equipararse a la intuición, carece de formas, dimensiones o estructuras que son característicos de los otros dos niveles. Por lo tanto la complejidad ya es inherente hasta en su propia definición. Podría decirse que se percibe como un elemento de la totalidad, una vivencia que se capta pero que difícilmente va a poder comunicarse a los demás. ⁽¹⁹⁾

Tipos de conocimiento

Se pueden distinguir cuatro tipos de conocimiento; cotidiano, técnico, empírico y científico. El conocimiento cotidiano es el que se encuadra dentro de los quehaceres que el ser humano lleva a cabo en su día a día. Esta actividad ha servido para acumular múltiples y valiosas experiencias que se han transmitido de generación en generación. Son respuestas a necesidades vitales que ofrecen

resultados útiles y prácticos. El conocimiento técnico es fruto de la experiencia. Su origen está en la experimentación que termina dando una respuesta universal que se aplica y circunscribe a otros objetivos similares. El conocimiento empírico está basado en el saber popular. Se obtiene por azar mediante múltiples y variadas tentativas. Carece de métodos o técnicas, adquiere forma a partir de lo aparente, es sensitivo y escasamente preciso. El conocimiento científico, a través del procedimiento empírico, trasciende el fenómeno para conocer las causas y leyes que lo rigen. Se adscribe a la certeza por cuando explica sus motivos. Es metódico y sistemático, ya que el objetivo se alcanza mediante el conocimiento de las leyes y principios que lo rigen. ⁽¹⁹⁾

CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE

Definición: conjunto de conocimientos que tiene el adolescente sobre el embarazo, en lo que respecta: definición, causas, factores de riesgo y complicaciones.

- **Conocimiento Adecuado:** cuando las adolescentes están informadas sobre el embarazo en la adolescencia.
- **Conocimiento Inadecuado:** cuando las adolescentes desconocen sobre el embarazo en la adolescencia. ⁽¹³⁾

El embarazo

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo. ⁽²⁰⁾

Embarazo adolescente

Se llama embarazo adolescente o embarazo precoz a 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. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.⁽¹⁷⁾

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal dependiendo de legislación de cada país.⁽¹⁶⁾

Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

Existen muchas y variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta

responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. Entre otras causas se encuentran también:

- La insuficiente información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos
- Falta de madurez
- Desconocimiento o falta de cultura sexual
- Violación (en algunos casos)
- El temor a preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos
- Simplemente por curiosidad⁽¹⁷⁾

Proceso del embarazo en la adolescencia

Entre los 10 y 19 años de edad se produce una serie de transformaciones, amplias, rápidas, variadas que trasciende al aspecto físico, afectan las características psicológicas y el comportamiento social. Dada la inmadurez biológica del adolescente, el organismo está mal preparado por mantener un embarazo y ofrecer un parto seguro del recién nacido.

Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.⁽¹⁷⁾

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- **Sociedad Alentadora:** para el cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.⁽¹⁷⁾

Así se consideran que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- **Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.
- **Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.⁽¹⁷⁾

Consecuencias del embarazo en adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes asumen responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. La mayoría de las adolescentes por temor a perder lo que creen tener en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico.⁽¹⁷⁾

El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Esto trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos.

Desde el punto de vista social, el grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza la dependencia con los padres. En la

región hispana de Latinoamérica los embarazos en adolescentes ocurren principalmente en las poblaciones de menor nivel socioeconómico.

- **Consecuencias socio – económicas:** las adolescentes embarazadas generalmente abandonan los estudios, frustrando y limitando de esta manera, sus oportunidades para el futuro. Las posibilidades de empleo son pocas y cuando lo logran encontrar, debido a su falta de instrucción o formación técnica y profesional, los salarios que reciben son excesivamente bajos que no les permiten satisfacer las necesidades básicas.
- **Consecuencias psicológicas:** rechazo y abandono de sus familiares o pareja lo que conlleva a un fuerte aislamiento y pérdida de la autoestima. Matrimonio forzado que al poco tiempo van al fracaso por su inmadurez, lo que ocasiona una fuerte inestabilidad emocional. Sentimientos de culpa y vergüenza por haber fallado a sus padres, sentimientos que pueden llevar a la joven madre a manifestarlo en rechazo y maltrato a su hijo (a). Conflicto de identidad tanto para la madre y el hijo o hija al verse involucrado en una relación de madre – hermana – padres y abuelos en donde la autoridad la sumen la mamá y el papá de la adolescente.
- **Consecuencias para la Adolescente:** es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

- **Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente:** tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.
- **Consecuencias Para El Padre Adolescente:** es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.⁽¹⁷⁾

Riesgos y complicaciones

Riesgos Biológicos

Es muy frecuente que las adolescentes por desconocimiento de los síntomas del embarazo, por la irregularidad de los ciclos menstruales a esa edad por temor, vergüenza, sentimientos de culpa o por otras razones no acuden al control prenatal y si lo hacen es de manera tardía. Entre los problemas que con frecuencia se presentan en la adolescente embarazadas podemos mencionar los siguientes:

- **Toxemia:** se caracteriza por hipertensión, edemas principalmente en manos y pies, eliminación de proteínas por la orina. Si la toxemia no se detecta y controla a tiempo la adolescente puede llegar a convulsionar y hasta morir después del parto.
- **Anemia:** la adolescente puede ser anémica antes del embarazo y la demanda de hierro del bebe puede agudizar el problema.

- **Partos por Cesárea:** en la adolescencia la pelvis no ha alcanzado su máximo desarrollo, es decir, que es pequeña para permitir el paso de la cabeza del bebe en el momento del parto.
- **Partos prolongados y difíciles:** detención del Trabajo de Parto luego de la presentación de Contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas.
- **Partos prematuros:** el parto prematuro es simplemente el que se produce "antes de tiempo". Ese tiempo son las 37 semanas de gestación. Siempre se ha dicho que la mejor incubadora es el útero materno, por eso cuanto más tiempo pueda permanecer el bebé en el útero, mejor pronóstico tendrá el bebé.
- **Perforaciones en el útero:** es la ruptura no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas. Es una complicación muy grave y se acompaña de alta mortalidad materna y perinatal.
- **Hemorragia en cualquiera de las etapas del embarazo:** se entiende por todo sangrado vaginal que eventualmente se produzca mientras se está embarazada.⁽²¹⁾

El niño o niña también puede presentar problemas de salud, por ejemplo:

- **Nacer antes de tiempo:** mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida.
- **Bajo peso al nacer:** se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento y aquellos recién nacidos que nacen con peso menor de

2,5kg. Un peso de nacimiento menos de 1.5 Kg. se considera extremadamente bajo.

- **Anemia en el bebé:** es un trastorno caracterizado por la disminución de la masa eritrocitaria, reflejada en la concentración anormalmente baja de la hemoglobina. Definir valores normales de Hb en el recién nacido es difícil por sus cambios fisiológicos constantes que ocurren durante las primeras semanas de vida.
- **Sufrimiento fetal:** es el fenómeno que ocurre cuando por alguna razón el bebé intraútero no recibe el oxígeno y/o el alimento adecuado para su normal desarrollo.
- **Inmadurez en sus órganos vitales (pulmones, riñones, hígado):** está relacionado con el recién nacido prematuro.⁽²¹⁾

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo: definida como aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad aumentada de experimentar daño a la salud.

