

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA
MICRORED SAN GABÁN, PERIODO 2014**

PRESENTADA POR:

BUENAVENTURA ORMACHEA VALDEZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PUNO, PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA
MICRORED SAN GABÁN, PERIODO 2014

PRESENTADA POR:

BUENAVENTURA ORMACHEA VALDEZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGÍSTER SCIENTIAE EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE


.....
Dr. JAVIER ARTURO APAZA QUISPE

PRIMER MIEMBRO


.....
M.Sc. AMALIA FELICITAS QUISPE ROMERO

SEGUNDO MIEMBRO


.....
M.Sc. CLOTILDE PINAZO CALSIN

ASESOR DE TESIS


.....
Mg. NURY GLORIA RAMOS CALISAYA

Puno, 13 de diciembre de 2016

ÁREA: Salud de la mujer.

TEMA: Gestación de alto riesgo.

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso por darme la oportunidad de vivir y principalmente por permitirme realizar el sueño más importante de mi vida.

A mis queridos padres, Buenaventura y Paula que con la sabiduría de Dios me han enseñado a ser quien soy hoy, mi eterna gratitud por su sacrificio, comprensión, apoyo moral y espiritual que han hecho posible la culminación de este trabajo.

A mis hermanos, Willy, Edwin y Carlo Magno quienes siempre estuvieron ahí, para fortalecerme y animarme en los momentos más difíciles, gracias hermanos

A mis amigos del MIRA de quienes eh aprendido a no rendirme y siempre me han motivado a seguir adelante, producto de ello es este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

- *A nuestra alma mater, la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por brindarme y sembrar conocimientos, en especial a la escuela de post grado, al director y cuerpo docente por las enseñanzas y experiencias impartidas durante mi formación.*

- *Con mucho reconocimiento a los miembros del jurado: Dr. Javier Arturo Apaza Quispe, M.Sc. Amalia Quispe Romero y a la M.Sc. Clotilde Pinazo Calsin por su apoyo, orientación y tiempo para el reconocimiento teórico y culminación del presente trabajo de investigación.*

- *Con mucho cariño, respeto y admiración a la Mg. Nury Gloria Ramos Calisaya, por su dirección y asesoría, por las constantes orientaciones, por el apoyo moral, durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.*



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE CUADROS	vi
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 PREGUNTAS DEL PROBLEMA	9
1.3.1 Interrogante general	9
1.3.2 Interrogantes específicas	10
1.4 OBJETIVOS	10
1.4.1 Objetivo general	10
1.4.2 Objetivos específicos	10

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1	ANTECEDENTES	11
2.1.1	A nivel internacional.	11
2.1.2	A nivel nacional.	13
2.2	MARCO REFERENCIAL	16
2.2.1	Salud sexual	16
2.2.2	Salud sexual y salud reproductiva	17
2.2.3	Adolescencia	18
2.2.4	Embarazo en adolescente.	21
2.2.5	Factores de riesgo del embarazo en la adolescente	21
2.2.6	Determinantes del embarazo en la adolescencia.	34
2.3	MARCO CONCEPTUAL.	37

CAPÍTULO III**METODOLOGÍA**

3.1	ÁMBITO DE ESTUDIO	39
3.1.1	Localización política y geográfica.	39
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.	40
3.3	DESCRIPCION DE METODOS POR OBJETIVOS ESPECIFICOS.	41
3.4	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	80



ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
1. Grupo Etareo de adolescentes embarazadas en la microred San Gabán, periodo 2014	50
2. Estado civil de adolescentes embarazadas en la Microred San Gabán, periodo 2014	52
3. Grado de instrucción de adolescentes embarazadas en la Microred San Gabán, periodo 2014	54
4. Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, periodo 2014	56
5. Factor económico asociado al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, periodo 2014	60
6. Factores culturales asociados al embarazo en adolescentes en la microred San Gabán, periodo 2014	62

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Instrumento de recolección de datos	81
2. Hoja de consentimiento informado	83
3. Métodos de planificación familiar	84



RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, periodo 2014, el estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo de diseño no experimental corte transversal, la población y muestra estuvo constituida por 31 adolescentes embarazadas, se utilizó como instrumento el cuestionario "factores asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán", obteniéndose los siguientes resultados: En el grupo de adolescentes embarazadas, predominó las que se encontraban entre las edades de 14 y 17 años (adolescencia media) con 80.65%, estado civil conviviente con 67.74%, grado de instrucción secundaria incompleta con 83.87%; según los factores sociales: el 35.48% provienen de familias monoparentales con 35.48% y reconstituidas con 29.03%, donde prima la disfuncionalidad con 58.06%, han sufrido violencia psicológica dentro de sus familias haciendo un 45.16%, según el factor económico, la mayoría proveniente de familias de bajos recursos, ingresos económicos menores a 750.00 Nuevos Soles que representa el 67.74%. Con respecto al factor cultural; el 58.06% presentan el mito de que es adecuado concebir un hijo en la adolescencia, 61.28% tiene conocimiento bajo acerca de los métodos anticonceptivos, un 38.71% inicio sus relaciones sexuales a los 13 y 14 años de edad, siendo esta no recomendable y respecto al uso de métodos anticonceptivos, no utiliza ningún método el 67.74%.

Palabras claves: adolescente, embarazo, factores culturales, factores económicos, factores sociales.

ABSTRACT

The present study was done with the objective of determine the associated factors to adolescents pregnancy in the San Gabán Microred, during 2014, this study was quantitative of descriptive non-experimental, transversal cut desing, the population and sample included 31 pregnant-Adolescents, the instrument was the questionnaire "associated factors to pregnancy in adolescents in the San Gaban Microred" getting the following results: Tthe group of pregnant adolescents, dominated that were between the ages of 14 and 17 years (mid-adolescence) with 80.65% civil status living together with 67.74%, grade of incomplete secondary education with 83.87%. Related to social factors: 35.48% come from mono-parental families and reconstituted with 29.03%, where raw material the disfuncionality with 58.06%, they have suffered psychological violence within their families by 45.16%, most come from families of low income, income less than 750.00 soles that represents the 67.74%. With regard to the cultural factor; the 58.06% presented the myth that is suitable to conceive a child in adolescence, 61.28% do not have enough knowledge about contra – conception methods. A 38.71% home having sex at 13 and 14 years of age. This being not recommended and the use of contraceptive methods, does not use any method the 67.74%.

Keywords: adolescent, pregnancy, cultural factors, economic factors and social factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes o también denominado embarazo precoz, constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud. Y según la encuesta demográfica de salud familiar ¹, en nuestro país, en los últimos años aumentaron los casos de embarazo en adolescente, pese a que el MIMP y el MINSA tienen un plan de prevención del embarazo adolescente², que guía las acciones hacia este fin en diversos sectores del Estado: promoción de oportunidades y acceso a servicios de salud, educativos, entre otros.

El embarazo en la adolescencia también trae un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto; asumir la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico y social, vivirla en el momento en que se deben resolver los propios conflictos, antes de haber logrado la propia identidad personal y la madurez emocional, genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial.

Los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo adolescente son bien conocidos tales como: complicaciones obstétricas, bajo peso del recién nacido, morbilidad y mortalidad de niños e infantes, aborto en condiciones de riesgos entre otras. ³

Para que se suscite el embarazo en adolescentes existen diversos factores que se asocian a esta tales como los factores económicos, culturales y sociales, dentro de esta última el tipo de familia, la funcionalidad familiar, violencia familiar entre otros, se asocian al problema mencionado; entonces

la funcionalidad es de vital importancia para poder evitar un embarazo en adolescente. Dentro de los factores culturales, tenemos al conocimiento de métodos de planificación familiar y la utilización de estas, que en la investigación se ha constatado, que la mayoría de las encuestadas desconocen acerca de los métodos de planificación familiar, se asume al poco trabajo realizado por las instituciones educativas secundarias así como por los establecimientos de salud, acerca de temas de salud sexual y reproductiva, por lo que los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

El embarazo humano es una cuestión muy seria toda vez que se trata de traer al mundo un ser sano con todas sus facultades mentales. Para ello se requiere que la madre futura reúna una serie de requisitos que son: que la futura madre sea debidamente madura orgánicamente como mentalmente; en lo primero que su organismo y sobre todo su útero esté debidamente en condiciones óptimas para albergar el feto; y en lo segundo que esté preparada psicológicamente y con conocimientos de cómo alimentarse, tener cuidado en su salud; y sobre todo cómo cuidar y proteger a su futuro niño.⁴

La OMS y la OPS sugieren que la futura madre debe tener su hijo a partir de los 20 años, porque a esa edad se madura física y psicológicamente; tenerlo antes puede significar riesgo en la salud del niño y daría lugar al embarazo precoz, donde la futura madre no está preparada. Esta situación, se ha podido observar en los diferentes establecimientos de la Microred San Gabán, en tal razón fue necesario investigar los factores asociados al

embarazo en adolescentes ya que para el área de salud es de gran importancia identificar los problemas por la cual se suscita estos hechos

La organización de la investigación está estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I: Se aborda el problema de investigación, importancia del estudio, que contiene argumentos fundamentales que sustentan la investigación a realizar, enfatizando principalmente los aportes teóricos y prácticos; objetivos que permitieron guiar la investigación y resolver la hipótesis de investigación;

Capítulo II: Marco teórico, se describen teorías que guían al estudio, abordando temas y principales evidencias teóricas – empíricas existentes en la literatura nacional e internacional.

Capítulo III: Metodología, contiene la descripción y argumentación de las principales decisiones metodológicas adoptadas según el tema de investigación como: el ámbito de estudio, la población y muestra, la descripción de la metodología y la operacionalización de variables.

