

---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**FACTORES QUE PREDISPONEN EL EMBARAZO  
PRECOZ Y PERCEPCIÓN DE LAS ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA  
POR EL PROFESIONAL DE SALUD EN EL CONTROL  
PRENATAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-1  
CHAPAIRA CASTILLA- PIURA 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA:**

**MARY LIZBET ALBERCA MERINO**

**ASESORA:**

**OBST. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA**

**PIURA- PERÚ**

**2015**

## Hoja de firma de jurado y asesora

---

Mg. Obst. ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHAN

**PRESIDENTA**

---

Mg. Obst. AUREA LUCÍA PANTA BOGGIO

**SECRETARIA**

---

Mg. Obst. SILVIA TERESA CORONADO MORALES

**MIEMBRO**

---

Lic. Obst. FLOR DE MARÍA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

**ASESORA**

## **Agradecimientos**

**A Dios:** Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

**A mis Padres:** Braulia y Salomón, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

**A mis Docentes:** Les agradezco la confianza, apoyo y dedicación a lo largo de mi carrera universitaria, Por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

**A mi asesora:** Por su orientación y apoyo constante en el proceso de titulación

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivos generales identificar los factores que predisponen al embarazo precoz y determinar la percepción que tienen las adolescentes embarazadas sobre la atención prenatal del Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla-Piura 2013. La investigación fue tipo descriptivo y cuantitativo. Para el recojo de la información se escogió en forma dirigida una muestra 16 adolescentes embarazadas. Se aplicó un cuestionario para identificar los factores que predisponen el embarazo precoz y otro para determinar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia. Obteniéndose los siguientes resultados: Dentro de factores se evidenció que en un 37.5% la edad que prevaleció es de 16 y 17 años respectivamente, se observó que el 56,25% es conviviente, así mismo que el trato de los familiares después el embarazo un 62.5% recibió enojos, reclamos y reproches, los ingresos económicos antes del embarazo en un 56.25% eran por parte de los padres, el motivo por el cual no utilizaron condón en un 37 % el que manifiesta que no lo tenían en ese momento, así mismo 75% de las gestantes adolescentes en estudio no tienen conocimientos sobre salud sexual, la edad de inicio de relaciones sexuales a los 14 años. Además se evidenció que en las percepciones que 68,75% refiere que la información que le dio el /la Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en la consulta es regular, en cuanto al trato recibido un 50% refiere que fue regular.

**Palabras clave:** Adolescentes embarazadas, atención prenatal, embarazo precoz y percepción.

## **Abstract**

The present study was overall objectives identify the factors that predispose early pregnancy and determine the perceptions pregnant adolescents about prenatal care of the health facility Chapaira I-1, Castilla-Piura 2013 The research was descriptive and quantitative. For the gathering of information was chosen as targeted a sample of 16 pregnant adolescents. A questionnaire was used to identify the factors that predispose early pregnancy and another to determine the perception of prenatal care provided by professional midwifery. With the following results: Within factors evidenced in 37.5% that prevailed age is 16 and 17 respectively, it was found that 56.25% live with their partners, likewise the treatment of family members after pregnancy 62.50% received anger, complaints and reproaches, income before pregnancy in 56.25% were from parents, why they not use a condom during un 37,50% which states that did not have at that time, also 75% of pregnant teens in the study do not have knowledge about sexual health, age of first sexual intercourse at age 14. Also evidenced perceptions that 68.75% refers to the information that gave the / gyn about the warning signs and care is regular consultation, regarding the treatment received 50% report that was regularly.

**Keywords:** pregnant adolescents, prenatal care, early pregnancy and perception.

## Contenido

1.- Título de la tesis (carátula).....	i
2.- Hoja de firma del jurado y asesor.....	ii
3.- Hoja de agradecimiento.....	iii
4.- Resumen y abstract.....	iv
5.- Contenido (índice).....	vi
6.- Índice de tablas, figuras y cuadros.....	vii
I. Introducción.....	1
II. Revisión de literatura.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases teóricas.....	24
2.3 Marco conceptual.....	41
III. Metodología.....	57
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	57
3.2 Diseño de la investigación.....	57
3.3 Universo, población y muestra.....	58
3.4 Definición y descripción de las variables.....	59
3.5 Técnica e instrumentos.....	67
3.6 Plan de análisis.....	68
3.7 Principios éticos.....	68
IV. Resultados.....	69
4.1 Resultados.....	69
4.2 Análisis de resultados.....	84
V. Conclusiones.....	98
Aspectos complementarios.....	100
Referencias bibliográficas.....	119
Anexos.....	128

## Índice de tablas

Tabla 1: Factores Individuales.....	69
Tabla 2: Factores sociales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes.....	70
Tabla 3: Factores económicos que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes.....	71
Tabla 4: Factores culturales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes (continuación).....	72
Tabla 5: Factores culturales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes.....	74
Tabla 6: Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes.....	75
Tabla 7: Actitudes sobre salud sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes.....	77
Tabla 8: Actitudes durante y después del embarazo en las gestantes adolescentes.....	79
Tabla 9: Prácticas sobre salud sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes.....	80
Tabla 10: Percepciones sobre la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes.....	82

## Índice de figuras

Figura 1.1: Gráfico de barras según la edad.....	100
Figura 1.2: Gráfico de barras según el grado de instrucción.....	100
Figura 1.3: Gráfico de barras de barras según la religión.....	101
Figura 1.4: Gráfico de barras según el estado civil.....	101
Figura 2.1: Gráfico de barras según la conformación del grupo familiar.....	102
Figura 2.2: Gráfico de barras según trato de su familia antes del embarazo.....	102
Figura 2.3: Gráfico de barras según trato de su familia al conocer el embarazo.....	103
Figura 3.1: Gráfico de barras según fuente de ingreso económico de la familia antes del embarazo.....	103
Figura 3.2: Gráfico de barras según ocupación del padre.....	104
Figura 3.3: Gráfico de barras según ocupación de las madres.....	104
Figura 4.1: Gráfico de barras según el número de parejas del padre se su hijo antes del embarazo.....	105
Figura 4.2: Gráfico de barras según número de hijos del padre de mi hijo.....	105
Figura 4.3: Gráfico de barras sobre del no uso el condón por parte de su pareja.....	106
Figura 5.1: Gráfico de barras según el número de relaciones coitales que cree que debe tener una mujer para quedar embarazada.....	106
Figura 5.2: Gráfico de barras según la forma en la que su pareja le demuestra amor.....	107
Figura 6.1: Gráfico de barras según conocimientos de salud sexual.....	107
Figura 6.2: Gráfico de barras según conocimientos sobre salud reproductiva.....	108
Figura 6.3: Gráfico de barras según fuente de información sobre salud sexual y/o	



reproductiva.....	108
Figura 6.4: Gráfico de barras sobre métodos de planificación familiar conocidos.....	109
Figura 6.5: Gráfico de barras sobre métodos anticonceptivos más conocidos y relacionados con su uso correcto.....	109
Figura 7.1: Gráfico de barras según la importancia de temas de sexualidad y protección .....	110
Figura 7.2: Gráfico de barras según planes de vida antes del embarazo.....	110
Figura 7.3: Gráfico de barras según planes de vida durante el embarazo.....	111
Figura 7.4: Gráfico de barras según planes de vida después del embarazo.....	111
Figura 8.1: Gráfico de barras sobre sentimientos que experimentan actualmente hacia su hijo ahora que está embarazada.....	112
Figura 8.2: Gráfico de barras sobre sentimientos que experimenta con su embarazo.....	112
Figura 8.3: Gráfico de barras de las decisiones con el hijo que espera.....	113
Figura 9.1: Gráfico de barras según el tipo de método de planificación familiar.....	113
Figura 9.2: Gráfico de barras según la edad de inicio de relaciones coitales.....	114
Figura 9.3: Gráfico de barras según número de parejas sexuales.....	114
Figura 9.4: Gráfico de barras según causa por la cual quedaron embarazadas.....	115
Figura 10.1: Gráfico de barras de la percepción según el tiempo de espera para realizar los trámites.....	115
Figura 10.2: Gráfico de barras de la percepción según el tiempo de espera para recibir la atención.....	116

Figura 10.3: Gráfico de barras según información que brinda el profesional de obstetricia sobre signos de alarma y cuidados.....	116
Figura 10.4 : Gráfico de Tortas según la información que le brinda el profesional de obstetricia sobre planificación familiar.....	117
Figura 10.5 : Gráfico de Tortas según la información que le brinda el profesional de obstetricia sobre nutrición en el embarazo.....	117
Figura 10.6 : Gráfico de barras según el trato que recibió en la consulta.....	118
Figura 10.7 : Gráfico de barras según la privacidad que tuvo en la consulta.....	118

## Índice de cuadros

Cuadro 1: Matriz de operacionalización de la variable factores que predisponen el embarazo.....	61
Cuadro 2: Matriz de operacionalización de la variable conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.....	62
Cuadro 3: Matriz de operacionalización de la variable actitudes sobre salud sexual y reproductiva.....	63
Cuadro 4: Matriz de operacionalización de la variable actitudes durante y después del embarazo.....	64
Cuadro 5: Matriz de operacionalización de la variable practicas sobre salud sexual y reproductiva.....	65
Cuadro 6: Matriz de operacionalización de la variable percepción sobre la atención prenatal.....	66

## I. Introducción

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, porque el ser madre en esa etapa de la vida no solo tiene consecuencias negativas para la precoz progenitora en los aspectos económicos y de educación, sino también le ocasiona dificultades de salud en el periodo de gestación, del parto y finalmente con repercusiones en el niño. El embarazo en esta etapa de la vida obedece a una multiplicidad de factores que serán diferentes en las distintas culturas y grupos humanos, además de los factores individuales de cada caso en particular (1).

Los jóvenes hoy en día se desarrollan en una cultura en donde las amistades, la influencia televisiva, música, revistas, les transmiten mensajes directos e indirectos, así mismo las difíciles condiciones de vida tales como un bajo nivel educativo, una precaria situación económica, un lugar de residencia marcado por el aislamiento y la falta de oportunidades son factores que generan vulnerabilidad y facilitan que se produzcan los embarazos en adolescentes (2).

Según se estima, a nivel mundial que cada 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo; esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (3).

Otros países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria (3).

En el Perú, aún refleja una alta tasa de gestación en adolescentes, lo cual no ha variado en los últimos 20 años, ubicándose como una prioridad en la salud pública por sus relevantes consecuencias médicas, sociales y económicas, tanto para la madre, el bebé y la sociedad (4). Según encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), aplicada en el 2000, la maternidad temprana es una realidad patente en la costa es el 15% - 20%, 25% en la sierra el 30% al 35% en la selva, también se conoce en los departamentos del Perú con mayor porcentajes de madres adolescentes en San Martín con un 34 %, Ucayali con un 32.9%, Loreto con 29.4% en las cuales tenemos como las principales causas del embarazo precoz en el ámbito individual: Inicio de relaciones sexuales tempranas, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, en el ámbito familiar: Padre ausente, carencias afectivas, madre poco accesible. En el ámbito social: Erotización de los medios de comunicación, vivir en áreas rurales, tabúes cerca de la sexualidad, estrés (5).

De acuerdo a la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2012, el 13.5% de las mujeres entre los 15 y 19 años están o han estado embarazadas. De ellas, el 57% no cuentan con ningún grado de instrucción, el 47% cuenta con educación escolar (incompleta y completa) y solo el 5% tiene educación superior, poniendo como característica clave su bajo grado de instrucción y a la vez haciéndolas más vulnerables a no poder salir del círculo de la pobreza (6).

La ciudad de Piura no es ajena a esta problemática, el embarazo avanza en los adolescentes de Piura. Tan solo en el año 2008 se registraron en la región Piura 206 embarazos atendidos en niñas de 10 a 14 años y hasta agosto 2009 la cifra fue de 145 embarazos (7). Sin embargo, las cifras no acaban allí, El promedio de embarazos en adolescentes en Piura supera al porcentaje nacional de 13,2%. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) aplicada en el 2012 en nuestra región, 16 de cada 100 gestantes concibieron entre los 12 y 17 años (6).

Por otro lado, el control prenatal busca determinar las condiciones del inicio del embarazo, complicaciones, evaluar crecimiento uterino, y evolución del feto. Los significados de control prenatal para el personal de salud se orienta hacia los aspectos biomédicos desde el enfoque de riesgo, el contagio de enfermedades de transmisión sexual, en cambio para las adolescentes representa valorar su cuerpo como futuras madres y también para ellas es importante el trato por el profesional de salud (8).

Estudios internacionales evidencian que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente. Se identifican barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilización y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años. Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas (9).

Las gestantes, especialmente las adolescentes, tienen mayor riesgo de no acceder ni adherirse a la atención prenatal, limitando el contacto con los servicios de salud. A pesar de que el control prenatal es una prioridad en los sistemas de salud, estudios en Colombia han mostrado que no todas las gestantes asisten al control prenatal posiblemente por factores sociales, económicos, culturales y administrativos (9).

En el caserío de Chapaira, distrito de Castilla , ubicado en el sector noroeste de la provincia de Piura; zona privilegiada por sus tierras fértiles y actividades propias que realiza la población (ganadería, agricultura), cuya población beneficiaria al Establecimiento de salud I-1 Chapaira es de 2,794 habitantes; teniendo a su jurisdicción el caserío de Río Seco, Miraflores y Chapaira propiamente dicho; se han registrado desde el año 2009 hasta la fecha ,71 embarazos en adolescentes de 14-19 años.

De acuerdo a la información recogida por los registros del Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla - Piura y a lo que ha sido reportado por los informantes claves, entre los factores que predisponen a un embarazo se encuentran el uso de las redes sociales ilimitado sin supervisión y sin patrones de conducta, el estilo de vida de muchas familias donde los padres salen a trabajar, falta de comunicación entre padres e hijos; el no uso de métodos anticonceptivos por desconocimiento de los mismos (10).

Ante esta situación dicho establecimiento ha implementado medidas para reducir estos acontecimientos, donde se incluye la atención diferenciada para que las adolescentes accedan a información de calidad y garanticen el acceso oportuno de métodos anticonceptivos, así mismo a las gestantes adolescentes captadas, que no

acuden a su control prenatal se les hace un seguimiento para reducir los factores de riesgo que podrían complicar su estado .

Por lo anunciado surgió la necesidad de plantearse las siguientes interrogantes:

- *¿Cuáles son los factores que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla-Piura 2013?*

-*¿Cuál es la percepción que poseen las adolescentes embarazadas sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el Establecimiento de Salud I-1, Chapaira, Castilla-Piura 2013?*

Para dar respuesta al problema, se ha planteado los siguientes objetivos generales:

-Identificar los factores que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla-Piura 2013.

-Determinar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla-Piura 2013.

Para poder conseguir los objetivos generales, se han planteado los siguientes objetivos específicos: (a) identificar los Factores individuales, familiares, sociales, económicos y culturales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes en el ámbito de estudio, (b) identificar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva como factores que predisponen en el embarazo precoz en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio, (c) identificar las actitudes sobre salud sexual y reproductiva como factores que predisponen el embarazo precoz en las



gestantes adolescentes del ámbito de estudio, (d) identificar las prácticas sobre salud sexual y reproductiva como factores que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio, (e) determinar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio .

Finalmente, la investigación se justifica por ser un investigación inédita, además porque el embarazo precoz representa un problema de gran magnitud, considerando además que los casos van cada día en aumento, sin dejar de mencionar que se pone en riesgo la vida de la futura madre, y del niño. Por ello la necesidad de aplicar la siguiente investigación en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla – Piura. 2013, esto servirá para conocer la realidad de la situación y poder crear estrategias que tengan un impacto significativo en la problemática de estudio y a la vez contribuir a futuras investigaciones como una fuente de información para los interesados en resolver esta problemática.

Los datos que obtengamos también nos ayudara a identificar y analizar los factores que predisponen en el embarazo precoz con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva, dirigidas a los/las adolescente de esta localidad, logrando modificar los patrones de conducta de éstas, asimismo incluir a los diferentes actores sociales de la comunidad que permitan hacer conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de embarazos precoces.

Así mismo determinar la percepción que tienen las adolescentes sobre la atención prenatal servirá como base para futuras investigaciones que planteara un

conocimiento más real de la problemática en estudio, esto abrirá nuevas expectativas y será un primer paso para contribuir a la construcción de estrategias e intervenciones que impacten positivamente en el programa de atención prenatal y, por consiguiente, en el bienestar materno.

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptivo, nivel cuantitativo; se ejecutó una muestra de 16 adolescentes de 14 a 19 años del Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla– Piura, las cuales cumplen con los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó un cuestionario para identificar los factores que predisponen el embarazo precoz y otro para determinar percepción sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia.

Los resultados obtenidos demostraron que dentro de los factores individuales, las adolescentes tenían las edades de 16 y 17 años con un 37.5% respectivamente, en cuanto al grado de instrucción el 43.75% tiene secundaria completa, así mismo entre los factores económicos se encontró que la ocupación de los padres es dependiente en un 68.75%. Con lo referente a los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, un 75% no sabe de salud sexual, un 56.25% no recuerda los temas de salud reproductiva, también se dio a conocer sobre las prácticas de salud sexual y reproductiva, donde un 62.5% afirma no ha utilizado ningún método de planificación familiar, por otra parte un 50% inicio una relación sexual a los 14 años.

Respecto a la percepción sobre la atención prenatal se encontró en cuanto al tiempo de espera para ser atendidas (68.75%), trato recibido (50%), privacidad que tuvo en la consulta (43.75%), consideran fue regular, de igual la información que le dio el profesional de salud sobre signos de alarma y cuidados en la consulta consideran es regular.

## II. Revisión de la literatura

### 2.1 Antecedentes

Itzá (11), en su estudio denominado: *Factores que influyeron en la Ocurrencia de embarazos en Adolescentes en el barrio playa blanca, San Benito Peten de Diciembre 2007 a Mayo 2008*. Revelan que entre el factor individual, respondieron haber iniciado las relaciones sexuales antes de los 18 años, comenzando a partir de los 14 años de edad marcándose un mayor inicio de las mismas a los 15 años con un 30% y de 16 años con un 40% de ellas. Esto nos dice que el 90% inicia las relaciones sexuales antes de los 18 años.

En cuanto al factor educativo se refiere, el 80% de ellas abandonó la escuela, 20% de las participantes no cuenta con un grado de escolaridad lo cual no es favorable para éste grupo de adolescentes. Se considera que el factor familiar es favorable ya que el 100% de las adolescentes respondió contar con el apoyo económico de algún miembro de su familia, 90% de las adolescentes respondió tener buena relación con los padres, aunque solo el 70% afirmó haber recibido orientación sexual por parte de sus padres. Lo relacionado al factor económico, 80% de las adolescentes se dedican a realizar oficios domésticos el cual significa que son adolescentes aun dependientes, sin embargo el 70% refiere que sus ingresos es suficiente para satisfacer sus necesidades, así mismo en cuanto a conocimientos, el 70% sabe sobre los métodos anticonceptivos, el 30% de participantes no tiene información alguna sobre anticoncepción, lo que significa que hay falta de educación para la salud, aún en áreas en donde se supone hay mayor acceso a servicios de salud.

Todas las adolescentes del estudio coinciden a que la edad de moda para casarse es a los 20 o aún menor, por consiguiente el embarazo a temprana edad es algo común; 100% de ellas respondieron que conocen a otra adolescente en la misma situación, 40% respondió que en su familia el embarazo fuera del matrimonio es considerado como algo normal lo que determina que los factores sociales y culturales no favorecen a las adolescentes ya que éstas viven en un ambiente en donde matrimonio y la procreación a edad temprana es común y vista como norma y no como tema de preocupación.

Hormazabal (12), en su estudio denominado: *Percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional matrona/matron en control prenatal, Chile 2006*. Se plantearon 15 dimensiones para ser exploradas, de las cuales al hablar de calidad en la atención, la totalidad de las entrevistadas clasifica la atención como buena, no así todas concuerdan con un significado más específico para atención de calidad, el discurso de todas las entrevistadas nos muestra la poca o nula confianza que poseen las adolescentes hacia sus matronas, lo que radica principalmente en sus personalidades (adolescentes), mostrando poco interés en confiar en la matrona, también demostrando vergüenza de expresar sus sentimientos y necesidades.

Por otra parte, al analizar los discursos, las adolescentes dejan entre ver las características que influyen en un ambiente de confianza, que para su análisis se dividen en subcategorías: Primero es importante la personalidad, las actitudes y prestancia del profesional, la personalidad de las adolescentes, y por último otro dato que es de mucha importancia analizar, es la mantención en el tiempo de la misma matrona controlando a la misma usuaria, por ejemplo "...Siempre me he atendido

con ella...”. El conocer al profesional se muestra como un hecho facilitador para que exista un ambiente de confianza durante cada prestación.

De los discursos de las adolescentes se deduce una nula comunicación que hay entre ellas mismas, como para tener un parámetro de comparación en la atención que se le brinda a cada una.

Analizando todos los discursos, es importante mencionar las subcategorías que emergieron de las entrevistas: No tiene paciencia, Anda apurada todo el rato, lo que muestra que la actitud de cada matrona influye directamente en la percepción que poseen las adolescentes sobre si la atención es buena o mala. La actitud del profesional en cuestión, también afecta de manera importante la confianza y comunicación entre matrona y adolescente, y la percepción sobre la atención.

En cuanto al tiempo para realizar la atención, existe un grupo que en su discurso manifiesta claramente la necesidad de un tiempo prolongado que es expresado por una actitud tranquila y relajada de cada matrona, resulta poco deseable para las adolescentes, la comunicación y dialogo con las matronas, pues para ellas representan un prototipo de autoridad que no inspira confianza.

Mayorga (13), en su estudio denominado: *Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.de San Cristóbal, Bogotá 2012*, participaron 12 gestantes adolescentes, entre los 17 y 19 años de edad, las cuales, según su nivel educativo, el 50% eran bachilleres y el otro 50% estaban cursando bachillerato. En cuanto al estado civil, el 50% eran solteras y el 50% vivían en unión libre .A partir de las entrevistas realizadas, se presentan algunas unidades de análisis que dieron lugar a las categorías y subcategorías de este estudio. En ellas las adolescentes refieren que se sienten cómodas al poder expresar lo que sienten y piensan, además de poder

aclarar dudas sobre su gestación, también coinciden en que los signos de alarma los mencionan en la mayoría de los controles prenatales y que se los saben de memoria, al igual que la toma de los micronutrientes. Sin embargo, se evidencia que algunas gestantes no mencionan en sus relatos las indicaciones que deben recibir sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

Los sentimientos que ellas describieron sobre su experiencia en el control prenatal fueron diversos, desde la alegría y la satisfacción hasta el temor y la angustia, algunos relatos permiten evidenciar que las gestantes se han sentido satisfechas con la atención y actitud del profesional que les realiza el control prenatal, destacando positivamente el lenguaje no verbal utilizado por los profesionales como miradas, sonrisas, dar la mano para saludar y despedirse; la amabilidad, el respeto y “El buen genio” son otras características que se presentaron durante la atención. No obstante otro grupo de gestantes adolescentes demuestra inconformidad sobre la actitud del personal, señalando que en la atención recibida, los profesionales no tienen una buena disposición, sienten que realizan el control de manera muy rápida y esto las hace sentir incómodas e insatisfechas, generando pensamientos radicales de no continuar en los controles.

Las adolescentes muestran satisfacción con el tiempo de realización del control prenatal, la mayoría manifestó que este tiempo es suficiente para llevar a cabo las actividades por parte del profesional, entre ellas, examen físico, lectura de exámenes, recomendaciones.

Serrano et al. Realizaron una investigación titulada: *Embarazo en Adolescentes. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero. San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007*, en la que encontraron que se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 ( 33,2 %)

correspondían a embarazadas adolescentes. El intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 16 y 17 años, registrándose 432 casos (77,6%). El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %). Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas eran solteras y 411 eran procedentes de zonas urbanas.

Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes se evidenció que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años, 407 (73,1%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad, 544 (97,7%) eran primigestas, 410 (73,6%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; Así mismo 488 (87,6%) no se habían realizado citología y 491 (88,2%) no usaron métodos anticonceptivos. Encontraron que 398 (71,5%) no se controlaron adecuadamente el embarazo. Los embarazos ocurren con más frecuencia durante la adolescencia media (15-16) años. A pesar de la educación sexual recibida se necesitan más esfuerzos, debido a que la mayoría cursaban secundaria y aún se inician sexualmente a edades tempranas sin uso de métodos anticonceptivos. Casi todas fueron primigestas desconociendo el significado de un buen control prenatal para prevenir las complicaciones futuras. Sin embargo en el estudio no hubo una alta incidencia de complicaciones ni para la madre ni para el producto (14).

Osorio (15), en su estudio titulado: *Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo María Auxiliadora 2013*, se supo que un 60% tienen entre 14 -16 años y un 44% tienen entre 17 a 19 años; un 65% respondieron primaria, un 43% secundaria, un 8% superior no universitaria y superior universitaria 7% de un total de 100 encuestadas, un 57% presento la religión

católica, y un 43% son evangélicas, asimismo un 70% están solteras actualmente y un 39% conviven con su pareja.

Barrera (16), realizó una investigación titulada : *Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal de Gestantes Adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de Octubre a Diciembre del 2007*, En donde encontró que en forma global la gran mayoría de jóvenes (84%) desconocen sobre conocimientos de sexualidad, específicamente en tres dimensiones, como son anatomía y fisiología sexual y reproductiva, prevención de ITS-VIH/SIDA y sobre metodología anticonceptiva; y como consecuencia, solo el 16% muestran conocimientos sobre sexualidad. Ya de manera específica valorando la dimensión sobre prevención de ITS-VIH/SIDA, un 70% desconocen sobre la prevención y el auto cuidado, aumentando así el riesgo frente a enfermedades mortales. Finalmente valorando las actitudes sexuales de los jóvenes, la gran mayoría (80%) presentan actitudes desfavorables, mientras que poca cantidad (20%) si muestran actitudes favorables en responsabilidad y prevención del riesgo sexual y ven si sexualidad como algo positivo.

La reacción que experimentan las adolescentes ante el hijo que llevan en su vientre, son sentimientos de alegría, felicidad, amor, cariño, emoción y "lo quiero", este último fue el que mayor expresiones tuvo. En menor cantidad manifestaron sentimientos de tristeza y dificultad para aceptar a su hijo e incluso una adolescente expreso indiferencia. En cuanto a la reacción propia ante su embarazo, la mayoría de adolescentes embarazadas refiere sentirse feliz, contenta, alegre, bien con su embarazo, otro grupo se siente triste, deprimida, miedo, temor, preocupada y decepcionada por su embarazo. El deseo de cuidar y darle lo necesario a su hijo/a se



puso de manifiesto en este grupo de estudio. En general la mayoría de adolescentes piensan positivamente en torno al hijo/a: cuidarlo, protegerlo, criarlo, educarlo, darle amor entre otros, en su mayoría más de dos o tres pensamientos positivos. Sin embargo hubo expresiones que requerían del apoyo de sus padres. Las respuestas, en general de las adolescentes muestran una reacción positiva al sentimiento y la forma que piensan en torno al embarazo y su futuro hijo/a.

Arana (17), en su estudio titulado: *Factores que predisponen los embarazos en las adolescentes 2013*, donde se obtuvo que el 26,67% de la muestra manifestó recibir información por amigos, en lo referente a métodos anticonceptivos el 56,67% manifestó conocer y saber el uso correcto del preservativo como método anticonceptivo, el 20% las pastillas, el 13,33% natural y el 10% restante manifestó conocer los inyectables.

Merino et al. Realizaron una tesis titulada: *Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud AltaVista, Enero a Junio de 2010*, en la cual encontraron que la influencia que hayan tenido las adolescentes en su desarrollo y dentro del contexto de la promoción de la salud en el país, el acceso a la educación sexual y salud reproductiva, la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, pueden influir de manera determinante en su conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos; de igual forma las presiones sociales y culturales a las que se exponen las adolescentes, podrían contrarrestar o desvalorizar los conocimientos adquiridos.

En el estudio participaron 38 adolescentes embarazadas, en rango de edad de 14 a 19 años, siendo, el mayor número de adolescentes entrevistadas de 18 años, seguidas de las de 17 años. En cuanto a la escolaridad, la mayoría ha estudiado hasta

tercer ciclo (noveno grado), el resto han realizados sus estudios de educación primaria (sexto grado) .

La mayor cantidad de adolescentes embarazadas pertenecen a la religión católica y un pequeño grupo de adolescentes no pertenecen a ninguna religión. La mayoría de las adolescentes está acompañada; otro grupo, en menor cantidad, refirieron estar solteras (viviendo con sus padres).

El grupo familiar de las adolescentes embarazadas que participaron en este estudio, está conformado por familias desintegradas, constituido principalmente por la madre y hermano/a, en menor cantidad su grupo familiar lo conforman sus padres (Madre y Padre) y hermanos, esto incluye a adolescentes que respondieron que están actualmente con su pareja, en su vivienda propia.

Al abordar sobre el trato de su familia antes de su embarazo, la mayoría de adolescentes entrevistadas respondieron que siempre han recibido un buen trato de parte de los integrantes de su grupo familiar, otro grupo, recibe maltratos por su familia, refiriéndose principalmente al maltrato de forma verbal; y una minoría contesto que existían pleitos con su familia. No hay diferencia en el trato que recibieron al conocer su embarazo, ya que la mayoría de las adolescentes reciben un buen trato de parte de los integrantes de su grupo familiar.

Las razones por las cuales las adolescentes embarazadas consideraron que quedaron embarazadas, fue porque no usaron ningún método de planificación familiar, a la vez que querían quedar embarazadas; de igual forma manifestaron que por descuido quedaron embarazadas.

En cuanto a los ingresos económicos de la mayoría de adolescentes, provienen de ambos progenitores (padre y madre), ya que aunque el padre no se encontrara

viviendo con su grupo familiar, pero daba su aportación económica para el sostenimiento de la familia, por otra parte se les pregunto a las adolescentes si conocían y/o sabían la cantidad de parejas que ha tenido el padre de su hijo/a, encontrando que las adolescentes no sabían cuántas parejas había tenido el padre del hijo/a antes de su embarazo, no habían tenido ninguna pareja antes de ellas.

El motivo de la pareja (padre de su hijo/a) de las adolescentes al no uso condón para evitar el embarazo es porque querían un hijo, por lo tanto no usaron preservativo en sus relaciones sexuales, sin embargo existieron parejas de las adolescentes no usaron el condón por desconocer de ese método.

En cuanto a las creencias, y al analizar el número de relaciones sexuales que cree la adolescente puede quedar embarazada, la mayoría dice que con una sola relación sexual, sin embargo existes adolescentes que piensan, que teniendo más de dos relaciones sexuales podrán quedar embarazadas.

En cuanto a los conocimientos, la mayor parte de las adolescentes embarazadas entrevistadas no conocen y/o tienen poco conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva: la mayoría no conoce o no recuerda sobre temas de salud sexual, otro grupo expresa que el tema de salud sexual se refiere a enfermedades de transmisión sexual, y menstruación.