Determinado a través de las variables:

A. Factores de riesgo personal: definida como aquella característica o circunstancia detectable en la vida personal con alta probabilidad de embarazo en la adolescente. Incluyó los siguientes indicadores:

Menarquía: aparición de la primera regla o principio de la función menstrual, se evaluó a través de los siguientes índices:

- **Precoz:** aquella adolescente que tuvo su primera menstruación antes de los 12 años.
- **Habitual:** aquella adolescente que tuvo su primera menstruación a los 12 – 14 años.
- **Tardía:** aquella adolescente que tuvo su primera menstruación después de los 14 años.

Inicio de la actividad sexual: se considera la edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual o coito. Se evaluó a través de los siguientes índices:

- **Temprana:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.

- **Intermedia:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.
- **Tardía:** aquella adolescente que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.

Presión del grupo: cuando la adolescente se siente presionada a realizar las cosas que su grupo de amigos dice o hace. Se midió a través de los siguientes índices:

- **Ausente:** cuando el adolescente refirió no haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.
- **Presente:** cuando el adolescente refirió haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.

B. Factor de riesgo familiar: se define como aquella característica o circunstancia detectable en el grupo familiar con alta probabilidad del embarazo en la adolescente. Incluyó los siguientes indicadores:

Presencia de los padres: se define de la presencia de los padres dentro del grupo familiar. Se midió a través de los siguientes índices:

- **Ambos padres:** cuando la adolescente convive con su padre y madre.
- **Uno de los padres:** cuando la adolescente convive solo con el padre o madre.
- **Ninguno:** cuando la adolescente convive con otras personas (abuela, tía, etc.).

Antecedente familiar de embarazo adolescente: cuando la adolescente tiene antecedentes de embarazo precoz en madre, hermana, abuela, tías, etc. Se midió a través de los siguientes índices:

- **Con antecedentes:** cuando la adolescente refiere tener antecedentes de embarazo precoz en madre, abuela, hermana, primas, etc.
- **Sin antecedentes:** cuando la adolescente refiere no tener antecedentes de embarazo precoz en madre, abuela, hermana, primas, etc.

Relación familiar: se define a la relación interpersonal entre todos los miembros de la familia y la adolescente embarazada en estudio donde se tiene en cuenta el equilibrio o funcionalidad familiar mediante la aplicación del test de APGAR familiar. Se midió a través de los siguientes índices:

- **Buena función familiar:** cuando el puntaje obtenido por la adolescente es de 8 a 10 puntos al aplicar el test de APGAR.
- **Disfuncionalidad familiar:** cuando el puntaje obtenido por la adolescente es de 0 a 7 puntos al aplicar el test de APGAR.

2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes: definido como el conjunto de conocimientos que tiene la adolescente gestante sobre el embarazo, en lo que respecta: definición, causas, factores de riesgo y complicaciones. Se midió a través de los siguientes indicadores:

- **Conocimiento Adecuado:** cuando las adolescentes, alcanzaron a responder 14 o más preguntas (mayor o igual al 70%) del total de preguntas consideradas en el instrumento.
- **Conocimiento Inadecuado:** cuando las adolescentes alcanzaron a responder menos de 14 preguntas (menor del 70%) del total de preguntas consideradas en el instrumento.

3. HIPÓTESIS

GENERAL

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana 2014.

ESPECÍFICOS

1. Existe relación estadísticamente significativa entre la menarquia y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.
2. Existe relación estadísticamente significativa entre el inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.
3. Existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.
4. Existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.
5. Existe relación estadísticamente significativa entre antecedente familiar de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.
6. Existe relación estadísticamente significativa entre relación familiar y el conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. METODO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

En el presente estudio se utilizó el *método Cuantitativo*, porque el procesamiento y análisis de los datos investigados son expresados cuantitativamente y se utilizó pruebas estadísticas para probar las hipótesis planteadas y dar respuesta al problema de la investigación.

El diseño que se empleó en el presente estudio fue el no experimental correlacional no transversal, porque se observó al fenómeno tal y como se presentó en su contexto natural, describió la relación entre las variables para después analizarlo; transversal porque se hizo un corte en el tiempo para tomar la muestra de estudio; correlacional porque se describió relaciones entre las variables.

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente estudio, estuvo constituida por el total de adolescentes gestantes de 10-19 años, 11 meses y 29 días del Puesto de Salud I-2 Masusa Punchana atendidos en el año 2014 fue de: 127 (100 %).

El tamaño de la muestra se determinó aplicando la fórmula para población finita que es la siguiente:

| | |
|-------|--|
| n | Muestra que está sujeto a estudio. |
| Z^2 | 1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%) |
| p | 0.5, proporción de la muestra. |
| q | 0.5, complemento de p. |
| E^2 | Nivel de precisión. |
| N | Tamaño de la población accesible. |

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{127 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (127 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

$$n = 96 \text{ Adolescentes Gestantes}$$

Se utilizó el muestreo probabilístico del tipo **aleatorio simple**. Se aplicó el **método de sorteo** (enumeración de fichas del 1 al 127) para seleccionar las 96 adolescentes, para lo cual se determinó la población aplicando los criterios de inclusión elaborando una lista con la información de libro de seguimiento de gestantes.

Los criterios de Inclusión fueron

- Adolescentes gestantes atendidas en el Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana.
- Adolescentes gestantes que tengan entre 10 a 19 años, 11 meses y 29 días.
- Adolescentes gestantes que desean participar libre y voluntariamente en el estudio.

3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio de investigación se utilizó

2.1 Técnicas

- a. **Visita domiciliaria:** es una técnica de investigación de carácter social y sanitario que se brinda en el domicilio a las personas; permitió al equipo investigador proceder a la aplicación de los instrumentos.
- b. **Entrevista:** es un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas, permitió la interrelación entre el investigador y la adolescente gestante, dando lugar al dialogo mutuo y facilitando la recolección de la información de los sujetos de la muestra.

2.2 Instrumentos

- a. **Cuestionario sobre factores de riesgo:** fue elaborado por las investigadoras, constó de 6 preguntas. Se validó mediante juicio de expertos, por 09 profesionales de la salud: 06 licenciadas en Enfermería y 03 Obstetricas, obteniéndose una validez de 81.48%.
- b. **Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes:** fue elaborado por las investigadoras, constó de 20 preguntas. Se validó mediante juicio de expertos, por 09 profesionales de la salud: 06 licenciadas en Enfermería y 03 Obstetricas, obteniéndose una validez de 82.54%, se calculó la confiabilidad mediante la prueba piloto empleando el coeficiente alfa de Crombach obteniéndose una confiabilidad de 81.5%.

c. APGAR Familiar

Es un instrumento estandarizado que se utilizó para evaluar la función familiar, el cual fue diseñado y desarrollado por Gabriel Smilkstein, en los años 70. Este instrumento es aplicado en varios estudios y contextos socioculturales y tiene una validez de contenido (0.85) y para medir la confiabilidad emplearon el test de equivalencia obteniendo un índice de confiabilidad de (0.82).

Es un instrumento que midió la relación familiar de la variable del factor de riesgo entre todos los miembros de la familia, y las adolescentes embarazadas del presente estudio; el cual se calificó de la siguiente manera:

8-10 : Buena función familiar

0-7 : Disfuncionalidad familiar

3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- a. A través de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana se solicitó la carta de presentación de las tesis dirigidas al Puesto de Salud I-2 Masusa-Punchana, donde se llevó a cabo el presente estudio.
- b. Se presentó la solicitud al Jefe del Puesto de Salud I-2 Masusa-Punchana con el fin que nos brinde la información necesaria de las adolescentes gestantes atendidas a la fecha para la recolección de información, luego se visitó a los adolescentes para la pertinente recolección de información.