Capítulo IV: Resultados y discusión, representada por cuadros de información porcentuales, se consigna además, conclusiones abordados después de un exhaustivo análisis de los resultados y recomendaciones a partir de los mismos y bibliografía que describe las fuentes documentales consideradas para la elaboración de la presente investigación y finalmente se acoplan los anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OPS (Organización Panamericana para la Salud) considera a la adolescencia como la etapa comprendida entre 11 a 19 años, donde se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son, crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquia en la mujer, además en esta etapa, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y la actitud ante la vida. ⁵

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema que altera el proyecto de vida de nuestras jóvenes, entre sus posibles causas se encuentra el inicio temprano de la vida sexual de ellas, el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, así como la falta o insuficiente información sobre sexualidad, el bajo nivel educativo y económico, los bajos niveles de planeación y expectativas que poseen con respecto a su futuro, una pobre imagen y valoración de la mujer, sentimientos de soledad y rechazo, entre otras.⁶ todo lo mencionado trae como consecuencia, la

posibilidad de parto pre-termino, bajo peso y retardo en el crecimiento del producto, pre-eclampsia, eclampsia entre otros.⁷

También es una de las situaciones en que mejor se evidencian las inequidades sociales, de justicia y de género, además es calificado desde el discurso del desarrollo, como una puerta de entrada o un reproductor del círculo de la pobreza que acarrea múltiples consecuencias, no solo en el orden de la salud, sino también en cuanto al desarrollo social en general. ⁸

A lo largo del tiempo, el embarazo en la adolescencia ha sido considerado un problema de salud pública, Klein en 1990 ya mencionaba que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embarazaba y de ellas 30.000 eran menores de 15 años y en su mayoría estos embarazos eran no planeados.⁹ Mientras que en el año 2012 la OMS y la ONU informan que a nivel mundial hay más de 1000 millones de casos de adolescentes embarazadas en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83% corresponde a países en vías de desarrollo. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70% de los adolescentes que tienen un hijo, afirman no haberlo deseado. ¹⁰

La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) menciona que de cada 1000 jóvenes de 15 a 19 años, 25 a 108 se embarazan. Asimismo la OPS y OMS informa que el 18% de los nacimientos son de la misma edad.¹¹ También refieren que las adolescentes de estas edades, tienen cuatro veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad. ¹²

Además, según los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2007, en el país existen 160 mil 258 madres cuyas edades es entre 12 a 19 años: de la cual 4 mil 562 tienen entre 12 a 14 años y 155 mil 696 tienen entre 15 a 19 años.¹³ En cambio ENDES (encuesta demográfica y de salud familiar) indica que el 12,5% de madres o mujeres embarazadas son adolescentes, siendo el 9,9% madres primerizas y el 2,6% gestantes por primera vez.¹⁴

A nivel de departamentos en el Perú, las mayores tasas de maternidad adolescente se presentan en los departamentos de la selva, Loreto, Ucayali, San Martín, y Madre de Dios, donde más del 20% de adolescentes ya experimentaron la maternidad, y de menor incidencia se observa en los departamentos de Puno, Tacna, Arequipa y Moquegua que no supera el 10%; la situación mencionada tiene trascendencia y se puede observar que en los últimos 11 años la cifra de los embarazos en adolescentes no ha disminuido sino se ha mantenido, eso demuestra que el estado ha hecho poco o casi nada para disminuir los embarazos en adolescentes, a través de las estrategias, promoción de la salud y salud sexual y reproductiva.¹⁵

En la región de Puno, la Estrategia Sanitaria Materno Perinatal de la DIRESA – Puno informó que en el 2011, el 8.5% del total de adolescentes quedaron embarazadas mientras que en el 2010 se registró un 13.5% y las edades oscilan entre los 12 a 19 años.¹⁶ Por otro lado en la provincia de Carabaya, al igual que ocurre en el resto del país, se ha incrementado los casos de embarazo en adolescentes, en especial en el distrito de San Gabán que para el: 2009 - 21; 2010 - 25; 2011 - 27; 2012 - 38; 2013 - 30 y 2014 - 31

embarazos (según la evaluación anual comparativa de la Red de Salud Carabaya), observando que el 41% corresponde a embarazos en adolescentes del grupo etario de 14 a 18 años.¹⁷

Por estos altos porcentajes, el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema de salud en todo el mundo, cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados.¹⁸

Los estudios de investigaciones en el Perú, demostraron que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener comunicación adecuada con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad.¹⁹ Otro estudio comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años.²⁰

Así mismo, durante la experiencia laboral desarrollada en el Centro de Salud San Gabán, se observa que la mayoría de gestantes que acuden a los controles pre-natales son en mayor porcentaje adolescentes de 14 a 19 años y en un menor número de 20 a 35 años de edad, al ver esta situación se revisó las historias clínicas de años anteriores donde se evidencia que año tras año esta situación va en aumento. Además es fácil evidenciar esta realidad, porque podemos observar adolescentes embarazadas o con su

primer hijo o hija en brazos caminando por las calles, en los colegios, centro laborales, centros comerciales, etc. viendo como algo común en la realidad del distrito de San Gabán.

Al conversar con las adolescentes gestantes, una minoría manifiesta no ser del lugar, y se encuentran por trabajo temporal, la mayoría vive con sus padres y otros con familiares, Además manifiestan no haber culminado la educación secundaria, porque que no cuentan con los recursos económicos suficientes y lo más importante indican que deben cuidar a su bebe. A ello se suma, la entrevista al director de la I. E. S. José Antonio Encinas Franco quien manifiesta que existe deserción escolar porque muchas adolescentes quedan embarazadas y dejan de estudiar para cuidar de sus niños.

Entonces, de la situación antes descrita destaca la necesidad de plantear la interrogante ¿cuáles son los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden a los establecimientos de la Microred San Gabán, en el periodo 2014?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Cada día el embarazo en adolescentes es más común y esto se ha considerado un problema de salud pública en América Latina, por su magnitud y repercusiones biológicas, culturales y sociales. Por otro lado el embarazo en adolescentes es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. Mucho se ha hablado de las repercusiones sociales del embarazo adolescente, de que una madre-niña,

que no ha completado sus propias tareas del desarrollo, no tiene la capacidad mental, económica, psicológica ni emocional para desarrollar un adecuado rol maternal.

De tal manera, esta investigación se origina como una necesidad de conocer los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes que acuden a los establecimientos de la Microred San Gabán, la cual es considerado como un problema social, el cual ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, sabiendo la morbimortalidad materno infantil y el impacto psicosocial que este genera.

Los resultados del trabajo de investigación aportaran conocimientos sobre el tema propuesto a investigar y servirá como fuente basal, para las autoridades de salud e instituciones educativas ya que en base a los resultados se buscara estrategias, alternativas y propuestas que ayuden a contribuir al Programa Preventivo Promocionales de Salud Sexual y Reproductiva, además de mejorar la calidad de vida de las adolescentes mujeres.

Finalmente, esta investigación servirá como fuente de información y referencia bibliografía para futuras investigaciones relacionados con el tema.

1.3 PREGUNTAS DEL PROBLEMA

1.3.1 Interrogante general

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo en la Microred San Gabán, en el periodo 2014?

1.3.2 Interrogantes específicas

- ¿Cuáles son los factores sociales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, en el periodo 2014?
- ¿Cuáles son los factores económicos asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, en el periodo 2014?
- ¿Cuáles son los factores culturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, en el periodo 2014?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, en el periodo 2014

1.4.2 Objetivos específicos

- Formular los factores sociales asociados al embarazo de las adolescentes.
- Clasificar los factores económicos asociados al embarazo de las adolescentes.
- Caracterizar los factores culturales asociados al embarazo de las adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Tenemos los siguientes estudios como antecedentes:

2.1.1 A nivel internacional.

Mosquera J. 2007 realizó un estudio con el objetivo de identificar factores individuales e interpersonales relacionados con el embarazo en adolescentes entre 13 y 19 años de edad. Llegando a los siguientes resultados; las adolescentes que no fueron a los servicios de salud para asuntos de planificación familiar, tuvieron 4.7 veces la oportunidad de embarazarse durante el seguimiento, comparadas con aquellas que si asistieron a los servicios de salud, las adolescentes que reportaron el uso de algún método de planificación familiar entre sus amigas, tuvieron entre 60% y 90% menor oportunidad de un embarazo temprano.²¹

Serrano D. 2010 en su estudio. Embarazo en Adolescentes en el hospital Dr. Raúl Leoni Otero. San Félix - Edo. Bolívar Venezuela, se registraron 28060 partos de los cuales 1856 (33,2%) correspondían a embarazadas

adolescentes. Al evaluar las características personales se encontró que el intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%); el nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %); con estado civil soltera 502 (90,1%) y 411 (73,8%) eran procedentes de zonas urbanas. Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes embarazadas, 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 y 491 (88,2%) no usaron métodos anticonceptivos. ²²

Otro estudio realizado en Colombia con el objetivo de establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes, llegó a los siguientes resultados: Los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, el hecho de haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño. ²³

En el 2013 en Ecuador se realizó un estudio con el objeto de evaluar la incidencia del embarazo, sus complicaciones, la gravedad y los factores que conllevan a la presencia de complicaciones psico-sociales. Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente

embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual.²⁴

El 2012 en México se realizó un estudio de investigación con el objetivo de comparar adolescentes de 15 a 19 años de edad embarazadas, con adolescentes del mismo grupo de edad con vida sexual activa no embarazadas, para observar la relación existente entre las barreras socioculturales en tanto al acceso a los métodos anticonceptivos, el estudio fue de tipo casos y controles. El tamaño de la muestra fue de 96 adolescentes: 48 casos y 48 controles. Se llegó a los siguientes resultados: la no utilización de métodos anticonceptivos estuvo asociada con el embarazo (RM = 2.78, IC 95 % = 1.21-6.36), la baja escolaridad (RM = 2.66, IC 95 % = 0.97 a 7.29) y el no acceso a servicio médico (RM = 2.23, IC 95 % = 0.96 a 5.18). Concluyendo que las barreras socioculturales estuvieron asociadas con el embarazo durante la adolescencia.²⁵

2.1.2 A nivel nacional.

Mengole T, Iannacone J. 2009 en Lima realizo 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, Perú, 2009. Se comprobó que dentro de los

factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado.²⁶

Osorio R. 2013. Lima en su estudio. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora. Obtuvo como resultado 100 pacientes adolescentes gestantes entrevistadas, quienes respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.²⁷

En el Perú, el estudio titulado: “Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Embarazo de las Adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho”, tuvo como resultado que el 40 (51.3%) de las encuestadas poseen un funcionamiento familiar funcional y 38 (48.7%)

disfuncional. Respecto al área estructura, 41 (52.6%) tiene una estructura familiar funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Acerca del área solución de conflictos, 41 (52.6%) tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y 37 (47.4%) disfuncional. Sobre el área ambiente emocional, 47 (60.3%) tiene un ambiente emocional familiar disfuncional y 31 (39.7%) funcional. Por lo que se concluye que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción.²⁸

Otro estudio realizado en el 2012 en el distrito de Morales, cuyo objetivo fue; determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes. Los resultados abordados fueron los siguientes: el 50.6% de los adolescentes de la urbanización las Palmeras se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; y el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen conocimiento sobre sexualidad, tal como se encontró que el 70.9% con un nivel de conocimiento alto. Los adolescentes de la urbanización las Palmeras, tiene un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%. Finalmente se acepta la hipótesis por existir un

nivel de conocimiento alto y las actitudes sexuales favorables en los adolescentes de la Urbanización las Palmeras del distrito de Morales.²⁹

Otro estudio acerca de los “factores que predisponen la ocurrencia de embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo noviembre – diciembre 2012, El estudio tuvo como objetivo determinar los factores que predisponen la ocurrencia de embarazos. Se trató de un diseño no experimental, analítico, prospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 80 gestantes adolescentes y 30 adolescentes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal. Con el estudio se encontró que existen factores de relación intrafamiliar y nivel sociodemográfico los que son de mayor predisposición a la ocurrencia de embarazo en adolescentes.³⁰

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 Salud sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS); define como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.³¹

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido a la salud sexual como la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.³²

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

2.2.2 Salud sexual y salud reproductiva

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación. A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante,

este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político. Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

2.2.3 Adolescencia

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez; el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. (José Martínez-Costa)³³

La UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) menciona que la adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar

habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación. Con su creatividad, energía y entusiasmo, los jóvenes pueden cambiar el mundo de forma impresionante, logrando que sea un lugar mejor, no sólo para ellos mismos sino también para todos.³⁴

La adolescencia se suele caracterizar como el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. El intervalo de edad que cubre suele fijarse entre los 11- 12 hasta los 18 – 20 años. Es más fácil determinar cuándo termina la infancia que cuando comienza la vida adulta. (José Manuel Lara Alberca)³⁵

La OMS define a la adolescencia como el periodo comprendido entre los 11 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar.³⁶ La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y

complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual. 37 El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son: 38

Adolescencia Media: (14-17 años)

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

Adolescencia Tardía: (De 18 a 19 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

2.2.4 Embarazo en adolescente.

(León, Minassian, Borgoñol) definen el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. Además plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.³⁹

2.2.5 Factores de riesgo del embarazo en la adolescente

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él:

I. Factores sociales.

Los aspectos sociales son muy importantes; las adolescentes están expuestas a crisis familiares, dentro del ámbito en el que crecen y se desenvuelven, podemos mencionar lo siguiente: ⁴⁰

- Pertenecer a una familia no nuclear (compuesta, desintegrada)
- Estado civil de sus padres no estable.