Así mismo, la mitad de las adolescentes entrevistadas no conoce o no sabe sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar, y otro grupo, en menor cantidad conoce el uso correcto de más de un tipo de método de planificación familiar (preservativo, pastillas e inyecciones).

En cuanto a las actitudes, la indiferencia a los temas de sexualidad y protección no fue notoria, al contrario, ante el desconocimiento que tiene sobre los temas de

salud sexual y reproductiva, muestran y denotan la importancia del conocimiento de dichos temas principalmente para evitar enfermedades y embarazo, para tener más conocimientos, conocer riesgos y cuidarse, y para saber más de métodos de planificación familiar.

Los planes de vida de las adolescentes se modificaron, cuando se embarazaron; ya que la mayoría ya tenía su plan de vida para el futuro, entre los que se mencionan: estudio, incluye continuar los estudios actuales, bachillerato, y universidad. Durante el embarazo lo planes de vida cambiaron: al cuidado del bebe y de su embarazo. Después del embarazo, los planes de vida son seguir estudiando, estudiar y trabajar, y solamente trabajar, se mantuvo un grupo de adolescentes que continuarían apoyando a sus hijo/a (para salir adelante), cuidar al niño y paralelamente trabajar.

Al analizar las practicas sobre la salud sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas entrevistadas, en cuanto al uso de los métodos de planificación familiar, la mayoría de las adolescentes no ha utilizado ningún método de planificación familiar, otro grupo, han utilizado más de un método, siendo el más utilizado el preservativo.

En cuanto a la actividad sexual, los 16 años, representa la edad, en este grupo de estudio ser la mayor cantidad de adolescentes que iniciaron sus relaciones sexual. La mayoría de las adolescentes manifestaron solo haber tenido un compañero sexual, en comparación al resto que expresaron haber tenido más de dos compañeros sexuales (18).

Megnole (19), en su estudio titulado: *Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica – Lima 2009*, en la que se presentan los siguientes

resultados las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo, un 40% se siente triste ahora que está embarazada, un 53% piensa cuidar a su hijo y por ultimo un 45% de sus padres reaccionaron con enojo al saber del embarazo.

Ferrer et al. En su estudio titulado: *Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas 2010*, encontramos los resultados, con respecto a los Métodos anticonceptivos (MAC); así como el tipo de anticonceptivo más utilizado en los dos grupos fue el preservativo 52.5, un 23.75% utilizo un método natural y otro 23.75% utilizo píldoras anticonceptivas (20).

Tovar (21), realizo un estudio titulado: *Grado de satisfacción de las gestantes al recibir la atención prenatal en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 2004*, encontrando los siguientes resultados un 43% no sintió confianza y tampoco se siente satisfecha con la atención, mientras que en un 47% de la población refiere que no se le explica sobre la evolución y cuidados durante su embarazo; se observa que el 52% de las gestantes refiere tener regular grado de satisfacción en relación a la atención e interés durante la consulta, seguido de un 29% que no se le prestó atención e interés durante la consulta, un 47% califica la relación que mantiene con el profesional de salud como mala, un 29% regular y un 24% lo califica como buena. El 43% de las gestantes calificaron como regularmente claro y comprensible el lenguaje utilizado por el profesional que la atendió, seguido de un 32% que lo califica como buena, 25% como mala. 36% de las gestantes no preguntaron sobre sus dudas al profesional, un 33% en forma regular seguido de un 31% que si pregunto sus dudas; el 44%de las gestantes califico como bueno el

tiempo de espera para recibir la consulta, mientras que un 66% considera que es muy poco el tiempo de duración de la consulta prenatal y lo calificó como mala.

En cuanto al ambiente de la consulta, el 89% considera que el consultorio se encuentra limpio, el 48% calificó como regular la decoración y ambientación del consultorio sin embargo existe un aspecto en el cual la gestante se encuentra insatisfecha con la privacidad del consultorio donde un 40% considera que no es privado.

Urreta (22), realizó una investigación sobre *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho; 2008*, donde tenemos que del 100% (78) adolescentes embarazadas, 50 (64.1%) se encuentran entre los 17 a 19 años de edad, 42 (53.8%) tienen estudios secundarios incompletos, 41 (52.6%) son solteras, 23 (29.5%) se encuentran en el 8vo mes de gestación, 37 (47.4%) presentan un antecedente de embarazo adolescente en la madre, 46 (59%) viven con ambos padres y hermanos, y 55 (70.5%) inició las relaciones sexuales por decisión propia. Respecto al funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas en el área estructura de 78 (100%), 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional.

Salazar et al. En su estudio denominado : *Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú 2007*, encontraron que del total de adolescentes en estudio procedentes de 10 Instituciones, comprendidos entre los 10 y 19 años de edad, el grado de Conocimiento sobre sexualidad fue: 27.5% bueno, 50% malo y 15.5% muy malo. El inicio de la vida sexual activa fue

17.9% , con una edad promedio de 14.5 años, de los cuales el 83% han tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de “preservativo”).

La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes fue 19.4% mala y 76% muy mala. La comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con los conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.4%) tienen conocimiento malo y muy malo (70.1%); la comunicación familiar global entre progenitores y adolescentes con relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.9%); tienen mayor frecuencia de inicio de relaciones sexuales (16.5%), además mas frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13.9%). El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló que adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5%), tienen mayor frecuencia en el inicio de relaciones sexuales (9.1%) y un 7.8% sin protección (23).

García (24), en su investigación: *Factores biosocioculturales de adolescentes embarazadas. Piura, 2009*, obteniendo como resultados que del 100% de las adolescentes encuestadas el 48.78 % (20 adolescentes), tuvo su primera menarquía a la edad menor de 10 años, 48.90 % de 10 a 13 años mientras que un 7.31 % (3 adolescentes) la tuvieron entre las edades 14 a 16 años. Del 100% de las adolescentes estudiadas el 41.5 % tuvo su primera relación sexual cuando tenían edades que fluctuaban entre 14 a 16 años, mientras que el 39 % a los 17 años a más y sólo el 19.5 % (8 adolescentes) entre las edades 10 a 13 años. En el factor cultural del 100% de las adolescentes estudiadas el 39.03 % que 41 representan a 16

adolescentes tienen educación primaria, mientras que sólo el 9.75 % se encuentran sin educación.

Tume (25), realizó el estudio titulado: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 la Arena- Piura 2012*, en cuanto a las prácticas sobre la salud sexual y/o reproductiva de las gestantes adolescente, un 65% afirma que a utilizado el preservativo como método anticonceptivo, por otra parte un 50% inicio una relación sexual a los 15 años, además un 50% tuvo 1 compañero sexual y para acabar el 50% afirmo que la causa que influyeron para quedar embarazada fue que no se protegieron porque creerle al padre de su hijo que no saldrían embarazadas, en relación a los factores culturales que un 55% no sabe si el padre de su hijo tuvo otras parejas, de igual forma un 55% afirma que el padre de su hijo no tuvo ningún hijo antes de su embarazo, también un 60% no uso condón para evitar el embarazo por desconocimiento, por otra parte un 60% piensan que se necesitan 3 relaciones coitales para quedar embarazadas.

Estrada (26), realizó una investigación titulada: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 Víctor Raúl Haya de Torre – Piura 2012*, con respecto al motivo por el cual no se usó condón el 40% es porque no tenía en ese momento, con respecto a los sentimientos que experimenta actualmente hacia su hijo 45% expreso sentir Amor, cariño y emoción, asimismo encontramos que estando embarazada un 45% siente miedo/ preocupación, el 45 % quieren cuidarlo, protegerlo y educarlo a su hijo



Camino et al, en su estudio titulado: *Factores predisponentes al embarazo en adolescentes del centro de salud los Algarrobos 2007*, reflejó como resultado, que el 54% dijo que los ingresos provienen de los padres y un 46% provienen de su mamá; asimismo dijeron que la ocupación de sus padres era independiente en el caso de la madre en un 45% y del padre era dependiente en un 53% y un 47% el trabajo es independiente (27).

Ordoñez (28), en su estudio titulado: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal en el Hospital de la Amistad Perú - Corea II – 2 Santa Rosa – Piura 2012*, encontró que en un 33,33% de su grupo familiar está conformado por padres y parejas, seguido por el trato de la familia antes de su embarazo el 53,33%, fue bien, y finalmente con respecto al trato de su familia al conocer sobre su embarazo el 46,67% fue enojo, reclamos y reproches,

Camino et al, presentaron una investigación sobre: *Factores predisponentes al embarazo en adolescentes del centro de los Algarrobos Piura-2006*, donde se evidenció que el 64% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera menstruación entre los 12 y 13 años de edad; y que al 16% de dichas adolescentes se le presentó más temprano, entre los 10 y 11 años de edad y a otras 16%, fue entre los 14 y 15 años de edad. Se puede comentar que el 96% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera menstruación entre los 10 y 15 años de edad. Podemos decir que el mayor porcentaje en embarazos en adolescentes se ha presentado en la adolescencia temprana (11-13 años) durante la primera menstruación.

Con respecto al grado de instrucción de las adolescentes embarazadas, se describe que el 52% han cursado secundaria; el 40% , primaria; y el 8%, estudio superior no universitaria. Ninguna de las adolescentes embarazadas indicó grado de instrucción primaria y tampoco, superior universitaria , por otro lado el 54% dijo que los ingresos provienen de los padres y un 46% provienen de su mama; asimismo dijeron que la ocupación de sus padres era independiente en el caso de la madre en un 45% y del padre era dependiente en un 53% y un 47% el trabajo es independiente . El 64% de las adolescentes embarazadas fueron ama de casa y el 36%, indicaron que estudiaban. Ninguna paciente manifestó que trabajaba. Se evidencia que la mayoría de las adolescentes embarazadas se dedican a labores domésticas (29).

Ruidias (30), realizo una investigación titulada: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 María Goretti – Castilla – Piura 2012*, revelándonos que el 36,36% de las gestantes adolescentes tiene 17 años así mismo el grado de instrucción que predomina es secundaria completa con un 45,5% mientras que en la religión podemos encontrar que el 63,64% profesa la religión católica y por último el 77,27% convive con sus parejas , así mismo se observa el 40,91% no tiene conocimientos sobre salud sexual, así mismo un 40,91% no recuerda sobre salud reproductiva.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Teorías de la adolescencia.**

Perspectiva biogenética, psicoanalítica, cognitivo-evolutiva y sociológica

G. Stanley Hall (1844-1924) es considerado como el precursor del estudio científico de la adolescencia, Hall aplicó el punto de vista evolucionista de Darwin a la hora de conceptualizar el desarrollo adolescente. La idea central de Hall fue la de identificar la adolescencia como un periodo turbulento dominado por los conflictos y los cambios anímicos (un periodo de "tormenta y estrés", expresión tomada de la literatura romántica alemana), claramente diferenciado de la infancia, y en que el adolescente experimenta como un nuevo nacimiento como ser biológico y social.

Hall, distingue cuatro etapas en el desarrollo, que se corresponden con fases históricas primitivas de la evolución de la humanidad, así plantea la infancia, niñez., juventud y adolescencia.

- El período de la infancia: de 0 a 4 años, representa la etapa animal de la raza humana. Veía al gateo del bebe como la etapa en que la especie aún utilizaba las cuatro patas. Es la época del predominio sensorial y la adquisición de los aprendizajes de auto preservación.
- El período de la niñez: De 4 a 8 años, se corresponde con la etapa de la caza y de la pesca. Es la etapa en que a través del juego simbólico el niño rememora la cultura del hombre de las cavernas.
- En el período de la juventud: De 8 a 12 años, el niño recapitula la "vida monótona del salvajismo", Es el momento adecuado para la educación y el "adiestramiento" de las técnicas instrumentales de la lectoescritura.

- El período de la adolescencia: De 12 años al inicio de la adultez, que la ubica alrededor de los 22 a 23 años, está caracterizado por lo que los filósofos románticos alemanes llamaron el "Sturm und Drang "(entendido como tormenta e ímpetu). Es el ingreso en el estado civilizado y con ello finaliza la recreación de las fases de la evolución humana.

Hall percibía la vida del adolescente como en constante fluctuación entre tensiones. Conflictos. y tendencias contradictorias, es la etapa en que el adolescente desea tanto la soledad como la integración en grandes grupos y en que actúa particularmente de manera ciclótica. En esta etapa, que para Hall era considerada como un segundo nacimiento, ya que era la entrada en la civilización, se producían el mayor: número de transformaciones y es la llegada a la madurez.

Desde la perspectiva psicoanalítica, Sigmund Freud, plantea la evolución de la personalidad desde el nacimiento hasta la adolescencia. Esta evolución se verá marcada por etapas que se irán expandiendo e integrando una tras otra, no como compartimientos estancos, sino como un todo facilitador.

Freud plantea el siguiente esquema de desarrollo psicosexual del individuo.

- Etapa Oral (0 a 2 años): En una primera fase pasiva, fase oral. La boca es la zona erógena por excelencia a través de la cual el niño recibe estímulos autoeróticos a través de conductas como el chupar, beber y comer. En un segundo momento, fase sádico-oral coincidente con la dentición, sus tendencias autoeróticas lo llevan a morder.
- Etapa Anal (2 a 4 años): La zona erógena se traslada de la región oral a la anal. El niño retiene y expulsa sus excrementos para lograr placer y ejercer, de este modo, poder sobre sus padres. Coincide con el control de esfínteres.

- Etapa Fálica (4 a 6 años): Se inicia con el interés por la manipulación de los órganos sexuales. aparecen la masturbación y los impulsos de conocimiento e investigación. En esta etapa. se realiza la plena instauración del yo a través del narcisismo y comienza a instaurarse y actuar el super-yo. Es en este momento, cuando el niño atraviesa su conflictiva edípica por la cual va a ingresar, ante el temor a la castración. en una nueva etapa.

- Etapa de Latencia (6 a 12 años) : Durante este tiempo los impulsos libidinales ya no tienen un fin de autoerotismo, sino que se canalizan a través del interés por el estudio y otro tipo de actividades. Actúa el super-yo y el principio de realidad, por encima del principio del placer. Su fin está marcado por el crecimiento y maduración de los órganos genitales.

- Etapa Genital (a partir de los 12 años) : En la pubertad, los instintos sexuales se instalan definitivamente en la zona genital. A partir de este momento, el objetivo sexual será la actividad sexual plena. El individuo, en la adolescencia, llega a la sexualidad genital en la que los impulsos libidinales buscan una satisfacción urgente, que le darán por primera vez en su vida la posibilidad de una relación sexual completa.

En esta etapa, se reaviva la conflictiva edípica y se resuelve definitivamente con la elección de objeto sexual. Es común observar a adolescentes "enamorados" de personas adultas en claro desplazamiento del amor al padre o la madre. La tarea primordial del adolescente, tal como la plantea teoría psicoanalítica, será "el logro de la primacía genital y la consumación definitiva del proceso de la búsqueda no incestuosa del objeto sexual.

Desde la perspectiva cognitivo-evolutiva (Jean Piaget como autor de referencia), la adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, y por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal. Estas nuevas capacidades cognitivas les capacita para el desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico, que aplicará en su perspectiva sobre la sociedad y en la elaboración de proyectos de vida. Desde esta perspectiva la adolescencia se produce, pues, por una interacción entre factores individuales y sociales (31).

Por último, desde la perspectiva sociológica, la adolescencia es el periodo en el que los jóvenes tienen que consumir los procesos de socialización a través de la incorporación de valores y creencias de la sociedad en la que viven y la adopción de determinados papeles o roles sociales. El sujeto tiene que realizar opciones en este proceso haciendo frente a las exigencias y expectativas adultas. En este caso la adolescencia es vista como el resultado individual de las tensiones que se generan en el ámbito social, cuando las generaciones de jóvenes reclaman un estatus de independencia en la sociedad. Desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral, como soporte necesario de ese tránsito desde una situación general de dependencia a otra de independencia.

La situación de segregación social de la que provienen y el alargamiento de los procesos de tránsito a la sociedad adulta les colocan en una situación de vulnerabilidad. Por tanto, aquí la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo (32).

### **2.2.2 Etapas Evolutivas de la Adolescencia**

La adolescencia es una crisis evolutiva en sentido positivo, puesto que en este período aparecen gran cantidad de cambios que precisan readaptaciones importantes. Cada adolescente vive y se adapta a estos cambios de formas muy diversas dependiendo de numerosos factores, que abarcan un rango muy amplio, desde los individuales (temperamento, rasgos de personalidad, habilidades intelectuales, rendimiento académico o estrategias de afrontamiento, entre otros), hasta los contextuales (el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la pertenencia a un grupo étnico minoritario, el tipo de centro escolar o la composición y estabilidad familiar) (33).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “La edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático (34).

Por otro lado la OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años, (a) Adolescencia temprana de 11 a 13 años, correspondiente a la pubertad, (b) adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 16 años, (c) adolescencia tardía de 17 a 19 años. Cada etapa trae sus propios cambios físicos, emocionales, psicológicos y de comportamiento .

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 menarquía.

- 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 vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física .

**Adolescencia media (14 a 16 años).** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

**Desarrollo Cognoscitivo:** La adolescencia es la etapa donde madura el pensamiento lógico formal. Así su pensamiento es más objetivo y racional. El adolescente empieza a pensar abstrayendo de las circunstancias presentes, y a elaborar teorías de todas las cosas .

La adolescencia es también la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece bastante campo ni proporciona suficiente materia a las desmedidas apetencias de sentir y así se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve a sus anchas. Es también la edad de los ideales. Aunque estos hechos no afecta a todos los adolescentes depende de la formación recibida .

**Desarrollo motivacional:** según Schneiders, En la adolescente sobresalen los siguientes motivos: necesidad de seguridad, necesidad de independencia, necesidad de experiencia, necesidad de integración (de identidad), Necesidad de afecto.

**Desarrollo afectivo:** Es difícil establecer si la adolescencia es o no un periodo de mayor inestabilidad emotiva; pero nada impide reconocer la riqueza emotiva de la vida del adolescente y su originalidad. La sensibilidad avanza en intensidad, amplitud y profundidad, el adolescente es variado en su humor .



**Desarrollo social:** Tanto el desarrollo cognoscitivo, como el motivacional y afectivo agilizan el proceso de socialización. El adolescente tiene en su comportamiento social algunas tendencias que conviene reseñar:

A medida que crece, son mayores y más variadas sus experiencias sociales, este mayor contacto con la sociedad favorece un conocimiento más real de la sociedad tiene mayor conciencia de los demás, así como una progresiva conciencia de pertenencia a una clase social. Otras tendencias importantes son la madurez de la adaptación heterosexual, la búsqueda de status en el grupo de compañeros de la misma edad y la emancipación de la familia.

En esta época aparecen rivalidades y luchas para obtener el poder y ejercerlo sobre los demás. Prueba sus fuerzas físicas y así se convierte en agresivo, lo que se manifiesta con ciertos actos exteriores (se golpean unos a otros), palabras agresivas (se insultan), manifestaciones reprimidas y ocultas, agresividad contra sí mismos, agresividad contra las cosas .

La situación del adolescente frente a la familia es ambivalente: por una parte está la emancipación progresiva de la familia, lo que implica un riesgo y por otra, el adolescente percibe que su familia es fuente de seguridad y ayuda, con miedo a perderla.

**Desarrollo sexual:** La sexualidad del adolescente no es sólo un fenómeno psicofisiológico, sino también sociocultural. Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que vive el adolescente determinan en gran parte su actitud y comportamiento psicosexual. Todos los adolescentes en un momento dado se preocupan más o menos de su desarrollo sexual pero de ello no hablan espontáneamente sino en un clima de gran confianza. En la adolescencia comienzas

las primeras atracciones heterosexuales, la chica es más corazón y el chico es más cuerpo. La chica es más exhibicionista que el chico .

**Desarrollo moral:** La moral para los adolescentes no es una exposición de principios, ni un conjunto de convenciones sociales; es, ante todo, un comprometer todo su ser a la búsqueda de la imagen ideal de sí mismo, donde pone a prueba la fuerza de la voluntad, la solidez de las posibilidades y cualidades personales .

**Desarrollo religioso:** En la adolescencia se pone en movimiento exigencias particulares como el encuadramiento del propio yo en un mundo que tiene un sentido absoluto; estas exigencias hallan respuesta sólo en una específica dimensión religiosa. Sin duda que para esto influye la educación dada por los padres, la educación de la escuela y el medio ambiente El grupo de compromiso en la fe ahonda la religiosidad del adolescente y lo abre a los demás .

**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 (33) .

- Cambios físicos: Mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado por la pubertad y durante esta etapa llegan a su altura y peso de adulto.
- Fase cognitiva: Mayor capacidad para pensar de forma abstracta e hipotética sobre el presente y el futuro. Al poder entender y compartir mejor los acontecimientos que les rodean y que ocurren más allá de su círculo social inmediato, pueden adoptar una nueva conciencia social.

- Desarrollo moral: Menos egocentrismo y mayor énfasis sobre valores abstractos y principios morales. Como el desarrollo emocional y el desarrollo cognitivo no van al mismo paso, es posible que los mismos adolescentes que reivindican ciertos valores, los violan a la vez. En este sentido es una etapa algo contradictoria.
- Concepto de sí mismos: Es la etapa en la que los adolescentes forman su propia identidad. Experimentan con distintos aspectos, papeles, valores, amigos, aficiones... Niñas con problemas de peso pueden tener tendencia a la depresión.
- Características psicológicas: Cierta vulnerabilidad ante posibles preocupaciones, depresiones y trastornos como la anorexia.
- Relaciones con padres: Conforme se van avanzando por esta última etapa de la adolescencia, suele haber menos conflictos entre hijos y padres y mayor respeto porque las hijas ya pueden ver sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares. Siguen discrepando con algunos límites impuestos por los padres (como dinero, tareas en casa, hora de llegar a casa, apariencia...), aunque la existencia de estos límites les beneficiarán mucho a largo plazo.
- Relaciones con compañeros: Las amistades entre chicos y chicas empiezan a ser más frecuentes y la influencia de los amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia. Los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente (34).

### 2.2.3 Teorías del embarazo.

**Teoría psicoanalítica:** A medida que las niñas comienzan a experimentar los profundos cambios biológicos que afectan sus sentimientos, así como su cuerpo, se tornan atemorizadas e inseguras y se aferran a la dependencia que en su desarrollo infantil significó una fuente de seguridad. La niña quiere y trata de seguir siendo una criatura que encuentra seguridad en su dependencia con la madre y del padre, pero ya no puede.

Ha formado nuevas identificaciones fuera de la familia y se ve arrastrada en la lucha que libran sus contemporáneos por alcanzar cada vez mayor independencia. El impulso a emanciparse de la familia se torna tan poderoso como el sexual, y a menudo, uno de ellos sirve para alcanzar los fines del otro. Ni el impulso biológico ni el psicológico pueden alcanzar una expresión realista, madura y satisfactoria sin haber superado antes el conflicto implícito en las relaciones infantiles previas de la niña. Y, sin duda, es difícil que un individuo pueda lograr una independencia satisfactoria si no ha saboreado plenamente las gratificaciones de la dependencia Infantil.

Cuando las necesidades de dependencia no han sido satisfechas, el impulso y la Independencia es provisional, o bien está tan coloreada por la rabia y la frustración que solo puede conducir a una actividad deformada o agresiva contra un mundo que no ha dado amor y que, por lo tanto no es amado. Si el desarrollo emocional infantil fue pleno en dificultades de modo que la niña se siente rechazada y no querida, cabe esperar una adolescencia perturbada. Los sentimientos de ansiedad, soledad, hostilidad y frustración pueden intensificar urgencias sexuales ya poderosas de por

si. Así mismo, las necesidades no gratificadas de dependencia, el afecto y la aceptación se buscan fuera del hogar.

La adolescente que no ha experimentado con sus padres el dar y recibir de la relación de amor, o que solo ha sido objeto de interés circunstancial por parte de éstos, tiende a confundir el interés pasajero de los muchachos con amor (35).

**Teoría biológica:** La aparición de la menarquia a edades cada vez más tempranas reportadas en todo el mundo, pueden ser un elemento coadyuvante para que se dé el embarazo en las adolescentes, sobre todo si se considera que los cambios fisiológicos en el organismo femenino y la capacidad de concebir pueden predisponer a la adolescente a convertirse en un ser sexualmente activo .

**Teoría social y cultural:** Durante los años adolescentes los muchachos y las chicas pasan por cambios físicos y emocionales; además de que se encuentran expuestos a presiones sociales que alientan la actividad sexual. La publicidad, la música y las películas, frecuentemente transmiten el mensaje sutil de que las relaciones sexuales son aceptables y tienen un encanto. Los adolescentes sienten presión de no ser menos conocedores o experimentados que sus compañeros .

Por otro lado, la sociedad ofrece un modelo de amor dicotomizado: uno limpio, puro y deseable y sin sexo, y otro impuro, indeseable y donde el sexo contamina, daña; lo que a su vez genera un modelo igualmente dicotomizado del sexo: el legítimo dentro del matrimonio y el ilegítimo fuera de él. Mientras los medios masivos de comunicación bombardean con estímulos visuales dirigidos a la sexualidad; se exige por una parte abstinencia y virginidad a la mujer y desenfreno y lujuria al hombre .

**Teoría familiar:** Cuando las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia son débiles o se han roto y no existe unión en el grupo familiar, esto es causa de un desequilibrio en la misma. Las desavenencias de los padres provocan la desorganización familiar, las alteraciones padre-hijo y las necesidades emocionales de los miembros de la familia, tienen como consecuencia una serie de experiencias que implican una transición en la vida de los adolescentes, llevándolos a un desequilibrio que da lugar a que los miembros de la familia ensayen una serie de mecanismos adaptativos, algunos de los cuales pueden tener éxito, sin embargo, la mayoría de las veces, los lleva a múltiples tensiones y a una situación adversa que provoca trastornos en su desarrollo.

A raíz de lo anterior, hay adolescentes que recurren a las siguientes conductas:

- Se casan para huir del hogar y salirse de la situación imperiosa de la familia.
  - Provocan un embarazo.
  - Se unen en pareja para lograr aunque sea de forma ficticia, autonomía y libertad, o porque no tienen a donde ir simplemente deciden irse con su pareja
- Algunos autores, estudiosos del tema, han coincidido en mencionar que los principales factores relacionados con el embarazo en los adolescentes son: los conflictos familiares, la violencia intrafamiliar, la falta de comunicación, el desafecto y el autoritarismo. Estas condiciones generan en los adolescentes, una necesidad desmedida e incontenible de afecto, que buscan canalizar neuróticamente en la relación de pareja en donde la gratificación sexual apunta a una entrega sumisa, incondicional y sin ninguna defensa del ego.

Se trata de un arranque momentáneo, bajo la presión de una situación emocional tensa. A menudo se producen a continuación de una disputa grave con la madre,

relaciones familiares deficientes, falta de amabilidad y en una palabra, una "enfermedad de infelicidad", tales parecen constituir en muchos casos la motivación.

La estructura de la personalidad de estas adolescentes, es muy tenue y no son capaces de protegerse a sí mismas o de elaborar Planes adecuados que las protejan. En las historias infantiles de estas adolescentes se encuentran abrumadoras pruebas de desorganización familiar, provenientes de hogares destrozados o donde reina una amarga infelicidad.

Se ha referido, que la falta de integración al grupo de origen, la falta de expresión de afectos los cuales pueden estar condicionados por patrones de conducta rígidos, lo que impide que la comunicación no se de en forma clara; pudiendo, ser estas condiciones las que favorezcan que la adolescente busque fuera de la familia la expresión de afecto, de comunicación y la pertenencia a un grupo. En el estudio de la familia, casi todos están de acuerdo en que una familia bien organizada, cuyos roles no sean muy rígidos. Los miembros de una familia resisten y puede afrontar mejor una crisis.

**Teoría psicológica:** En la etapa adolescente, el sentimiento de soledad se intensifica dando lugar algunas veces a la depresión y a un sentimiento de vacío, las muchachas buscan refugio de esto en la vida, en la fuga y excitación de falsos placeres. Especialmente las muchachas cuyos sentimientos de soledad se exageran por falta de ternura en su medio, están dispuestas a tener relaciones sexuales no controladas que conducen a la maternidad, con sus maravillosas oportunidades para satisfacer el más tierno de todos los sentimientos. Así mismo, un yo débil, baja autoestima, falta de asertividad, e inseguridad son otros factores que son casuales directos del embarazo en adolescentes.

Al analizar las teorías anteriormente mencionadas, podemos inferir que el que se dé el embarazo en adolescentes va a estar determinado por factores tanto biológicos, como psicológicos, sociales, culturales y económicos. Los cuales no pueden ser vistos aisladamente, debido a que cada uno de éstos, están relacionados entre si influyendo de manera importante en la adolescente; llevándola en la mayoría de las veces a quedar embarazada (35).

### **2.2.3 Percepción**

A través de los años, la percepción ha sido objeto de investigaciones tanto teóricas como empíricas, dentro de distintos campos como la antropología, filosofía, sociología y permanentemente en la psicología. Ha dado lugar a una gran cantidad de problemas conceptuales y un sinnúmero de estudios experimentales, pues el término de percepción se sigue empleando de forma vaga, ambigua e imprecisa.

Para iniciar con una aproximación del concepto, se parte de la definición presentada en el Diccionario esencial de la Lengua Española (Real Academia Española), en donde, percibir, se define como “recibir por uno de los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones externas. Comprender o conocer algo” (36).

Cabe resaltar, que la percepción posee un nivel de existencia consciente e inconsciente; consciente es cuando el sujeto se da cuenta de que percibe y reconoce ciertos eventos, en el nivel inconsciente se realizan los procesos de selección y organización de las sensaciones. De igual forma, uno de los elementos fundamentales que definen a la percepción, es el reconocimiento, el cual es “un proceso importante porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo



largo de la vida con los cuales se comparan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno”.

Con lo anterior, es evidente que la percepción es un proceso mediante el cual obtenemos información y conocimiento del mundo a través de los sentidos, donde se involucran los estímulos físicos y las sensaciones, así como la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Esta selección y organización buscan satisfacer las necesidades individuales y colectivas, en función de la supervivencia y la convivencia social. En este caso, las gestantes adolescentes al interactuar con la consulta de control prenatal (profesional de la salud, actividades, ambiente físico, creencias, etc.) forman percepciones particulares, dependiendo de situaciones y experiencias vividas, las cuales son relativas a la situación histórico-social, pues la percepción tiene una ubicación espacial y temporal: espacial, el sitio donde se realiza el control prenatal, y la ubicación temporal, hace referencia al tiempo en que se realiza el control prenatal (36).

### **Percepción de la calidad en salud**

El acto médico debe tener calidad técnica y humana: respeto, ética, solidaridad, equidad, trato confiable, puntualidad, explicación de su padecimiento, conocimiento, tecnología, destreza y habilidad. Estas cualidades son percibidas por el cliente quien recibe la prestación del servicio. El usuario emite un juicio de valores que puede ser favorable o desfavorable, de acuerdo a si satisface sus expectativas o no (37).