- c. Se captó a las adolescentes gestantes en el consultorio de obstetricia (Área mujer) que cumplían con los criterios de inclusión, posteriormente fueron visitadas en sus domicilios, las investigadoras se presentaron con uniforme de salud pública para aplicar el formato de consentimiento informado y los instrumentos estructurados.
- d. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración entre 10 y 20 minutos como máximo dejando en claro cualquier duda o inquietud de las adolescentes gestantes sobre los instrumentos de investigación.
- e. Se realizó la aplicación de los instrumentos en horario de mañana y tarde; de 8:00 am a 12:00 pm y 3:00 pm a 6:00 pm. Sábados y domingos del mes de octubre del 2014.
- f. Luego de la recolección de datos se procedió a la sistematización de la recolección de datos para su análisis estadístico correspondiente.

4. ANÁLISIS DE DATOS

El presente trabajo de investigación se realizó en dos momentos:

- **Análisis Univariado**

Permitió describir las variables Factores de riesgo (personales y familiares) y Nivel de conocimiento sobre embarazo de las adolescentes en estudio. En este análisis se usó frecuencias simples y porcentuales.

- **Análisis Bivariado**

Permitió determinar la asociación entre las variables en estudio. En este análisis se empleó la estadística inferencial no paramétrica o de distribución libre denominada chi-cuadrado (χ^2).

El nivel de significancia que se empleó fue $\alpha= 0.05$. Para el análisis inferencial Bivariado se utilizó el Programa SPSS versión 18.0, EXCEL 2010 para Windows 7.

5. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos de los sujetos de estudio fueron respetados mediante los siguientes aspectos:

- Los instrumentos: (cuestionario y Apgar familiar) que se aplicaron a las adolescentes se desarrolló en forma totalmente anónima.
- La participación de las adolescentes gestantes fueron en forma voluntaria, con explicación previa de los objetivos del estudio (Consentimiento informado).
- Las preguntas del cuestionario o ítems fueron elaborados de tal forma que no representaron una amenaza contra la salud física ni mental de los sujetos de estudio.
- Los datos recolectados fueron de uso exclusivo de las investigadoras los cuales fueron analizados en forma agrupada sin singularizar ningún caso y finalizado el proceso de análisis estadístico fueron destruidos.
- Finalmente en todo momento de la ejecución de la recolección de datos se respetó los derechos humanos de los participantes y se aplicó los valores éticos y morales.

CAPÍTULO IV

1. RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA N° 01

**FACTORES DE RIESGO PERSONALES Y FAMILIARES EN
ADOLESCENTES GESTANTES, PUESTO DE
SALUD I – 2 MASUSA PUNCHANA 2014**

VARIABLE INDEPENDIENTE

| | Ni | % | \bar{X} | Desv. Estandar |
|--------------------------------------|-----------|--------------|---------------|-------------------|
| Menarquía | | | 12.330 | 1.270 |
| Precoz | 26 | 27.1 | | |
| Habitual | 64 | 66.7 | | |
| Tardía | 6 | 6.2 | | |
| Total | 96 | 100.0 | | |
| Inicio de la actividad sexual | | | 14.840 | 1.292 |
| Temprana | 15 | 15.6 | | |
| Intermedia | 72 | 75.0 | | |
| Tardía | 9 | 9.4 | | |
| Total | 96 | 100.0 | | |
| Presión del grupo | | | | |
| Ausente | 85 | 88.5 | | |
| Presente | 11 | 11.5 | | |
| Total | 96 | 100.0 | | |
| Presencia de los padres | | | | |
| Ambos | 41 | 42.7 | | |

| | | | | |
|---|----|--------------|--|--|
| Uno de los padres | 24 | 25.0 | | |
| Ninguno | 31 | 32.3 | | |
| Total | 96 | 100.0 | | |
| Antecedente familiar de embarazo adolescente | | | | |
| Con antecedentes | 54 | 56.3 | | |
| Sin antecedentes | 42 | 43.7 | | |
| Total | 96 | 100.0 | | |
| Relación familiar | | | | |
| Disfunción familiar | 54 | 56.3 | | |
| Buena función familiar | 42 | 43.7 | | |
| Total | 96 | 100.0 | | |

Fuente: Elaborada por los autores

En la **tabla n° 01**, se observa que del **100.0% (96)** adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, el **66.7% (64)** presentan menarquía habitual, mientras que el **27.1% (26)** de las adolescentes gestantes presentan menarquía Precoz, siendo el promedio de **12.330** y una desviación estándar de **1.270** años de edad. Con respecto al inicio de la actividad sexual, el **75.0% (72)** tienen inicio intermedio y el **15.6% (15)** presentan inicio temprano, con un promedio de edad de **14.840**, con una desviación estándar de **1.292**. Se observa también que en el **88.5% (85)** de las adolescentes gestantes la presión del grupo está ausente y en el **11.5% (11)** de ellas está presente. Así mismo el **42.7% (41)** de las adolescentes gestantes convive con ambos padres, mientras que el **32.3% (31)** no convive con ninguno de ellos. El **56.3% (54)** presentan con antecedentes de embarazo adolescente y el **43.7% (42)** manifiestan sin antecedentes de embarazo adolescente. Con respecto a la relación familiar, el **56.3% (54)** conviven con disfuncionalidad familiar, mientras que el **43.7% (42)** manifiestan que tienen buena función familiar.

TABLA N° 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO EN
ADOLESCENTES GESTANTES, PUESTO
DE SALUD I – 2 MASUSA
PUNCHANA 2014**

VARIABLE DEPENDIENTE

| Nivel de conocimiento sobre el embarazo en el adolescente | Ni | % |
|--|-----------|--------------|
| Conocimiento Inadecuado | 54 | 56.3 |
| Conocimiento Adecuado | 42 | 43.7 |
| Total | 96 | 100.0 |

Fuente: Elaborada por los autores

En la **tabla n° 02**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana 2014, el **56.3% (54)**, presentan nivel de conocimiento inadecuado y un **43.7% (42)** de ellas su nivel de conocimiento sobre el embarazo en adolescente.

ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA N° 03

**LA MENARQUÍA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES,
PUESTO DE SALUD I – 2 MASUSA
PUNCHANA 2014**

| Menarquía | Nivel de conocimiento sobre embarazo | | | | Total | |
|--|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Inadecuado | | Adecuado | | | |
| | Ni | % | Ni | % | Ni | % |
| Precoz | 17 | 17.7 | 9 | 9.4 | 26 | 27.1 |
| Habitual | 31 | 32.4 | 33 | 34.3 | 64 | 66.7 |
| Tardía | 6 | 6.2 | 0 | 0.0 | 6 | 6.2 |
| Total | 54 | 56.3 | 42 | 43.7 | 96 | 100.0 |
| $X^2 = 7.136$ gl. = 2 $\rho = 0.028$ $\alpha = 0.05$ | | | | | | |

En la **tabla n° 03**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, el **34.3% (33)** presentan menarquía habitual y nivel de conocimiento adecuado. Asimismo el **6.2% (6)** tienen menarquía tardía y su nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente es inadecuado.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un **$X^2 = 7.136$** , y un **$\rho = 0.028 < \alpha = 0.05$** , lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana 2014.