- Antecedente familiar de embarazo adolescente.
- Inestabilidad familiar.
- Ausencia de comunicación intrafamiliar.
- Tipo de patrón de crianza no democrático.

La familia constituye el núcleo básico de socialización de la persona, allí se inicia el aprendizaje del mundo además se encuentra el soporte afectivo que necesita la adolescente. Al ser la principal influencia socializadora sobre la adolescente, es esencialmente la transmisora de conocimiento, valores, actitudes, roles y hábitos de una generación a otra, por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y actuar que se vuelven hábitos.

La familia es el eslabón más importante de la cadena humana, tiene una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la sexual; de modo que la separación entre los padres trae como resultado numerosos trastornos, problemas sociales y/o conflictos familiares cuando no pueden resolverse. En las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por distintas personas, en diferentes momentos de su vida es más frecuente el embarazo en la adolescencia.

La separación de los padres y la crianza de las adolescentes solo con la madre, favorece la presencia del embarazo en sus hijas con mayor frecuencia. Los problemas hallados en el área psicológica, se

correlaciona con el incremento de las familias disfuncionales; ausencia de la figura paterna, pobre o ausente comunicación entre padres e hijos, implicando de esta manera que un mayor número de adolescentes embarazadas provienen de familias con poca comunicación y escaso o ningún apoyo a la adolescente. Por el contrario existe alta autoestima en adolescentes pertenecientes a familias con estilos de crianza democráticos, entonces la funcionalidad familiar influye fuertemente en el comportamiento sexual, en familias disfuncionales puede predisponer a una relación sexual prematura, el ambiente inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales. Por otro lado la abundancia de propaganda también incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores socioculturales; el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades, esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que

tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador, es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.⁴¹

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo, las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica, se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales además de la falta de recursos a los sistemas de atención en salud.

a. Tipos de familia

La familia, ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo de la persona, la cual depende de ella para su supervivencia y crecimiento, existen varias formas de organización familiar, entre ellas se ha distinguido los siguientes: 42

Familia Extensa: Se caracteriza por que dentro de un mismo hogar conviven más de dos generaciones.

Familia Nuclear: Está formada por dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres, y sus hijos, según determinadas particularidades, se subdividen de la siguiente forma:

- Nuclear con parientes próximos: Tiene en la misma localidad, pero no en el mismo hogar, a otros miembros de la familia de origen, principalmente a los padres de uno de los cónyuges.
- Nuclear sin parientes próximos: En la misma localidad no tienen miembros de la familia de origen.
- Nuclear numerosa: Formada por los padres y más de 4 hijos.
- Nuclear ampliada: En el hogar conviven otras personas y se subdivide en: Con parientes (abuelo, tío, etc.). Con agregados (personas sin vínculo consanguíneo).

Familia Monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos, esta puede tener diversos orígenes; ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último el fallecimiento de uno de los conyugues que da origen a una familia monoparental.

Familia Reconstituida: Dos adultos, al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior.

Persona Sin Familia: Persona que vive sola, adulto soltero, divorciado, viudo sin hijos y jóvenes que por necesidades de trabajo o estudios viven de este modo, sin que implique un rechazo a la vida familiar.

Equivalentes familiares: Individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos, religiosos etc.

b. Funcionalidad familiar.

Es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa la familia. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad u otro problema entre sus miembros. La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar ésta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente y esto puede ocasionar enfermedades físicas o mentales.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, lesión física en la esposa,

síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar.

La depresión es frecuente en la adolescencia hasta un 25.5%, pero muchas veces pasa desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad. Al adolescente le preocupa enfermar o morir, teme hacer el ridículo y no saber el papel que debe jugar en la familia ni fuera de ella, todo ello le atemoriza, angustia, deprime y finalmente lo torna agresivo y rebelde, tales condiciones pueden conducirlo a conductas antisociales de alto riesgo, como pueden ser: el alcoholismo, la drogadicción, el intento de suicidio y el homicidio, por nombrar algunos trastornos.

El tema de la familia, su funcionamiento y sus problemas, parecen ser el aspecto medular de los análisis sobre la crisis universal de valores morales. Se estudia este trascendente conjunto humano desde diversas perspectivas y dimensiones, quizá con el propósito de adjudicarle las consecuencias que se derivan de su origen y desarrollo evolutivo, tanto para el individuo en particular como para la sociedad en general. Ackerman considera que la familia es la unidad básica donde se presenta la salud y la enfermedad, las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de salud y enfermedad.

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes agravándose al asociarse con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil. Esto hace necesario el apoyo de los padres acuerdo con el grado de madurez, en la medida que requieran mayor calidad de tiempo para compartir, demostrar confianza, solidaridad y afecto, aun cuando se sabe de la existencia de factores externos a la familia que pueden estar influyendo en las crisis biológicas de desarrollo o emocionales que enfrentan cotidianamente.⁴⁴

Las familias disfuncionales en su estructura y dinámica: situaciones de inestabilidad en el hogar, pueden limitar el pleno equilibrio, seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndolo a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas o un embarazo. ⁴⁴

El buen funcionamiento familiar, significa que los factores internos, de equilibrio y adaptación a los cambios, interactúan permanentemente, así como de los externos, características del entorno biopsicosocial, y los que en su conjunto en un proceso dinámico, mantienen la normalidad de las áreas de funcionamiento al interior de la familia.

Características de una familia funcional: entre las características podemos mencionar: ⁴⁵

- Se escuchan unos a los otros, hablando claro.
- Se aceptan las diferencias, los desacuerdos y los errores de cada quien, con juicio crítico.
- Se acepta la individualidad.

- Se promueve la madurez.
- Todos se miran cara a cara cuando hablan.
- Hay armonía en las relaciones.
- Se demuestran y manifiestan mucho contacto físico entre unos y otros.
- Hacen planes juntos y todos disfrutan el compartir juntos.
- Todos son honestos y sinceros entre ellos.

La disfunción familiar; donde existen contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afronta, y que se producen desorganización en el seno familiar.

Y la disfunción familiar severa, que es aquella situación donde alguno o muchos miembros de familia, sufren (crisis caracterizado por la afectación de los valores y principios éticos morales de la familia). Todo sufrimiento es índice de conflicto donde hay una situación sin resolver y un conflicto de fuerzas que se haya mantenido en el tiempo

c. Violencia familiar.

Violencia física. Aparecen en forma de lesiones físicas, generalmente múltiples, hematomas, arañazos, mordeduras, quemaduras e irritaciones en la piel, marcas y cicatrices en el cuerpo, fracturas, dislocaciones, torceduras, movilidad y/o pérdida de los dientes.

Violencia psicológica. Es un conjunto heterogéneo de comportamientos, en todos los cuales se produce una forma de agresión psicológica que causa un perjuicio a la víctima. Es un daño que se va acentuando y

consolidando en el tiempo. Cuanto más tiempo persista, mayor y más sólido será el daño. La violencia psicológica tiene mil caras. Algunas son obvias, otras, prácticamente imposibles de determinar como tales.

Característica del maltrato psicológico

- Críticas constantes
- Atentados a la autoestima
- Amenazas de agresión
- Chantaje con los hijos
- Imposición de conductas degradantes
- Atribución de la responsabilidad de conductas violentas
- Puede anteceder a la violencia física o mantenerse como violencia psicológica

II. Factores económicos.

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad de las adolescentes no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose mayor frecuencia en las clases socioeconómicas bajas y un menor porcentaje en las clases más favorecidas. 46

Podemos mencionar los siguientes factores económicos.

- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Crecer en condiciones empobrecidas.

- Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes tanto del embarazo en adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

Por otro lado en nuestro país la canasta básica puede definirse como el conjunto de productos que cubren las necesidades nutricionales mínimas de la población, los cuales son seleccionados de acuerdo a su aporte calórico y frecuencia de consumo, expresados en cantidades que permiten satisfacer, por lo menos, las necesidades de un individuo promedio de una población de referencia, incluyéndose también otras necesidades básicas (Educación, transporte, comunicación, etc.). En términos más sencillos, la CBF (canasta básica familiar), está integrada por el costo promedio de productos alimenticios y el gasto de necesidades básicas que efectúa un ciudadano mensualmente.

Por otro lado el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) revela que el Sueldo Mínimo Vital solo alcanza para cubrir media canasta básica familiar de un hogar compuesto por cuatro personas. La canasta básica de consumo por persona al mes asciende a S/. 245.48. Además en el 2012 el gobierno oficializó aumento de RMV Mediante Decreto Supremo publicado el diario "El Peruano", que asciende a S/.750 mensuales. La remuneración mínima esta sujetos al régimen laboral de la actividad privada y los que se encuentran bajo el Régimen CAS.⁴⁷

III. Factores culturales.

Escasos o inadecuados programas de educación sexual; insuficientes servicios de orientación y atención en salud del adolescente; mitos y estigmas acerca del uso de anticonceptivos; poca o ausente oferta de métodos anticonceptivos; asignaciones de género fundamentadas en un rol femenino de dependencia y servicio a los hombres (incluso en el plano sexual) y centrado en la reproducción y en las funciones domésticas; estimulación del contexto para tener relaciones sexuales, especialmente por parte de los medios de comunicación (televisión, cine, música, videos, revistas, etc.), de los pares o compañeros y de los modelos culturales predominantes; presiones, acoso sexual o amenazas de abandono por parte del hombre; violación sexual.⁴⁸ El enfrentamiento del problema requiere respuestas concatenadas que incluyan educación de la sexualidad en la familia, la escuela y la comunidad. Fuera del sector formal de educación, los medios de comunicación representan un valioso espacio para la transmisión de mensajes educativos y formativos.