#### **2.2.3.1 Teorías de percepción**

**La teoría Empirista**, Thomas Hobbes, John Locke y George Berkeley la única fuente de verdadero conocimiento acerca del mundo es la experiencia sensorial, es

decir, aquello que se ve, oye, huele, etc. Desde la filosofía se ha visto como una teoría del conocimiento, la cual enfatiza en la importancia que tiene la experiencia como base de todo conocimiento. Aquí la percepción es el producto de las combinaciones entre aprendizaje y sensaciones, todas las señales que son emitidas por los sentidos, construyen las ideas con las que cada individuo define su entorno.

**La teoría del Estructuralismo**, con exponentes como Wundt y su alumno Titchener, los cuales propusieron descubrir los contenidos de la conciencia, entre ellos la estructura de la percepción, señalando que ésta es reducida a sensaciones elementales. Aquí los tipos de contenidos mentales son las imágenes, emociones y sensaciones y su método experimental se basaba en la introspección, que buscaba estudiar las experiencias inmediatas de un organismo, el objetivo, entonces, permanecía en analizar la experiencia mental para descubrir sus componentes más simples, además, descubrir cómo se combinan estos componentes o elementos y finalmente conectarlos con las condiciones fisiológicas o corporales.

**La teoría Gestalt o teoría de forma**, la cual se consolidó como un movimiento que hizo grandes esfuerzos para producir principios explicativos sobre la percepción y generó un profundo impacto sobre la psicología social moderna. El movimiento Gestalt, arraigada a la tradición filosófica de Kant, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, quienes consideraban a la percepción como un proceso fundamental de la actividad mental, y las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual. Además, planteaban que la percepción es el proceso inicial de la actividad mental y no una derivación cerebral de estados sensoriales, donde

predomina un estado subjetivo, a través del cual se realizan abstracciones del mundo externo o de acciones relevantes.

Así, la percepción determina la entrada de información y luego garantiza que esa información retomada del exterior, configure abstracciones, ya sean juicios, categorías, conceptos, entre otras.

**La teoría Ecológica** o Gibsoniana, los esposos Gibson (James J. Gibson y Eleanor J. Gibson) se basaron en una concepción del ambiente a percibir, es decir, que en esta teoría los procesos mentales representan un papel mínimo o nulo y el interés radica en la descripción minuciosa del medio ambiente natural, donde el individuo recoge la información necesaria, la cual explica la incorporación directa de la información al perceptor. Se tienen en cuenta aspectos literales, sustanciales o geográficos del ambiente, como la textura, la forma, la profundidad, los cuales permiten lograr un reconocimiento de los objetos propiamente dichos.

**La teoría Constructiva**, parte de la tradición empirista y se enmarca en el papel activo del observador en el proceso perceptual. Aquello que se percibe es una construcción mental basada en estrategias cognitivas como la memoria, la atención y el aprendizaje, relacionados con experiencias pasadas, expectativas, motivos, etc. Uno de sus mayores exponentes fue el psicólogo Richard Gregory.

**La teoría Computacional**, la cual se considera como una moderna versión de la teoría sensorial, El enfoque computacional trata al sistema visual como una computadora programada para percibir objetos, su principal exponente fue David Marr, quien señala “La visión puede ser entendida como una tarea de procesamiento de información que convierte una representación de la imagen numérica en una forma simbólica orientada representación”

**La teoría Neurofisiológica**, la cual afirma que los procesos sensoriales y perceptuales son explicados a través de mecanismos neurales y fisiológicos, que hacen funcionar las estructuras sensoriales. Estos mecanismos dominan los aspectos del comportamiento y suministran valiosa información sobre el ambiente, sin embargo, esta teoría por sí sola no puede explicar el complejo proceso de la percepción, puesto que ésta va más allá de mecanismos biológicos y fisiológicos, como se mencionó en otras teorías. (38).

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1 embarazo adolescente:**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se agrega a la crisis de la propia adolescencia. 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. Con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, y se preocupan más por sus necesidades personales, no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.

El embarazo adolescente se constituye en un problema en el ámbito de la salud sexual y reproductiva debido a su particular ubicación sociodemográfica en los estratos populares y en las consecuencias que eso tiene para el desarrollo social de las jóvenes involucradas (39).

La Organización Mundial de la Salud, considera el embarazo durante la adolescencia como “Embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes” (40).

### **2.3.1.1 Factores que predisponen el Embarazo Adolescente**

El embarazo adolescente se considera un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia de las sociedades urbanas. Trunca las más de las veces, en las mujeres, el desarrollo de una escolaridad que las capacite para ejercer un trabajo calificado en el futuro, las obliga a asumir un papel materno para el que no están preparadas porque simplemente no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarlo (41).

**Factores Individuales:** Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes: Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia.

**Factores sociales:** Las repercusiones sociales de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo con la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones que hay en cada país para la protección de la menor.

La intensidad con que el embarazo incide en la vida adolescente depende de la aceptación o el rechazo que reciba, de si hay o no apoyo e involucramiento familiar para la afectada. Indiscutiblemente, la familia es el factor que puede orientar el futuro en una forma positiva o permitir que este no tenga ya sentimientos para la joven. En otras palabras el éxito social de las jóvenes involucradas en el embarazo se

encuentran en las conductas de protección inteligente de los padres con los hijos, así como en las actitudes de responsabilidad que les ayuden a asumir para resolver su problema con creatividad y voluntad personal .

Los siguientes factores sociales que influyen en las adolescentes:

- Abandono escolar.
- Mal o inadecuado uso del tiempo libre.
- Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral.
- Ingreso temprano a la fuerza laboral.
- Marginación social

**Factores cognitivos:** La ignorancia de muchas jóvenes en la adolescencia, principalmente durante la primera etapa de la misma (12 a 14 años de edad), no solo respecto al funcionamiento de su cuerpo, sino de la trascendencia que en su vida tiene el ritmo del ciclo menstrual, facilita que muchas jóvenes, a pesar de tener relaciones coitivas frecuentes, no se preocupen por la posibilidad de un embarazo inoportuno. En esta etapa de numerosos cambios, es mucho el déficit de información que presentan las adolescentes sobre los diferentes aspectos que conlleva el mantener una vida sexual activa (adoptar medidas anticonceptivas) y que repercutirán en muchos aspectos de su vida.

**Factores Psicológicas:** Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras.

La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Dentro de las causas socioculturales se mencionan:

- Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
- Para castigar a los padres por su incompreensión.
- Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
- Agradar al novio

**Factores familiares:** Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

**Factores culturales :** Una de las causas predisponentes dominantes son las de carácter cultural; no se puede decir con exactitud el área que será más afectada, ya que esto se relaciona con los antecedentes de vida de la paciente, no tan solo en el presente sino la que ha cursado desde la infancia en el ambiente cultural que la ha influido (41).

### **2.3.2 Atención Prenatal**

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo (42).

Conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. El control prenatal es un programa indispensable para las gestantes, el cual permite detectar oportunamente factores de riesgo a nivel de las características individuales de la madre, de su historia reproductiva previa, de su embarazo actual y de enfermedades clínicas que puedan afectar su gestación; promueve y fortalece hábitos saludables y establece acciones inmediatas para el bienestar de la gestante y de su hijo (43).

“El control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo”, tiene como objetivos, además de prevenir y controlar factores de



riego, reducir los niveles de mortalidad materna y brindar una atención con calidad. Por lo tanto, el control prenatal es fundamental para un exitoso proceso de la gestación, nacimiento, parto y postparto (44).

**Objetivos:**

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).
- Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
- Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia(38).

**2.3.2.1 Características de la atención prenatal**

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

**1) Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

**2) Periódico:** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- Mensuales: Hasta las 28 semanas de gestación.
- Quincenales: Desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación.
- Semanales a partir de las 36 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control

**3) Completo:** Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones.
- Atención en salud mental.

- Atención social y visitas domiciliarias, si es que las necesita.
- Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo (45).

### **2.3.2.2 Actividades que se realizan en la atención prenatal.**

**1ª Visita al control prenatal:** Se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos mínimos. Se efectuara en las primeras 12 semanas de gestación. La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del nuevo modelo de CPN. Como el componente básico del nuevo modelo incluye sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente. La instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente.

La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia, planificación familiar, prevención del cáncer de cérvix y de mama, cuidados del pos parto y del recién nacido.

Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones simples redactadas en el idioma local aún para las mujeres analfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos frecuentemente las pueden leer. Cuando sea necesario, se debe disponer de materiales apropiados para un público analfabeto tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta:

- Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.
- Dar consejos a las mujeres para dejar de lado el consumo de tabaco (Tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.
- Consejos sobre la lactancia: Cuándo y cómo suspender la lactancia del bebé anterior.
- Cuándo y cómo comenzar la lactancia del bebé que se espera.
- Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal, o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo. Esto debería ser confirmado por escrito en la ficha prenatal.
- Pedirle a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales, consejo en caso de disminución o no percepción de los movimientos fetales.
- Dar consejos sobre planeamiento de lugar de nacimiento, incluyendo transporte especial hacia la institución donde se atenderá el parto.

Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre

- Aconsejar a la mujer que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes visitas de CPN para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyar a la mujer a lo largo del embarazo.
- Programar el turno: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de la consulta. Esto debería escribirse en la ficha prenatal y en el libro de turnos de la clínica.
- Completar la ficha prenatal o el registro llevado en el hogar. Entregarle la ficha de control prenatal a la paciente y aconsejarle que la traiga consigo a todas las consultas

que pueda tener con cualquier servicio de salud como también traer la carpeta con las fotocopia de los exámenes de laboratorio y ecografías.

- Dar consejo sobre la prevención del cáncer de cérvix y de mama (37).

**2ª visita de control prenatal:** se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuará cerca de la semana 26.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta:

- Repetir todos los consejos que se dieron en la primera visita.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Dar consejo sobre a quién llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal, disminución de los movimientos fetales o no presencia de estos o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento. Debería ser confirmado por escrito (por ejemplo, en la ficha prenatal), como en la primera visita.
- Programar el turno: tercera visita, a las 32 semanas (o cerca).
- Completar el registro llevado en el hogar o la ficha prenatal. Entregarle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud junto con la carpeta con exámenes de laboratorio y ecografías.(37)

**3ª Visita de control prenatal:** se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuara en la semana 32 de gestación.

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima mínimo 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario (27).

Algunas mujeres tendrán su parto antes de la siguiente visita programada. Por lo tanto se debe prestar atención extra al proporcionar información y consejos acerca del comienzo del trabajo de parto (por ejemplo, qué hacer en caso de dolor abdominal o pérdida de líquido amniótico, sangrado vaginal) y asegurar la presencia de una médico altamente capacitada en el momento del nacimiento. Las instrucciones escritas deberían reafirmar el consejo verbal y se deberían revisar los planes con instrucciones para llegar al hospital.

También se debería estimular a la mujer para que hable con su pareja acerca del espaciamiento entre nacimientos y las opciones anticonceptivas y para que al dejar la clínica de CPN haya elegido el método preferido de anticoncepción. Quizás sea demasiado tarde esperar hasta la consulta post parto para hablar de anticoncepción. Aun así, se establece la importancia de la consulta post parto, incluyendo las recomendaciones para lactancia y anticoncepción, para asegurar que la mujer sea controlada en la clínica durante la semana posterior al parto. Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Repetir el consejo brindado en la primera y segunda visita.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción temporal o quirúrgica y la importancia de la visita post parto.

- Programar el turno: cuarta visita, a las 38 semanas (o cerca).
- Completar el registro en la ficha prenatal. Entregarle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud.

**4ª Visita de control prenatal:** Se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuara entre la semana 36-38 de gestación. Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se 85 confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital/maternidad para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible. La recomendación se realiza teniendo en cuenta el beneficio no comprobado de todos los métodos de vigilancia fetal comúnmente usados en los embarazos prolongados.

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita y debe ser entregada nuevamente a la mujer. También se debe enviar una copia al hospital donde se realizará el parto. Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Repetir el consejo de las visitas previas.
- Dar consejos sobre las medidas que se deben tomar en caso de comenzar el trabajo de parto o tener pérdida de líquido amniótico.
- Dar consejos sobre lactancia.

- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir (lugar del parto) en caso de trabajo de parto o cualquier otra necesidad.

Programar el turno: si no tuvo su parto para el final de la semana 41 (establecer la fecha y escribirla en la ficha de CPN), ir al hospital urgente para el control.

- Programar el turno para la visita posparto. Brindar recomendaciones sobre lactancia materna y anticoncepción; métodos temporales de planificación familiar o métodos quirúrgicos previa autorización por escrito.
- Completar la ficha perinatal. Darle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga consigo al hospital o a cualquier consulta adicional que pueda tener con un servicio de salud (45).

**La visita posparto:** Aunque universalmente se recomienda la consulta posparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se debería acentuar la importancia de esta visita ya que se ha demostrado en los países en desarrollo que los intervalos inter genésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros. Los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la consulta posparto (46).

### **2.3.3. Calidad de Atención y Satisfacción de la Usuaría**

#### **2.3.3.1. Calidad**

La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente. (47).

### **2.3.3.2 Calidad de atención:**

La definición más aceptada de calidad en salud, en la actualidad, es la de: Donabedian A. Quien la define como: Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica. Para Donabedian la calidad es un concepto que abarca dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y otra interpersonal, representada por la relación que se establece entre el paciente y el profesional de la salud. Tiene en cuenta la trilogía, estructura – proceso – resultado.

El ministerio de Salud define el sistema de gestión de la calidad en salud como “El Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular y brindar Asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud (48).

Una atención de calidad es la que incorpora, resuelve aspectos y circunstancias concretas de cada demanda teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales (49).

### **2.3.3.3 Atributos de la calidad de atención**

Sobre el tema se han identificado las siguientes cualidades:

- Oportunidad : Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.
- Continuidad : Se refiere a la aplicación, en secuencias lógicas, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.
- Suficiencia e integridad : Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.
- Racionalidad lógica- científica : Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógicos y óptimos mencionados.
- Satisfacción del usuario y del proveedor : Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.
- Efectividad :Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible
- Eficiencia : Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud
- Optimización: Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud

- Aceptabilidad: Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amabilidad y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.
- Legitimidad: Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.
- Equidad :Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población (50).

#### **2.3.3.2 Satisfacción de la usuaria**

##### **Satisfacción del Usuario:**

La expresión de la diferencias entre la expectativa que se tiene de un servicio y lo que efectivamente se recibe como servicio. La satisfacción resulta de trabajar un delicado equilibrio entre los logros que se pueden mostrar y las expectativas de la gente (51).

La satisfacción del cliente es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió, o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (52).

### III. Metodología.

#### 3.1. Tipo y nivel de la investigación.

##### 3.1.1. Tipo de investigación.

El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variables reúne las condiciones de una investigación de tipo descriptiva.

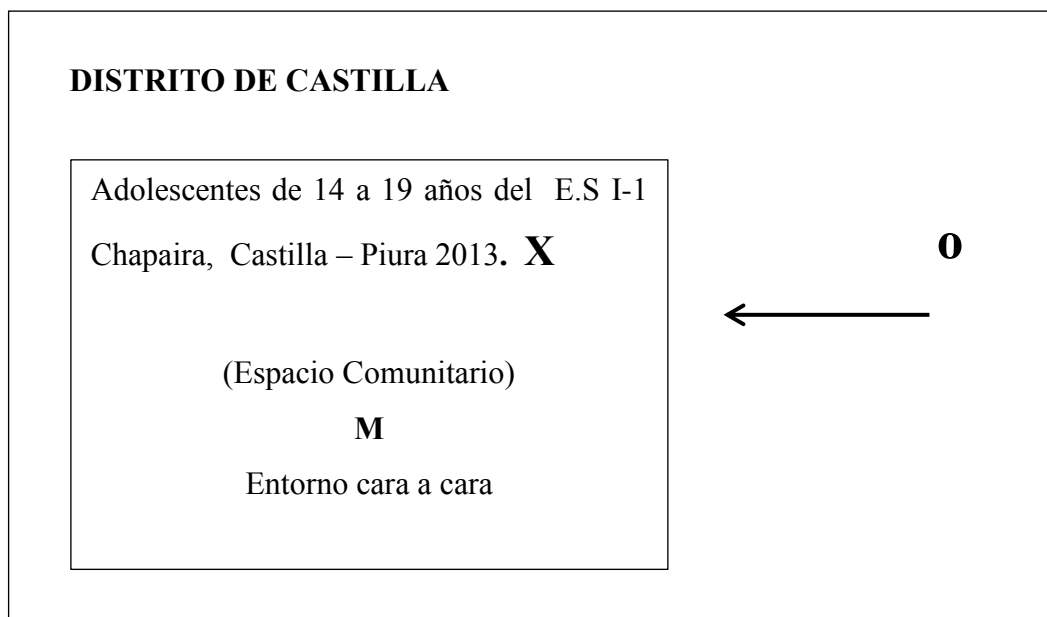
##### 3.1.2. Nivel de investigación.

Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativa.

#### 3.2. Diseño de la investigación.

Diseño no experimental de corte transversal.

#### Esquema.



Dónde:

**M:** es la muestra estudiada.

**X:** factores y actitudes.

**O:** representa lo que observamos.

### **3.3. Universo población y muestra.**

#### **3.3.1 Universo**

La etapa inicial estuvo constituida por 195 gestantes que acuden al Establecimiento de Salud I-1 Chapaira - Castilla - Piura. Información obtenida de los registros estadísticos del Establecimiento de Salud I-1 Chapaira - Castilla - Piura.

#### **3.3.2. Población.**

La población estuvo constituida por 21 gestantes adolescentes de 14 a 19 que acuden a la atención prenatal en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira - Castilla - Piura, que reúnen los criterios de inclusión.

#### **Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Inclusión:**

- Adolescentes embarazadas que acuden a la atención prenatal en el periodo de Abril a Julio 2013 en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira del Distrito de Castilla-Piura
  - Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (Abril a Julio 2013).
  - Asistencia regular a control prenatal.
  - Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

##### **Exclusión:**

- Adolescentes transeúntes.
- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.
- Adolescentes discapacitadas

- Adolescentes que acuden a la atención prenatal antes de Abril y después de Julio 2013.
- Adolescentes que pertenecieran a algún programa educativo especializado para adolescentes.

### **3.3.3 Muestra**

El tamaño muestral, es el total de las adolescentes que fueron pesquisadas en los libros de ingreso a control prenatal, y que cumplen con los criterios de inclusión. Se seleccionó 16 gestantes adolescentes que acuden a la atención prenatal en el periodo de estudio.

Las unidades de análisis fueron cada una de las gestantes adolescentes que acudieron a la atención prenatal durante el periodo Abril a Julio del 2013 en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla – Piura 2013 y que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

## **3.4 Definición y descripción de las variables:**

**3.4.1 Factores que predisponen el embarazo precoz:** Referido a todos los factores relacionados con el embarazo precoz en sus componentes:

- Factores individuales.
- Factores sociales.
- Factores económicos.
- Factores culturales.
- Conocimientos.
- Actitudes.
- Prácticas.

**3.4.2 Percepción sobre la atención prenatal:** Referida a los elementos percibidos por la gestante al interactuar en la consulta prenatal en sus componentes.

- Tiempo de espera .
- Información que le brinda el profesional de salud.
- Trato que recibe en la consulta.
- Privacidad que tuvo en la consulta.

### CUADRO 1

**Matriz de operacionalización de la variable Factores que predisponen el embarazo.**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Factores que predisponen el embarazo.	Elementos que condicionan el embarazo precoz en su diferentes componentes,	Factores Individuales	Edad Grado de Instrucción Religión Estado Civil	Cuantitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa
		Factores Sociales	Tipo de familia Trato familiar antes del embarazo Trato familiar con el embarazo	Cualitativa Cualitativa Cualitativa
		Factores Económicos	Procedencia de ingresos de la familia Ocupación de los padres	Cualitativa Cualitativa
		Factores Culturales	Número de parejas Número de hijos de la pareja Motivos del no usos de preservativo Numero de relaciones por la que pueden quedar embarazadas Formas de demostración de amor	Cuantitativa Cuantitativa Cualitativa Cuantitativa Cualitativa



## CUADRO 2

### Matriz de operacionalización de la variable Conocimientos Sobre salud sexual y reproductiva

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a la salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de salud sexual.</li> <li>• Definición de salud reproductiva.</li> <li>• Procedencia de información.</li> <li>• Conoce los métodos anticonceptivos.</li> <li>• Conoce el uso correcto de los métodos anticonceptivos.</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>

### CUADRO 3

#### Matriz de operacionalización de la variable actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Actitudes sobre salud sexual y reproductiva.	Una forma de respuesta a alguien o a algo aprendido y relativamente permanente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Importancia de la temática de sexualidad.</li><li>• Proyecto de vida antes del embarazo.</li><li>• Proyecto de vida con el embarazo.</li><li>• Proyecto de vida después del embarazo.</li></ul>	Cualitativa  Cualitativa Cualitativa Cualitativa

#### CUADRO 4

Matriz de operacionalización de la variable Actitudes durante y después del embarazo.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Actitudes durante y después del embarazo.	Forma de respuesta de la gestante adolescente durante y después del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentimientos hacia su hijo.</li><li>• Sentimientos con su embarazo.</li><li>• Proyecto de vida con el hijo que espera.</li></ul>	Cualitativa  Cualitativa  Cualitativa

**CUADRO 5**  
**Matriz de operacionalización de la variable practicas sobre Salud sexual y reproductiva**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
Practicas sobre salud sexual y reproductiva.	Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de métodos anticonceptivos.</li> <li>• Inicio de relaciones coitales.</li> <li>• Número de parejas sexuales.</li> <li>• Causas del embarazo.</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>

**CUADRO 6**  
**Matriz de Operacionalización de la variable percepción sobre la atención Prenatal.**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Percepción sobre Atención Prenatal.	Es el primer proceso cognoscitivo, a través del cual los sujetos captan información del entorno. La razón de esta información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de espera .</li> <li>• Informacion que le brinda el profesional de salud.</li> <li>• Trato que recibe en la consulta.</li> <li>• Privacidad que tuvo en la consulta.</li> </ul>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>

### **3.5. Técnica e Instrumentos de medición.**

#### **3.5.1. Técnica**

Se utilizó la técnica de la encuesta.

#### **3.5.2. Instrumentos**

Los instrumentos se aplicaron a las gestantes adolescentes que conforman la muestra.

- **Cuestionario de factores que predisponen el embarazo precoz.**

Para la medición de los factores que predisponen del embarazo se utilizó el cuestionario previamente estructurado de preguntas cerradas diseñado y validado por la Lic. Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga. (Anexo 1.1).

La escala consta de 31 preguntas distribuidas de la siguiente manera.

De la 1-4 referidas a los factores individuales.

De la 5-7 referida a los factores sociales.

De la 8-10 referida a los factores económicos.

De la 11-15 referida a los factores culturales.

De la 16-20 en relación a los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

De la 21-24 en relación a las actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

De la 25-27 referido a las actitudes durante y después del embarazo.

De la 28-31 referida a las prácticas sexuales.

- **Cuestionario sobre percepciones de atención prenatal.**

Para la medición de las percepciones que tienen las gestantes adolescentes sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia, se utilizó un cuestionario diseñado y validado por la docente investigadora la Lic. Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga (Anexo 1.2), el instrumento consta de 7 preguntas

cerradas.

### **3.6. Plan de análisis**

Los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 21 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras.

### **3.7. Principios éticos**

Se contó con la previa autorización de las autoridades de la institución. Previo a la entrevista, se les explicó a las gestantes los objetivos de la investigación; asegurándoles que se mantendrá de manera anónima la información obtenida de las mismas.

Para seguridad de las entrevistadas se le hizo firmar un consentimiento informado, de manera que, si rehúsa firmarlo, se le excluía del estudio sin ningún perjuicio para ellas.

## IV. Resultados

### 4.1 Resultados

TABLA 1  
*Factores Individuales en las gestantes adolescentes*

		n	%
Edad	14	0	,00
	15	3	18,75
	16	6	37,50
	17	6	37,50
	18	1	6,25
	19	0	,00
	Grado de Instrucción	Analfabeta	0
Primaria Incompleta		1	6,25
Primaria Completa		5	31,25
Secundaria Incompleta		2	12,50
Secundaria Completa		7	43,75
Superior		1	6,25
Religión	Católica	12	75,00
	No Católica	4	25,00
	No creyente	0	,00
Estado Civil	Soltera	7	43,75
	Casada	0	,00
	Conviviente	9	56,25
	Divorciada	0	,00
	Total	16	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

Con respecto a la edad de las gestantes adolescentes podemos observar que las edades de la población encuestada oscilan entre los 15 a los 18 años de edad teniendo la mayor representación las edades de 16 y 17 años con el 37.5% respectivamente, así mismo el grado de instrucción que predomina es secundaria completa con un 43.75% mientras que en la religión podemos encontrar que el 75% profesa la religión católica y por último el 56,25% convive con sus parejas.



TABLA 2

*Factores sociales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes.*

		n	%
¿Quiénes conforman su grupo familiar	Padres (madre y padre)	2	12,50
	Padres y Hermanos	4	25,00
	Pareja	2	12,50
	Madre y hermano/a	0	,00
	Tías, Tíos	0	,00
	Abuelo, hermanos/as	0	,00
	Papá, hermanos	0	,00
	Padres y pareja	7	43,75
	Madre, padrastro, hermanos	1	6,25
	Hermano y cuñada	0	,00
	Madre, hermanos, sobrinos	0	,00
	Padre	0	,00
¿Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo?	Buen trato	4	25,00
	Bien	2	12,50
	Autoritarios	4	25,00
	Pleitos	2	12,50
	Maltratos	3	18,75
	Simple	1	6,25
¿Cuál era el trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?	Buen trato	1	6,25
	Enojo/reclamos/reproches	10	62,50
	No se hablan	1	6,25
	Maltrato(físico y verbal)	0	,00
	Indiferencia	2	12,50
	Retiro de la casa	2	12,50
Otros	0	,00	
<b>Total</b>		16	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

Con respecto a la conformación del grupo familiar el 43,75% corresponden a quienes viven con los padres y pareja, por otra parte un 25% de ellas consideran que el trato que recibió de su familia antes de su embarazo fue bueno, a la misma vez otro 25% fueron autoritarios, diferente fue la reacción al conocer del embarazo puesto que un 62.5% de los padres reacción con enojo/ reclamos/ y reproches.

TABLA 3

*Factores económicos que predisponen en el embarazo precoz en las gestantes adolescentes.*

		n	%
¿De donde provenían los ingresos económicos para el sostén de su familia, antes de su embarazo?	Madre	0	,00
	Padre	6	37,50
	Padres( madre y padre)	9	56,25
	Padrastro	1	6,25
	Tíos	0	,00
	Hermanos/as	0	,00
	Pareja	0	,00
	Padre y Hermanos/as	0	,00
	Madre/hermanos/as	0	,00
	Madre/tíos	0	,00
¿Cuál es la ocupación de su padre?	Otros	0	,00
	Trabajador independiente	4	25,00
	Trabajador dependiente	11	68,75
¿Cuál es la ocupación de su Madre?	Otros	1	6,25
	Trabajador Dependiente	3	18,75
	Trabajador Independiente	12	75,00
	Otros	1	6,25
<b>Total</b>		16	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

Se observó en la población de estudio que los ingresos provenientes para el sostén de la familia antes del embarazo provenían en un 56.25% por los padres (madre y padre), del cual la ocupación del padre en un 68,75 son trabajadores dependientes, al igual que la ocupación de la madre en un 75 % son trabajadoras independientes.

**TABLA 4**  
*Factores culturales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescente (continuación).*

	n	%
	8	50,00
	2	12,50
¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?	3	18,75
	0	,00
	0	,00
	3	18,75
	11	68,75
¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?	5	31,25
	0	,00
	0	,00
	0	,00
	0	,00
	0	,00
	1	6,25
	0	,00
	0	,00
	6	37,50
	0	,00
	3	18,75
¿Porque motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo?	1	6,25
	0	,00
	2	12,50
	3	18,75
	0	,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

En relación al número de parejas un 50% de las gestantes encuestadas desconoce el número de parejas que ha tenido el padre de su hijo antes de su embarazo, así mismo un 68.75% de las encuestadas manifiesta que el padre de su hijo no había procreado más hijos antes de su embarazo, en tanto el motivo de los padres en no utilizar preservativo es un 37,5% el que manifiesta que no lo tenían en ese momento.

TABLA 5

*Factores culturales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes.*

	n	%
Una	7	43,75
¿Cuántas relaciones coitales cree usted que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?	4	25,00
Dos	0	,00
Tres	0	,00
No Sabe	0	,00
Varias Veces	5	31,25
No estás con la pareja/no sabe nada de el	5	31,25
Cariñoso/Atento/Alegre	2	12,50
Buen trato	3	18,75
Me cuida	3	18,75
¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor?	3	18,75
Buena atención	3	18,75
Se casó conmigo	0	,00
Acompañarse	0	,00
Otras	0	,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

Con respecto a cuantas relaciones coitales debe tener una mujer para poder quedar embarazada podemos observar que un 43,75% de las encuestadas cree que con una relación coital es suficiente, por otra parte un 31,25% afirmo que sus parejas no están con ellas, no sabe nada de él.

**TABLA 6**  
*Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes.*

		n	%
	No sabe/ Ninguna no recuerda	12	75,00
¿Qué conocimientos tiene sobre salud sexual?	Enfermedades de transmisión sexual	3	18,75
	Enfermedades de transmisión/ Menstruación	1	6,25
	Otros	0	,00
¿Qué conocimientos tiene sobre salud reproductiva?	Métodos de planificación familiares	2	12,50
	Ninguna/ no sabe	3	18,75
	No recuerda	9	56,25
	Menstruación	2	12,50
	Otros	0	,00
¿De dónde obtuvo la información sobre salud sexual y/o reproductiva?	Escuela/Instituto	3	18,75
	Escuela/Establecimiento de Salud/Instituto	2	12,50
	Hospital/ Establecimiento de Salud	3	18,75
	Ninguno	5	31,25
	Amigo/vecina	1	6,25
	Escuela/familia	2	12,50
	Internet	0	,00
	Otros	0	,00
¿Qué métodos de planificación conoce?	Inyecciones, pastillas y preservativos	3	18,75
	Inyección pastillas	7	43,75
	Preservativos	5	31,25
	ACO/preservativos	0	,00
	familiarinyección/preservativo	1	6,25
	Inyecciones/pastillas/DIU	0	,00
	ACO/preservativo/inyecciones/DIU	0	,00
	Inyecciones/pastillas/DIU	0	,00
	Otros	0	,00
¿Cuál es el uso correcto de los Métodos de Planificación Familiar que usted conoce?	No sabe/No conoce	8	50,00
	Preservativo	2	12,50
	Inyectables	3	18,75
	Preservativo, Pastillas, e Inyecciones	3	18,75
	Otros	0	,00
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>100,00</b>

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

Se observa que el 75% de las gestantes adolescentes en estudio no tienen conocimientos sobre salud sexual, así mismo un 56.25% no recuerda los temas de salud reproductiva; de la cual un 31.25% de encuestadas manifiesta que no obtuvo ninguna fuente de información, así mismo cabe señalar que un 43.75% refieren conocer sobre inyecciones y pastillas como métodos de planificación familiar y por último 50% de no saben ni conocen el uso correcto de métodos de planificación familiar.