TABLA N° 04

**INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO EN
ADOLESCENTES GESTANTES,
PUESTO DE SALUD I – 2
MASUSA PUNCHANA
2014**

| Edad de inicio de la actividad sexual | Nivel de conocimiento sobre embarazo | | | | Total | |
|---|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Inadecuado | | Adecuado | | Ni | % |
| | Ni | % | Ni | % | | |
| Temprana | 13 | 13.5 | 2 | 2.1 | 15 | 15.6 |
| Intermedia | 38 | 39.6 | 34 | 35.4 | 72 | 75.0 |
| Tardía | 3 | 3.2 | 6 | 6.2 | 9 | 9.4 |
| Total | 54 | 56.3 | 42 | 43.7 | 96 | 100.0 |
| $X^2 = 7.913$ gl. = 2 $p = 0.019$ $\alpha = 0.05$ | | | | | | |

En la **tabla n° 04**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, el **39.6% (38)** de ellas presentan inicio de sus actividad sexual intermedia y tienen inadecuado nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. También se observa que existe un **2.1% (2)** de las adolescentes gestantes que tuvieron un inicio temprano de sus actividades sexuales y reportaron adecuado nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un **$X^2 = 7.913$** , y un **$p = 0.019 < \alpha = 0.05$** , lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes del Puesto de Salud I–2, Masusa Punchana 2014.

TABLA N° 05

**PRESIÓN DEL GRUPO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES, PUESTO DE
SALUD I – 2 MASUSA PUNCHANA 2014**

| Presión del grupo | Nivel de conocimiento sobre embarazo | | | | Total | |
|--|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Inadecuado | | Adecuado | | | |
| | Ni | % | Ni | % | Ni | % |
| Ausente | 51 | 53.1 | 34 | 35.4 | 85 | 88.5 |
| Presente | 3 | 3.2 | 8 | 8.3 | 11 | 11.5 |
| Total | 54 | 56.3 | 42 | 43.7 | 96 | 100.0 |
| $X^2 = 4.239$ gl. = 1 $\rho = 0.040$ $\alpha = 0.05$ | | | | | | |

En la **tabla n° 05**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, en el **53.1% (51)** de ellas la presión del grupo está ausente y presentan un nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente inadecuado, así mismo el **8.3% (8)** de ellas está presente la presión del grupo con un nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente adecuado.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un **$X^2 = 4.239$** , y un **$\rho = 0.040 < \alpha = 0.05$** , lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo en las decisiones y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana 2014.

TABLA N° 06
LA PRESENCIA DE LOS PADRES Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES, PUESTO
DE SALUD I – 2 MASUSA PUNCHANA 2014

| Presencia de los padres | Nivel de conocimiento sobre embarazo | | | | Total | |
|---|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Inadecuado | | Adecuado | | | |
| | Ni | % | Ni | % | Ni | % |
| Ambos | 19 | 19.8 | 22 | 22.9 | 41 | 42.7 |
| Uno de los padres | 11 | 11.5 | 13 | 13.5 | 24 | 25.0 |
| Ninguno | 24 | 25.0 | 7 | 7.3 | 31 | 32.3 |
| Total | 54 | 56.3 | 42 | 43.7 | 96 | 100.0 |
| $X^2 = 8.339$ gl. = 2 $p = 0.015$ $\alpha = 0.05$ | | | | | | |

En la **tabla n° 06**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, el **25.0% (24)** de ellas refieren que no conviven con ninguno de sus padres y sus nivel de conocimiento sobre embarazo adolescente es inadecuado. Mientras que un **7.3% (7)** también refieren que no conviven con ninguno de ellos pero si presentan adecuado nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescente gestantes.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un **$X^2 = 8.339$** , y un **$p = 0.015 < \alpha = 0.05$** , lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana 2014.

TABLA N° 07

**ANTECEDENTE FAMILIAR DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y EL
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO EN
ADOLESCENTES GESTANTES, PUESTO
DE SALUD I – 2 MASUSA
PUNCHANA 2014**

| Antecedente familiar de embarazo adolescente | Nivel de conocimiento sobre embarazo | | | | Total | |
|--|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Inadecuado | | Adecuado | | | |
| | Ni | % | Ni | % | Ni | % |
| Con antecedente | 26 | 27.2 | 2 | 29.1 | 54 | 56.3 |
| Sin antecedente | 28 | 29.1 | 14 | 14.6 | 42 | 43.7 |
| Total | 54 | 56.3 | 42 | 43.7 | 96 | 100.0 |
| $X^2 = 3.292$ gl. = 1 $\rho = 0.070$ $\alpha = 0.05$ | | | | | | |

En la **tabla n° 07**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, el **29.1% (28)** presentan sin antecedentes de embarazo adolescente y nivel inadecuado de conocimiento sobre embarazo en adolescentes, asimismo el **14.6% (14)** de ellas sin antecedente sin al respecto y tienen nivel adecuado de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un **$X^2 = 3.292$** , y un **$\rho = 0.070 > \alpha = 0.05$** , lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente familiar de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana 2014.

TABLA N° 08

**RELACIÓN FAMILIAR Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES, PUESTO DE
SALUD I – 2 MASUSA PUNCHANA 2014**

| Relación familiar | Nivel de conocimiento sobre embarazo | | | | Total | |
|--|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|
| | Inadecuado | | Adecuado | | | |
| | Ni | % | Ni | % | Ni | % |
| Disfunción familiar | 36 | 37.6 | 18 | 18.7 | 54 | 56.3 |
| Buena función familiar | 18 | 18.7 | 24 | 25.0 | 42 | 43.7 |
| Total | 54 | 56.3 | 42 | 43.7 | 96 | 100.0 |
| $X^2 = 5.442$ gl. = 1 $\rho = 0.020$ $\alpha = 0.05$ | | | | | | |

En la **tabla n° 08**, se observa que del **100.0% (96)** de las adolescentes gestantes Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana, el **37.6% (36)** de ellas manifiestan convivir con disfuncionalidad familia y poseen nivel inadecuado de conocimiento sobre embarazo adolescente, mientras que el **18.7% (18)** también presentan disfuncionalidad familia pero con conocimiento adecuado sobre embarazo adolescente.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se observa un **$X^2 = 5.442$** , y un **$\rho = 0.020 < \alpha = 0.05$** , lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes del Puesto de Salud I – 2, Masusa Punchana 2014.

2. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa, Punchana 2014, para lo cual se obtuvo una muestra de 96 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión (100%); en la actualidad no se dispone de estudios similares sobre la relación entre factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes.

De acuerdo a los factores de riesgo personales, la edad promedio de menarquía de las adolescentes gestantes, es de **12** años con un rango de 10 a 15 años, siendo el **66.7% (64)** con menarquía habitual, mientras que el **27.1% (26)** de adolescentes gestantes con menarquía precoz, resultados que coinciden con el hallazgo de Hidalgo M. (Iquitos 2005), esto refleja que la menarquia es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta; el adelanto de la menarquia es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad.

Referente al inicio de la actividad sexual, el promedio de edad es de **14** años. El **75.0% (72)** tuvo inicio intermedio con un rango de 14 a 17 y el **15.6% (15)** manifiestan inicio temprano con un rango de 10 a 13 años; este resultado es similar al reportado por Hidalgo M. (Iquitos 2005), Quispe WT. (Cusco 2009) donde el inicio de la relación sexual de forma precoz fue entre los 14 a 17 años, pues la mayoría de menores de edad lo hace desinformadamente, los cambios físicos sufridos en la adolescencia, unidos a un interés creciente por saber de sexo y, en consecuencia, por la adquisición de conocimientos e información (muchas veces errónea) sobre sexualidad, conlleva a que las adolescentes se encuentren embarazadas a temprana edad. Se observó también

que en el **88.5% (85)** de las adolescentes gestantes la presión del grupo está ausente y en el **11.5% (11)** de ellas presentaron presión del grupo presente, no existen estudios similares para comparar estos resultados.