En todos los contextos, la recodificación de los patrones de género será una estrategia clave para el logro de la igualdad en responsabilidades y derechos por parte de los hombres y las mujeres. La estrategia educativa resulta incompleta si no se dispone de servicios de orientación y salud del adolescente, acorde con sus necesidades y características, provistos de personal debidamente entrenado para preservar respeto y privacidad a los usuarios.

Podemos mencionar los siguientes factores culturales.

- Conocimiento
- Las creencias y costumbres
- Discriminación.

Uso de métodos anticonceptivos La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad.

En muchos países las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil. Este desconocimiento es mayor en las adolescentes más jóvenes. En casos extremos, el embarazo no es reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos. Además, por falta de conocimiento y experiencia, las adolescentes tienen más embarazos imprevistos que las adultas durante el primer año de uso de métodos anticonceptivos. Si bien la expansión del acceso a los métodos

anticonceptivos alcanza a la población adolescente, en especial a las de mayor edad, no ha impactado lo suficiente en la fecundidad adolescente ya que su uso no siempre es adecuado u oportuno. ⁴⁹

2.2.6 Determinantes del embarazo en la adolescencia.

Existen diversas determinantes, entre las que podemos mencionar: 50

- La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos desfavorecidas, siendo un fenómeno transitorio que, de mejorarse las condiciones, podría descender.
- Los padres de familias, los maestros y otros adultos incluyendo el personal de salud que tiene contacto directo con los adolescentes influyen en el desarrollo físico y psicosocial y juegan un papel importante en la discusión de temas de salud sexual y reproductiva, así como en el abordaje de la violencia, abuso, coerción y violación.
- Otra determinante importante es la familia disfuncional uniparentales o con conductas promiscuas, la violencia intrafamiliar, falta de diálogo entre padres e hijos, lo cual genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud.

- Históricamente y culturalmente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las muchachas que quedan embarazadas, y la mayoría de métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos.
- El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.
- El fenómeno de la migración de los padres en busca de trabajo y de los mismos jóvenes con motivo de estudios, índice en la pérdida del vínculo familiar y el cuidado de la familia, exponiendo principalmente a las adolescentes a mayor riesgo de embarazo temprano.
- La desinformación relacionada con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven incide en la persistencia de pensamientos mágicos, fantasías de esterilidad que les hace creer que al no tener relaciones sexuales frecuentes, con

penetración incompleta, entre otros mitos, es otro factor determinante para el embarazo temprano.

- El uso de alcohol y drogas hace que la juventud adopte comportamientos de riesgo, como la falta de protección al momento de tener una relación sexual.
- Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención en salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres, así como tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza. 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.

En el transcurso del tiempo el embarazo precoz ha crecido considerablemente, tanto así que no se conocen las cifras exactas de jóvenes embarazadas en todo el mundo, sin embargo se han realizado aproximaciones, las cuales proporcionan una estadística un 12,4% de los nacimientos registrados fueron de jóvenes menores de edad y de ese 12%, el 3% eran jóvenes de 10 y 15 años. Lo que demuestra que el

embarazo precoz es un tema que se debe de tratar a toda hora y en todo lugar sin restricción alguna, mayormente estos embarazos pasan por mal información de los padres hacia sus hijos, o también de una falta de información que proporcionen las escuelas de los riesgos que se hayan escondidos detrás del acto sexual.

En la actualidad es común que los jóvenes comiencen demasiado pronto a experimentar con sus cuerpos y a practicar el sexo, y no son plenamente conscientes de que las consecuencias de no practicarlo con seguridad pueden condicionar el resto de su vida. No sólo se hace referencia a quedarse embarazada muy pronto, sino también a las enfermedades de transmisión sexual, algunas de las cuales pueden llegar a ser muy graves y de fatales consecuencias.

2.3 MARCO CONCEPTUAL.

- Embarazo.

Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre.

- Adolescente.

La adolescencia es el periodo de la vida posterior a la niñez y anterior a la adultez. Transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad, entre los 10 y 12 años, hasta el desarrollo completo del cuerpo y el comienzo de la edad adulta, entre los 19 y 20 años aproximadamente.

- **Factores sociales.**

Es todo aquello que rodea la situación a analizar perteneciente o relativo a la sociedad que afecta a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. También diremos que son aquellos que influyen para que las adolescentes lleguen a embarazarse.

- **Factor económico**

Actividad que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas.

- **Factores culturales.**

Los factores culturales son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la creencia, costumbres, tradiciones educación, ciclos y estilos de vida. Es el determinante fundamental de los deseos y conducta de una persona, dentro de la cultura también se encuentran los valores en los que una persona crece y la induce luego a tomar cierto tipo de decisiones (instancia).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el distrito de San Gabán, ubicado a 580 msnm, provincia de Carabaya y departamento de Puno. El Distrito de San Gabán, con su capital San Gabán, fue creado por Ley 5214 del 15 de Octubre de 1925. Se encuentra ubicado en la parte Norte de la Provincia de Carabaya, departamento de Puno, entre las coordenadas de 13°27'50" de Latitud Sur y 70°27'50" Longitud Oeste. Se encuentra a una altitud de 580 m.s.n.m. El distrito tiene una extensión de 2029.22 Km²; que significa el 16.54% de la superficie de la provincia de Carabaya y el 3.03% respecto al Departamento de Puno.

3.1.1 Localización política y geográfica.

El Distrito de San Gabán limita:

- Por el Norte con la Región Madre de Dios.
- Por el Sur con el Distrito de Ollachea.
- Por el Este con el Distrito de Ayapata.
- Por el Oeste con la Región Cusco.

Clima. San Gabán se encuentra en la Selva; su clima se caracteriza por ser cálido. La temperatura oscila entre 15°C a 30°C, siendo los meses más calurosos los meses de setiembre a marzo y las precipitaciones son abundantes en la ceja de selva el volumen de precipitaciones bordea los 3,000 m.m. anuales, mientras en la selva baja alcanzan los 6,608.30 m.m.

Superficie. El Distrito de San Gabán cuenta con una superficie de 2029.22 Km², lo que representa el 16.54% de la superficie total de la Provincia de Carabaya, siendo uno de los distritos con mayor superficie juntamente con el Distrito de Coasa que presenta un 29.13% de la superficie del distrito.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Estuvo constituida por el 100% de las adolescentes embarazadas que acudían a los establecimientos de la Microred San Gabán. A continuación se detalla la cantidad de adolescentes embarazadas por establecimiento de salud.

ADOLESCENTES EMBARAZADAS POR ESTABLECIMIENTOS DE LA MICRORED SAN GABÁN					
C.S SAN GABAN	P.S PUERTO MANOA	P.S CUESTA BLANCA	P.S LECHEMAYO	P.S LOROMAYO	TOTAL
10	7	5	6	3	31

Fuente: Informe anual de control prenatal de la Microred San Gabán.

Unidad de análisis.

Estuvo conformada por Gestantes adolescentes de 14 a 19 años que acudieron a los establecimientos de salud de la Microred San Gabán, en el periodo enero a diciembre del 2014 que es en un número de 31.

Criterios de inclusión.

- Gestantes de 14 a 19 años.
- Adolescentes embarazadas que acuden a la atención prenatal en el periodo de enero a diciembre del 2014 a la Microred Salud San Gabán.
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Gestantes adolescentes de 11 a 13 años.
- Adolescentes embarazadas que no acudieron a la atención prenatal en el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Adolescentes embarazadas que no aceptan participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas.

3.3 DESCRIPCION DE METODOS POR OBJETIVOS ESPECIFICOS.**Objetivos Especifico 1, 2, 3:**

Para determinar los factores sociales, económicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes, se aplicó los siguientes métodos:

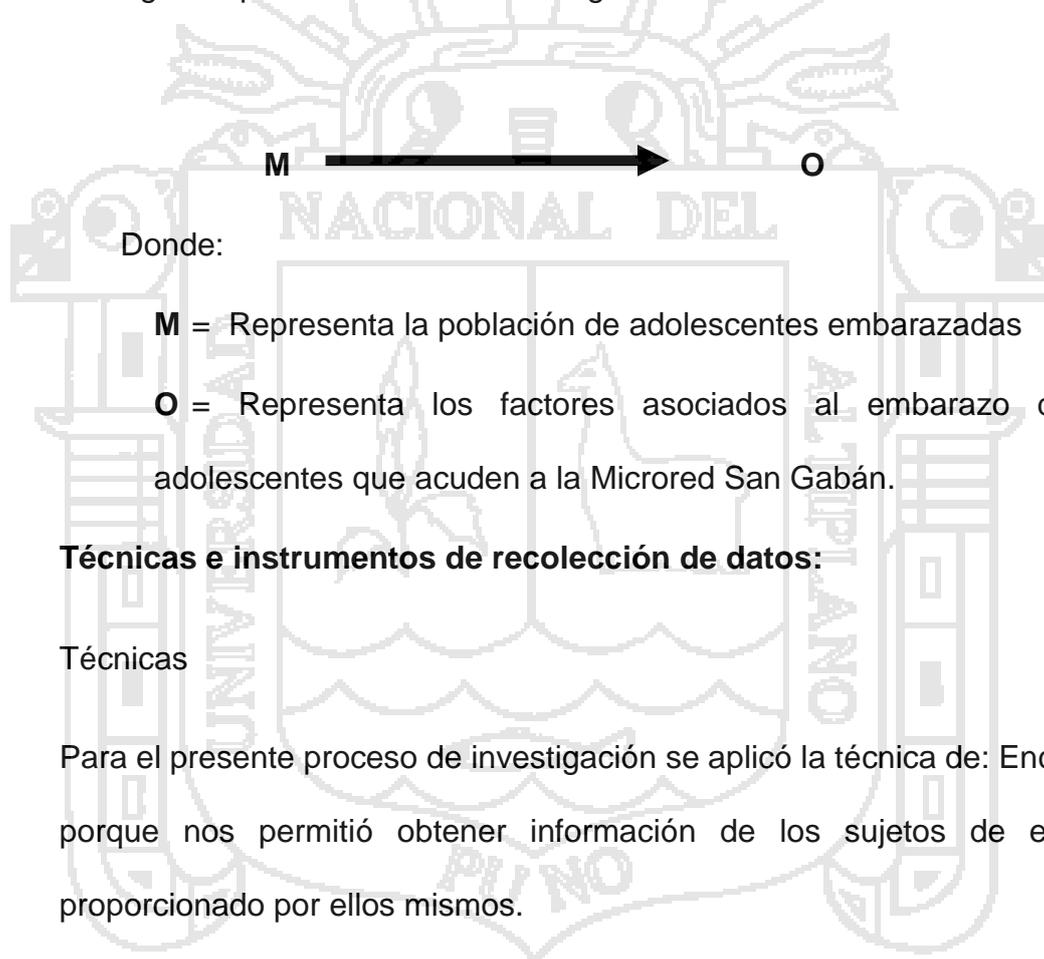
Tipo y nivel de investigación:

El estudio es cuantitativo de:

Tipo descriptivo, porque permitió describir la variable “factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden a los establecimientos de la Microred San Gabán, 2014.