TABLA 7  
*Actitudes sobre salud sexual y reproductiva en las gestantes adolescentes.*

	n	%
	2	12,50
	3	18,75
	7	43,75
¿Qué importancia pueden tener los temas de sexualidad y protección?	4	25,00
	0	,00
	0	,00
	0	,00
	0	,00
	3	18,75
	0	,00
	9	56,25
	4	25,00
	0	,00
	1	6,25
	5	31,25
	2	12,50
	4	25,00
	0	,00
	0	,00
	1	6,25
	3	18,75
	1	6,25
	3	18,75
	3	18,75
	2	12,50
	4	25,00
	3	18,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.



En la investigación se conoció que un 43.75% reconoce que la importancia sobre los temas de sexualidad y protección son para evitar enfermedades y embarazo, mientras que los planes que tenían para su vida antes de salir embarazada en un 56.25% eran ser profesionales, y el 31.25% expreso que ahora su plan de vida es de cuidar al bebe, de manera distinta un 25% quieren cuidar al niño y trabajar

**TABLA 8**  
*Actitudes durante y después del embarazo en las gestantes adolescentes.*

	n	%
	6	37,50
	6	37,50
¿Qué sentimientos experimenta actualmente hacia su hijo, ahora que está embarazada?	3	18,75
	0	,00
	0	,00
	1	6,25
	0	,00
	0	,00
¿Cómo se siente ahora que está embarazada?	0	,00
	3	18,75
	1	6,25
	0	,00
	9	56,25
	3	18,75
	0	,00
¿Qué piensa hacer con el hijo que lleva en su vientre?	3	18,75
	5	31,25
	3	18,75
	2	12,50
	1	6,25
	0	,00
	2	12,50
	0	,00
<b>Total</b>	16	100,00

Fuente: encuesta aplicada en el período de Abril a Julio 2013.

De acuerdo a la población en estudio un 37.5% experimenta sentimientos de felicidad, alegría, se sienten contentas ante su embarazo; al igual un 37.5% “lo quieren”, de la misma manera observamos que estando embarazada un 56.25% expreso sentimiento de miedo, preocupación y temor, lo que las lleva a que un 31.25% quiera cuidarlo y darle lo necesario.

**TABLA 9**  
*Prácticas sobre salud sexual y reproductiva de las gestantes adolescentes.*

	n	%	
¿Qué tipo de Método de planificación familiar ha utilizado?	Ninguno	10	62,50
	Preservativo	3	18,75
	Preservativo/pastillas	1	6,25
	Inyección de un mes	2	12,50
	Inyección de tres meses	0	,00
	Inyección y preservativo	0	,00
	Otros	0	,00
	¿A qué edad inicio sus relaciones coitales?	13 años	3
14 años		8	50,00
15 años		3	18,75
16 años		2	12,50
17 años		0	,00
18 años		0	,00
¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?		1 compañero	10
	2 compañeros	6	37,50
	3 compañeros	0	,00
	Más de 3 compañeros	0	,00
¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?	No se protegieron (conocían, pero no usaron métodos)	2	12,50
	No se protegieron (no conocían los métodos)	1	6,25
	Presiones por parte de familia	2	12,50
	Decisión de ambos (deseaban tener un hijo/a)	1	6,25
	Por creerle al padre de los hijos/as (no quedaría embarazada)	7	43,75
	Religioso (Dios sabe lo que hace)	0	,00
	Alcohol	0	,00
	No seguir consejo de los padres	3	18,75
	Otros	0	,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>	

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

Al finalizar la investigación se ha podido conocer que del total de gestantes adolescentes un el 62.5% no ha utilizado ningún método de Planificación Familiar , por otra parte un 50% inicio una relación sexual a los 14 años, además un 62.5% tuvo un compañero sexual y para acabar el 43.75% afirmo que la causa que influyeron para quedar embarazada fue por creerle al padre de los hijos(as) que no quedaría embarazada.

TABLA 10  
*Percepciones sobre la atención del control prenatal de las gestantes adolescentes.*

		n	%
¿Los trámites para recibir la atención obstétrica en el consultorio consideran que fue?	Demora	3	18,75
	Regular	8	50,00
	Rápido	5	31,25
¿En la consulta de hoy el tiempo que usted tuvo que esperar para ser atendida por el/la Obstetra fue?	Demora	2	12,50
	Regular	11	68,75
	Rápido	3	18,75
¿La información que le dio el /la Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en la consulta de hoy fue?	Malo	0	,00
	Regular	11	68,75
	Rápido	5	31,25
¿El/la obstetra le brindo información sobre planificación familiar?	No	7	43,75
	Si	9	56,25
¿El/la obstetra le brindo información sobre nutrición en el embarazo?	No	7	43,75
	Si	9	56,25
¿En la consulta de hoy el trato que usted recibió cómo fue?	Malo	2	12,50
	Regular	8	50,00
	Rápido	6	37,50
¿En la consulta de hoy, la privacidad que tuvo usted (entraba y salía personas), cómo fue?	Malo	5	31,25
	Regular	7	43,75
	Rápido	4	25,00
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>100,00</b>

Fuente: encuesta aplicada en el periodo de Abril a Julio 2013.

De acuerdo a los trámites para recibir la atención obstétrica un 50% consideran que fue regular, además un 68,75% manifiesta que el tiempo que esperan para ser atendidas también fue regular, por otro lado un 68,75% refiere que la información que le dio el /la Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en la consulta es regular, con lo referente a la información sobre planificación familiar el 56,25% de las encuestadas manifiesta que el/la obstetra si le brinda dicha información, de manera

igual un 56,25% si le brinda información sobre nutrición en el embarazo, en cuanto al trato recibido un 50% refiere que fue regular, para finalizar un 43,75% considera que la privacidad que tuvo en su consulta fue regular.

## 4.2. Análisis de resultados

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. En esta etapa la mujer no tiene la madurez suficiente para enfrentar tanto biológica como socialmente una gestación. Esta situación ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, sin embargo es conocido la morbimortalidad materno infantil y el impacto psicosocial que este genera por el riesgo que conlleva.

El plan de vida de una adolescente puede truncarse cuando se enfrenta a un embarazo precoz o no deseado, producto de la influencia de diferentes factores a los que las jóvenes se encuentran expuestas.

Tal situación se refleja en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla – Piura, encontrando en la **tabla 1**, con respecto a la edad de las gestantes adolescentes podemos observar que las edades de la población encuestada oscilan entre los 15 a los 18 años de edad teniendo la mayor representación las edades de 16 y 17 años con el 37.5% respectivamente, así mismo el grado de instrucción que predomina es secundaria completa con un 43.75% mientras que en la religión podemos encontrar que el 75% profesa la religión católica y por último el 56,25% convive con sus parejas.

Estos resultados se asemejan a la investigación realizada por Ruidias (30), quien en su estudio: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Establecimiento de Salud I-3 María Goretti – Castilla – Piura 2012*, nos revela que el 36,36% de las gestantes adolescentes tiene 17 años así mismo el grado de

instrucción que predomina es secundaria completa con un 45,5% mientras que en la religión podemos encontrar que el 63,64% profesa la religión católica y por último el 77,27% convive con sus parejas

Respecto a los resultados en comparación, podemos mencionar que la similitud en las edades pueda deberse a que en esta edad hay mayor acercamiento con el sexo opuesto y hay predisposición al surgimiento de curiosidades en cuanto a la sexualidad, asumiendo así conductas inapropiadas y generadoras de riesgo, como el abandono de los estudios que podría ser resultado de muchas situaciones entre ellas; la cultura hereditaria de desinterés por priorizar un proyecto de vida siendo mayor su interés el convivir con la pareja debido a la falta de apoyo familiar.

En la **tabla 2**, con respecto a la conformación del grupo familiar podemos observar que el 43,75% corresponden a quienes viven con los padres y pareja, por otra parte un 25% de ellas consideran que el trato que recibió de su familia antes de su embarazo fue bueno, a la misma vez otro 25% fueron autoritarios, diferente fue la reacción al conocer del embarazo puesto que un 62.5% de los padres reacción con enojo/ reclamos/ y reproches.

Resultados que se asemejan con la investigación de Ordoñez (28), quien es su estudio titulado: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal en el Hospital de la Amistad Perú - Corea II – 2 Santa Rosa – Piura 2012*, encontró que en un 33,33% de su grupo familiar está conformado por padres y parejas, seguido por el trato de la familia antes de su embarazo el 53,33%, fue bien, y finalmente con respecto al trato de su familia al conocer sobre su embarazo el 46,67% fue enojo, reclamos y reproches.



De acuerdo a los resultados podemos decir que la conformación de la familia no fue un indicador que predispuso el embarazo adolescentes, pero sin embargo podemos ver en cuanto al trato recibido antes del embarazo si bien fue bueno hubo un igual porcentaje el cual fue autoritario lo cual constituye un importante factor de riesgo que se relaciona con un mayor número de conductas problemáticas, además las adolescentes que viven en hogares autoritarios presentan problemas de autoestima, poca resolución de conflictos y escasa interiorización de normas sociales lo que aumenta las posibilidades de caer en situaciones que no pueden manejar, además de buscar una compañía grata, que le brinde un trato diferente y que por lo contrario complica el futuro de la joven adolescente.

De otro modo la reacción al momento en que conocieron sobre el embarazo fue de “enojo, reclamos y reproche” esto pueda deberse a que los padres toman esta noticia como un acontecimiento inesperado ya que esperan la formación profesional de sus hijas así mismo la reacción y la actitud de la familia frente al evento de un embarazo precoz puede tener cierta influencia en el estado emocional de la adolescente, por lo que dependiendo de la conducta que asuma la familia podrá aumentar o disminuir la ansiedad en la embarazada.

**En la tabla 3,** se encontró que en la población de estudio los ingresos provenientes para el sostén de la familia antes del embarazo provenían en un 56.25% por los padres (madre y padre), del cual la ocupación del padre en un 68,75% son trabajadores dependientes, al igual que la ocupación de la madre en un 75% son trabajadoras independientes.

Estos resultados se asemejan a la investigación realizada por Camino et al en su estudio titulado: *Factores predisponentes al embarazo en adolescentes del centro de*

*salud los algarrobos 2007*, en la que se reflejó como resultado, que el 54% dijo que los ingresos provienen de los padres y un 46% provienen de su mamá; asimismo dijeron que la ocupación de sus padres era independiente en el caso de la madre en un 45% y del padre era dependiente en un 53%(27).

Los resultados muestran que los ingresos económicos son aportados principalmente por los padres, lo cual nos indica que muchas veces las adolescentes aun dependen de ellos para la determinación de las condiciones de vida. La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos.

Cabe mencionar que el trabajo dependiente de los padres puede constituir un factor de riesgo por cuanto al disponer la mayoría de tiempo para el trabajo, descuidan a la adolescentes y no les permiten un mayor control de sus actividades y conductas sexuales, lo cual predispone para se dé el embarazo a su temprana edad, a pesar del trabajo independiente de las madres estas muchas veces tienen negocios en casa que incluye la venta de bebidas exponiendo a que estas se sientan atraídas por estos jóvenes y tomen decisiones prematuras respecto al inicio de las relaciones coitales; es por ello la necesidad de una figura paterna que imponga respeto.

En la **tabla 4**, podemos observar en relación al número de parejas que ha tenido el padre de los hijos de la gestante adolescente un 50% desconoce, así mismo un 68.75% manifiesta que el padre de su hijo no había procreado más hijos antes de su embarazo, en tanto el motivo de los padres en no utilizar preservativo es un 37,5% el que manifiesta que no lo tenían en ese momento

Estos resultados se asemejan a la investigación realizada por Merino et al en su estudio titulado: *Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud altavista, enero a junio de 2010*. Una cuarta parte de las entrevistadas expuso que no sabían cuántas parejas había tenido el padre del hijo antes de su embarazo; asimismo más de la mitad de las adolescentes entrevistadas manifestó que el padre de su hijo no había procreado más hijos antes de su embarazo (18).

Por otro lado se encontró en el estudio de Estrada (26), sobre : *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Establecimiento de Salud I-3 Víctor Raúl Haya de Torre – Piura 2012* ,con respecto al motivo por el cual no se usó condón el 40% es porque no tenía en ese momento.

Ambos resultados demuestran el desconocimiento de las adolescentes sobre el comportamiento sexual de sus parejas esto quizás por la falta de comunicación, confianza y experiencia suficiente para saber más de sus parejas. Por otro lado al desconocer el número de parejas no se puede afirmar con exactitud que sus parejas no hayan procreado más hijos antes de su embarazo sin embargo para las adolescentes esto genera que se sientan más seguras y puedan caer en situaciones apresuradas por creer erróneamente en ellos, lo cual puede llevar a comportamientos poco saludables como el no uso de condón por no disponer de ellos, el no emplear anticonceptivos más que por el desconocimiento esto sumado a su corta edad, la inexperiencia en el manejo de la sexualidad y la poca preparación escolar y el poco acceso a instituciones que los provean de anticonceptivos puede predisponer a embarazos a temprana edad..

En la **Tabla 5**, podemos observar que el número de relaciones coitales que debe tener una mujer para poder quedar embarazada podemos mencionar que un 43,75% de las encuestadas cree que con una relación coital es suficiente, por otra parte un 31,25% afirmó que sus parejas no están con ellas, no sabe nada de él.

Estos resultados se asemejan a los de Merino et al, en su estudio sobre: *Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista, Enero a Junio de 2010*, más de la mitad de las entrevistadas manifestó que, para quedar embarazada una mujer, puede ser, con una sola relación sexual. (18). Los resultados nos indican que las adolescentes saben que en la primera relación coital pueden quedar embarazadas entonces podemos decir que no es un indicador que haya predispuesto ,pero lo que podemos observar es que sus parejas no le demuestran amor debido a que ellas no están con la pareja, no sabe nada de él esto sumado a la falta de afecto en casa predispone a que las adolescentes busquen nuevas compañías.

Cabe mencionar que según la teoría psicoanalítica del embarazo la adolescente que no ha experimentado con sus padres el dar y recibir de la relación de amor, o que solo ha sido objeto de interés circunstancial por parte de éstos, tiende a confundir el interés pasajero de los muchachos con amor, pudiendo caer muy fácilmente ante las primeras muestras de afecto.

En la **tabla 6**, se observa que la población en estudio un 75% de las gestantes adolescentes en estudio no tienen conocimientos sobre salud sexual, así mismo un 56.25% no recuerda los temas de salud reproductiva; de la cual un 31.25% de encuestadas manifiesta que no obtuvo ninguna fuente de información ,así mismo cabe señalar que un 43.75% refieren conocer sobre inyecciones y pastillas como

métodos de planificación familiar y por ultimo 50 % de no saben ni conocen el uso correcto de métodos de planificación familiar.

Estos resultados se asemejan con la investigación realizada por Ruidias (30), quien en su estudio: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Establecimiento de Salud I-3 María Goretti – Castilla – Piura 2012*, Se observa el 40,91% no tiene conocimientos sobre salud sexual, así mismo un 40,91% no recuerda sobre salud reproductiva.

Respecto a los resultados en comparación, podemos inferir que la variable conocimientos predispuso para que se de el embarazo precoz por tanto que las adolescentes no están preparados para iniciar su actividad sexual, ya que la falta de conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva guardan estrecha relación con comportamientos sexuales a temprana edad, Sin embargo, esto no significa, necesariamente que un buen conocimiento sobre la sexualidad y reproducción se corresponda con comportamientos adecuados en esta esfera de la vida porque si bien se conoce sobre inyecciones y pastillas como métodos de planificación familiar estos no suelen ponerse en práctica o bien quizá la problemática no radica en la ignorancia sexual sino que está fuertemente relacionada con las características de la subjetividad del adolescente.

El desconocimiento del uso de estos métodos no les permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera que predispone a conductas irresponsables. Por lo tanto se puede afirmar que mientras no se lleve a cabo una educación y formación efectiva y adecuada, estos jóvenes seguirán exponiéndose a

un riesgo elevado de embarazos no planificados así como a otras consecuencias negativas de la sexualidad.

En la **tabla 7**, en relación a la importancia que pueden tener los temas de sexualidad un 43.75% reconoce que la importancia sobre los temas de sexualidad y protección son para evitar enfermedades y embarazo, mientras que los planes que tenían para su vida antes de salir embarazada en un 56.25% eran ser profesionales, y el 31.25% expreso que ahora su plan de vida es de cuidar al bebe, de manera distinta un 25% quieren cuidar al niño y trabajar.

Resultados parecidos se encontró en el estudio realizado por Merino et al, quien investigo sobre *factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud altavista, enero a junio de 2010*, en relación a las actitudes, los temas de sexualidad y protección no fue notoria, al contrario, ante el desconocimiento que tiene sobre los temas de salud sexual y reproductiva, muestran y denotan la importancia del conocimiento de dichos temas principalmente para evitar enfermedades y embarazo, para tener más conocimientos, conocer riesgos y cuidarse, y para saber más de métodos de planificación familiar (18).

Los planes de vida de las adolescentes se modificaron, cuando se embarazaron; ya que la mayoría ya tenía su plan de vida para el futuro, entre los que se mencionan: estudio, incluye continuar los estudios actuales, bachillerato, y universidad; durante el embarazo lo planes de vida cambiaron: al cuidado del bebe y de su embarazo, después del embarazo, los planes de vida son seguir estudiando, estudiar y trabajar, y solamente trabajar, se mantuvo un grupo de adolescentes que continuarían apoyando a sus hijo/a (para salir adelante), cuidar al niño y paralelamente trabajar.

Estos resultados probablemente nos muestran que las adolescentes si reconocen la importancia de estos temas pese a que desconocen sobre temas de sexualidad y reproducción, La adolescente puede conocer aspectos importantes de su salud pero esto no se ve reflejado en sus conductas antes del embarazo, Además desde la perspectiva cognitivo-evolutiva (Jean Piaget como autor de referencia), la adolescencia es vista como un periodo en el que se producen importantes cambios en las capacidades cognitivas, y por tanto, en el pensamiento de los jóvenes, asociados a procesos de inserción en la sociedad adulta. Durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal.

También se ha demostrado que las decisiones que toman las y los adolescentes en torno a su vida sexual y reproductiva se relacionan con la formulación y realización de su proyecto de vida, el cual influye a su vez en su fecundidad. Cuando no se han formulado metas profesionales, se incrementa el riesgo de un embarazo no planeado en el que no sólo deben sortear la idea de tener a su futuro/a hijo/a sino que también deben afrontar el reordenamiento de su proyecto de vida que se ve alterado y ahora deben asumir responsabilidades que seguramente no habían programado como el cuidar de un bebe, y posteriormente verse empujada hacía el mundo del hogar o bien al mundo laboral para el cual aún no se encuentra preparada. El hecho de que la adolescente trunque, retrase o modifique sus proyectos de vida se considera un factor de riesgo para la recurrencia de embarazos así como posibles dificultades a nivel bio-psico-social.

En la **tabla 8**, de acuerdo a la población en estudio un 37.5% experimenta sentimientos de felicidad, alegría, se sienten contentas al igual un 37.5% “lo

quieren”, de la misma manera observamos que estando embarazada un 56.25% expreso sentimiento de miedo, preocupación lo que las lleva a que un 31.25% quiere cuidarlo y darle lo necesario.

Los resultados se asimilan a la investigación de Barrera (16), titulada: *Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal de Gestantes Adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del año 2007*, en la cual la reacción que experimentan las adolescentes ante el hijo que llevan en su vientre, son sentimientos de alegría, felicidad, amor, cariño, emoción, en cuanto a la reacción propia ante su embarazo, ya que la mayoría de adolescentes embarazadas refiere sentirse feliz, contenta, alegre, bien con su embarazo.

Por otro lado Estrada (26), presentó en su investigación: *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Establecimiento de Salud I-3 Víctor Raúl Haya de Torre – Piura 2012*, que un 45% los sentimientos que experimenta actualmente hacia su hijo es Amor, cariño y emoción, asimismo encontramos que estando embarazada un 45% siente miedo/ preocupación, el 45 % quieren cuidarlo, protegerlo y educarlo a su hijo, ambos estudios nos muestran que aún están presente las actitudes positivas hacia sus hijos antes y después del embarazo, pese a la incertidumbre, la preocupación y el miedo frente al torbellino de emociones que genera la confirmación de un embarazo a temprana edad, porque lo que no sólo tendrían que asumir los cambios corporales propios de la gestación sino que las acusaciones y reproches que recibirían de su entorno, La seguridad emocional



de la embarazada influirá en el concepto que desarrolle de sí misma como futura madre, y en el vínculo que desde ya está estableciendo con su hijo.

En la **tabla 9**, de acuerdo al tipo de método anticonceptivo que ha utilizado un 62.5 % no ha utilizado ningún método de Planificación Familiar, por otra parte un 50% inicio una relación sexual a los 14 años, además un 62.5% tuvo un compañero sexual y para acabar el 43.75% afirmó que la causa que influyeron para quedar embarazada fue por creerle al padre de los hijos que no quedaría embarazada.

Estos resultados se asimilan a los de la investigación realizada por García (24), en su investigación titulada: *Factores Biosocioculturales de adolescentes embarazadas en Piura – 2009* en la que se evidencia que el 48,78% no se protegieron en la relación coital, así mismo la edad de la primera relación coital se presentó en edades 14 y 17 años habiendo tenido un compañero sexual.

Por su parte Tume (25), en su estudio titulado : *Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 la Arena- Piura 2012*. Encontró que un 50% tuvo 1 compañero sexual y así mismo el 50% afirmó que la causa que influyeron para quedar embarazada fue que no se protegieron porque creerle al padre de su hijo que no saldrían embarazadas (14).

Respecto de los resultados en comparación, vemos que el inicio de las relaciones sexuales está siendo cada vez más precoz esto predispone que aumente el número de embarazos en adolescentes, circunstancia que es favorecida por la etapa de pensamiento concreto que atraviesan, es la edad de la fantasía, sueña con los ojos abiertos y se refugia en un mundo fantasmagórico marcada por diferencias de género,

en las que el varón asume una posición más irreflexiva, esto podría ser explicado según la teoría psicológica del embarazo ya que existe un “yo débil”, baja autoestima y falta de asertividad e inseguridad razón por la cual pueden ser manipuladas por la pareja para tener relaciones coitales sin protección , no se ven a ellas mismas ante la posibilidad de un embarazo, además cabe anotar que una actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos, se relaciona evidentemente con una falta de información real y objetiva; lo cual llevará a los estudiantes adolescentes al uso inconsistente de los métodos anticonceptivos.

En la **Tabla 10**, de acuerdo a los trámites para recibir la atención obstétrica un 50% consideran que fue regular, además un 68,75% manifiesta que el tiempo que esperan para ser atendidas también fue regular, por otro lado un 68,75% refiere que la información que le dio el /la Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en la consulta es regular, con lo referente a la información sobre planificación familiar el 56,25% de las encuestadas manifiesta que el/la obstetra si le brinda dicha información, de manera igual un 56,25% si le brinda información sobre nutrición en el embarazo, en cuanto al trato recibido un 50% refiere que fue regular, para finalizar un 43,75% considera que la privacidad que tuvo en su consulta fue regular.

Resultados que difieren de los encontrados por Mayorga (13), quien en el 2012 en su estudio denominado: *Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.de san Cristóbal, Bogotá*, expuso la percepción de las gestantes adolescentes sobre el control prenatal. En ellas las adolescentes refieren que se sienten cómodas al poder expresar lo que sienten y piensan, además de poder aclarar dudas sobre su gestación, también coinciden en que los signos de alarma los mencionan en la mayoría de los controles prenatales y que se los saben de memoria,

al igual que la toma de los micronutrientes, algunos relatos permiten evidenciar que las gestantes se han sentido satisfechas con la atención y actitud del profesional que les realiza el control prenatal, No obstante otro grupo de gestantes adolescentes demuestra inconformidad sobre la actitud del personal, señalando que en la atención recibida, los profesionales no tienen una buena disposición, sienten que realizan el control de manera muy rápida y esto las hace sentir incómodas e insatisfechas, generando pensamientos radicales de no continuar en los controles.

Las adolescentes muestran satisfacción con el tiempo de realización del control prenatal, la mayoría manifestó que este tiempo es suficiente para llevar a cabo las actividades por parte del profesional, entre ellas, examen físico, lectura de exámenes, recomendaciones.

Probablemente la diferencia de los resultados se deba a que el estudio de Mayorga se realizó en un establecimiento de primer nivel y cuya atención está dada por algún profesional de salud el cual no se especifica, así mismo estas percepciones solo se basan al control prenatal en general y no a la de atención según componentes en estudio.

De los resultados podemos concluir que la percepción sobre la atención prenatal en la mayoría es vista por las adolescentes de manera regular, de modo que la actitud del profesional en cuestión, también afecta de manera importante la percepción que estas tengan del control prenatal, las adolescentes perciben la gestación como un evento de incertidumbre e inestabilidad difícil de afrontar por lo que los comportamientos negativos por parte del personal de obstetricia desmotivan para continuar con la atención prenatal, lo cual significa un riesgo tanto para la madre como para el futuro bebe; a todo ello se necesitan programas basados en el riesgo

obstétrico y perinatal, también se debe tomar en cuenta el objetivo del milenio número 5 que nos habla de mejorar la salud materna, para que ellas sientan que el profesional de salud muestra interés, confianza, tiempo, igualdad en cada consulta a la que asisten.

## V. Conclusiones

- Al finalizar la investigación se identificó los factores individuales, encontrando que las edades de las adolescentes oscilan entre los 16 y 17 años con un 37.5% respectivamente, el grado de instrucción en un 43.75% fue secundaria completa, la religión predominó la católica con un 75% y respecto al estado civil el 56,25% es conviviente.
- En relación a los factores sociales se observó que el 43,75% del grupo familiar lo conforman padres y pareja, en cuanto al trato antes del embarazo un 25% era bueno al igual que un 25% fue autoritario, la reacción al conocer del embarazo en un 62.5% de los padres reaccionó con enojo/ reclamos/ y reproches.
- Entre los factores económicos encontramos que los ingresos económicos antes del embarazo en 56.25% provenían de los padres, por otra parte un 68,75 indica que la ocupación del padre es dependiente, a diferencia de la madre cuya ocupación es independiente en un 75%.
- En relación a los factores culturales un 50% desconoce si el padre de su hijo tuvo otras parejas, un 68.75% afirma que el padre de su hijo no tuvo ningún hijo antes, además un 37,5% no usó condón porque no lo tenían en ese momento, por otra parte un 43,75% manifestó que con una relación coital es suficiente para quedar embarazada.
- Respecto a los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, un 75% no sabe sobre salud sexual, un 56.25% no recuerda los temas de salud

reproductiva ,así mismo un 43.75% refieren conocer sobre inyecciones y pastillas como métodos de planificación familiar y por ultimo 50 % de no saben ni conocen el uso correcto de métodos de planificación familiar.

- En lo que se refiere a las actitud sobre salud sexual y reproductiva, un 43.75% reconoce la importancia sobre los temas de sexualidad y protección son para evitar enfermedades y embarazo, por otro lado un 56.25% quería ser profesional antes de salir embarazada, ahora que está embarazada un 31.25% quiere cuidar al bebe y después del embarazo un 25% quieren cuidar al niño y trabajar.
- También se dio a conocer sobre las prácticas de salud sexual y reproductiva, donde un 62.5% afirma no ha utilizado ningún método de planificación familiar, por otra parte un 50% inicio una relación sexual a los 14 años, además un 62.5% tuvo un compañero sexual y el 43.75% afirmo que la causa que influyo para quedar embarazada fue por creerle al padre de los hijos que no quedaría embarazada.
- Por ultimo respecto a la percepción sobre la atención prenatal se conoció que de acuerdo a los trámites para recibir la atención obstétrica (50%) , el tiempo que esperan para ser atendidas (68.75%) , la información sobre signos de alarma y cuidados en la consulta ( 68,75%) consideran es regular, con lo referente a la información sobre planificación familiar y nutrición el 56,25% si le brinda dicha información, en cuanto al trato recibido (50%) y la privacidad que tuvo en su consulta (43,75%) consideran fue regular.