En cuanto a los factores de riesgos familiares, la presencia de los padres, el **42.7% (41)** de las adolescentes gestantes convive con ambos padres, mientras que el **32.3% (31)** no convive con ninguno de ellos; esto coincide con los hallazgos de Gonzales JC. (Colombia 2010), lo que podría significar que al no tener relaciones adecuadas con los padres y al no mantener el diálogo sobre los aspectos de sexualidad hacen que la adolescente sea más vulnerable. El **56.3% (54)** presentan antecedentes de embarazo adolescente y el **43.7% (42)** refiere sin antecedentes de embarazo adolescente.

Con respecto a la relación familiar, el **56.3% (54)** presenta disfuncionalidad familiar, mientras que el **43.7% (42)** manifiesta buena función familiar, estos resultados son similares con los hallazgos de González JC. (Colombia, 2010) quien señala que es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes, suponemos que la relación familiar es el eje fundamental para que las adolescente se desenvuelvan en un ámbito de plena confianza.

Referente al Nivel de Conocimiento, el **56.3% (54)** de las adolescentes gestantes, presentan conocimiento inadecuado y un **43.7% (42)** de ellas su conocimiento es adecuado; estos resultados son similares a los encontrados por Balboa B. (Jaén, 2010), entre sus hallazgos los adolescentes presentaron desconocimiento sobre el embarazo; normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas, esta información errónea

conlleva a las adolescentes a tomar medidas equivocadas teniendo como resultado un embarazo no deseado.

En cuanto al análisis bivariado, se observó que el **34.3% (33)** de las adolescentes presentan menarquía habitual y conocimiento adecuado; asimismo el **6.2% (6)** tienen menarquía tardía y conocimiento sobre embarazo es inadecuado, con una ($p = 0.028$), lo que indica que se acepta la hipótesis planteada es decir existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, no existen estudios que permitan comparar estos resultados; consideramos que en la menarquía se desarrolla la función de determinadas glándulas con la producción de hormonas que dan lugar a los caracteres sexuales y a cambios emocionales que aumentan la libido de la adolescente, lo cual le conlleva a indagar más en diferentes fuentes y en la mayoría de los casos fuentes no tan apropiadas por la cuales toman decisiones equivocadas.

Así mismo el **39.6% (38)** de las adolescentes gestantes indican como inicio de su actividad sexual intermedia y conocimiento inadecuado; también se observó que existe un **2.1% (2)** de adolescentes gestantes que tienen inicio temprano de sus actividades sexuales y conocimiento adecuado, con una ($p = 0.019$), lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre el inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, no existen estudios que permitan comparar estos resultados; por lo tanto, consideramos que las adolescentes no están informadas y no tienen conciencia sobre los riesgos de tener relaciones sexuales a edades tempranas: deciden iniciar su vida sexual debido a un sentimiento de “inmunidad” que los hace pensar “esto no me va a pasar a mí, y por lo tanto no tengo por qué preocuparme”. Sin embargo las consecuencias son muy riesgosas y pueden tener resultados perjudiciales.

Se observó que en **53.1% (51)** de adolescentes gestantes la presión del grupo está ausente y presentan conocimiento inadecuado, así mismo el **8.3% (8)** de ellas la presión del grupo está presente con conocimiento adecuado, con una ($p = 0.040$), lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes, no existen estudios que permitan comparar estos resultados; por lo que referimos que esto se da porque los niños crecen hasta convertirse en pre-adolescentes y luego en adolescentes, a menudo se vuelven menos dependientes de la familia y más dependientes de sus pares en cuanto a la toma de decisiones y el desarrollo de valores morales. La presión social, el acercamiento a otras personas del mismo grupo de edad para establecer amistad puede tener un efecto positivo cuando estimula que los adolescentes desarrollen habilidades sociales necesarias para la adultez y el inicio de relaciones amorosas que conllevan a un embarazo adolescente.

Con respecto a la presencia de los padres se observó que el **25.0% (24)** de ellas manifiestan que no conviven con ninguno de sus padres y su conocimiento es inadecuado; mientras que un **7.3% (7)** también dijeron que no conviven con ninguno de ellos pero si presentan conocimiento adecuado, con una ($p = 0.015$); lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes, no existen estudios que permitan comparar estos resultados; por lo que referimos que los sentimientos y emociones que tengan los padres sobre la sexualidad y el embarazo adolescente son determinantes, la actitud de los padres hacia su propio cuerpo, los roles que cada uno cumple, son el principal modelo que consciente o inconscientemente seguirán o rechazarán los hijos. Las mujeres adolescentes que no viven con sus padres tienen grandes vacíos emocionales, y tienen la fantasía de que al momento de ser madres sentirán una gran satisfacción afectiva que les dará un valor como mujeres. El miedo a estar sola es una causa

principal para que la adolescente esté vulnerable a tener un embarazo precoz; ya que busca sentirse estimada e importante para alguien. La adolescente inconscientemente está buscando a partir de este hecho satisfacer sus necesidades afectivas, de llamar la atención o crear independencia.

Se observó que el **29.1% (28)** manifiestan sin antecedentes y conocimiento inadecuado, asimismo el **14.6% (14)** de ellas sin antecedentes y conocimiento adecuado, con una ($p = 0.070$), lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente familiar de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescente, no existen estudios que permitan comparar estos resultados; consideramos que se rechaza porque probablemente no haya mucha frecuencia entre los resultados pero se sabe que el antecedente familiar si influye en el embarazo adolescente ya que en el ámbito de la transmisión generacional, se ha observado que tanto en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyos progenitores también lo habían sido en su mayoría, lo que sugiere que la maternidad en las adolescentes se puede “aprender y transmitir dentro de las familias. En estas familias pueden existir normas o creencias de actitudes positivas hacia el embarazo adolescente o simplemente la madre puede transmitirle sus preferencias en cuanto al estado civil, las expectativas con respecto a la escolaridad, la estabilidad de la pareja, etc. Otros sin embargo ven este hecho como un fenómeno psicológico (inconsciente) pues piensan que el embarazo puede ser una tentativa de reconciliación entre la madre y su hija.

Se observó que el **37.6% (36)** de adolescentes gestantes manifiestan disfuncionalidad familiar y poseen conocimiento inadecuado, mientras que el **18.7% (18)** también presentan disfuncionalidad familiar pero con conocimiento adecuado, con una ($p = 0.020$), lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre

la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes, no existen estudios que permitan comparar estos resultados; consideramos que esto se da porque la familia es la estructura social que afecta o influencia de la forma más decisiva los comportamientos de los hijos, pues desde un inicio transmite valores y pautas de conducta. La relación familiar tiende a entrar en conflicto, en el comienzo de la adolescencia y disminuye hacia el final de esta. Las familias disfuncionales limitan el pleno equilibrio, seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndola a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas y/o a un embarazo adolescente. Esto probablemente esté vinculado a la mayor dificultad que tienen los padres solos de supervisar la conducta de las adolescentes. La relación y comunicación inadecuada con los padres es otro aspecto importante que influye en la adolescente para presentar un embarazo, debido a que dentro del núcleo familiar hay inestabilidad emocional, violencia familiar, conflictos entre los padres, separación de los padres, escasa comunicación con los hijos (as) y falta de expresión de sentimientos y afecto así como también de la percepción de la sexualidad como un tema tabú.