Diseño no experimental de corte Transversal, porque permitió obtener la información en una sola medición, es decir la información se obtuvo en un determinado momento, en un tiempo único y haciendo corte en el tiempo.

El diagrama para este diseño es el siguiente:



Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnicas

Para el presente proceso de investigación se aplicó la técnica de: Encuesta; porque nos permitió obtener información de los sujetos de estudio, proporcionado por ellos mismos.

Instrumentos

Para el presente estudio se aplicó el Cuestionario (Anexo N° 1) que midió los factores asociados al embarazo en adolescentes que consta de las siguientes partes: la introducción, luego las indicaciones para la aplicación

del formulario, y finalmente el contenido acerca de los ítem a responder; previamente operacionalizadas que en conjunto consta de 8 preguntas cerradas con alternativas múltiples.

Procedimiento de recolección de datos:

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el presente proyecto de investigación se realizó las siguientes actividades.

A. De la coordinación. Se realizó una reunión con la dirección del establecimiento San Gabán, explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia que esta servirá para mejorar las acciones y/o reorientar las estrategias en salud de esta manera disminuir los casos de embarazos en adolescentes.

B. De la selección. Luego de la autorización por parte de la dirección del Establecimiento, se realizó la revisión de documentos, siendo estos, el libro de atención materna y expedientes clínicos de las adolescentes embarazadas que acuden a los Establecimientos de la Microred San Gabán. Partiendo de la Información tomada del libro de atención materna y de los expedientes clínicos de los Establecimientos de la Microred San Gabán, se elaboró una base de datos con la información de: fecha de atenciones prenatales, edad y dirección de las adolescentes embarazadas inscritas en el período comprendido de enero a diciembre del 2014, datos que se utilizaron para la visita y el cuestionario respectivo, además se solicitó el consentimiento informado.

C. De la ejecución. Una vez solicitado el consentimiento informado y obteniendo su aceptación, me encargue de que las adolescentes embarazadas llenen el cuestionario.

D. De la medición del instrumento. Para la medición del cuestionario se realizó por cada uno de los factores:

Los factores sociales, incluyen indicadores como el tipo de familia, funcionalidad familiar y violencia familiar; el factor económico incluye el indicador ingreso económico mientras los factores culturales incluyen los mitos acerca del embarazo, el conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y practica sobre salud sexual y reproductiva.

Según la Comisión Nacional de la Familia (CNF) La clasificación estructural de la familia es: 29

- Familia nuclear, conformada por padre, madre y con uno o más hijos (papá, mamá e hijos).
- Familia monoparental, constituida por uno de los padres y uno o más hijos (papá e hijos o mamá e hijos).
- Familia extensa, constituida por una pareja o uno de sus miembros, con hijos o sin ellos, y por otros miembros que pueden ser o no parientes (papá, mamá, hijos y abuelos).
- Familia reconstituida, conformada por dos adultos, al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior. (papá y madrastra o mamá y padrastro).

Con respecto al tipo de familiar (APGAR familiar), es posible identificar un funcionamiento sano a través de cinco criterios, los que en su conjunto componen la APGAR, estos criterios son: adaptabilidad, descrita como la capacidad para usar recursos familiares y comunitarios para ser utilizados en el enfrentamiento y resolución de situaciones estresantes y/o de crisis; participación o cooperación, es decir, la capacidad para compartir los problemas y buscar medios de resolución de estos, mediante la comunicación y participación de los miembros de la familia; gradiente de crecimiento o desarrollo, entendida como la capacidad del grupo familiar para atravesar cada una de las etapas del ciclo vital, logrando la madurez necesaria que permita la individualización (autorrealización) y separación de sus miembros; afecto o afectividad, es decir, la capacidad para experimentar cariño, atención y preocupación entre los miembros de la familia, facilitando la expresión de emociones como miedo, afecto, amor, pena y rabia; resolución o capacidad resolutive, entendido como la capacidad para comprometerse con el grupo familiar compartiendo tiempo y dedicando recursos personales en ello.⁵¹

La puntuación que se obtiene oscila entre los 0 y los 10 puntos, que derivan de tres alternativas de respuesta por ítem:

- La opción “casi nunca”, equivale a 0 puntos.
- La opción “a veces” equivale a 1 punto.
- La opción “casi siempre” equivale a 2 puntos.

Finalmente las categorías de puntuación total señalan que obtener entre 7 y 10 puntos da cuenta de una familia funcional; entre 4 y 6 puntos, la familia

es calificada de disfuncional; entre 0 y 3 puntos se percibe una disfuncionalidad familiar severa.⁵²

Otra de las categorías es la violencia intrafamiliar que es aquella que se ejerce entre los miembros de una familia y suele ser una de las variantes más comunes de la violencia⁵³, se divide en⁵⁴:

- Violencia física, acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una persona se caracteriza por usar la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas, se puede evidenciar por la presencia de golpes, empujones, patadas, lesiones física, torceduras, cachetadas.
- Violencia psicológica, acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o decisiones de una persona, tiene como objetivo fundamental lastimar y herir las emociones de la persona afectada, a través de humillaciones, amenazas, prohibiciones, insultos, genera que la autoestima decaiga al igual que la seguridad en sí mismo, tanto en quien la sufre, como de esos pequeños que suelen presenciara. Se caracteriza por infligir en los miembros de la familia la pérdida de confianza para eventualidades futuras y por la falta de amor, existe gritos, insultos, desprecios, criticas destructivas y términos como ¡eres una tonta!, ¡no sirves para nada!, ¡tenías que ser mujer!

Con respecto al factor económico, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) revela que el Sueldo Mínimo Vital (S/. 750.00) solo alcanza

para cubrir media canasta básica familiar de un hogar compuesto por cuatro personas⁵⁵, por lo que se puede decir que aquellas familias que perciben menos de la Canasta Básica Familiar están considerado como extremo pobres entonces:

- Alto, donde el ingreso económico es mayor de 1000 a 1500 Nuevos Soles.
- Mediano, Donde el ingreso económico es 750 a 1000 Nuevos Soles.
- Bajo, donde el ingreso económico es menor de 750 Nuevos Soles.

Los factores culturales tienen los siguientes indicadores:

El mito, esta se medirá de la siguiente manera, si una mujer cree que en la adolescencia es mejor tener hijos estaríamos frente a un mito "Hijos a temprana edad es mejor". Los expertos indican que la mejor edad para ser madre (en términos biológicos) son los 25 años.⁵⁶ También se considera que a partir de los 20 años, el cuerpo de la mujer ha alcanzado su madurez para llevar a cabo un embarazo saludablemente. Generalmente un cuerpo joven está mejor preparado para llevar un peso adicional en los huesos y articulaciones, la espalda y los músculos.⁵⁷

- Si, cuando la adolescente crea como adecuado que tener hijos dentro de la adolescencia es correcta, entre los 15 a 19 años.
- No, cuando la adolescente crea que no es adecuado tener un hijo dentro de la adolescencia, entre los 20 a 30 años.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos, se evaluara a través de 4 preguntas, en caso de respuesta correcta le corresponde 2 puntos, haciendo un total de 8 puntos.

- Bueno, cuando obtenga una puntuación de 8.
- Regular, cuando obtenga una puntuación de 6.
- Deficiente, cuando obtenga una puntuación de 0-4.

Practica sobre salud sexual y reproductiva.

Dentro de esta tenemos las categorías de:

Edad de inicio de relaciones coitales, que será evaluada cuantitativamente en relación con las etapas de la adolescencia: ²⁵

- Adolescencia temprana: de 10 a 13 años.
- Adolescencia media: de 14 a 17 años.
- Adolescencia tardía: de 18 a 19 años.

Por otro lado La teoría indica que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad no es debido a que la adolescente no está preparada física ni psicológicamente. Esta hace referencia a que a menor edad en la cual se comienza la vida sexual, habrá mayor riesgo de embarazo. ⁵⁸

Uso de métodos anticonceptivos, se evaluara en:

- Si usa, entonces las posibilidad de estar frente a un embarazo es mínimo.
- No usa, el no utilizar ningún método es altamente peligroso por que conduce a llegar a un embarazo.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	INDICE
<p>Factores asociados al embarazo en adolescentes.</p> <p>Son situaciones que aumentan las probabilidades de que las adolescentes queden embarazadas.</p>		Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Familia nuclear ➤ Familia monoparental ➤ Familia extensa ➤ Familia reconstituida 	<ul style="list-style-type: none"> - Papá, mamá e hijos - Papá e hijos o mamá e hijos. - Papá, mamá, hijos y abuelos - Papá y madrastra o mamá y padrastro
		Funcionabilidad familiar (APGAR familiar)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Familia funcional ➤ Familia disfuncional ➤ Familia severamente disfuncional 	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre = 0 puntos - A veces = 1 punto - Nunca = 2 puntos
	Factores sociales	Violencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Violencia física ➤ Violencia psicológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Golpes, empujones, patadas, lesiones físicas provocados con objetos - Gritos, insultos, desprecios, críticas destructivas
	Factor económico	Ingreso económico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de S/. 750 ➤ De S/. 750 a S/. 1000 ➤ Más de S/. 1000 	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo - Mediano - Alto
	Factores culturales	Mitos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hijos a temprana edad es mejor 	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No
		Conocimiento de métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inyecciones ➤ Pastillas ➤ Preservativos ➤ Dispositivo intrauterino 	<ul style="list-style-type: none"> - Bueno (8 puntos) - Regular (6 puntos) - Deficiente (0 -4 puntos)
		Practicas sobre salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inicio de relaciones sexuales ➤ Uso de métodos anticonceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> - 11-13 años - 14-17 años - 17-19 años - Si usa - No usa

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro 1. Grupo Etareo de adolescentes embarazadas en la microrred San Gabán, periodo 2014

GRUPO ETAREO	C.S SAN GABAN		P.S PUERTO MANOA		P.S CUESTA BLANCA		P.S LECHEMAY O		P.S LOROMAYO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adolescencia media (14-17)	7	70.00	5	71.43	4	80.00	6	100.00	3	100.00	25	80.65
Adolescencia tardía (18-19)	3	30.00	2	28.57	1	20.00	0	0.00	0	0.00	6	19.35
TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00

Fuente: datos generales del cuestionario factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microrred San Gabán

En el cuadro 1, se observa que el 80.65% representa la adolescencia media y un 19.35% la adolescencia tardía.