### Aspectos Complementarios

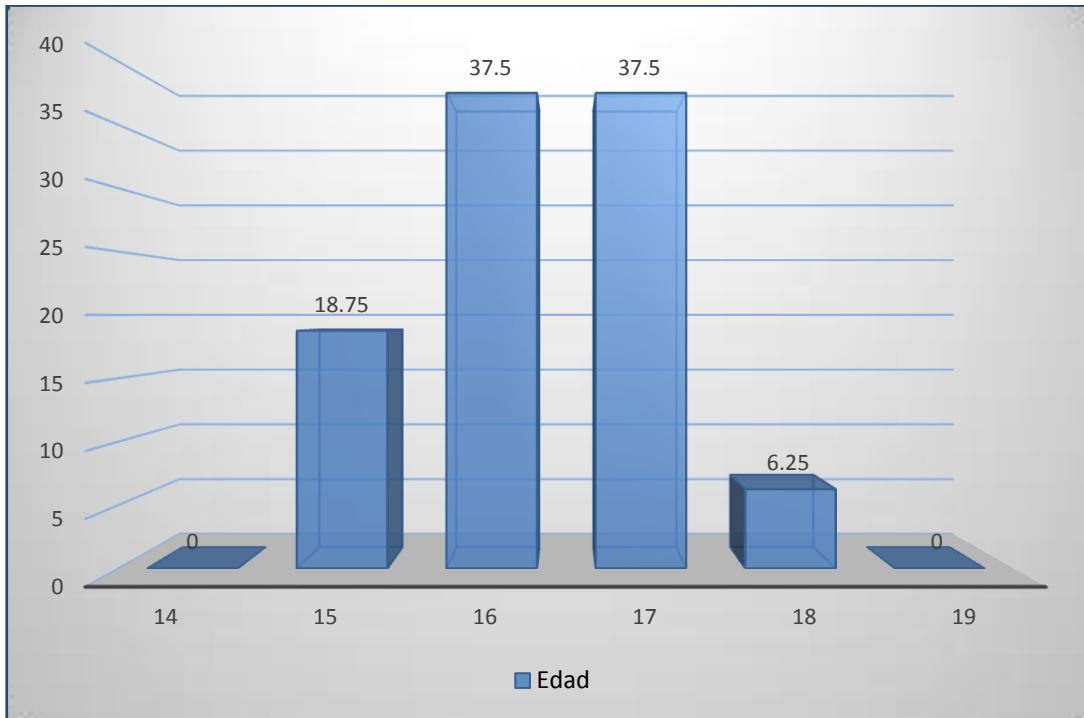


Figura 1.1. Gráfico de barras según la edad

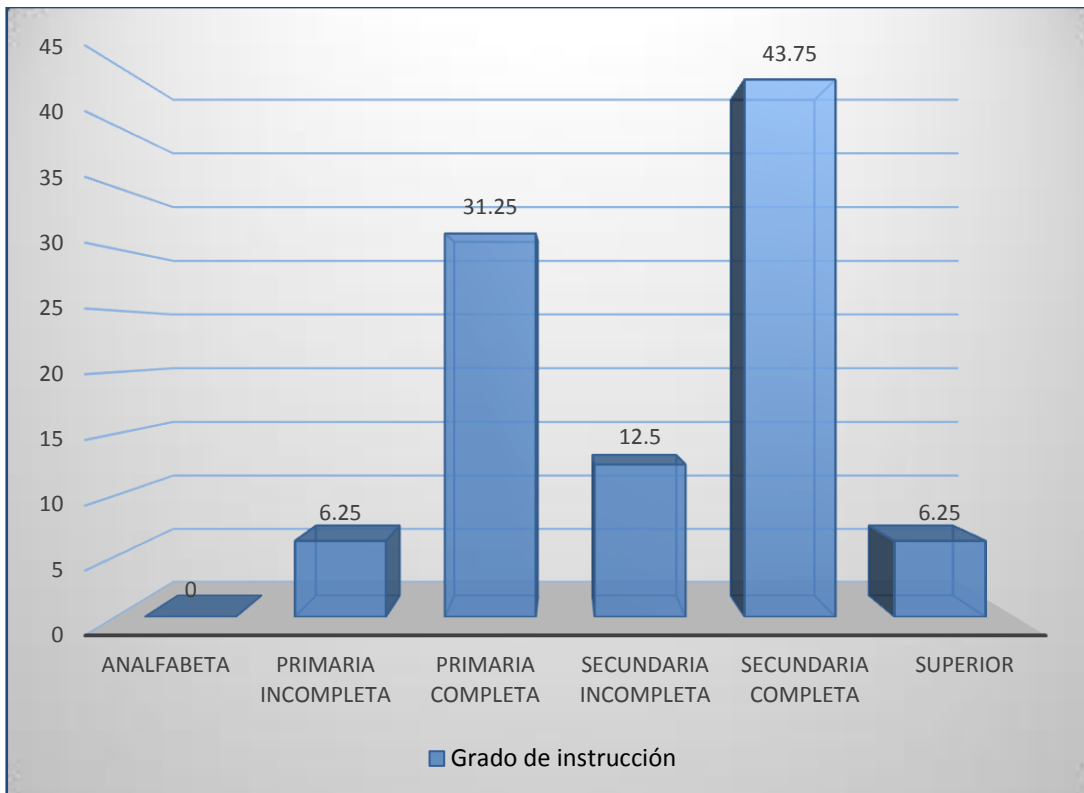


Figura 1.2. Gráfico de barras según la grado de instrucción

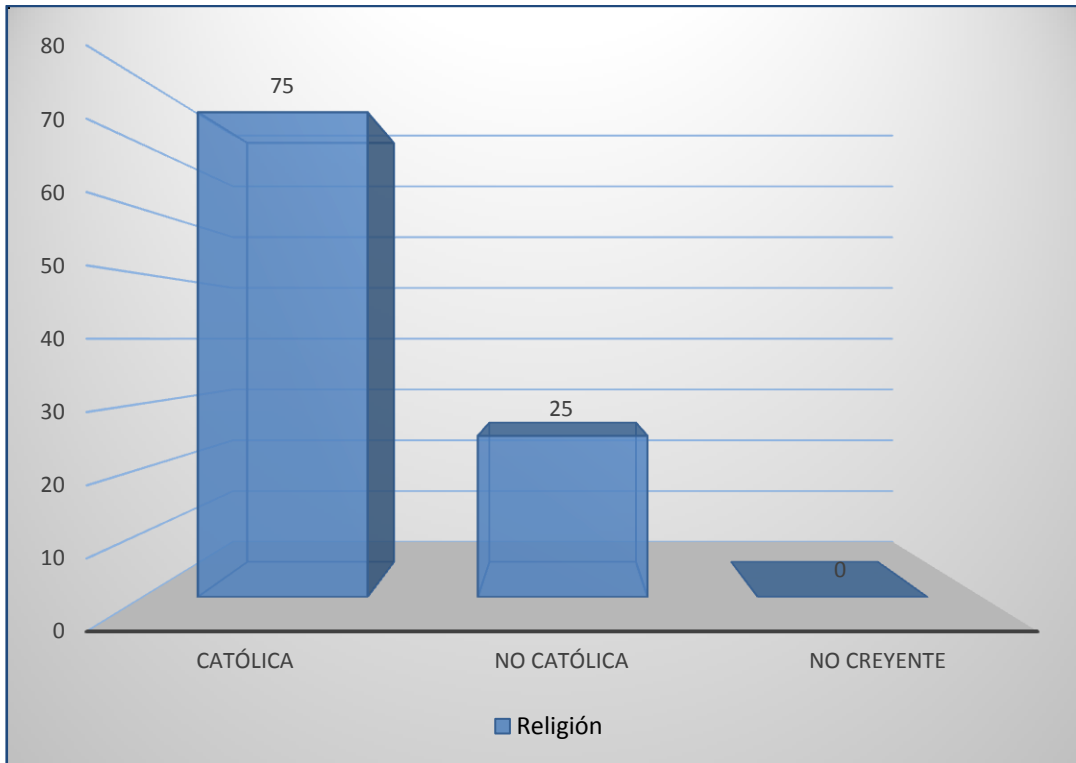


Figura 1.3. Gráfico de barras según la religión

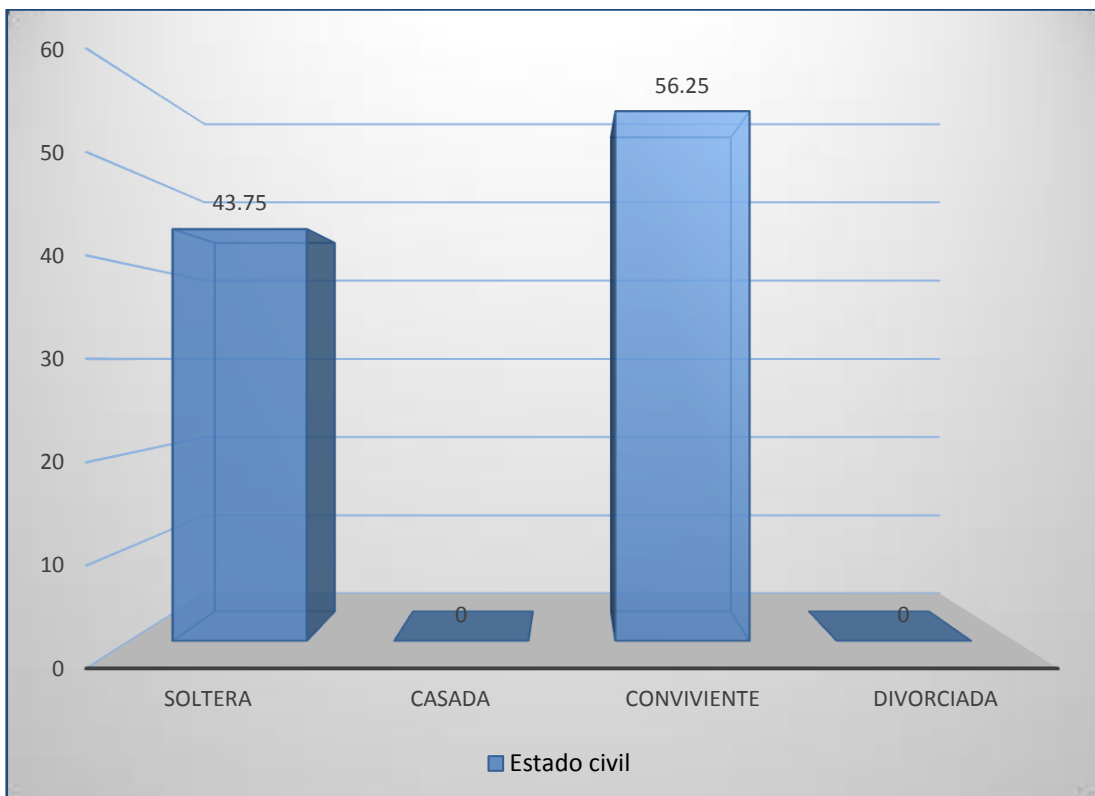


Figura 1.4. Gráfico de barras según el estado civil.



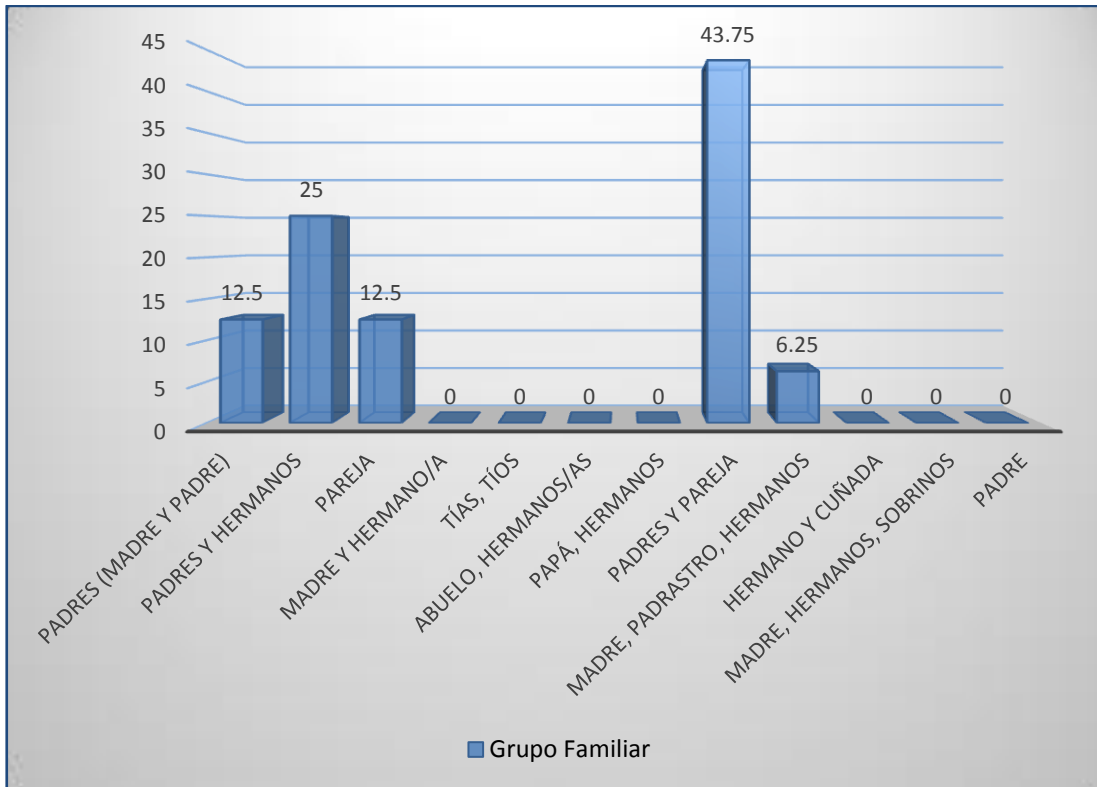


Figura 2.1. Gráfico de barras según la conformación de grupo familiar.

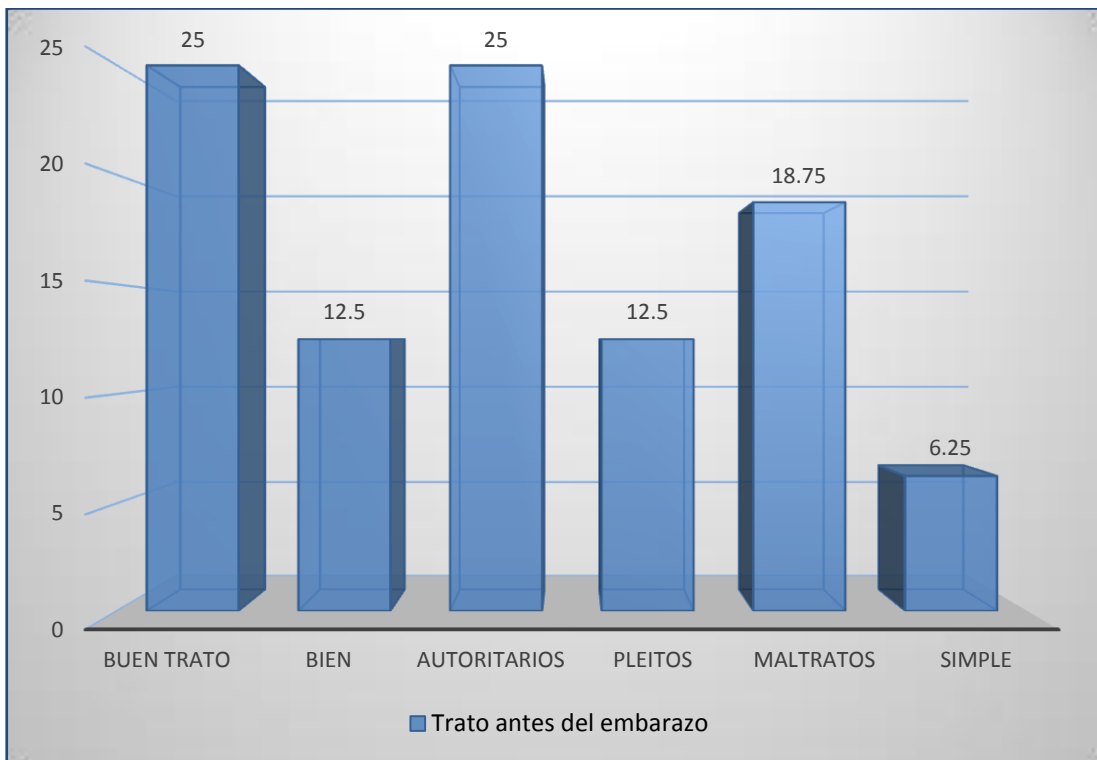


Figura 2.2. Gráfico de barras según trato de su familia antes del embarazo.

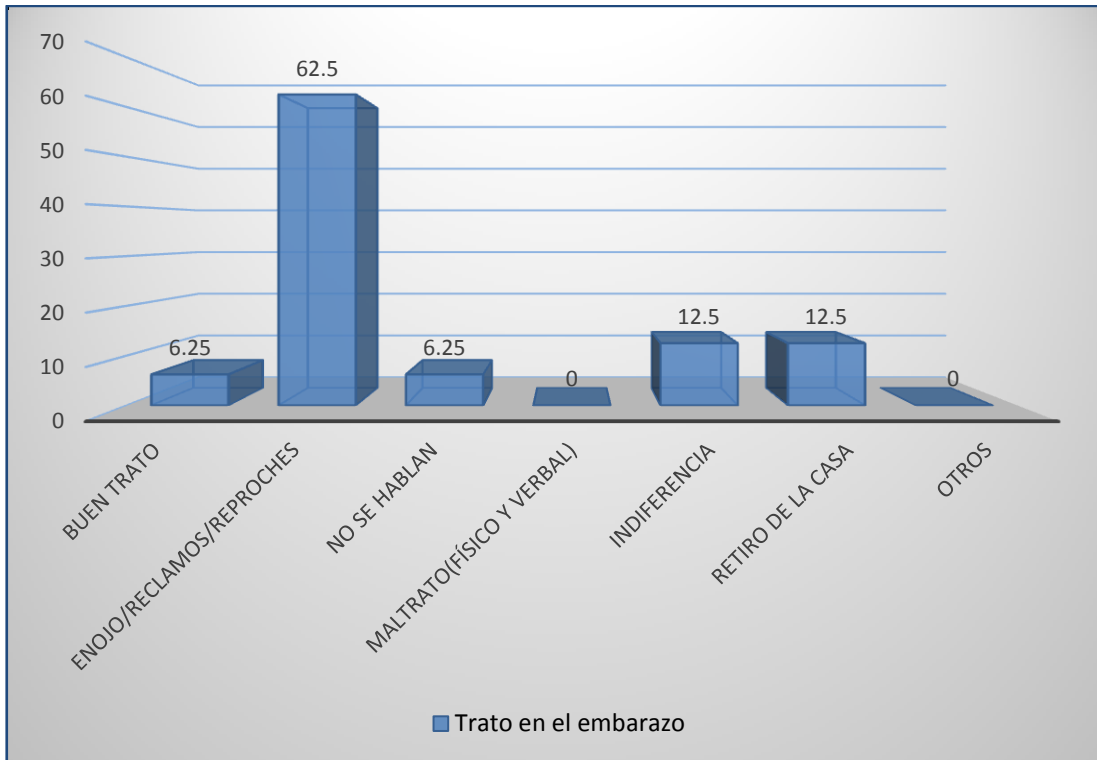


Figura 2.3. Gráfico de barras según trato de su familia al conocer sobre su embarazo.

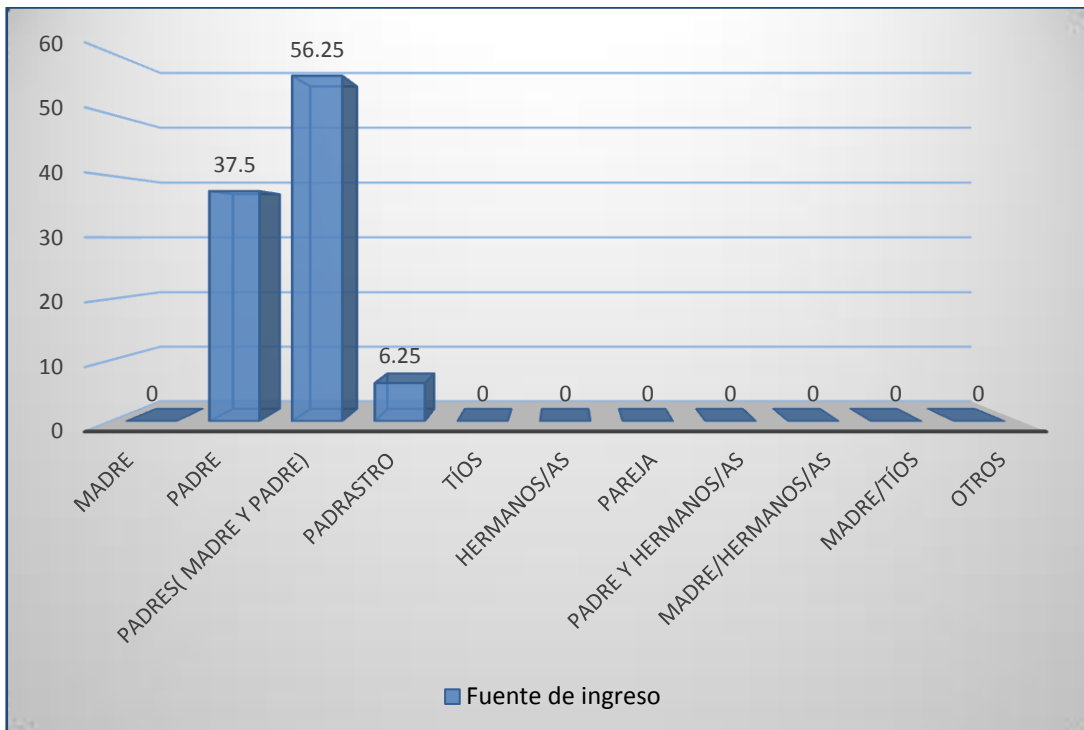


Figura 3.1. Gráfico de barras según fuente de ingreso económico de la familia antes del embarazo.

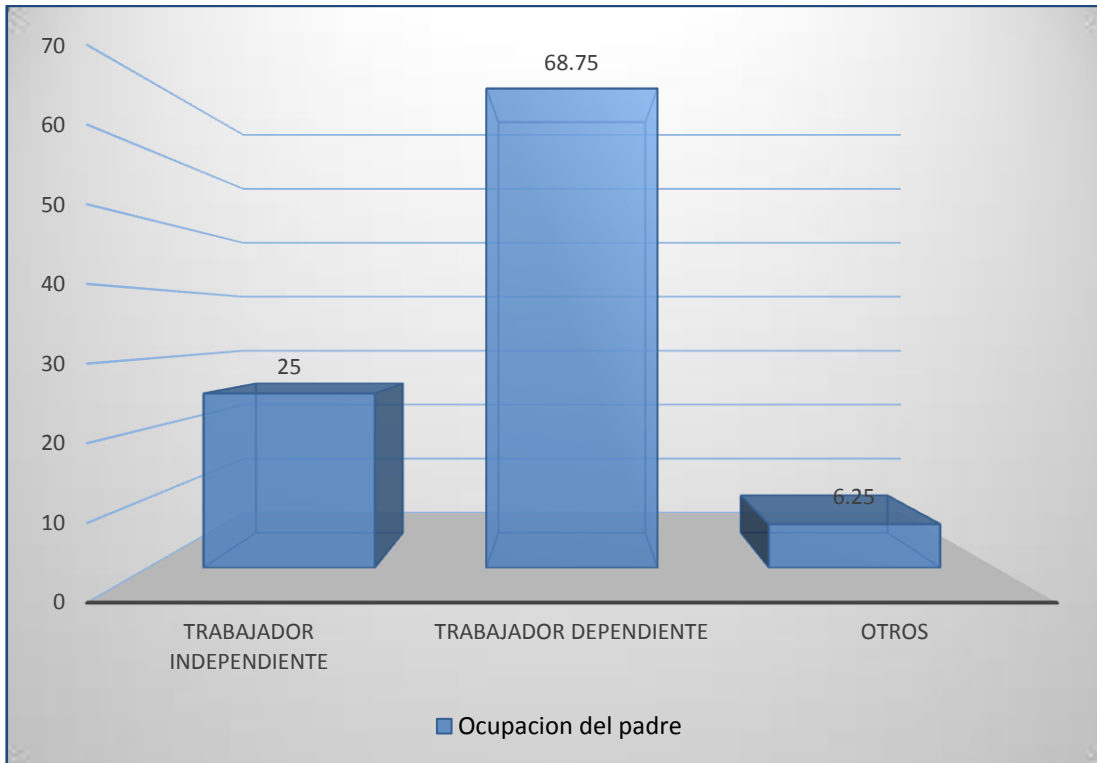


Figura 3.2. Gráfico de barras según ocupación del padre.

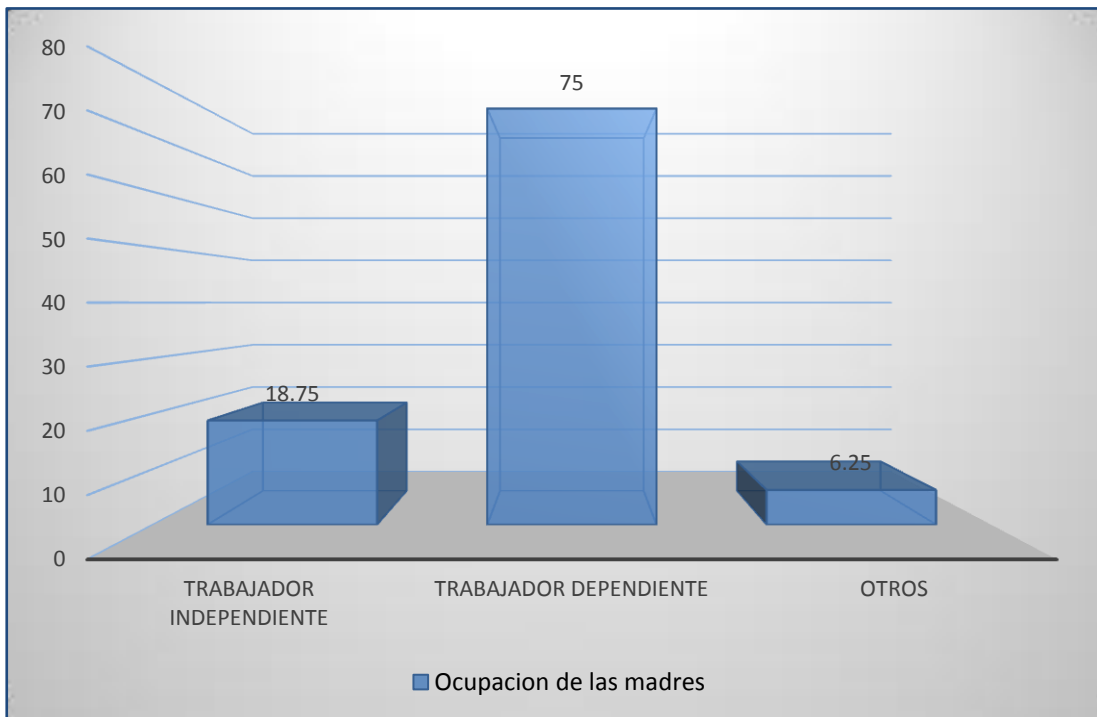


Figura 3.3. Gráfico de barras según la ocupación de las madres.

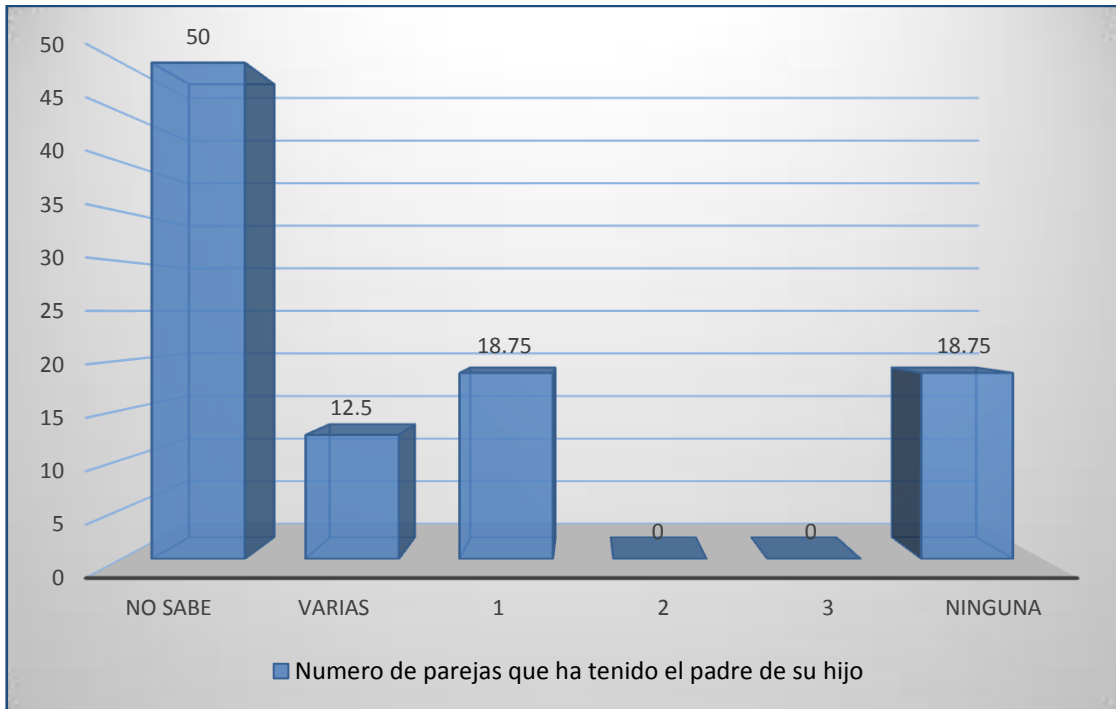


Figura 4.1. Gráfico de barras según el número de parejas del padre de su hijo antes del embarazo.

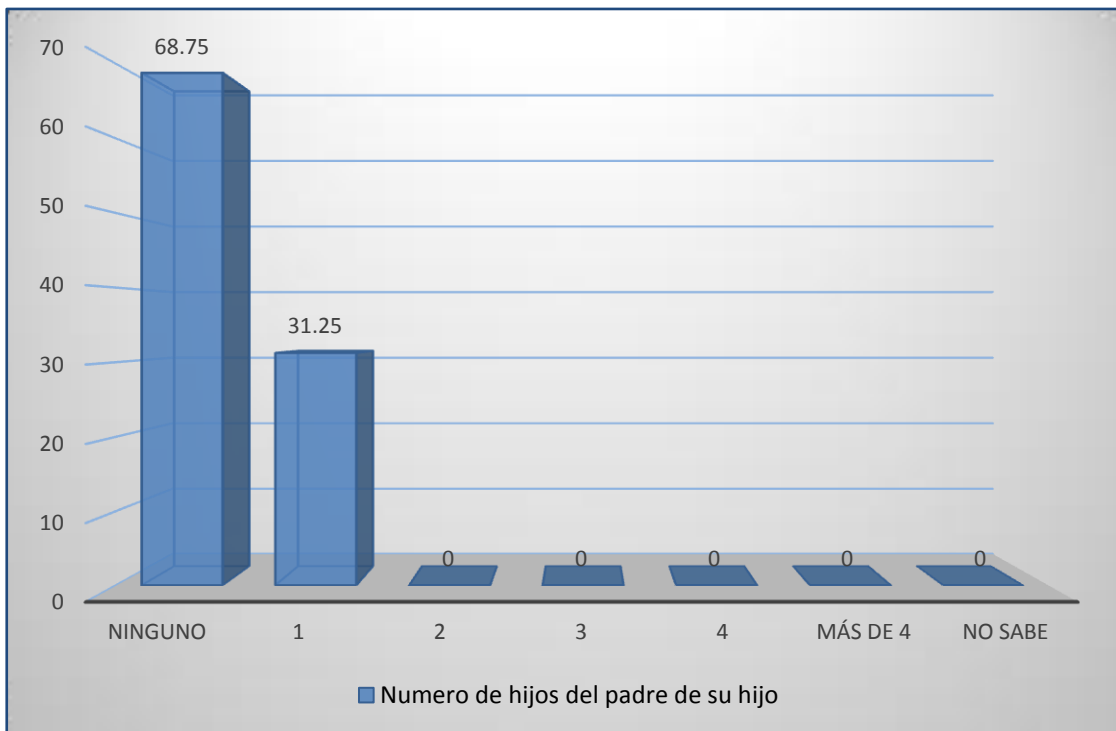


Figura 4.2. Gráfico de barras según el número de hijos del padre de mi hijo

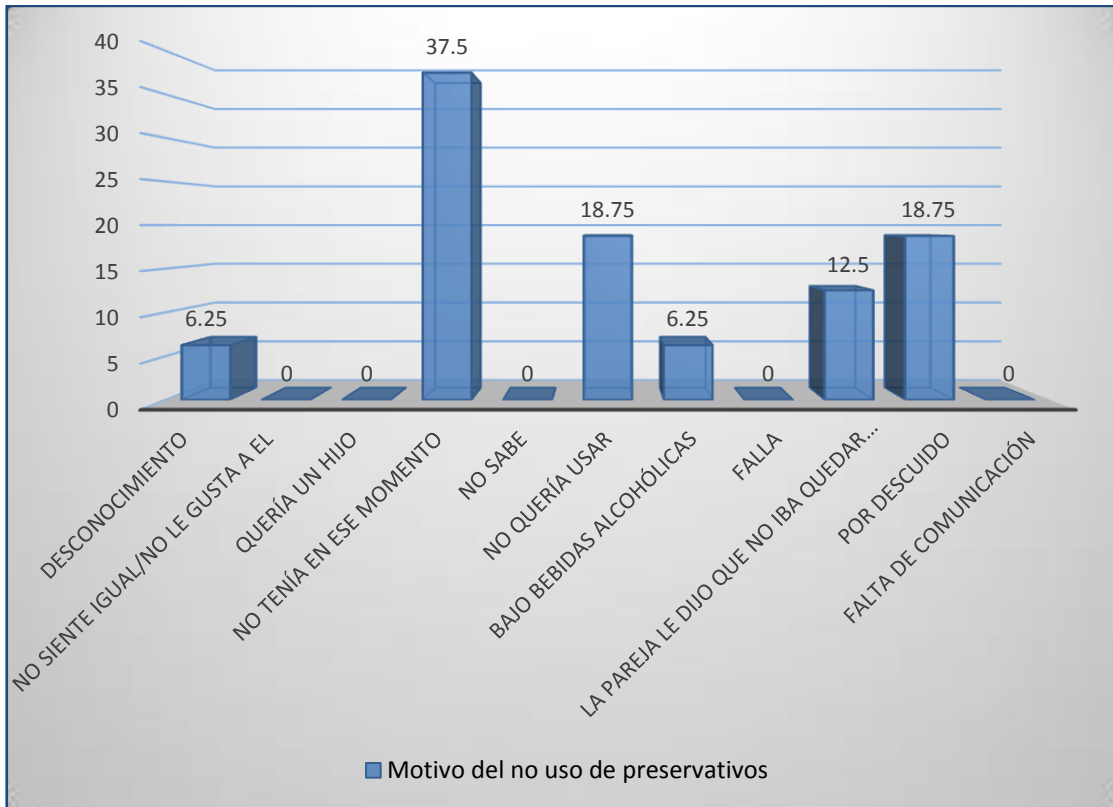


Figura 4.3. Gráfico de barras sobre el no uso del condón por parte de su pareja.