3. CONCLUSIONES

El embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para las adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

1. Con respecto a los factores de riesgo: la edad de menarquía de las adolescentes gestantes, se obtuvo como edad promedio **12** años con un rango de 10 a 15 años; el **34.3% (33)** presentan menarquía habitual y el **6.2% (6)** tienen menarquía tardía. Referente al inicio de la actividad sexual, el promedio de edad fue de **14** años, el **75.0% (72)** tuvo inicio intermedio con un rango de 14 a 17 y el **15.6% (15)** manifestaron inicio temprano con un rango de 10 a 13 años. Así mismo el **39.6% (38)** de las adolescentes indicaron como inicio de sus actividad sexual intermedia. Se observó también que en el **88.5% (85)** de los adolescentes la presión del grupo está ausente y en el **11.5% (11)** de ellos existió presencia o influencia del grupo en sus actos. El **42.7% (41)** de los adolescentes convive con ambos padres, mientras que el **32.3% (31)** no convive con ninguno de ellos. En cuanto al antecedente familiar, el **56.3% (54)** presentó antecedente familiar de embarazo adolescente y el **43.7% (42)** manifestó que en su familia no existe antecedente de embarazo adolescente. Con respecto a la relación familiar, el **56.3% (54)** presentan una familia disfuncional, mientras que el **43.7% (42)** tienen buena función familiar.
2. Referente al nivel de conocimiento, el **56.3% (54)** de las adolescentes gestantes, presentan nivel de conocimiento inadecuado y un **43.7% (42)** de ellas su nivel de conocimiento sobre el embarazo es adecuado.

3. La relación existente entre los factores y nivel de conocimiento fueron:
- Entre los hallazgos relevantes se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.028$), existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.019$), existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.015$), existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.040$), existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.020$). Como también no existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($\rho = 0.070$).

4. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y al personal que labora en el Puesto Salud Masusa I-2, poner énfasis en la Promoción y Prevención en Salud Sexual y Reproductiva, en relación a sesiones educativas y difusión de los medios de comunicación; para contribuir a la disminución y prevención de casos en su jurisdicción.
2. Al Ministerio de Educación para que se involucre en la problemática del embarazo adolescente y exista cruce de información sobre los posibles casos con el Ministerio de Salud, permitiendo mayor acceso de la educación sexual integral y abstinencia del inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes; por medio de capacitaciones constantes referente al tema.
3. A la Universidad Nacional de la Amazonía de la Peruana, Facultad de Enfermería, a realizar investigaciones con diferentes metodologías abarcando las variables de estudio de la presente investigación y a realizar intervenciones de los hallazgos encontrados e incorporar dentro de sus actividades sociales campañas de salud donde docentes y estudiantes realicen sesiones educativas a la población sobre el nivel de conocimiento en embarazo adolescente.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Angulo MV. El Embarazo en los Adolescentes. Monografía de Sub Secretaría de Educación República bolivariana de Venezuela. Caracas [serial online] 2012. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos91/embarazo-adolescentes/embarazo-adolescentes2.shtml>
2. ReproductiveHealth Outlook. Embarazo adolescente en el mundo. Biblioteca adolescente en el mundo. Chile. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://www.docstoc.com/docs/118339685/UNIDAD-DE-ANALISIS>
3. Rojas SG, La Adolescencia en el Perú. Foro de Salud Regional de Cusco. Perú. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/adolescencia.pdf
4. Vega JM. Embarazo Precoz en el Perú. Monografía sobre embarazo. Perú. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazo-precoz.shtml>
5. Sierra J. Embarazo prematuro. Embarazo en la adolescencia otro sitio más de WordPress.com [serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://embarazoprematuro.wordpress.com/>
6. Spamfilter D. Riesgos del embarazo en la adolescencia. Blog de Educación sexual. ElHeraldo.hn. Honduras. [Serial online] 2011. [Citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://archivo.elheraldo.hn/Ediciones/2011/02/09/Noticias/Riesgos-del-embarazo-en-la-adolescencia>
7. Hidalgo M., Factores personales, familiares y el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Tesis de pregrado, Iquitos, 2005
8. García PM, Variables Demográficas-Culturales y las Actitudes de los Adolescentes hacia el Embarazo Precoz en el Asentamiento Humano Juan Carlos Del Águila. Tesis de pregrado, Iquitos 2008.

9. Alarcón AR, Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Habana [Serial online] 2009. [Citado 19 Nov 2014]. Disponible en URL:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007
10. Quispe WT, Conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad en la población adolescente del distrito de Mollepata. Tesis de pregrado, Cusco, 2009.
11. Balboa B. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Investigación sobre embarazo. Jaén, 2002.
12. González JC. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. Colombia. [Serial online] 2010. [Citado 01 Jul 2012]. Disponible en URL:www.revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/download/.../10361
13. López FY. Conocimiento sobre sexualidad y embarazo en adolescentes. Investigación sobre embarazo. Caracas, 2010.
14. Carpio CE, Factores de biosociodemográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Tesis de pregrado. Iquitos-2010
15. Pérez MI. Embarazo adolescente en Iquitos. Diario la región. Iquitos, Perú. Página 22
16. Latorre MP, Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. Investigación en adolescentes. Tacna, 2012
17. Issler JR, Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. Argentina. [Serial online] 2001. [Citado 01 Jul 2012]. Disponible en URL:http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
18. Definición de Conocimiento [serial online] 2010. [Citado 23 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://definicion.de/conocimiento/>
19. Montane L Conocimiento: métodos, definición, concepto y características. Artículo de historia y humanidades. [serial online] 2012. [Citado 23 Jun 2012]. Disponible en URL: Historia y humanidades

<http://suite101.net/article/conocimiento-metodos-definicion-concepto-y-caracteristicas-a80333>

20. Santamaria S, El embarazo. Monografía sobre embarazo. [Serial online] 2008. [Citado 01 Jul 2012]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos13/elembaraz/elembaraz.shtml>
21. Organización Peruana de la Salud, el enfoque epidemiológico de riesgo en la atención a la salud. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. 2º edición. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. 2000. Capítulo 2 pp 12-36.