El resultado hallado nos permite precisar que el grupo poblacional de mayores casos de embarazos en adolescentes se da entre las edades de 14 a 17 años es decir la adolescencia media y es claro que en esta etapa, la adolescente completa el crecimiento y el desarrollo somático e inicia el periodo fértil, además

comienza el enamoramiento que se da con mucha intensidad donde la adolescente quiere estar cerca de la persona que le atrae físicamente y hace muchas cosas por el chico que está enamorada, imaginándose un mundo perfecto en busca del príncipe de sus sueños. Y los chicos se basan en eso para jugar con las muchachas enamoradas, usándolas y pidiéndoles la famosa prueba de amor, teniendo así su primera relación sexual y posteriormente llega al embarazo. También en esta etapa las adolescentes sienten el vacío emocional que es el carecer de amor propio y la característica de ello es hacer todo lo que esté a su alcance por la persona a quien ama para retener a su lado. En esta etapa la adolescente no alcanza la madurez psicológica, por lo que no es capaz de evaluar la consecuencia de sus acciones tomando así a las relaciones sexuales como un juego. A esto se suma el aumento de las hormonas, los estrógenos y testosterona que influyen particularmente sobre la intensidad del deseo femenino, donde la adolescente tendrá mayor actividad sexual en las edades de 14 a 17 años.

Los resultados hallados en este estudio coinciden con algunos teóricos que plantean que el embarazo en la adolescencia es más frecuente en la adolescencia media, debido a que en esta etapa se completa la maduración sexual y una de sus características es la manifestación de alta energía sexual, lo que conduce a la adolescente a mantener relaciones sexuales no planificadas, como consecuencia se tiene el embarazo en la adolescencia.³⁸

Otro dato que amerita un análisis es el número de casos que presenta el P.S Loromayo, 3 embarazos a comparación de los demás establecimientos es el que menos casos presenta esto responde a que otras adolescentes embarazadas

del lugar prefieren realizar su control en el C.S Mazuco y quedan registradas como casos para este establecimiento.

Los resultados obtenidos concuerdan con varios estudios; como Serrano ²² donde encontró que el intervalo de edad en el que ocurrieron los embarazos fueron entre los 15 y 16 años representando el 77.6%; Rodríguez ²⁴ “incidencia del embarazo en la adolescencia” donde indica que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se presenta entre los 15 a 17 años constituyendo el 56%; Navarro ²⁹ también encontró que el 50.6% del embarazo ocurre en la adolescencia media. Sin embargo Osorio ²⁷ muestra que el 50% de los embarazos en adolescentes ocurre entre las edades de 17 a 19 años, estos resultados difieren en cierto grado con los obtenidos en el presente estudio, probablemente se deba a la diferencia geografía en la que se ha realizado el estudio.

Cuadro 2. Estado civil de adolescentes embarazadas en la Microred San Gabán, periodo 2014

ESTADO CIVIL	C.S SAN GABAN		P.S PUERTO MANOA		P.S CUESTA BLANCA		P.S LECHEMAY O		P.S LOROMAYO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	3	30.00	2	28.57	2	40.00	2	33.33	1	33.33	10	32.26
Convi viente	7	70.00	5	71.43	3	60.00	4	66.67	2	66.67	21	67.74
Casada	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
TOTAL	10	100.0	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00

Fuente: Datos generales del cuestionario factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán.

En el cuadro 2 se observa que, el 67.74% tienen estado civil conviviente y un 32.26% estado civil soltera. En todos los establecimientos predomina el estado civil conviviente.

Las adolescentes tienen el estado civil de conviviente, debido a que una vez enteradas de su embarazo se vieron obligadas a formalizar su relación, por la presión de los padres para que no sean mal vistos y velar por la reputación de la familia. Pero esta unión forzada no necesariamente garantiza que mantendrán las relaciones conyugales porque muchas veces el embarazo es visto como una forma de comprometer al varón como un futuro compañero y esto ocasiona un mayor riesgo a la ruptura de relación con la pareja, conllevando a una mayor susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo.

Estos resultados guardan relación con la literatura de Urreta M.²⁸ quien indica que la convivencia en las adolescentes se suele magnificarse con la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esta situación. También Morgan y Rindfuss⁵⁹ indican que en algunos casos ser madre adolescente puede ocasionar una convivencia a la fuerza, hecho que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja, puede ser el inicio de conflictos, rechazo y recriminaciones, que más adelante terminan en separación e inestabilidad emocional.

El 32.26% son solteras, esto es el resultado de la relación pasajera no planificada que estas mantienen con trabajadores que vienen de diferentes lugares del Perú a laborar esporádicamente en la minería informal y la recolección de coca que, después de un determinado periodo estos señores regresan a sus lugares de

residencia, dejando madres adolescentes solteras. También el hecho de unirse y procrear hijos entre adolescentes trae como consecuencia el embarazo, donde el varón aun inmaduro psicológicamente huye de su responsabilidad migrando a otros lugares, dejando abandonada a la madre adolescente también algunos llegan a convivir durante periodos muy cortos y no asimilando y manteniendo la armonía también llegan a separarse. Tal como indica Welti60 el embarazo adolescente es un factor de inestabilidad conyugal.

Los resultados del presente difieren con los reportados por: Mengole ²⁶ en su estudio “factores socioculturales en el embarazo en adolescentes” que el 76.9% eran solteras, el 23.1% convivientes; Serrano ²² encontró que el 90.1% eran solteras.

Cuadro 3. Grado de instrucción de adolescentes embarazadas en la Microred San Gabán, periodo 2014

GRADO DE INSTRUCCIÓN	C.S SAN GABAN		P.S PUERTO MANOA		P.S CUESTA BLANCA		P.S LECHEMAYO		P.S LOROMAYO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Secundaria Completa	3	30.00	1	14.29	1	20.00	0	0.00	0	0.00	5	16.13
secundaria incompleta	7	70.00	6	85.71	4	80.00	6	100.00	3	100.00	26	83.87
TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00

Fuente: datos generales del cuestionario factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán

En el cuadro 3 se observa el 83.87% de adolescentes embarazadas tienen secundaria incompleta y el 16.63% secundaria completa.

Las adolescentes dejan de estudiar porque cambia su proyecto de vida, ahora están bajo la responsabilidad de su pareja y tienen nuevas tareas que realizar como cuidar a su niño, atender al conviviente, realizar la limpieza del hogar entre otros, dificultando que pueda continuar el colegio, peor aún si es madre soltera que no reciben apoyo económico de sus padres y tienen la necesidad de trabajar para el hogar, lo mencionado guarda relación con la manifestación del director del colegio Cesar Vallejo de Lechemayo quien indica que en el último año hubo disertación y la mayoría por casos de embarazo.

Los resultados encontrados en el presente estudio se asemejan al de: Gonzales quien encontró que el 46.1% tuvo secundaria incompleta; Moreno también indica que el 64% de las madres adolescentes tienen educación secundaria incompleta. Pero difieren de los encontrados por Mengole²⁶ que 56.2% cuentan con secundaria completa y 26% secundaria incompleta, probablemente se deba a la diferencia geográfica y el tiempo en las cuales se ha realizado el estudio.

Cuadro 4. Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, periodo 2014

FACTORES SOCIALES		C.S SAN GABAN		P.S PUERTO MANOA		P.S CUESTA BLANCA		P.S LECHEMA YO		P.S LOROMAYO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de familia	Familia Nuclear	2	20.00	2	28.57	1	20.00	1	16.67	0	0.00	6	19.36
	Familia Monoparental	4	40.00	2	28.57	2	40.00	2	33.33	1	33.33	11	35.48
	Familia Extensa	1	10.00	1	14.29	0	0.00	2	33.33	1	33.33	5	16.13
	Familia Reconstituida	3	30.00	2	28.57	2	40.00	1	16.67	1	33.34	9	29.03
	TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00
Funcionalidad familiar	Familia Funcional	3	30.00	1	14.29	0	0.00	2	33.33	0	0.00	6	19.36
	Familia Disfuncional	5	50.00	4	57.14	4	80.00	3	50.00	2	66.67	18	58.06
	Familia Severamente Disfuncional	2	20.00	2	28.57	1	20.00	1	16.67	1	33.33	7	22.58
	TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00
Violencia familiar	Violencia Física	3	30.00	3	42.86	1	20.00	1	16.67	1	33.33	9	29.03
	Violencia Psicología	5	50.00	3	42.86	3	60.00	2	33.33	1	33.33	14	45.16
	No Violencia	2	20.00	1	14.29	1	20.00	3	50.00	1	33.33	8	25.81
	TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00

Fuente: cuestionario de factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán

En el cuadro 4 con respecto al tipo de familia se observa que el 35.48% provienen de familias monoparentales, le sigue con 29.03% provenientes de familias reconstituidas, con 19.36% provenientes de familias nucleares y un menor porcentaje con 16.13% proveniente de familias extensas.

Según los resultados las adolescentes embarazadas provienen de familias monoparentales, donde el jefe del hogar es el padre o la madre, producto de la

separación, abandono o el fallecimiento de alguno de los padres y a parte de la crianza de uno de ellos, también intervinieron en el cuidado el tío, abuelos, hermanos y otros por lo mencionado las adolescentes recibieron diferentes tipos de cuidado, donde también aprendieron a tomar sus propias decisiones sin tener en claro si estas son acertadas o no.

Con respecto a las adolescentes que provienen de familia nucleares y aparentemente la idea es tener este tipo de familia sin embargo, esto no determina que una adolescente evite embarazarse, este punto tiene relación con la funcionalidad familiar que indica que el 58.06% provienen de familias disfuncionales, entonces el hecho de ser parte de una familia nuclear y no tener comunicación constituye un riesgo para quedar embarazada, por eso la funcionalidad es de suma importancia que producirá relaciones de confianza y cuidado.

Los resultados encontrados tienen similitud con los estudios de: Osorio ²⁷ quien menciona que el 64% provienen de familias monoparentales, también Mengole ²⁶ (2009) indica que en el grupo de gestantes adolescentes predominó aquellas que provenían de familias monoparentales.

En relación a la funcionalidad familiar se observa que el 58.06% provienen de familias disfuncionales, un 22.58% de familias severamente disfuncional y un 19.36% familia funcional.

Antes de llegar al análisis debemos entender que la funcionalidad familiar, explora la dinámica familiar percibida por los hijos, en relación al grado de satisfacción con su vida familiar. Entre los componentes que evalúa se encuentran la afectividad, la adaptabilidad, la gradiente de crecimiento a

desarrollo, la participación o cooperación y la capacidad resolutive.⁴² Según los resultados obtenidos las adolescentes embarazadas provienen de familias disfuncionales, existiendo problemas dentro de la familia en las áreas de comunicación, afectividad y roles; que fueron las categorías con menor puntajes. Los adolescentes vivieron en un ambiente familiar de escasa comunicación donde los padres no disponían de tiempo para hablar con sus hijos sobre sexualidad considerando este, un tema tabú. Además se ha mencionado que las adolescentes provenían de familias monoparentales y reconstituidas lo que quiere decir que crecieron con diferentes personas donde no tuvieron la seguridad para comunicar ni contar sus problemas. Y la adolescencia como sabemos es una etapa llena de crisis donde existe cambios físicos y psicológicos, por lo que necesitan ser escuchadas y al no ser tomados en cuenta en sus hogares, las dudas le condujeron a buscar refugio y apoyo en terceros, llegando así a tener enamorados muy prematuramente constituyendo esto un medio para ser querida y vincularse emocionalmente con su pareja.