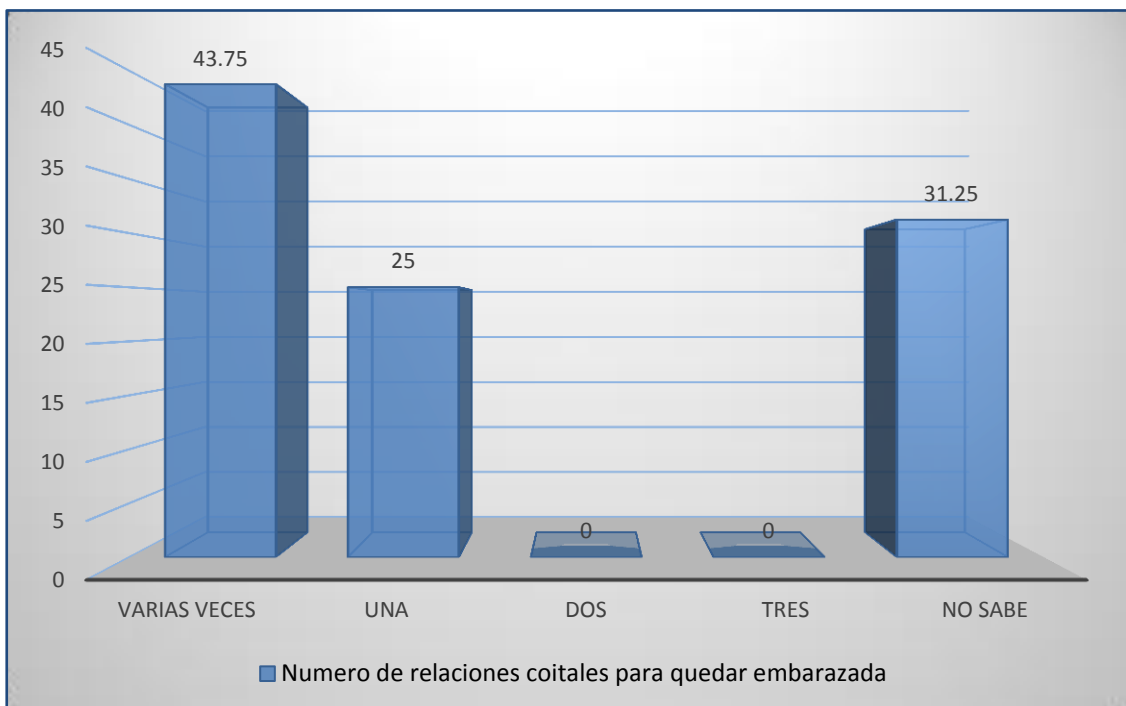


Figura 5.1. Gráfico de barras según número de relaciones coitales que cree que debe tener una mujer para quedar embarazada.

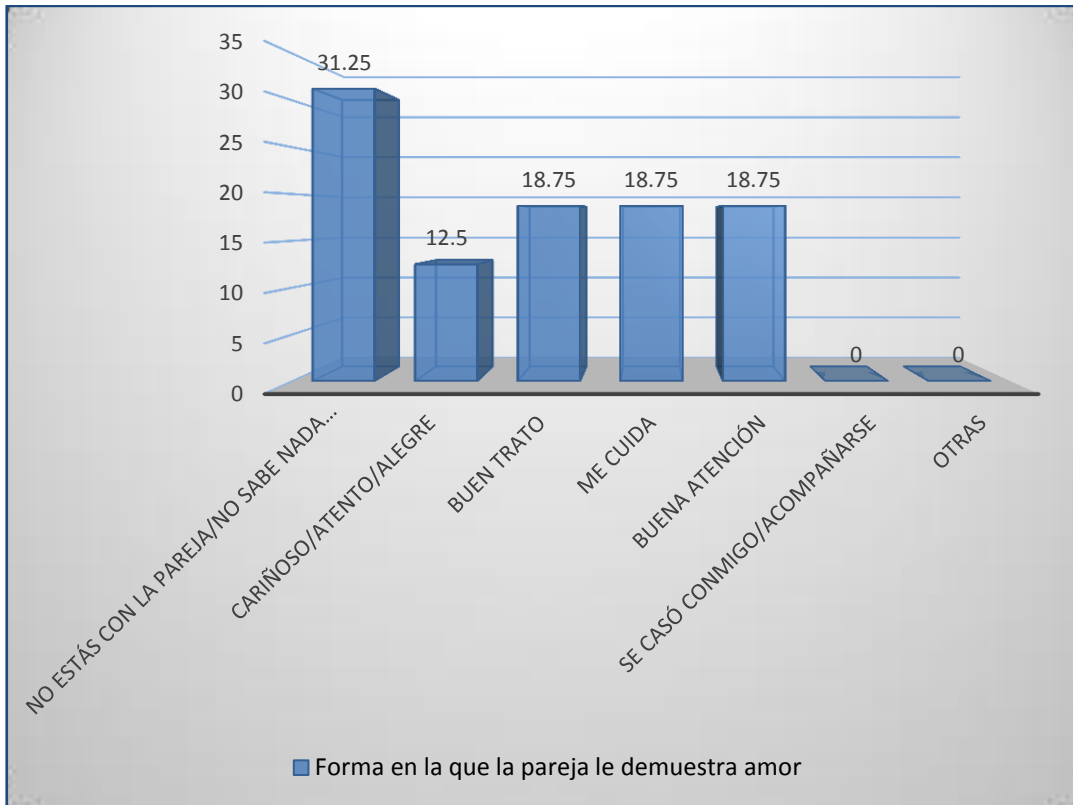


Figura 5.2. Gráfico de barras según la forma en la que la pareja le demuestra amor.

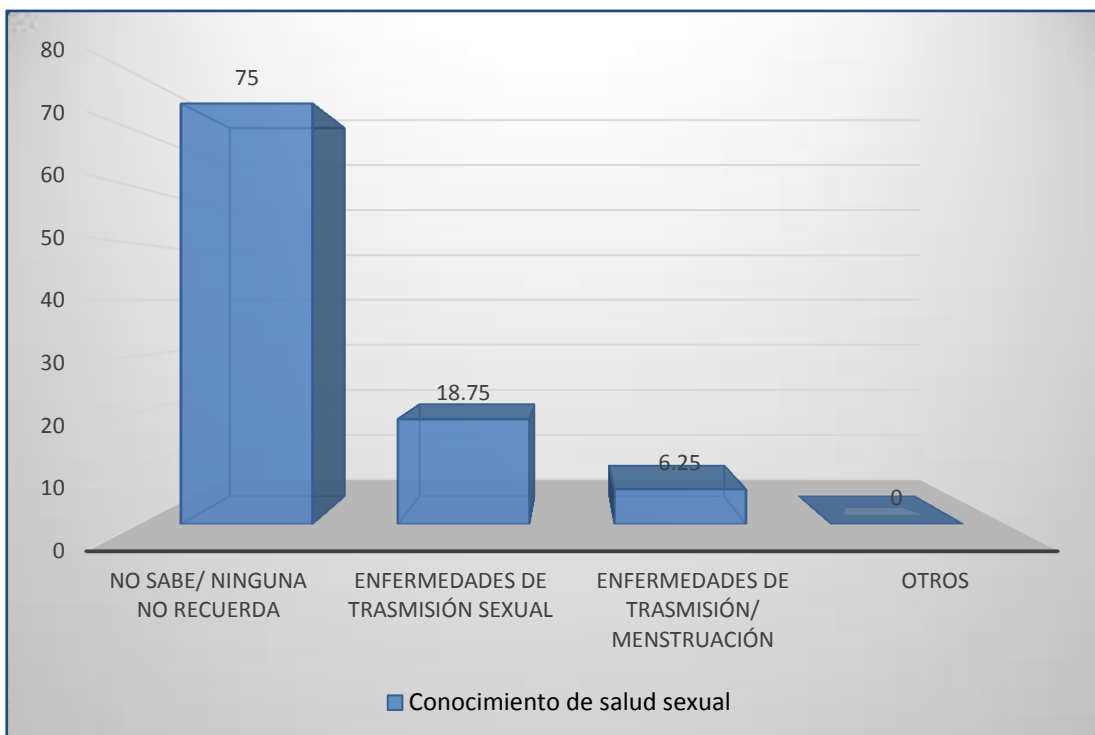


Figura 6.1. Gráfico de barras según conocimientos de salud sexual.

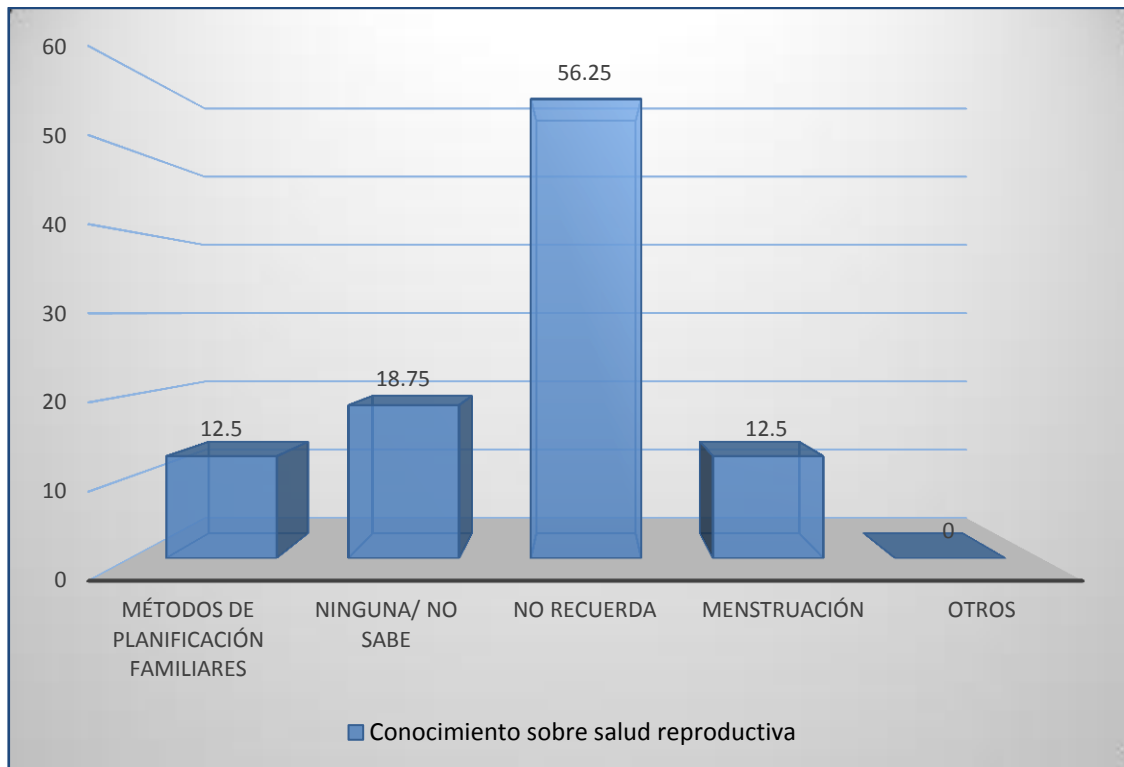


Figura 6.2. Gráfico de barras según conocimiento sobre salud reproductiva.

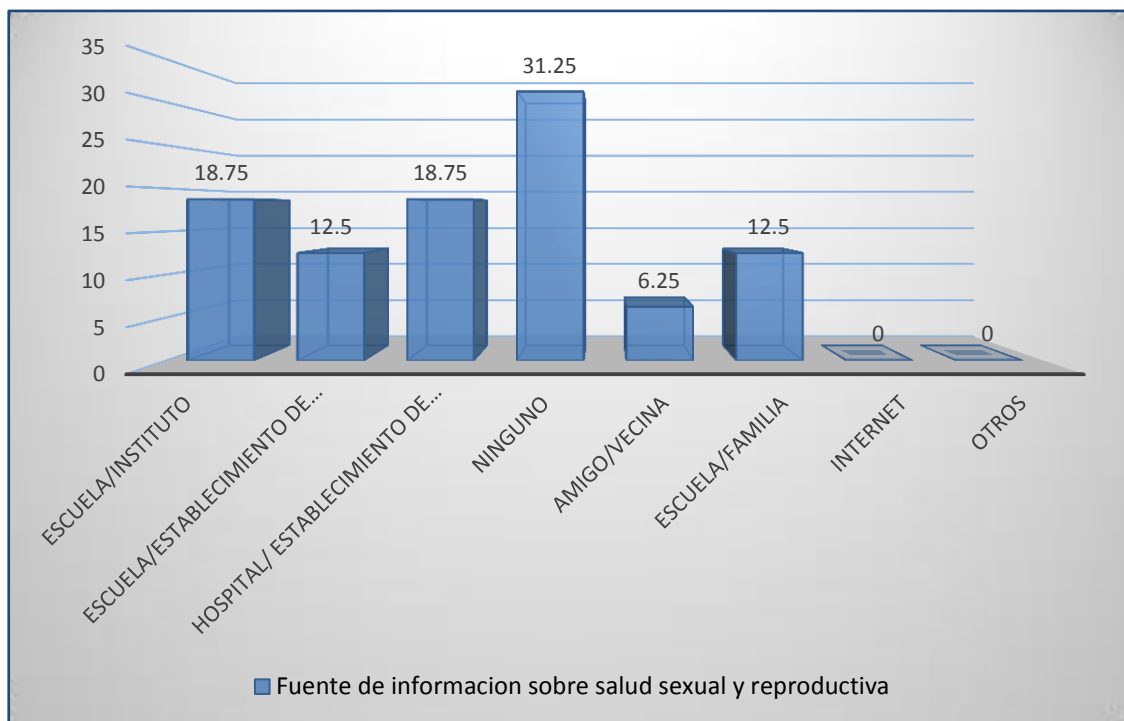


Figura 6.3. Gráfico de barras según fuente de información sobre salud sexual y/o reproductiva.

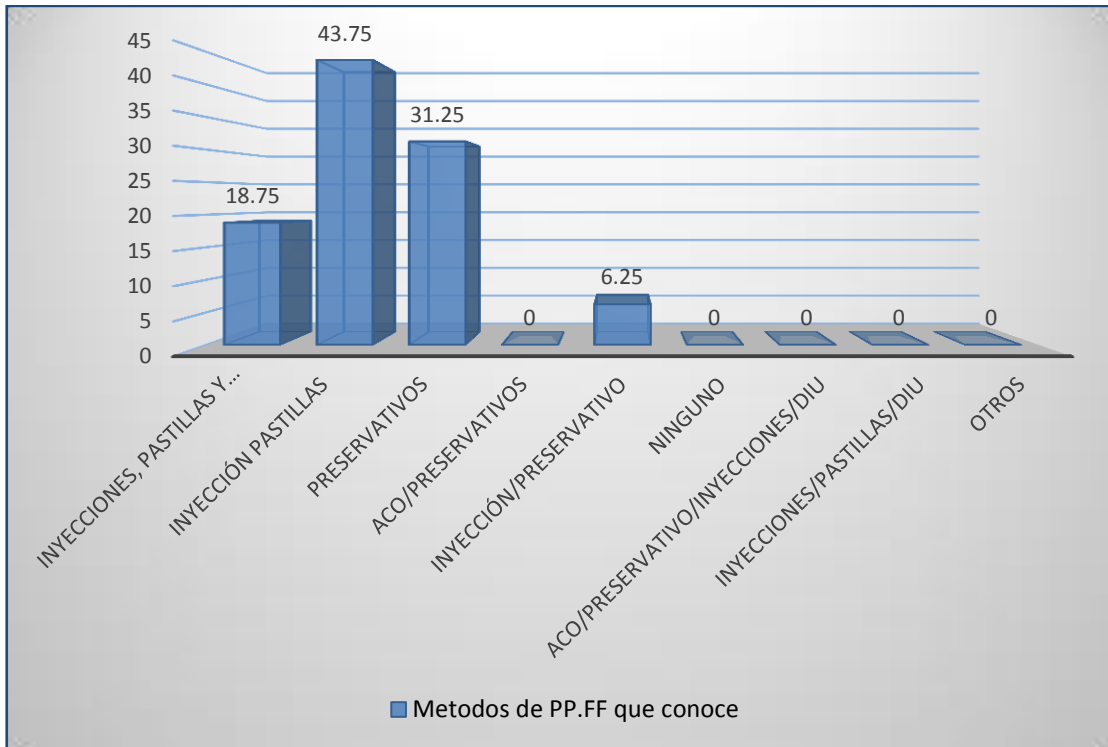


Figura 6.4. Gráfico de barras sobre métodos de planificación familiar conocidos.

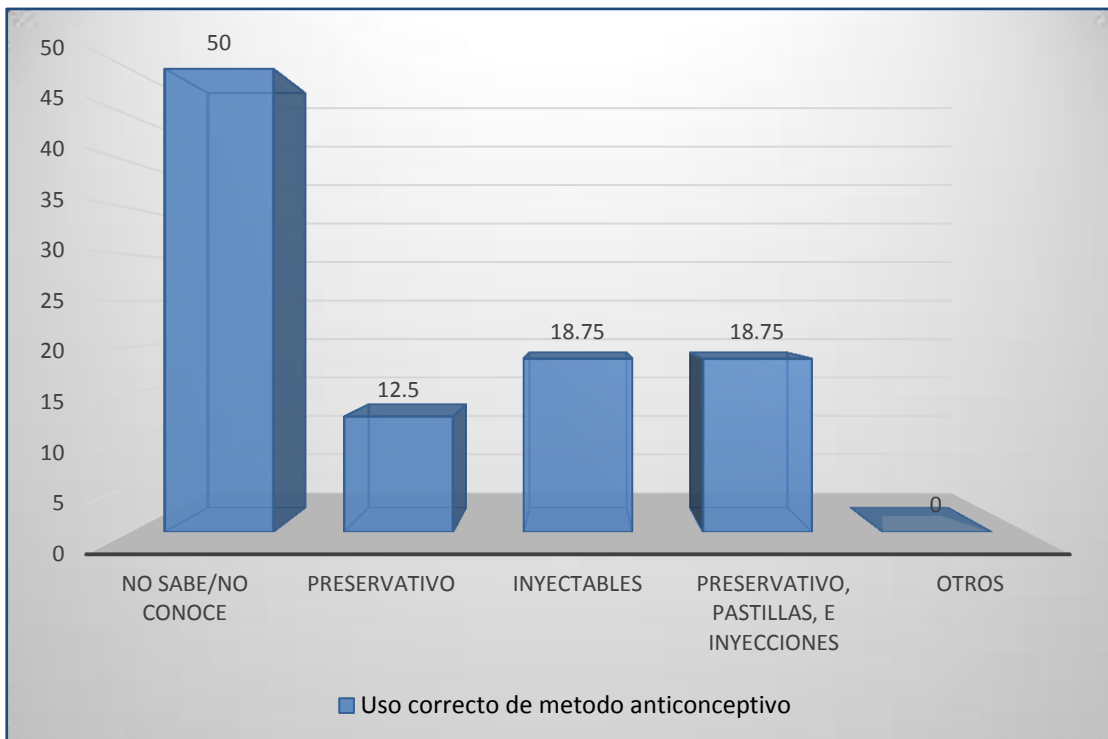


Figura 6.5. Gráfico de barras sobre métodos anticonceptivos más conocidos y relacionados con su uso correcto.



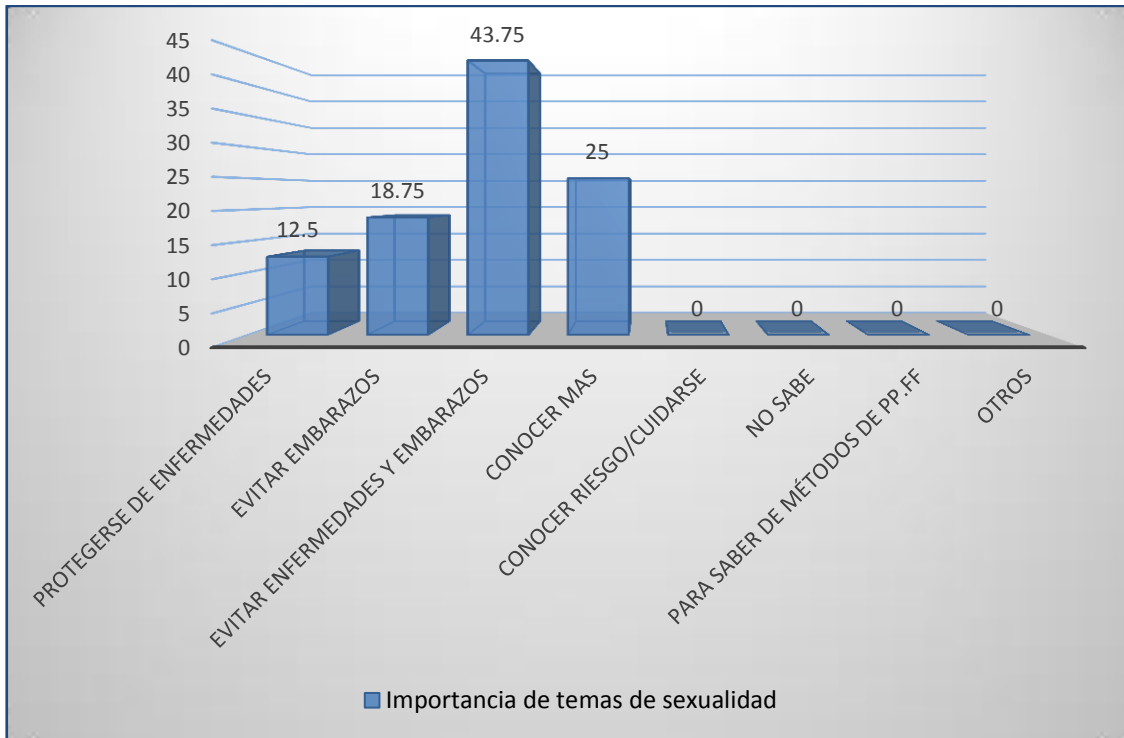


Figura 7.1. Gráfico de barras según la importancia de temas de sexualidad y protección.

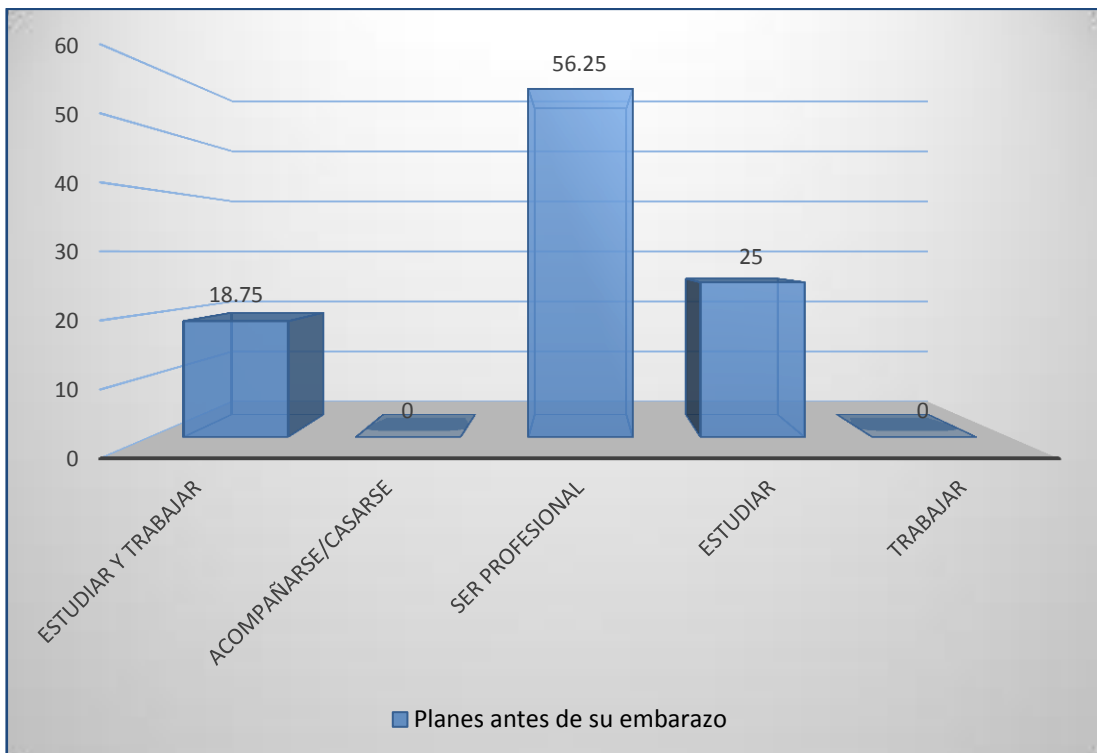


Figura 7.2. Gráfico de barras según planes de vida antes del embarazo.

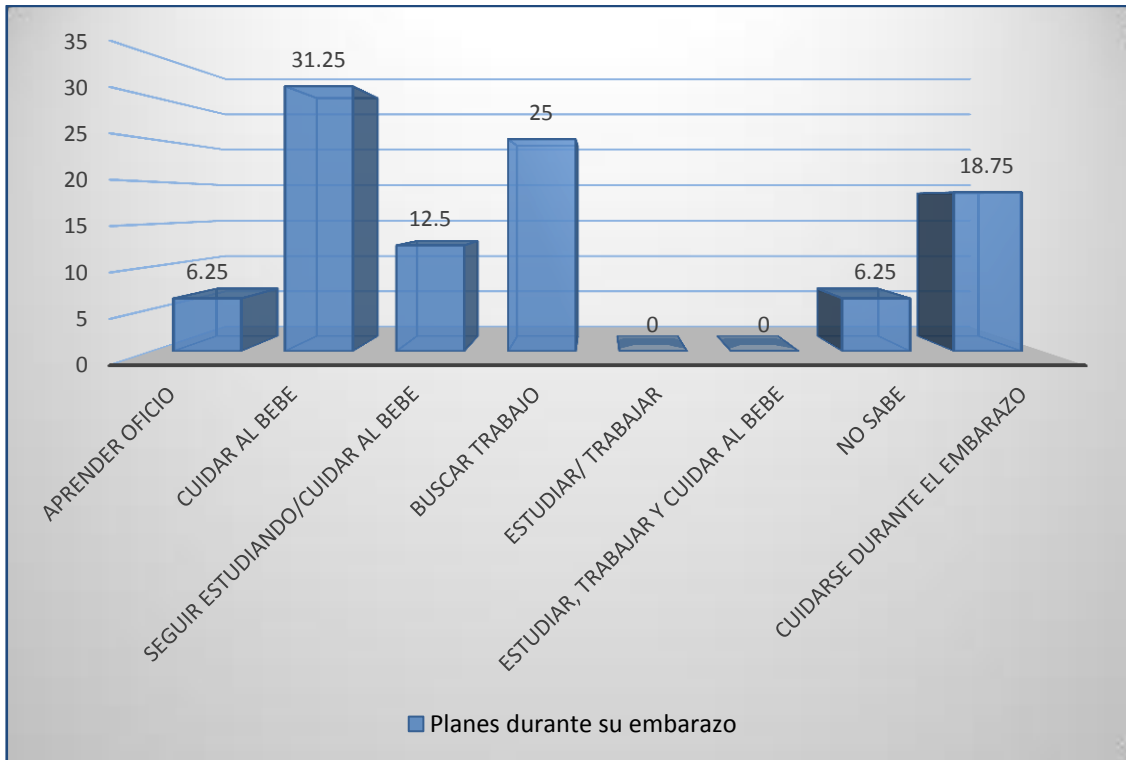


Figura 7.3. Gráfico de barras según planes durante el embarazo.

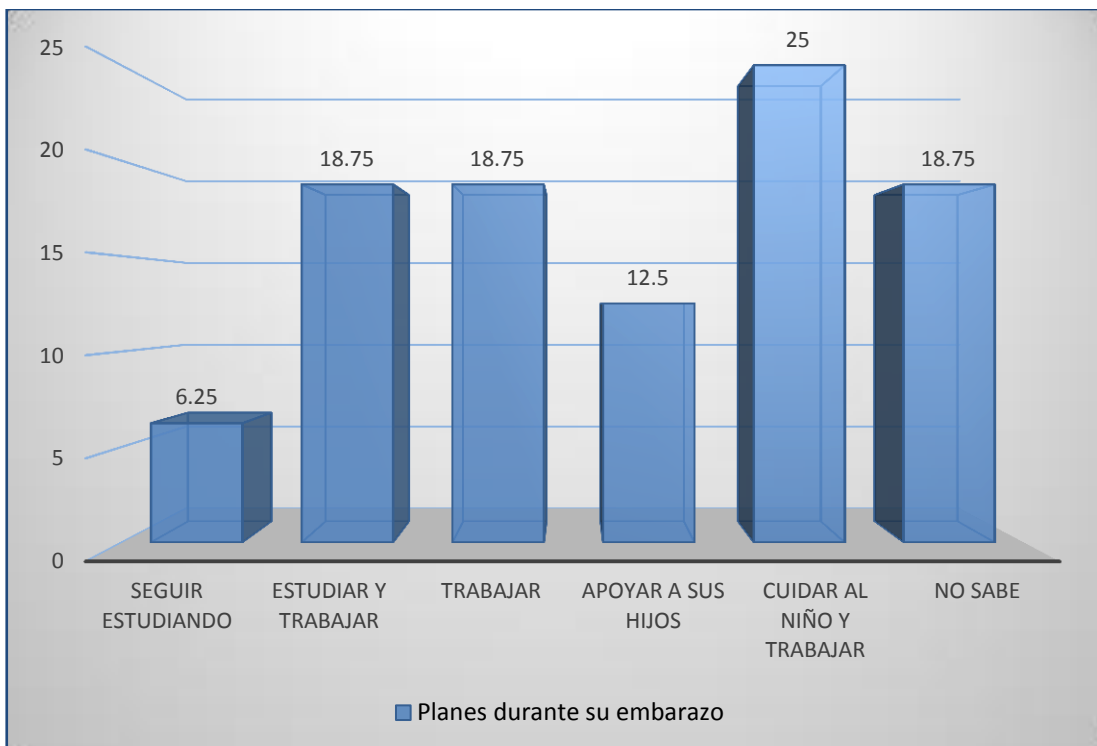


Figura 7.4. Gráfico de barras según planes después del embarazo.