ANEXO N° 01

MATRIZ DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | INDICADOR | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA | PREGUNTAS |
|---|---|--|--|----------------|--|
| <p><u>Variable independiente:</u> Factores de riesgo personales, familiares y socioculturales</p> | <p>Definida como las circunstancias asociadas con la probabilidad de experimentar daño.</p> | <p>Factores de riesgo personal: Definida como aquella característica o circunstancia detectable en la vida personal con alta probabilidad de embarazo en la adolescente</p> <p>Menarquía: Aparición de la primera regla o principio de la función menstrual.</p> | <p>Precoz: Aquella adolescente embarazada que tuvo su primera menstruación antes de los 12 años.</p> | <p>Nominal</p> | <p>¿A qué edad tuvo su primera menstruación o regla?</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | <p>Inicio de la actividad sexual: Se considera la edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual o coito.</p> | <p>Habitual: Aquella adolescente embarazada que tuvo su primera menstruación a los 12 – 14 años.</p> <p>Tardía: Aquella adolescente que tuvo su primera menstruación después de los 14 años.</p> <p>Temprana: Aquella adolescente embarazada que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.</p> <p>Intermedia : Aquella adolescente embarazada que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.</p> <p>Tardía: Aquella adolescente embarazada que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.</p> | | <p>¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?</p> |
|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | <p>Presión del grupo: los adolescentes que cuestionan los modelos de comportamientos de sus padres, recurren a lo pares para que les enseñen lo que para ellos está de moda, por ende se sienten presionados a realizar las cosas que su grupo de amigos dice.</p> <p>Factor de riesgo familiar: Se define como aquella característica o circunstancias detectable en el grupo familiar con alta probabilidad del embarazo en adolescentes.</p> <p>Determinado a través:</p> | <p>Ausente: Cuando el adolescente refiere no haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.</p> <p>Presente: Cuando el adolescente refiere haber tenido presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y/o quedar embarazada.</p> | | <p>¿Te sentiste presionada por tus amigos u otras personas para tener relaciones sexuales y/o quedar embarazada?</p> |
|--|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Presencia de los padres: se define de la presencia de los padres dentro del grupo familiar.</p> | <p>Ambos padres: Cuando la adolescente embarazada convive con su padre y madre.</p> <p>Uno de los padres: Cuando la adolescente convive solo con el padre o madre.</p> <p>Ninguno: Cuando la adolescente embarazada convive con otras personas (abuela, tía, etc.).</p> | <p>¿Con quién ha estado viviendo al quedarse embarazada?</p> |
| | | <p>Antecedente familiar de embarazo adolescente: Cuando la adolescente tiene antecedentes de embarazo precoz en madre, hermana, abuela, tías, etc.</p> | <p>Con antecedentes: Cuando la adolescente refiere tener antecedentes de embarazo precoz en madre, abuela, hermana, primas, etc.</p> <p>Sin antecedentes: Cuando la adolescente refiere no tener antecedentes de embarazo precoz en madre, abuela, hermana, primas, etc.</p> | <p>¿Quién de tu familia ha tenido experiencia de embarazos en su adolescencia?</p> |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | | <p>Relación familiar: Se define a la relación interpersonal entre todos los miembros de la familia y la adolescente embarazada en estudio donde se tiene en cuenta el equilibrio o funcionalidad familiar.</p> | <p>Buena función familiar: Cuando el puntaje obtenido por la gestante adolescente es de 8 a 10 puntos al aplicar el test de APGAR.</p> <p>Disfuncionalidad familiar: Cuando el puntaje obtenido por la gestante adolescente es de 0 a 7 puntos al aplicar el test de APGAR.</p> | <p>Yo estoy satisfecha con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.</p> <p>Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.</p> <p>Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender más actividades o direcciones.</p> <p>Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza,</p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p><u>Variable Dependiente:</u> Nivel de conocimiento sobre embarazo</p> | <p>Definido como el conjunto de conocimientos que tiene el adolescente sobre el embarazo, en lo que respecta: definición, causas, factores de riesgo y complicaciones</p> | <p>Conocimiento sobre el embarazo en el adolescente: Se medirá a través de los siguientes indicadores:</p> | <p>Menor edad: Cuando los adolescentes refirieron tener entre las edades de 10 a 14 años. Mayor edad: Cuando los adolescentes refirieron tener entre las edades de 15 a 19 años.</p> <p>Conocimiento Adecuado: Cuando las adolescentes, alcanzaron a responder de 15 puntos que equivalen igual o mayor del 70 % del total de preguntas consideradas en el instrumento.</p> <p>Conocimiento Inadecuado: Cuando las adolescentes alcanzaron a responder menos de 14 puntos (menor de 70%) del total de preguntas consideradas en el instrumento.</p> | <p>rabia, amor, etc. Yo estoy satisfecha con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, espacio y dinero.</p> <p>¿Qué es el embarazo?</p> <p>¿Qué es embarazo adolescente?</p> <p>¿Por qué cree que las adolescentes se embarazan a temprana edad?</p> <p>¿Cómo se previene un embarazo adolescente?</p> <p>¿Cuándo existe más riesgo de quedar embarazada?</p> <p>¿Cuándo deben</p> |
|--|---|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>iniciarse las relaciones sexuales?</p> <p>¿Cuántas relaciones sexuales-coitales-sin protección son necesarias para quedar embarazada?</p> <p>¿Quiénes cree usted que deben orientar a los adolescentes sobre el embarazo?</p> <p>¿Considera usted que la comunicación con los padres es fundamental para evitar un embarazo a temprana edad?</p> <p>¿Quién está realmente preparada para asumir el rol de la maternidad?</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>¿Cuáles son las consecuencias que generalmente produce un embarazo adolescente?</p> <p>¿Qué complicaciones trae el embarazo adolescente en la madre?</p> <p>¿Qué complicaciones puede traer el embarazo adolescente en el niño?</p> <p>¿Cómo se puede prevenir un nuevo embarazo?</p> <p>¿Qué es lo primero que debe hacer una adolescente al enterarse que está embarazada?</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>¿Cuál cree Ud. Que son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?</p> <p>¿Cuál cree Ud. que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?</p> <p>¿Crees que una adolescente embarazada pueda llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente?</p> <p>¿Qué son para usted los métodos anticonceptivos?</p> |
|--|--|--|--|--|

ANEXO N°02

**FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES
DEL PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA,
PUNCHANA 2014**

Código:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada señorita:

Tenga Ud. muy Buenos Días, somos Bachilleres de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, estamos realizando una investigación para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería. Este estudio tiene por finalidad conocer “Factores de riesgo y su relación con el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes del P.S I-2 Masusa, Punchana 2014”

La información que Ud. nos brinda será recolectada y procesada en forma anónima y manejada por el equipo de investigadoras responsables. Por ello solicitamos su valiosa colaboración respondiendo a las preguntas en forma veraz. Si Ud tiene alguna duda puede pedir aclaraciones

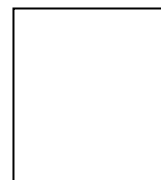
¿Desea participar en el proyecto de investigación?

SI ()

NO ()

Si la respuesta es sí:

Firma



Huella digital

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N°03

**FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL P.S. I-2 MASUSA,
PUNCHANA 2014**

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

Código:

I. PRESENTACIÓN:

Sra. Tenga usted muy buenas tardes, Soy.....Bachiller de Enfermería egresada de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, estoy realizando un trabajo de investigación para obtener el título de Licenciada en Enfermería; sobre Factores de riesgo y su relación con el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes del P.S I-2 Masusa, Punchana 2014. Con la finalidad de determinar los factores de riesgo que causan el embarazo en la adolescencia, los datos recolectados serán procesados con total discreción, agradecemos su participación. Muchas gracias.

II. INSTRUCCIONES:

Escuche atentamente cada una de las preguntas planteadas quea continuación, se le presentara a modo de alternativas que usted responderá según criterio. La entrevista tendrá una duración de 15 minutos. Si usted tiene alguna duda puede pedir la aclaración respectiva.

Le agradeceremos nos brinde información verdadera para favorecer el éxito del estudio.

III. DATOS GENERALES (Llenado por las Investigadoras):

Fecha de la Entrevista :
Lugar :
Hora de la Entrevista : Inicio..... Termina.....
Nombre de la Investigadora:.....
Observaciones Generales

IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

| PREGUNTAS | CÓDIGO |
|--|----------------------|
| FACTORES PERSONALES | |
| 1. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación o regla (menarquia)? a) Antes de los 12 años (precoz) b) Entre 12 – 14 años (habitual) c) Después de los 14 años (tardía) | a= 1 b= 2 c=3 |
| 2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? a) Entre 10 a 13 años (temprana) b) Entre 14 a 16 años (intermedia) c) A los 17 a 19 años (tardía) | a= 1 b= 2 c=3 |
| 3. ¿Te sentiste presionada por tus amigos u otras personas para tener relaciones sexuales? a) No, no me sentí presionada por nadie b) Sí, me sentí presionada por mi pareja c) Sí, me sentí presionada por mis amigos | a= 1 b= 2 c= 3 |
| FACTORES FAMILIARES | |
| 4. ¿Estuvo viviendo con sus padres al quedar embarazada? a) Si, con ambos padres b) Si, con uno de los padres (solo con mamá o solo con papá) c) No, con ninguno de los padres | a= 1 b= 1 c= 2 |
| 5. ¿En su familia, hay algún miembro con experiencia de embarazos en la adolescencia? a) Madre y/o Hermana b) Otros familiares: abuela, prima, tía, etc. c) Ningún familiar | a= 1 b= 2 c=3 |

Observaciones:

.....
.....
.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO N°04

**FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL P.S. I-2 MASUSA,
PUNCHANA 2014**

**CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Código:

I. PRESENTACIÓN:

Sra. Tenga usted muy buenas tardes, soy.....
bachiller de Enfermería egresada de la Universidad Nacional de la Amazonía
Peruana, estoy realizando un trabajo de investigación para obtener el título de
Licenciada en Enfermería; Sobre Factores de riesgo y su relación con el nivel
de conocimiento sobre embarazo en adolescentes del P.S I-2 Masusa, Punchana
2014. Con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre embarazo
en la adolescencia, los datos recolectados serán procesados con total
discreción, agradecemos su participación. Muchas gracias.