Algunos autores (Maddaleno 2000; Cruz., 2007; Israel2005) plantean que la familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad; describiendo como factores importantes a considerar los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas, la falta de comunicación entre los adolescentes y sus padres, así como la manera en que se resuelven los conflictos. Asimismo Alvarez, describe que los conflictos familiares tienden a favorecer el embarazo en las adolescentes, ya que el ambiente familiar inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales.⁴⁴

Esto explicar que la disfunción familiar fue un factor predisponente para la aparición del embarazo en la adolescencia. Los resultados encontrados tienen similitud con los estudios de: Rodríguez ²⁴ que 23% provienen de familias disfuncionales, Urreta ²⁸ el funcionamiento familiar fue disfuncional con 51.3%

Con respecto a la violencia familiar se encontró lo siguiente, el 45.16% de adolescentes que esperan un hijo indican haber sufrido violencia psicológica, un 29.03% de violencia física y un 25.81% indica no haber sufrido violencia.

Según el resultado el tipo de violencia que tuvieron es la psicológica, las adolescentes indicaron que recibieron gritos, insultos, críticas, menosprecios y ofensas, esto es signo de que la violencia siempre ha existido en sus hogares y se sabe que esto deja daño psicológico donde las adolescentes tienen poca autoestima, no se sentían queridas ni seguras de sí mismas. La adolescente al ver que en sus hogar existe violencia, trata de escapar del problema y buscar una situación mejor, encontrándose así con varones que las hacen sentir protegida, luego tienen relaciones sexuales y fruto de eso quedan embarazada.

Los resultados encontrados tienen similitud con los estudios de: Rodriguez ²⁴ las adolescentes embarazadas indicaron que presentaron violencia física en sus familias un 20%.

Cuadro 5. Factor económico asociado al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán, periodo 2014

FACTOR ECONÓMICO			C.S SAN GABAN		P.S PUERTO MANOA		P.S CUESTA BLANCA		P.S LECHEMAYO		P.S LOROMAYO		TOTAL	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ingreso Económico	Menos de S/. 750	Bajo	5	50.00	5	71.43	4	80.00	4	66.67	3	100.00	21	67.74
	De S/. 750 a S/. 1000	Mediano	3	30.00	2	28.57	1	20.00	1	16.67	0	0.00	7	22.58
	Más de S/. 1000	Alto	2	20.00	0	0.00	0	0.00	1	16.67	0	0.00	3	9.68
	TOTAL		10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00

Fuente: cuestionario de factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán

En el cuadro 5 se observa que el 67.74% tuvo ingreso económico bajo, un 22.58% mediano y un 9.68% alto.

La situación descrita coincide con la realidad que viven las familias en esta zona geográfica, la mayor parte se dedica a la agricultura dentro de esta la plantación de piña, plátano, yuca y como principal actividad la siembra de coca, que a través de este trabajo al mes tienen un ingreso menos de 750.00 Nuevos Soles dicho monto no permite satisfacer las necesidades básicas de las familias que generalmente tienen como integrantes 5 miembros; esta situación obliga a las adolescente a buscar trabajo, conociendo en estos lugares a muchas personas con quienes mantienen amistad y en lo posterior llegan a mantener relaciones sentimentales con trabajadores que vienen extemporáneamente a estos lugares, de esta manera quedan embarazadas y en ocasiones comprometen al varón llegando a embarazarse para que tenga apoyo económico.

La situación mencionada tiene relación con la información del nivel de pobreza que el INEI indica, que califica, al distrito de San Gabán dentro del quintil 1 (extremo pobre). Entonces podemos decir con respecto de estas cifras que la mayoría de las adolescentes gestantes provienen de familias pobres, el INEI tiene la información que el Sueldo Mínimo Vital es S/. 750.00 Nuevos Soles y solo alcanza para cubrir media canasta básica familiar de un hogar compuesto por cuatro personas⁴⁶, la canasta básica familiar por persona es S/. 294.00.

Los resultados encontrados tienen similitud con los estudios de: Rodriguez²⁴ el 20% de adolescentes embarazadas provienen de familias pobres.



Cuadro 6. Factores culturales asociados al embarazo en adolescentes en la microred San Gabán, periodo 2014

FACTOR CULTURAL	C.S SAN GABAN		P.S PUERTO MANOA		P.S CUESTA BLANCA		P.S LECHEMAYO		P.S LOROMAYO		TOTAL		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
MITOS	Si	4	40.00	5	71.43	3	60.00	4	66.67	2	66.67	18	58.06
	No	6	60.00	2	28.57	2	40.00	2	33.33	1	33.33	13	41.94
	TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00
CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Bueno	3	30.00		0.00		0.00	1	16.67	0	0.00	4	12.90
	Regular	2	20.00	2	28.57	1	20.00	2	33.33	1	33.33	8	25.81
	Deficiente	5	50.00	5	71.43	4	80.00	3	50.00	2	66.67	19	61.29
TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00	
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	13	4	40.00	3	42.86	1	20.00	3	50.00	1	33.33	12	38.71
	14	3	30.00	2	28.57	2	40.00	3	50.00	2	66.67	12	38.71
	15	2	20.00	2	28.57	2	40.00	0	0.00	0	0.00	6	19.35
16	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.23	
TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00	
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Ninguno	5	50.00	4	57.14	4	80.00	6	100.00	2	66.67	21	67.74
	Preservativo	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.23
	Pastillas	1	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.23
Injectables	3	30.00	3	42.86	1	20.00	0	0.00	1	33.33	8	25.81	
Otros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
TOTAL	10	100.00	7	100.00	5	100.00	6	100.00	3	100.00	31	100.00	

Fuente: cuestionario de factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en la Microred San Gabán

En el cuadro 6 con respecto al mito el 58.06% SI presenta y un 41.94% NO presenta.

Según los resultados las adolescentes embarazadas presentan el mito o la creencia de, que la mejor edad para tener hijo es la adolescencia, este concepto conduce a las adolescentes a concebir un hijo, además las creencias y prácticas de sexualidad de estas jóvenes adolescentes se han construido de lo que culturalmente se ha transmitido de generación en generación que sus padres también tuvieron hijos en la adolescencia.

En caso del conocimiento acerca de métodos anticonceptivos el 61.29% tiene conocimiento deficiente, el 25.81% conocimiento regular y un 12.90% conocimiento bueno.

Los resultados evidencian una falta de conocimiento de las adolescentes con relación a preguntas básicas acerca de métodos anticonceptivos, lo que indica que tienen menor nivel de escolaridad. Tal como se observa en el cuadro N° 03 que el 83.87% tienen secundaria incompleta ya que al ocurrir el embarazo dejaron de estudiar, por lo tanto su conocimiento sobre lo indicado es bajo. También el resultado es producto de que las campañas actuales de información y educación en salud reproductiva no están siendo realizadas por parte de los docentes ni el profesional de la salud a esto se suma que los padres de familia no mantienen comunicación con sus hijos (familia disfuncional) tal como indica el cuadro N° 04; además los padres consideran los temas de sexualidad como un tabú. Es así que el nivel educativo y el embarazo en las adolescentes guardan relación, ya que a una mayor educación menor número de embarazos.

Los resultados encontrados difieren por los encontrados por: Osorio ²⁷ quien menciona que los 82% tienen algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Navarro ²⁹ encontró un nivel de conocimiento alto 70.9%

Con respecto al inicio de relaciones sexuales; el 38.71% inicio a los 13 y 14 años, el 19.35% a los 15 años y un 3.23% a los 16 años.

Las adolescentes embarazadas iniciaron sus relaciones sexuales en el transcurso a la adolescencia media (13-14 años) y esta etapa se caracteriza con el enamoramiento donde la mayoría tienen enamorado y como es propio de la adolescencia, la conducta sexual exploratoria estas iniciaron su relación sexual, al no tener conocimiento acerca de los métodos conceptivos y no estar a disposición para su uso, no utilizaron está, quedando así embarazadas, coincide con la literatura médica que indica, mientras el inicio de relaciones sexuales sea a temprana edad existe mayor riesgo de quedar embarazada.

Estos resultados se asemejan con los estudios de Panduro y Vélchez (2012) que encontró que la edad media de inicio de la primera relación sexual fue de 15 años. Así como Serrano ²² indica que las adolescentes encuestadas se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad.

Y acerca del uso de métodos anticonceptivo un 67.74% no utiliza ningún método, un 25.81% utiliza inyecciones y el 3.23 pastillas y preservativos.

Es claro que las adolescentes no utilizan los métodos anticonceptivos debido al desconocimiento de estas además que no conocen acerca del programa de planificación familiar donde los establecimientos de salud distribuyen los métodos anticonceptivos a usuarias También la mayoría de las adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo porque en el lugar no existe farmacias,

boticas o similares para que puedan adquirirlo, solo existe el P.S y como el personal de salud conoce a todos los pobladores, las adolescentes no se aproximas por temor a que tengas juicios acerca de su persona por tanto no utilizan métodos anticonceptivos y tengan temor de inscribirse como usuaria de planificación familiar en los establecimientos de la Microred San Gabán.

Estos resultados se asemejan con los estudios de Serrano ²² que 88.2% no usaron métodos anticonceptivos



CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

- De los factores sociales, el tipo de familia que se encontró fue la monoparental, existió la disfunción familiar y sufrieron la violencia psicológica.
- Dentro del factor económico el ingreso mensual fue bajo, menor a 750 Nuevos Soles.
- De los factores culturales, Si presentan el mito de que la mejor edad para concebir un hijo es en la adolescencia, tienen deficiente conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, iniciaron sus relaciones sexuales a los 13 y 14 años y no usan métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES

- A la Red de Salud Carabaya

Contratar personal exclusivamente para las estrategias de: Escolar y Adolescente, Salud Sexual Reproductiva y Promoción de la Salud, para realizar visitas domiciliarias a familias de riesgo con integrantes de adolescentes mujeres, donde el personal realice el manejo de familias disfuncionales, por otro lado es importante evitar la rotación del profesional encargado de las estrategias mencionadas.

- A la Microred San Gabán

Fortalecer la estrategia Salud Escolar y Adolescente a través de designación de esta a personal nombrado, quien realice la identificación, la ejecución, monitoreo y evaluación de adolescentes en riesgo.

- A los establecimientos de salud

Fortalecer el Programa de Instituciones Educativas Saludables a través de talleres, capacitaciones, cursos donde se imparta temas acerca de la planificación familiar.

- A las instituciones educativas secundarias del distrito de San Gabán

Considerar dentro del plan de diseño curricular temas, sobre la sexualidad y planificación familiar.