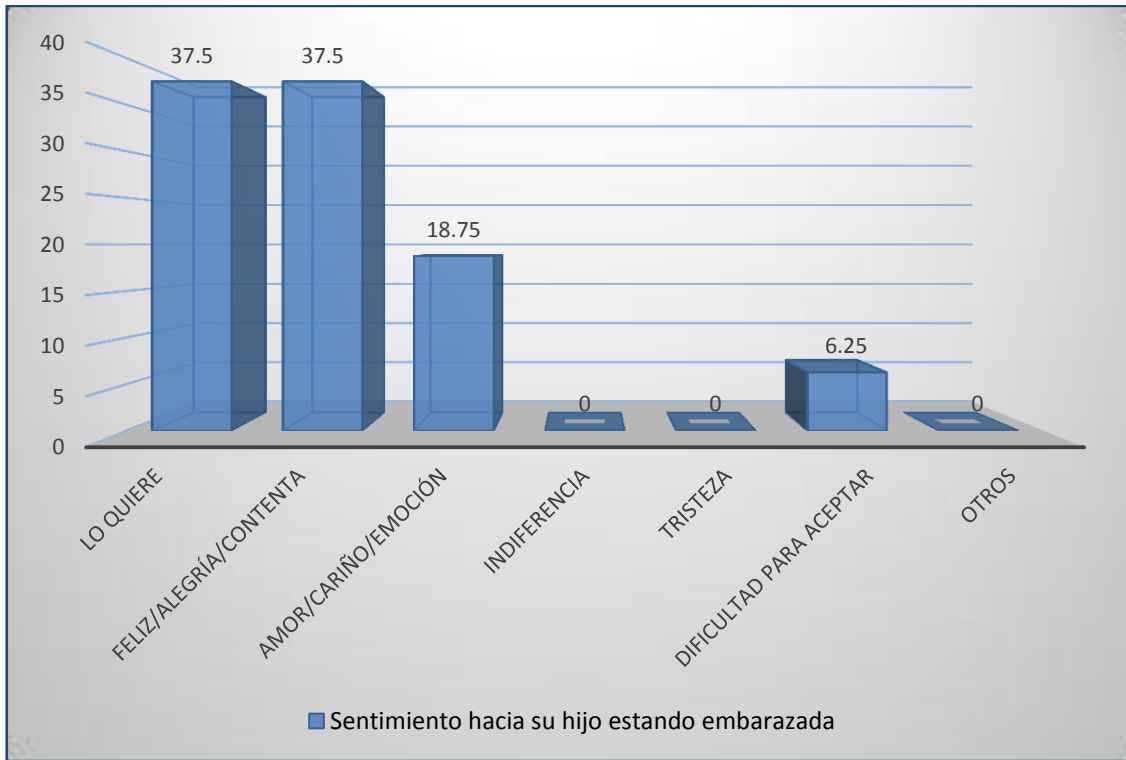


Figura 8.1. Gráfico de barras sobre sentimientos que experimentan actualmente hacia su hijo ahora que está embarazada.

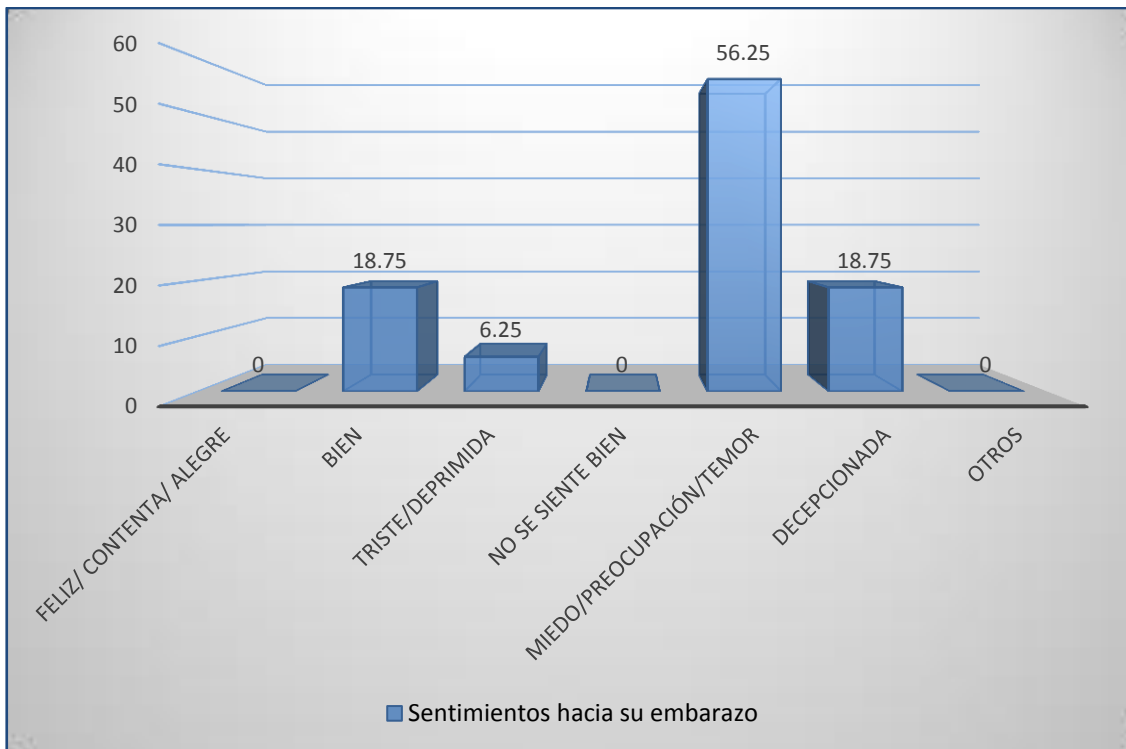


Figura 8.2. Gráfico de barras según sentimientos que experimenta con su embarazo

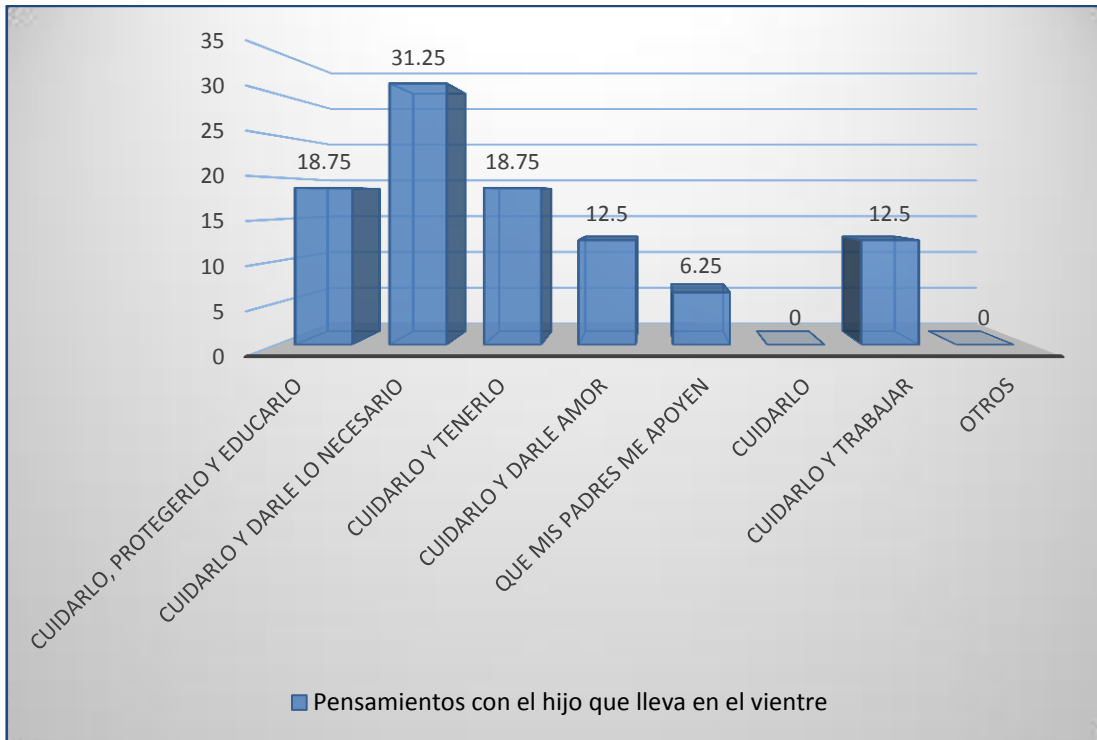


Figura 8.3. Gráfico de barras de las decisiones con el hijo que espera.

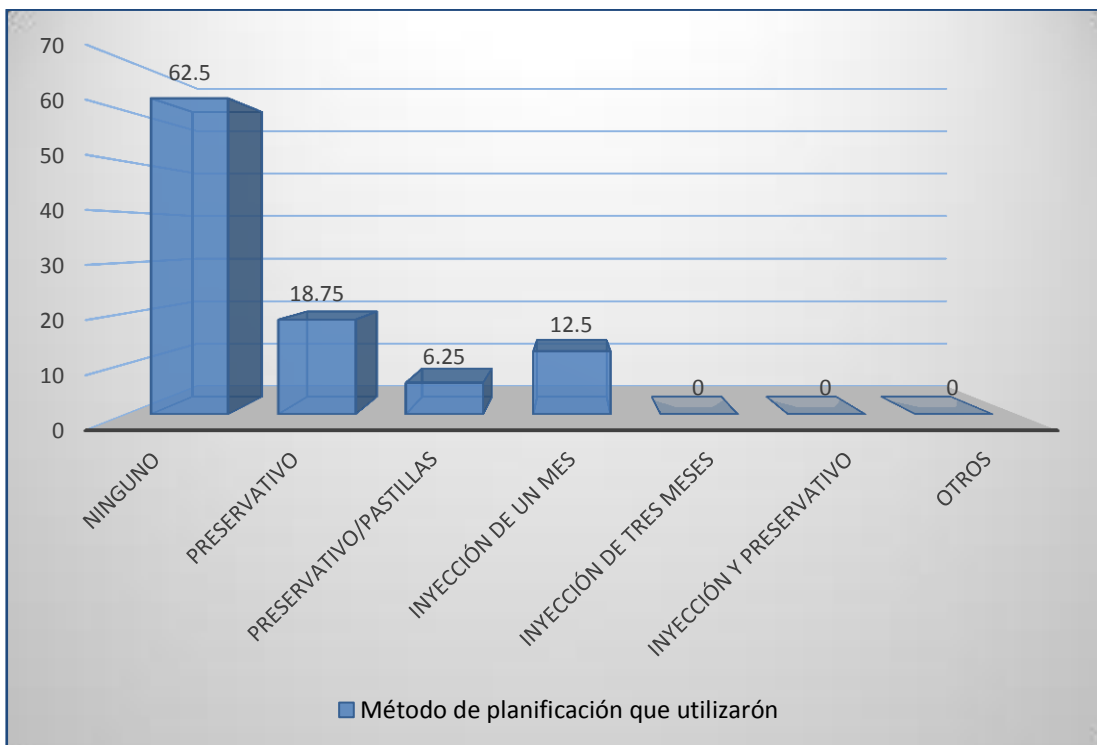


Figura 9.1. Gráfico de barras sobre el tipo de métodos de planificación utilizado.

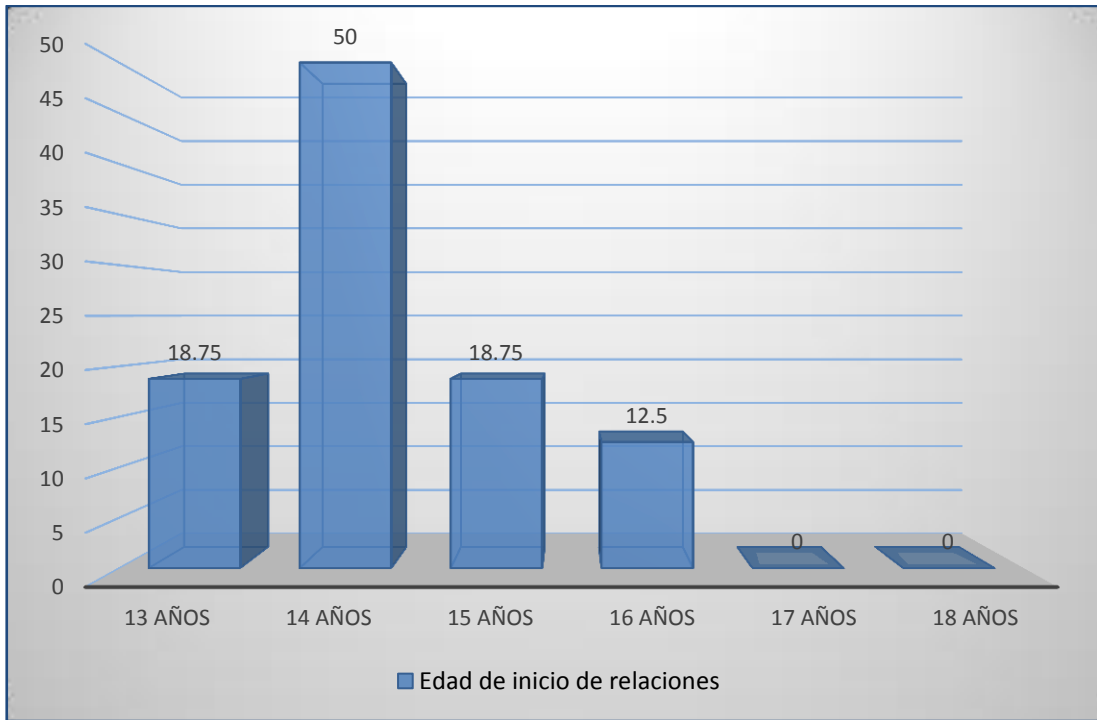


Figura 9.2. Gráfico de barras según la edad de inicio de las relaciones coitales.

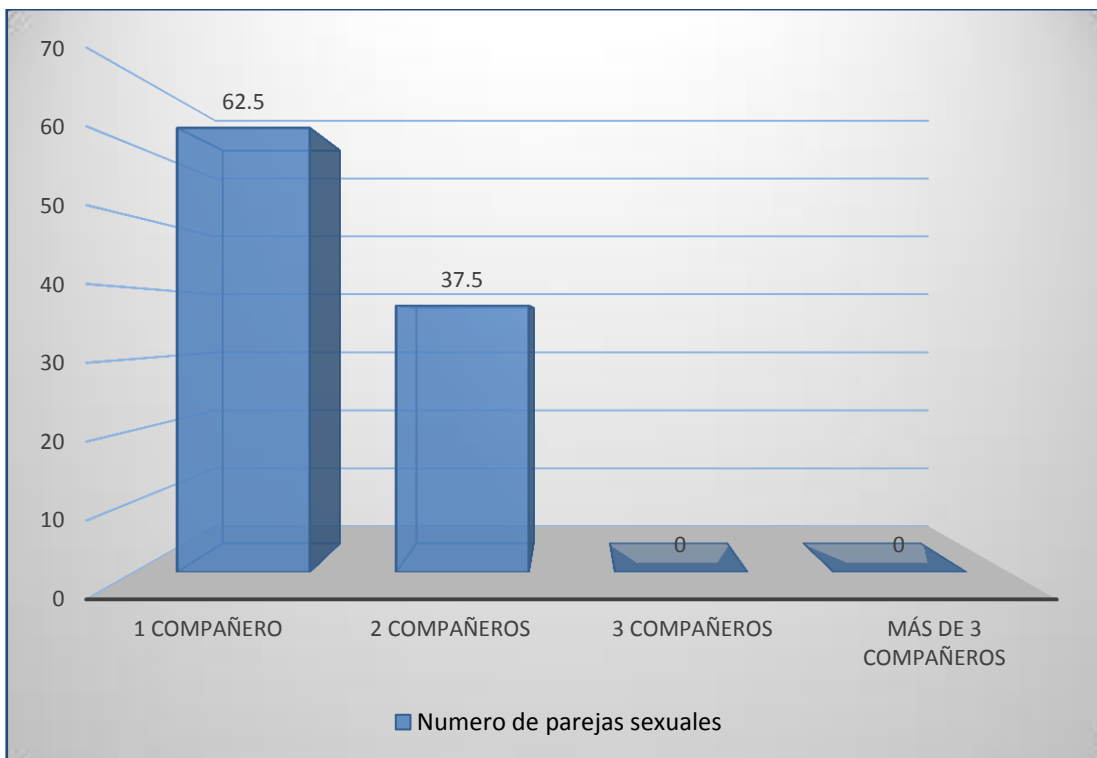


Figura 9.3. Gráfico de barras según el número de parejas sexuales.

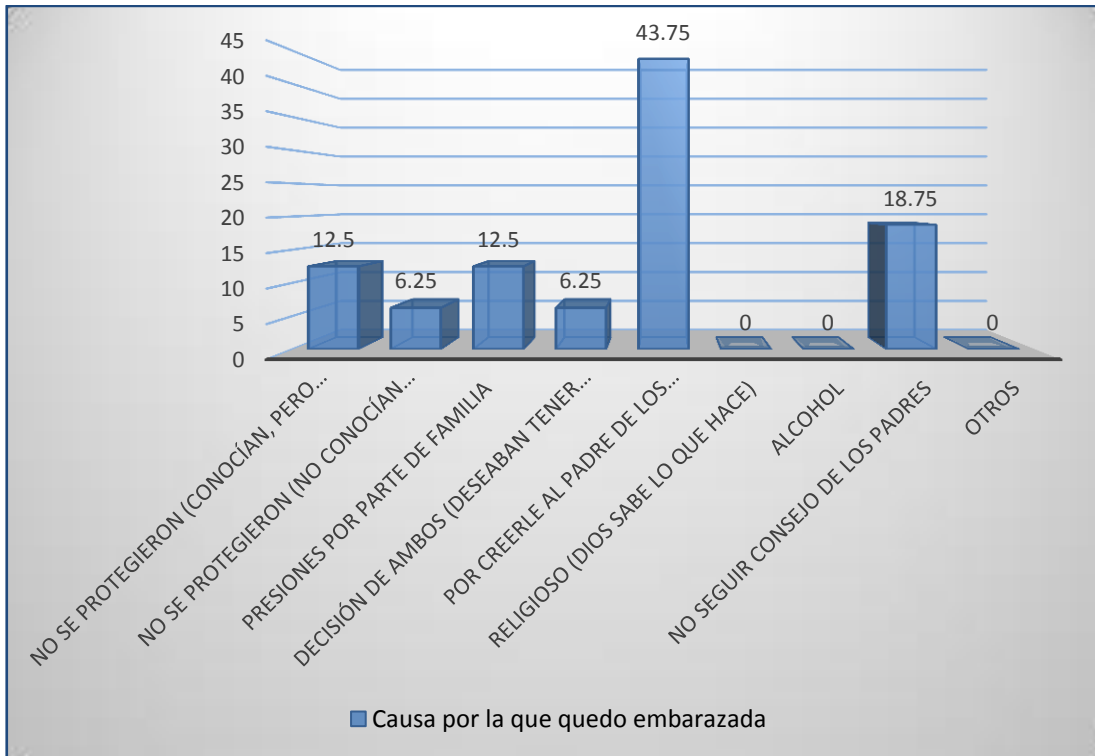


Figura 9.4. Gráfico de barras según causa por la cual quedaron embarazadas.

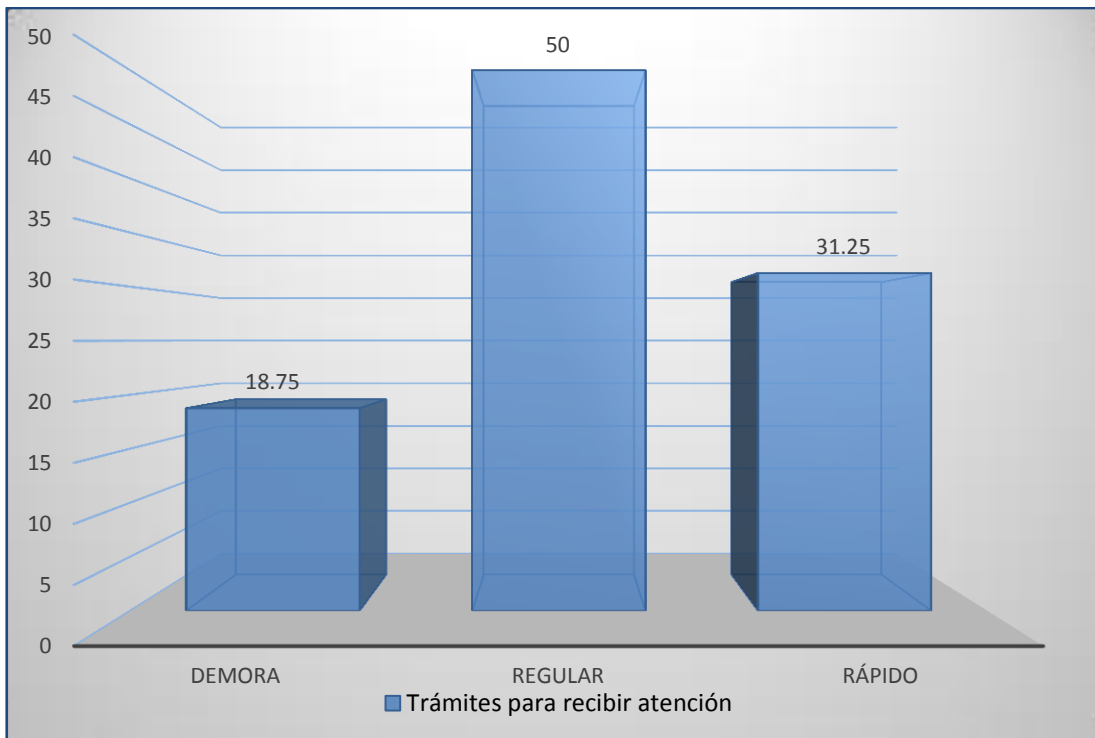


Figura 10.1. Gráfico de barras de la percepción según el tiempo de espera para realizar los trámites de atención.

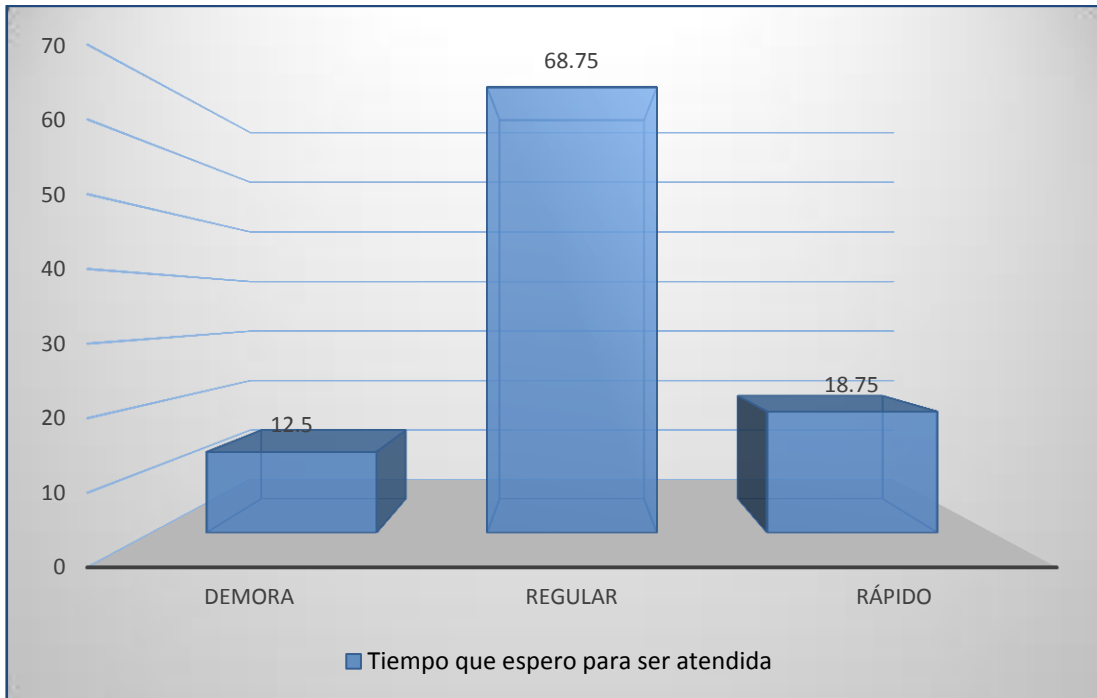


Figura 10.2. Gráfico de barras de la percepción según el tiempo de espera para recibir la atención.

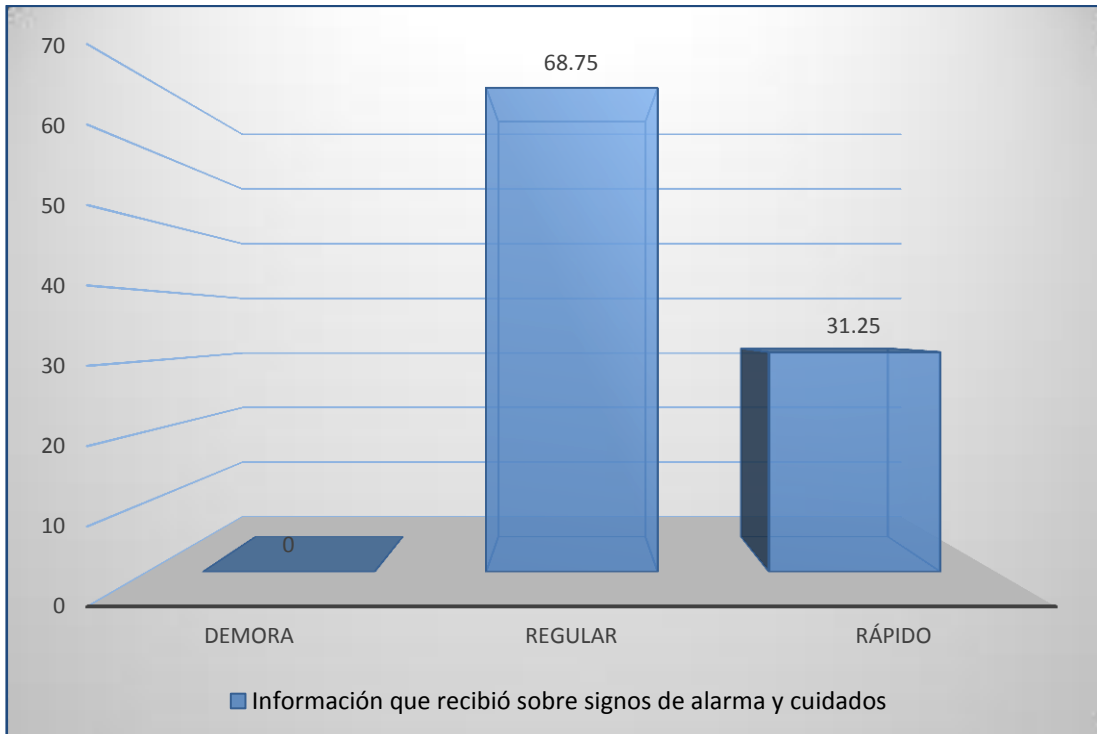


Figura 10.3. Gráfico de barras según información que brinda el profesional de obstetricia sobre signos de alarma y cuidados.

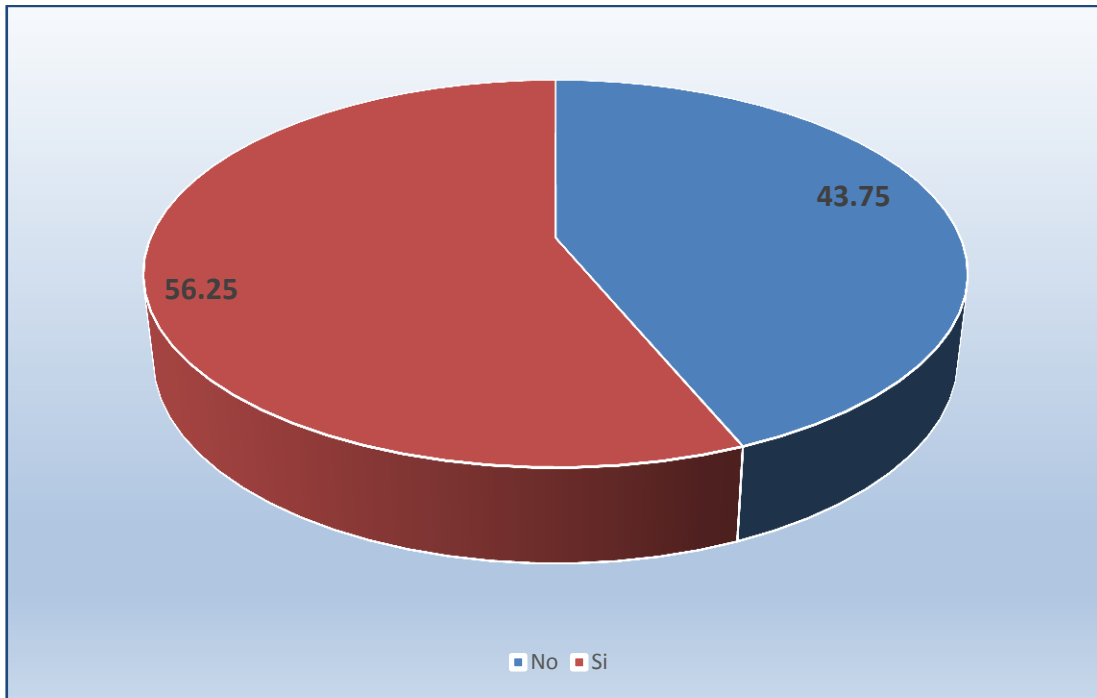


Figura 10.4 Gráfico de torta según la información que le brinda el profesional de obstetricia sobre planificación familiar.