II. INSTRUCCIONES:

Escuche atentamente cada una de las preguntas planteadas queacontinuación,
se le presentara a modo de alternativas que usted responderá según criterio. La
entrevista tendrá una duración de 20 minutos. Si usted tiene alguna duda puede
pedir la aclaración respectiva.

Le agradeceremos nos brinde información verdadera para favorecer el éxito del
estudio.

III. Datos para ser llenado por la investigador:

Fecha de la Entrevista :
Lugar :
Hora de la Entrevista :
Inicio..... Termino.....
Nombre de la Investigadora:.....
Observaciones Generales :

IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

| PREGUNTAS |
|--|
| <p>CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO:</p> <p>1. ¿Qué es el embarazo?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Es la ausencia de la menstruaciónb) Cuando el óvulo es fecundado por el espermatozoidec) Es tener relaciones sexuales sin protecciónd) Otros:..... <p>2. ¿Qué es embarazo adolescente?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Es aquel embarazo que se da entre los 7 a 9 añosb) Es aquel embarazo que se da entre los 10 a 19 añosc) Es aquel embarazo que se da entre los 20 a 25 añosd) Otros:..... <p>3. ¿Por qué cree que las adolescentes se embarazan a temprana edad?</p> <ul style="list-style-type: none">a) Por tener escasa información sexual y/o por relaciones sexuales-coitales- sin protecciónb) Por tener escasa información sexual y/o por relaciones sexuales-coitales- con protecciónc) Por tener adecuada información sexual y/o porque ya están preparadas para ser madresd) Otros:..... <p>4. ¿Cómo se previene un embarazo adolescente?</p> <ul style="list-style-type: none">a) A través de la abstinencia sexual o relaciones sexuales-coitales- con protecciónb) A través de la abstinencia sexual o relaciones sexuales-coitales- con una sola parejac) A través de la abstinencia sexual o relaciones sexuales-coitales- múltiples parejasd) Otros: |

5. ¿Cuándo existe más riesgo de quedar embarazada?

- a) Una semana antes de la fecha de inicio de la menstruación.
- b) Una semana después de la fecha de inicio de la menstruación.
- c) Durante la menstruación.
- d) Otros:.....

6. ¿Cuándo deben iniciarse las relaciones sexuales?

- a) Cuando se tiene deseo sexual, cuando hay presión de los amigos
- b) Cuando empiece a asumir mis acciones con responsabilidad
- c) Cuando hay presión de los amigos, cuando se tiene 20 años
- d) Otros:.....

7. ¿Cuántas relaciones sexuales-coitales- sin protección son necesarias para quedar embarazada?

- a) Una Vez
- b) De vez en cuando
- c) Con frecuencia
- d) Otros:.....

8. ¿Quiénes cree usted que deben orientar a los adolescentes sobre el embarazo?

- a) Los padres, maestros y/o personal de salud
- b) Los amigos, tíos o maestros
- c) Los abuelos, maestros o los amigos
- d) Otros:.....

9. ¿Considera usted que la comunicación con los padres es fundamental para evitar un embarazo a temprana edad?

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Otros:

10. ¿Quién está realmente preparada para asumir el rol de la maternidad?

- a) La adolescente
- b) La mujer adulta
- c) Lo abuela
- d) Otros:

11. ¿Cuáles son las consecuencias que generalmente produce un embarazo adolescente?

- a) Deserción escolar, complicaciones para la madre y el niño
- b) Aborto, complicaciones para la madre, lograr con éxito sus estudios
- c) Complicaciones para el niño, lograr con éxitos sus estudios
- d) Otros:

12. ¿Qué complicaciones trae el embarazo adolescente en la madre?

- a) Aumento de peso y manchas en la piel
- b) Partos por cesárea, anemia, y hemorragia uterina
- c) Dolores de cabeza y malestar estomacal
- d) Otros:

13. ¿Qué complicaciones puede traer el embarazo adolescente en el niño?

- a) Nacer antes de tiempo, sufrimiento fetal e inmadurez de los órganos vitales
- b) Nauseas, vómitos y fatiga
- c) Presión alta y muerte
- d) Otros:

14. ¿Cómo se puede prevenir un nuevo embarazo?

- a) Teniendo relaciones sexuales de vez en cuando
- b) No se puede prevenir
- c) Con los métodos anticonceptivos
- d) Otros:.....

15. ¿Qué es lo primero que debe hacer una adolescente al enterarse que está embarazada?

- a) Comunicar a sus padres o tutores.
- b) Asumir el embarazo y/o quedarse callada.
- c) Abortar y/o salir de casa
- d) Otros.....

16. ¿Cuál cree Ud. Que son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?

- a) La falta de acceso a educación sexual, problemas económicos y/o disfunción familiar y la baja autoestima.
- b) Antecedentes de embarazo adolescente en el entorno familiar, el alcohol y las drogas.
- c) Todas las anteriores.
- d) Otros:.....

17. ¿Cuál cree Ud. que es la mejor opción para disminuir los embarazos en la adolescencia?

- a) Mayor acceso de los adolescentes a la educación sexual integral y/o abstinencia de los adolescentes al inicio de las relaciones sexuales.
- b) Mayor participación de los padres y de los medios de comunicación en la educación sexual hacia los adolescentes.
- c) Todas las anteriores.
- d) Otros.....

18. ¿Crees que una adolescente embarazada pueda llegar a culminar sus estudios y realizarse profesionalmente?

- a) Si.
- b) Si, con ayuda de los padres.
- c) No
- d) Otros.....

19. Qué son para usted los métodos anticonceptivos?

- a) Son medidas que permiten evitar el embarazo no deseado
- b) Son métodos que permiten que la mujer no sufra de cáncer
- c) Son medios que permiten evitar contagiarse del SIDA
- d) Otros:

20. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce Ud.?

- a) Regla o calendario, método-interruptus
- b) Condón, Píldoras e Inyectables
- c) Ninguno
- d) Otros:

Observaciones:

.....

.....

.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION!

ANEXO N° 05

FACTORES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL P.S I-2 MASUSA, PUNCHANA 2014.

TEST DE APGAR FAMILIAR

PRESENTACIÓN:

El presente test contiene un conjunto de ITEMS acerca de la funcionalidad familiar, para responder marca con un aspa (x) una solo de los 3 valores que tienen las frases que se encuentran en la margen derecha.

| ITEM | SIEMPRE | A VECES | CASI NUNCA |
|---|---------|---------|------------|
| Yo estoy satisfecha con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta. | | | |
| Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo. | | | |
| Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender más actividades o direcciones. | | | |
| Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor, etc. | | | |
| Yo estoy satisfecha con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, espacio y dinero. | | | |

Siempre : 2 puntos
A veces : 1 punto
Casi nunca : 0 punto.

8-10 : Buena función familiar
0-7 : Disfuncionalidad familiar.

¡MUCHAS GRACIAS!