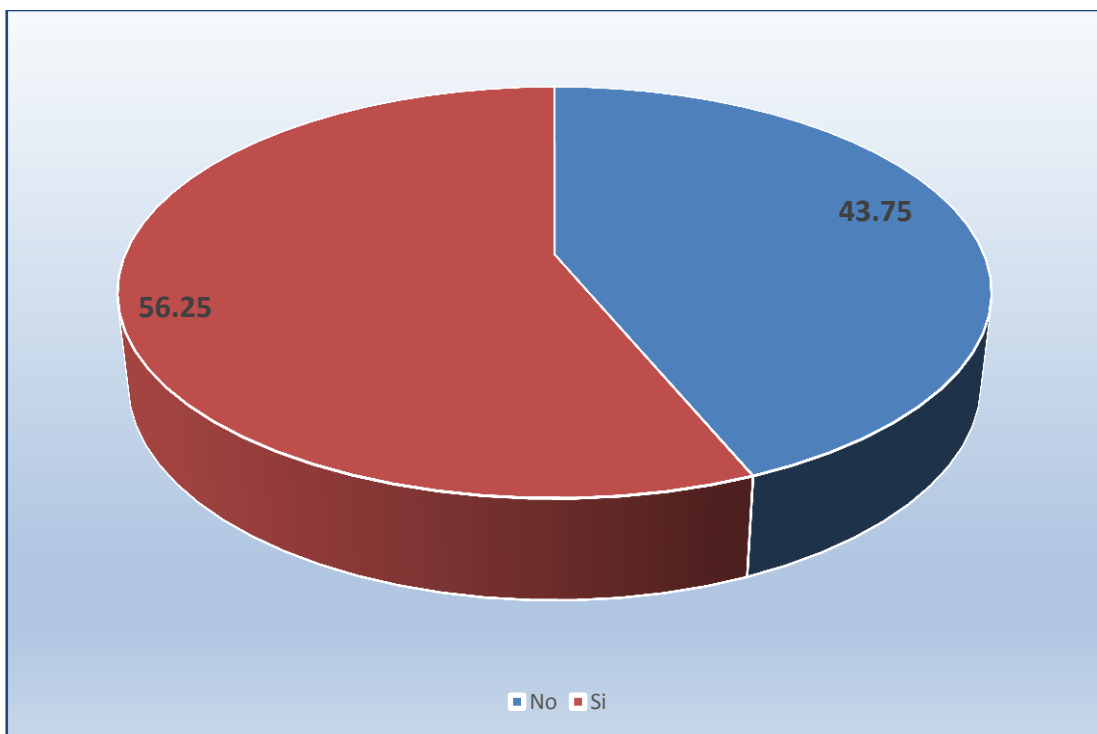


Figura 10.5 Gráfico de torta según la información que le brinda el profesional de obstetricia sobre nutrición en el embarazo.



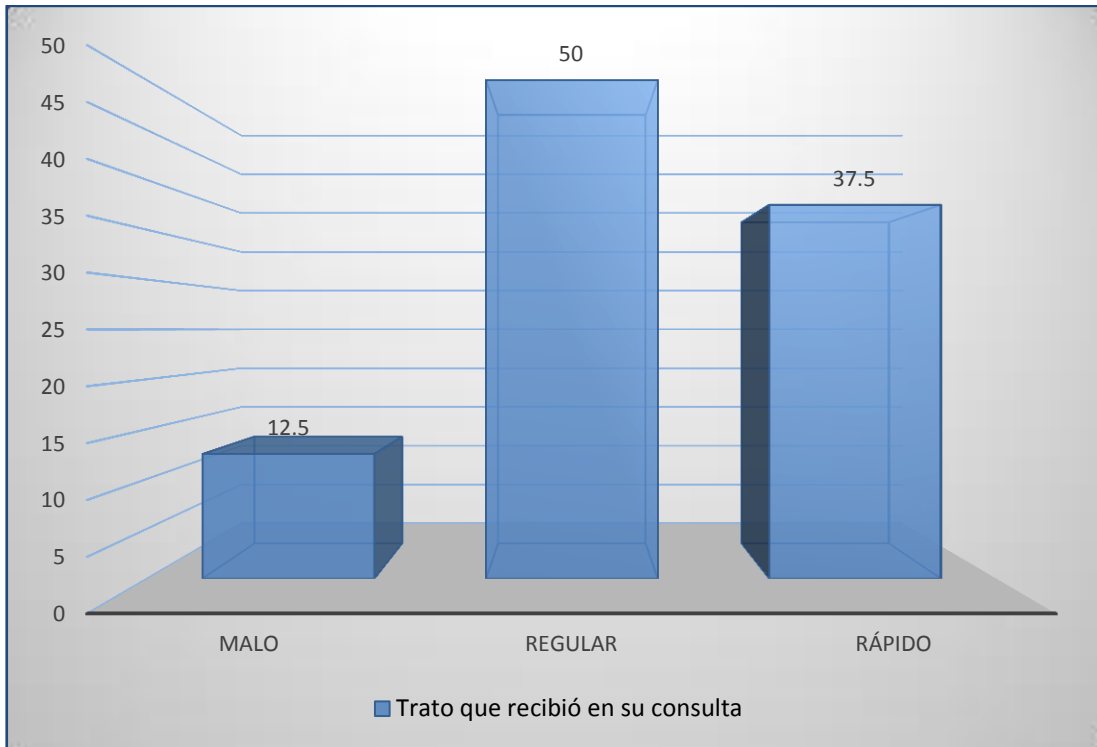


Figura 10.6. Gráfico de barras según el trato que recibió en la consulta.

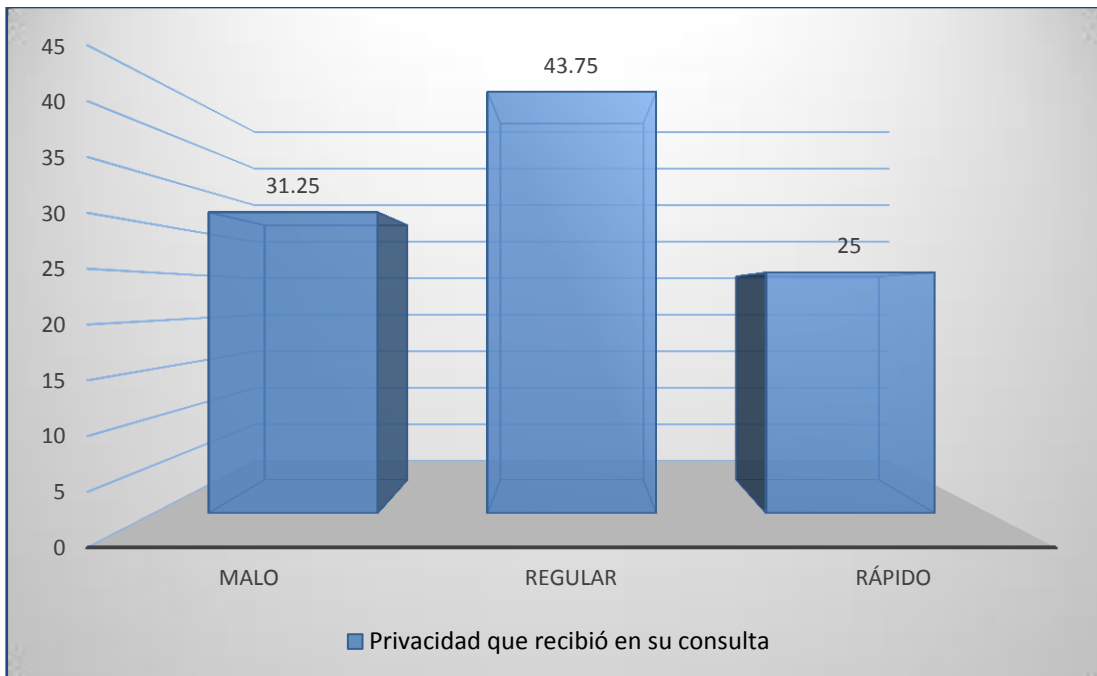


Figura 10.7. Gráfico de barras según la privacidad que tuvo en la consulta.

## Referencias bibliográficas:

1. Villa Rodríguez Janet C. Embarazo adolescente [sede web]. España. Monografias.com. 2009 [consultado el 21 de octubre del 2013]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos61/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml#xdiagn>
2. UNFA. Embarazo en adolescentes [página en internet]. Lima: Fondo de población de las Naciones Unidas;©2014 [actualizado 22 de Jul 2013; citado 18 de Agost 2014]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/temas/embarazo-en-adolescentes>.
3. OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud; 2009.
4. Yábar P. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. Horiz Méd [serie de internet]. 2014 Jun [citado 18 Agos 2015];14 (2): 34-94. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2014000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2014000200008&script=sci_arttext)
5. Naranjo J. Grupo de trabajo para la prevención del embarazo adolescente seguimiento concertado. [Página de internet]. Lima: comité ejecutivo nacional [actualizado 10 de May 2012; citado 09 de Jun 2013]. Disponible en: <http://www.mesadeconcertacion.org.pe/>
6. INEI. Proyectos: Embarazo en adolescentes 2012. Lima: INEI: 2012
7. Abad K. “Conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14-17 años del AA.HH El Tablazo – Paita, durante el periodo 2011”. [Tesis para optar el título de Licenciada En Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2011.

8. Gonzales M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo. *Sal Publ de Mex [serie en internet]*. .2013 Dic ; [citado 18 Agos 2015]; 55 (6): 30-43. Disponible en : [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342013001000006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342013001000006&script=sci_arttext)
9. Arizpe C, Salgado M, Gonzales C. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, *Rev Méd Hered. [serie en internet]*. 2011 Dic :22(4): 169-175 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2011000400004&script=sci_arttext)
10. Base de datos del padrón de gestantes atendidas en el consultorio de obstetricia en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Catilla-Piura.
11. Itzá A. Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el barrio Playa Blanca, San Benito Peten de diciembre 2007 a Mayo 2008. [Previo para aptar el grado de licenciada en enfermería]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2008.
12. Hornazabal J. Percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional matrona/matrón en control prenatal.” [Tesis para optar al grado de licenciada en obstetricia y puericultura]Universidad Austral de Chile- Valdivia – Chile. 2006.
13. Mayorga A. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S San Cristóbal, Bogotá 2012 [Tesis para optar el título de magister en salud publica]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2012.

14. Serrano D, Rodríguez N. Embarazo en Adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007. [Tesis Para Optar El Grado De Doctorado].Bolívar. Universidad De Oriente Nucleó Bolivar.2008.
15. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo maría auxiliadora. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
16. Barrera P. Factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal de Gestantes Adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de Octubre a Diciembre del 2007 [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional de San Marco; 2008.
17. Arana C, Martínez R, Rosales C. Factores que predisponen los Embarazo en las Adolescentes [Tesis presentada para la licenciatura en enfermería]. Alvear: Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas de Argentina; 2013.
18. Merino E, Rosales E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud altavista, enero a junio de 2010 [Tesis para optar al grado de maestro en salud publica]. El Salvador: Universidad de el Salvador; 2010.
19. Mengole T, Iannacone J .Factores socioculturales, Conocimientos y Actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello.Dialnet [serie en internet]. .2010 Dic ; [citado 20 Agost 2015];8(2): 164-178. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4004820>

20. Ferrer R. Figuera E. Factores de riesgo en las adolescentes embarazadas Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría. [Proyecto de investigación para optar el Título Enfermera]. Venezuela: Universidad de Carabobo; 2010.
21. Tovar, S. Grado de satisfacción de las gestantes al recibir la atención prenatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, Mayo Diciembre 2003. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en obstetricia]. Perú-Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
22. Urreta M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2008.
23. Salazar A, Alvarez A, Solano I, Lazaro K, Arrollo S, Araujo V, Rengifo D, Echazu C. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. Rev. Horiz Méd 2007; 7(2):79-85.
24. García D. Factores Biosocio- culturales de adolescentes embarazadas. [Informe de tesis para optar el título de licenciado en enfermería]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2009.
25. Tume C. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 la Arena- Piura 2012. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote– Piura 2012.

26. Estrada CH. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 Víctor Raúl Haya de Torre – Piura 2012. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote– Piura 2012.
27. Camino A. Pozo L. Factores predisponentes al embarazo al embarazo en adolescentes del centro de salud los algarrobos Piura – 2006. [Proyecto de investigación para optar el título de Licenciada en enfermería]. Piura: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2007
28. Ordoñez P. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal en el Hospital de la Amistad Perú - Corea II – 2 Santa Rosa – Piura 2012. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote– Piura 2012.
29. Camino A. Pozo L. Factores predisponentes al embarazo al embarazo en adolescentes del centro de salud los algarrobos Piura – 2006. [Proyecto de investigación para optar el título de Licenciada en enfermería]. Piura: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2007.
30. Ruidias I. Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el control prenatal del Establecimiento de Salud I-3 María Goretti – Castilla – Piura 2012.. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote– Piura 2012.

31. Sánchez T. Embarazo en las adolescentes. caso del Hospital Obstétrico Pachuca.[Tesis para obtener el título de licenciado en trabajo social]. Piura: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2005.
32. Dávila L. Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Ult Decad* [Revista en línea]. 2004 Dic [citado 25 de junio 2014]; 12(21) : 83-104. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22362004000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004)
33. Claramunt C. Valoración del programa de educación sexual (p.e.sex) en adolescentes de 13 a 16 años. [Tesis doctoral licenciada en psicología]Universidad Nacional de educación a distancia –Bogotá 2011.
34. Healthy Children.org . [Página de internet]. American Academy of Pediatrics [Actualizado Sep 2015; citado 25 de junio 2014]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/paginas/stages-of-adolescence.aspx>
35. Sánchez T. Embarazo en las adolescentes. caso del hospital Obstetrico Pachuca. [Tesis para obtener el título de licenciado en trabajo social ]. Piura: universidad autonoma del Estado de hidalgo; 2005.
36. Ana S, Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de ixmiquilpan hgo. [Tesis para optar el título de médico cirujano].PACHUCA: Universidad autonoma del estado de hidalgo; 2005.
37. Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. ALTERIDADES. [En línea] 1994 [consultado 24 de Jun 2013]; 4 (8): 47-53. Disponible en: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

38. Mayorga P. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.de san Cristóbal, Bogotá 2012 [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública].Bogotá: Universidad Nacional de Colombia 2012.
39. Alarcón R; Coello J; Cabrera J; Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia  
Rev Cubana Enfermer Ciudad de la Habana,V. 25, N. 1-2 [revista en la Internet].  
2009 Jun. [Citado 2012 Nov.05]; 25(1-2): Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192009000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192009000100007&lng=es).
40. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Segunda Edición, 2002. México, D.F. [consultado 04 de marzo de 2013] Disponible en:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
41. Pantoja G, Pinto L, Suárez M. Factores que influyen en las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta pre-natal del ambulatorio urbano tipo I “el Ujano. Barquisimeto. Universidad centroccidental Lisandro Alvarado; 2005.
42. MINSA. Guía Nacional. Atención Integral de Salud Sexual y Reprouctiva.2004. MINSA.2004.
43. Casini S, Gustavo A, Sáinz L , Hertz M, Andina E. Guía del control prenatal embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2002.21.51-62.
44. Jakeline A, Katerine B, Danna G , Erika G, Paula R. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. Hacia la promoción de la salud [en línea] 2008 enero-diciembre.



[Consultado 10 de Enero de 2013]; 13: 131-42. Disponible en:  
[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13\\_8.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_8.pdf)

45. Angelina R, Control prenatal. Materiales de apoyo para el aprendizaje. Universidad nacional autonoma de México, 2008-(Mayorga)

46. Astrid M, Monica D. Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las Usuarías en el centro de salud suroccidente de la ese Popayan. Especialización en auditoria y garantía de calidad en salud. Universidad del cauca.2011.

47. Angelica B, Nancy M. Control prenatal. Rev Paceaña Med Fam 2007; 4(6): 128-131.

48. Valerio J. La calidad de servicio en la clínica Ortega desde la percepción del usuario externo [Tesis para optar el grado de maestría Salud Pública]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2007.

49. Astrid M, Monica D, Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las Usuarías en el centro de salud suroccidente de la ese Popayan. Especialización en auditoria y garantía de calidad en salud. Universidad del cauca.2011.

50. Romero L. Percepción del paciente acerca de la calidad de Atención que brinda la enfermera en el servicio de Medicina en el hospital nacional Daniel Alcides. Lima.2008.trabajo de grado (Enfermería). Universidad nacional mayor de san marcos.

51.- Chambe J. Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la usuaria externa en el centro de salud Jorge Chávez y centro de salud nuevo milenio de Puerto Maldonado, en el año 2012. [Tesis para optar el título

profesional de licenciada en obstetricia]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna 2013.

52.-Mejia Y, Amaya R. Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital nacional nueva Guadalupe en el período de Abril a Junio 2011. [Tesis para optar al grado de maestro en gestión hospitalaria].Ciudad Universitaria: Universidad de el Salvador; 2011.

## Anexos

### Anexo1: Instrumento de recolección de la información



Código: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Autora: Lic. Flor de María Vásquez Saldarriaga**

*Estimada gestante adolescente:*

*Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación en el área de factores que predisponen el embarazo precoz y percepción en la atención del control prenatal, con el objetivo de conocer cuáles son los factores que predisponen el embarazo precoz y la percepción en la atención prenatal, la misma que nos ayudará a identificar necesidades específicas de información, educación y comunicación e incidir y promocionar un cambio en las políticas y estrategias de intervención a favor de la salud de las gestantes adolescentes, Para tal efecto, estamos solicitando tu participación en esta investigación a través de la respuesta al cuestionario. Toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.*

#### **Instrucciones:**

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una X la respuesta que refleje más la forma de pensar o de sentir que cree usted.
3. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

## **Anexo 1.1 Cuestionario sobre factores que predisponen en el embarazo precoz.**

Iniciaremos con una serie de enunciados sobre diversos factores, conocimientos, actitudes y prácticas que predisponen el embarazo precoz.

### **I FACTORES INDIVIDUALES**

#### 1. Edad:

1. 14
2. 15
3. 16
4. 17
5. 18
6. 19

#### 2. Grado de instrucción:

1. Analfabeta
2. Primaria Incompleta
3. Primaria Completa
4. Secundaria Incompleta
5. Secundaria Completa
6. Superior

#### 3. Religión:

1. Católica
2. No Católica
3. No creyente

#### 4. Estado Civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente
4. Divorciada

## II FACTORES SOCIALES

5.- ¿Quiénes conforman su grupo familiar?

1. Padres (madre y padre)
2. Padres y hermanos.
3. Pareja
4. Madre y hermano/a
5. Tías, tíos
6. Abuelo, hermanos/as
7. Papá, hermanos
8. Padres y pareja
9. Madre, padrastro, hermanos
10. Hermano y cuñada
11. Madre, hermanos, sobrinos.
12. Padre

6.- ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted antes de su embarazo?

1. Buen trato
2. Bien
3. Autoritarios
4. Pleitos
5. Maltrato
6. Simple

7.- ¿Cuál era el trato de su familia hacia usted al conocer sobre su embarazo?

1. Buen trato.
2. Enojo/ reclamos/ reproches.
3. No se hablan.
4. Maltrato (físico y verbal).
5. Indiferencia.
6. Retiro de la casa.
7. Otros: \_\_\_\_\_

### **III FACTORES ECONOMICOS**

8.- ¿De dónde provenían los ingresos económicos para el sostenimiento de su familia, antes de su embarazo?

1. Madre
2. Padre
3. Padres (padre y madre)
4. Padrastro
5. Tíos
6. Hermanos/as
7. Pareja
8. Padre y hermanos/as.
9. Madre/ hermanos/as.
10. Madre/tíos
11. Otros: \_\_\_\_\_

9.- ¿Qué tipo de ocupación tiene su padre?

1. Trabajador independiente
2. Trabajador dependiente
3. Otros

10.- ¿Qué tipo de ocupación tiene su Madre?

1. Trabajador dependiente
2. Trabajador independiente
3. Otros

### **IV FACTORES CULTURALES**

11.- ¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?

1. No sabe.
2. Varias
3. 1
4. 2
5. 3

6. 4
7. Ninguna

12.- ¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?

1. Ninguno
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4
6. Más de 4
7. No sabe

13.- ¿Por qué motivo el padre de su hijo no uso condón para evitar el embarazo?

1. Desconocimiento.
2. No siente igual/ no le gusta el
3. Quería un hijo.
4. No tenía en ese momento.
5. No sabe
6. No querían usar
7. Bajo bebidas alcohólicas
8. Falla
9. La pareja le dijo que no iba a quedar embarazada.
10. Por descuido.
11. Falta de comunicación.

14.- ¿Cuántas relaciones coitales cree usted que debe tener una mujer para poder quedar embarazada?

1. Varias veces
2. 1 vez
3. 2 veces
4. 3 veces
5. No sabe

15.- ¿Cuál es la forma en la que su pareja le demuestra amor?

1. No estás con la pareja/ no sabe de él.
2. Cariñoso/ atento/ alegre.
3. Buen trato.
4. Me cuida.
5. Buena atención.
6. Se casó conmigo/ acompañarse.
7. Otras: \_\_\_\_\_

## V CONOCIMIENTOS

16.- ¿Qué conocimientos tiene sobre salud sexual?

1. No sabe/ ninguna/ no recuerda.
2. Enfermedades de transmisión sexual.
3. Enfermedades de transmisión/ menstruación.
4. Otros: \_\_\_\_\_

17.- ¿Qué conocimientos tiene sobre salud reproductiva?

- 1) Métodos de planificación familiares
- 2) Ninguna/ no sabe
- 3) No recuerda
- 4) Menstruación
- 5) Otros: \_\_\_\_\_

18.- ¿De dónde obtuvo la información sobre salud sexual y/o reproductiva?

- 1) Escuela/ instituto
- 2) Escuela/ establecimiento de salud/ instituto.
- 3) Hospital/ establecimiento de salud.
- 4) Ninguno



- 5) Amigo/ vecina
- 6) escuela/ familia.
- 7) Internet
- 8) Otros: \_\_\_\_\_

19.- ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?

- 1) Inyecciones, pastillas y preservativos
- 2) Inyección, pastillas
- 3) Preservativos
- 4) ACO/ preservativos
- 5) Inyección/ preservativos
- 6) Ninguno
- 7) ACO/preservativo/ inyecciones/ DIU
- 8) Inyecciones/ pastillas/ DIU.
- 9) Otros: \_\_\_\_\_

20.- ¿Cuál es el uso correcto de los Métodos de Planificación Familiar que usted conoce?

- 1) No sabe/ no conoce
- 2) Preservativo
- 3) Inyecciones
- 4) Preservativos, pastillas e inyecciones
- 5) Otros:  
\_\_\_\_\_

## **VI ACTITUD SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

21.- ¿Qué importancia pueden tener los temas de sexualidad y protección?

- 1) Protegerse de enfermedades.
- 2) Evitar embarazos
- 3) Evitar enfermedades y embarazos

- 4) Conocer mas
- 5) Conocer riesgos/cuidarse
- 6) No sabe
- 7) Para saber de métodos de Planificación Familiar.
- 8) Otros: \_\_\_\_\_

22.- ¿Cuáles eran sus planes para su vida, antes de estar embarazada?

- 1) Estudiar y trabajar
- 2) Acompañarse/casarse
- 3) Ser profesional
- 4) Estudiar
- 5) Trabajar

23.- ¿Cuáles son los planes para su vida, ahora que está embarazada?

1. Aprender oficio
2. Cuidar al bebe
3. Seguir estudiando/cuidar al bebe
4. Buscar trabajo
5. Estudiar/trabajar
6. Estudiar/trabajar y cuidar al bebe
7. No sabe
8. cuidarse durante el embarazo
9. casarse

24.- ¿Cuáles son los planes para su vida, después del embarazo?

1. Seguir estudiando
2. Estudiar y trabajar
3. Trabajar
4. apoyar a sus hijos
5. cuidar al niño y trabajar
6. no sabe

## VII ACTITUDES DURANTE Y DESPUES DEL EMBARZO

25.- ¿Qué sentimientos experimenta actualmente hacia su hijo, ahora que está embarazada?

1. Lo quiero
2. Feliz/alegría/contenta
3. Amor/cariño/emoción
4. Indiferencia
5. Tristeza
6. Dificultad para aceptar
7. Otros: \_\_\_\_\_

26.- ¿Cómo se siente ahora que está embarazada?

1. Feliz/contenta/alegre
2. Bien
3. Triste/deprimida
4. No se siente bien
5. Miedo/preocupación/temor
6. Decepcionada
7. otros: \_\_\_\_\_

27.- ¿Qué piensa hacer con el hijo que lleva en su vientre?

1. Cuidarlo, protegerlo y educarlo
2. Cuidarlo y darle lo necesario
3. Cuidarlo y tenerlo
4. Cuidarlo y darle amor
5. Que mis padres me apoyen
6. Cuidarlo
7. Cuidarlo y trabajar
8. Otros: \_\_\_\_\_
- 9.

## VIII PRÁCTICAS

28.- ¿Qué tipo de Método de planificación familiar ha utilizado?

1. Ninguno
2. Preservativo
3. Preservativo/ pastillas
4. Inyección de un mes
5. Inyección de tres meses
6. Inyección y preservativo
7. otros: \_\_\_\_\_

29.- ¿A qué edad inicio sus relaciones coitales?

1. 13 años
2. 14 años
3. 15 años
4. 16 años
5. 17 años
6. 18 años

30.- ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?:

1. 1 compañero
2. 2 compañeros
3. Tres compañeros
4. Más de tres compañeros

31.- ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?

1. No se protegieron (conocían pero no usaron métodos)
2. No se protegieron (no conocían los métodos)
3. Presiones por parte de familia
4. Decisión de ambos (deseaban tener un hijo (a))
5. Por creerle al padre los hijos(as) (no quedaría embarazada)

6. Religioso (Dios sabe lo que hace)
7. Alcohol
8. No seguí el consejo de los padres
9. Otros: \_\_\_\_\_



**Anexo 1.2 Cuestionario de percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud I-1 Chapaira del distrito de Castilla– Piura, 2013”.**



**Instrucciones:** Marque usted según crea conveniente:

D: demora=0 RE: regular=1 R: rápido =2

M: malo=0 B: bueno =2

SI: 2 NO: 0

<b>Tiempo de espera</b>			
1.- ¿Los trámites para recibir la atención obstétrica en el consultorio considera que fue?	D	RE	R
2.- ¿En la consulta de hoy el tiempo que usted tuvo que esperar para ser atendida por el/la Obstetra fue?	D	RE	R
<b>Información</b>			
3.- ¿La información que le dio el /la Obstetra sobre signos de alarma y cuidados en la consulta de hoy fue?	M	RE	B
4.- ¿El/la obstetra le brindo información sobre planificación familiar?	SI		NO
5.- ¿El/la obstetra le brindo información sobre nutrición en el embarazo?	SI		NO
<b>Trato:</b>			
6.- ¿En la consulta de hoy el trato que usted recibió cómo fue?	M	RE	B
<b>Privacidad:</b>			
7.- ¿En la consulta de hoy, la privacidad que tuvo usted (entraba y salía personas), cómo fue?	M	RE	B

## **Anexo 2: Validez del instrumento**

### **Anexo 2.1 Reporte de validación y del cuestionario de factores que predisponen el embarazo precoz.**

<b>Año</b>	2012
<b>Autora</b>	Lic. Flor de María Vásquez Saldarriaga
<b>Procedencia</b>	Piura-Perú
<b>Administración</b>	Gestantes Adolescentes
<b>Duración</b>	No tiene límite, como promedio 20 minutos
<b>Validez</b>	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

### **Anexo 2.2. Reporte de validación del cuestionario de la percepción sobre el control prenatal.**

<b>Año</b>	2012
<b>Autora</b>	Lic. Flor de María Vásquez Saldarriaga
<b>Procedencia</b>	Piura-Perú
<b>Administración</b>	Gestante Adolescentes
<b>Duración</b>	No tiene límite, como promedio 20 minutos
<b>Validez</b>	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

### Anexo 3: Matriz de consistencia

#### **Título: Factores que predisponen el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de salud en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira – Castilla – Piura 2013**

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Cuál son los factores que predisponen el embarazo precoz en las gestantes embarazadas atendidas en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira – Castilla – Piura 2013?</p> <p>¿Cuál es la percepción que poseen las adolescentes embarazadas sobre la atención prenatal brindada por el profesional de obstetricia en el Establecimiento de Salud I-1 Chapira – Castilla – Piura 2013?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>-Identificar los factores que predisponen en el embarazo precoz en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla – Piura 2013.</p> <p>-Determinar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes atendidas en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira, Castilla – Piura 2013.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>(a) Identificar los factores individuales, familiares, sociales, económicos y culturales que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio.</p> <p>(b) Identificar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva como factores que predisponen en el embarazo precoz en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio.</p> <p>(c) Identificar las actitudes sobre salud sexual y reproductiva como factores que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio.</p> <p>(d) Identificar las prácticas sobre salud sexual y reproductiva como factores que predisponen el embarazo precoz en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio.</p> <p>(e) Determinar la percepción sobre la atención prenatal brindada por el profesional de Obstetricia en las gestantes adolescentes del ámbito de estudio.</p>	<p><b>VARIABLES PRINCIPALES:</b></p> <p><b>1. Factores:</b> elementos que condicionan el embarazo precoz en sus diferentes componentes.</p> <p><b>2. Percepciones:</b> referida a los elementos percibidos por la gestante al interactuar en la consulta prenatal en sus componentes.</p> <p><b>VARIABLES SECUNDARIAS:</b></p> <p><b>1. Conocimientos:</b> Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a la salud sexual y reproductiva.</p> <p><b>2. Actitudes sobre salud y reproductiva:</b> Una forma de respuesta a alguien o a algo aprendido y relativamente permanente.</p> <p><b>3. Actitudes durante y después del embarazo:</b> Forma de respuesta de la gestante adolescente durante y después del embarazo.</p> <p><b>4. Prácticas:</b> es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.</p>



METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<p><b>Tipo de Investigación:</b> Descriptivo.</p> <p><b>Nivel de Investigación:</b> Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativa.</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b> Diseño no experimental, transversal</p>	<p><b>Población:</b> La población estuvo constituida por 21 adolescentes de 14 a 19 embarazadas que acuden a la atención prenatal en el Establecimiento de Salud I-1 Chapaira - Castilla - Piura</p> <p><b>Muestra:</b> El estudio se realizara en una muestra de 16 gestantes adolescentes que acuden a la atención prenatal en el periodo de estudio.</p>	<p><b>Técnica:</b> Se utilizó la técnica de la encuesta.</p> <p><b>Instrumentos:</b> *Cuestionario de factores que predisponen el embarazo precoz. *Cuestionario de percepciones sobre atención prenatal.</p>	<p>Los datos obtenidos fueron codificados y luego procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) Versión 21 con el cual se obtuvo la frecuencia de cada una de las variables en estudio con sus respectivas figuras.</p>

#### **Anexo 4 Consentimiento Informado.**

Se me ha solicitado la cooperación para participar en un estudio de investigación factores que predisponen el embarazo precoz y la percepción que poseen las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de Obstetricia y se me han explicado sus objetivos.

Del mismo modo se me han aclarado los siguientes puntos:

- No se me realizara ningún procedimiento que atente contra mi integridad y mi salud.
- Accederé a una entrevista sobre el tema de la investigación.
- Los datos obtenidos tendrán carácter estrictamente confidencial, y serán de exclusivo uso del investigador y su patrocinante con fines investigativos y académicos.
- Al participar de las entrevistas estoy de acuerdo con que se disponga de la información obtenida de esta.
- Podre retirarme de la investigación cuando lo desee, previa información a la investigadora.

Este consentimiento es de tipo voluntario, y no se me ha obligado para que participen este.

---

Investigador Responsable

---

Usuaría participante