- A los docentes encargados del curso de tutoría hablar con las adolescentes acerca de salud sexual y reproductiva incluido lo siguiente:

- Instar a las adolescentes a no tener relaciones sexuales.

- Instarlas a usar métodos eficaces de anticoncepción para prevenir el embarazo, y además usar condones para protegerse contra enfermedades de transmisión sexual.

- A la Universidad Nacional del Altiplano

Realizar estudios de tipo cualitativo que permita analizar con mayor acercamiento los diferentes factores que están asociados al embarazo en lugares con características sociodemográficas similares tal es el caso de Sandía.

BIBLIOGRAFÍA

1. La Republica. Casos de embarazo en adolescente aumentaron en el 2014. [página en internet]; GLR 2015. [citado el 20 oct 2015]; disponible en <http://larepublica.pe/sociedad/5045-casos-de-embarazo-adolescente-aumentaron-en-el-2014>
2. El Comercio. Embarazos de adolescentes aumentaron en Lima. [página en internet]; © gda 2015. [citado el 20 oct 2015]; disponible en <http://elcomercio.pe/sociedad/lima/embarazos-adolescentes-aumentaron-lima-noticia-1803228>
3. Contreras S.; & Martín D. El embarazo en la adolescencia. ¿Un problema social en Santa Clara, Villa Clara, Cuba? .[Revista on-line Contribuciones a las Ciencias Sociales] 2011; [citado 25 oct 2015]; disponible en <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/crmc.htm>
4. El embarazo en adolescentes; [Blog en internet]. Perú 2010: [citado 1 dic 2015]; disponible en: <http://haydeesanz.blogspot.pe/2010/06/el-embarazo-en-adolescentes.html>
5. OPS. Descubriendo las voces de las adolescentes: Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. DRAFT Noviembre

- del 2006 - [citado el 20 sep 2013]; disponible:
<http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>)
6. Soto M, Contreras M, Becerra R. Los cambios en el proyecto de vida de la adolescente embarazada. [serie en internet].2012 [citado el 22 sep 2013] ; disponible en:
http://www.adolescenciasema.org/index.php?menu=documentos&id=44&id_doc=209&show=1
7. Contreras B. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009 [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Colombia, universidad nacional de Colombia; 2011; [citado el 20 sep 2013]; disponible:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf>
8. UNICEF, Prevención del embarazo en adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: "hacia una política nacional": INDIANA BARINAS; Marzo 2011[citado el 22 sep 2013]; disponible en
http://www.unicef.org/republicadominicana/resources_22436.htm
9. Contreras B. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009 [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Colombia, universidad nacional de Colombia; 2011; [citado el 20 sep 2013]; disponible:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf>
10. Soto O, Franco A, Silva J, Velázquez G. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad, Cuba. Rev cubana. [citado el 20 sep 2013]; disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi02603.htm

11. OPS, OMS. El Día Internacional de la Niña aboga por terminar con el matrimonio infantil que contribuye a embarazos tempranos y no planificados. [página en internet]; Washington. [citado el 25 sep 2013]; disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7322%3Ael-18-de-los-nacimientos-son-de-madres-adolescentes-en-america-latina-y-el-caribe&catid=1443%3Anews-front-page-items&Itemid=1926&lang=es
12. OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. [página en internet]; © OMS 2013. [citado el 29 sep 2013]; disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
13. INEI Perú. [Página en internet]. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas [citado 29 sep 2013]; disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/INEI-Peru-Situacion-social-madres-adolescentes.pdf>
14. Ministerio de Salud. En Perú trece de cada 100 adolescentes ya son madres por primera vez. Perú 21. 14 de septiembre del 2010. [citado el 25 sep 2013]; disponible en: <http://peru21.pe/noticia/639180/embarazo-adolescente-llega-casi-al-14>
15. INEI Perú. [Página en internet]. Lima: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008 [citado 29 sep 2013]; disponible en: <http://desa.inei.gov.pe/endes/endes2007/4%20Fecundidad/4.5%20Fecundidad%20de%20adolescentes.html>
16. Radio Pachamama Perú. [Página en internet]. Puno: Prensa; © 2013 Pachamama radio 850 AM. [citado 13 sep 2013]; disponible en: <http://www.pachamamaradio.org/08-08-2012/8-5-de-las-adolescentes-de-la-region-puno-quedaron-embarazadas-en-el-2011.html>

17. RED Carabaya, Evaluación Anual 2012 RED Carabaya, CDROM, Carabaya.
18. Larios A, Prevalencia de factores y conductas de riesgo durante el embarazo en las adolescentes. [tesis para obtener grado de master]; [citado 20 sep 2013]; disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116255.pdf>
19. Alarcón R.; Coello J.; & Cabrera J. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana Enfermería vol. 25. [citado el 30 de abril del 2013]; disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm
20. Teresa A.; Mengole A.; & Iannacone J. Factores socioculturales , conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009 http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/biologist/v08_n2/pdf/a05v08n2.pdf
21. Mosquera J, factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura [Tesis para optar el grado de Magister]. Santiago de Cali. Colombia 2007; [citado el 18 sep 2013]; disponible: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Embarazo%20Adolescentes%20Buenaventura.pdf>
22. Serrano D, Rodríguez N, Embarazo en adolescentes. Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero". San Felix. Edo. Bolívar 2003– 2007. [Tesis para optar el título de médico cirujano] Venezuela 2009; [citado el 20 sep 2013]: p. 3145-3161; disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>

23. Gómez C. & Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Colombia. Rev. de Salud Pública. Vol. 16 (3); [citado el 20 nov 2013]; disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642014000300006
24. Rodríguez V. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero del 2013; [Tesis para optar el título de obstetra]. Ecuador. 2013; [citado el 10 Oct 2013]; disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>
25. Acosta M. & Cárdenas V. El embarazo en adolescentes, factores socioculturales; Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2012. Vol. 50 (4); pág. 371-374 [citado el 21 nov 2013]; disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=38685>
26. Mengole T.; & Iannacone J. factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica, Lima; [Tesis para optar el título de Magister]. Perú. 2009; [citado el 4 Oct 2013]; disponible: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/biologist/v08_n2/pdf/a05v08n2.pdf
27. Osorio R; Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Perú. 2013; [citado el 8 Oct 2013]; disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf

28. 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 de Licenciada en Enfermería]. Perú. 2008; [citado el 8 Oct 2013]; disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta_pm.pdf
29. Navarro M.; & López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización las Palmeras – distrito de Morales periodo junio – setiembre 2012; [Tesis para optar el título de obstetra]. Perú. 2012; [citado el 8 Oct 2013]; disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_87_Binder1.pdf
30. Vizcarra Z.; Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo noviembre – diciembre 2012; [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Perú. 2012; [citado el 15 Ago 2013]; disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/205/90_2013_Vizcarra_Velasquez_ZL_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1
31. OMS. [Página en internet].Centro de Información Integral; Formación Integral © - 2011; [citado 20 oct 2013]; disponible en: http://www.formacionintegral.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=41
32. OPS, Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción 2000. Guatemala; ULTRA designs, 2000. [citado 20 oct 2013]; disponible en: http://www.carlaantonelli.com/salud_sexual.pdf
33. Martínez J. La adolescencia: una etapa en la historia natural del hombre. [libro en internet]. Web internacional. [citado 20 oct 2013]; disponible en: <http://www.uv.es/ayala/jvmc/jvcap25.pdf>

34. UNICEF, [Página en internet]. Nueva York; Adolescencia una etapa fundamental Copyright © 2002 [citado 20 oct 2013]; disponible en: <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/adolescencia.pdf>
35. Lara J. Adolescencia cambios físicos y cognitivos. [Ensayo] revista 11; [citado 20 oct 2013]; disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf
36. OMS. Dirección corporativa de administración subdirección de servicios de salud. Medicina preventiva. [citado el 21 sep 2014]; disponible: <http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>
37. Noguera N, Alvarado H, Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería *[Revista on-line] 2011**; [citado 20 oct 2013]; 7 (1) 151-161; disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf
38. UNICEF, La adolescencia temprana y tardía; [citado el 16 nov 2013]: p. 1-1; disponible: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
39. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec *[Revista on-line] 2008**[citado 20 oct 2013]; Vol. 5:42-51. disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
40. Rocío miranda palacios, factores biopsicosociales relacionados en el embarazo en adolescentes del centro materno infantil “juan pablo II” de villa el

salvador

2005.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3236/1/miranda_pr.pdf

41. Gaytán D, Dávila P, Rocha R, Rivera K, Villegas L, Embarazo Adolescente (17-19 Años). [página en internet]; Dimagama en 5- may-2008, Mexico; [citado el 29 sep 2013]; disponible en: <http://3ases2reyes.blogspot.com/2008/05/maecoterico.html>

42. Salud Familiar Chile. [Blog en internet].Valparaíso 2010: clasificación estructural de la familia [citado 28 dic 2013]; disponible en: <http://saludfamiliar.blogspot.com/2010/11/clasificacion-estructural-de-la-familia.html>

43. Jiménez C.; Vélez C.; & García C.; Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. Revista Electrónica de portales médicos; 2010 [citado 12 Feb 2013]; disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2001/1/>

44. Embarazo precoz; [Blog en internet]. Perú 2007: Factores que influyen para que una adolescente quede embarazada [citado 1 dic 2013]; disponible en: <http://aprendiendosobreembarazoprecoz.blogspot.com/2007/11/factores-que-influyen-para-que-una.html>

45. De León M.;[Página en internet]. Rexpuestas; Santo domingo; ¿qué es una familia funcional? © 2008 Visual Diseños & Gráficos, SRL [citado 20 oct 2013]; disponible en: <http://www.rexpuestas.com/secciones/notas-al-margen/que-es-una-familia-funcional/>

46. Uzcátegui O, Embarazo en la adolescente, *[Revista on-line] Clemente Heimerdinger A, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen VIII. Caracas: Editorial Ateproca; 2009.p.241-268; [citado 15 nov 2013]: p. 2-7;

disponible

en:

[http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2009/Coleccion_razetti/Volumen8/07.%20Uzc%C3%A1tegui%20%20\(241-268\).pdf](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2009/Coleccion_razetti/Volumen8/07.%20Uzc%C3%A1tegui%20%20(241-268).pdf)

47. Coral Ciencias jurídicas; Perú. [Blog en internet]. Remuneración mínima vital vs canasta básica familiar; [citado 3 dic 2014]; disponible en: <http://juridicaciencias.blogspot.com/2013/03/remuneracion-minima-vital-vs-canasta.html>

48. Beltrán L, Embarazo en adolescentes, *[Revista on-line] Escuela de gerencia social, ministerio del poder popular para la planificación y desarrollo**, Caracas, Agosto de; 2006; [citado 15 nov 2013]: p. 2-7; disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>

49. Gómez P; Molina R; & Zamberlin N; Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe; Perú; [página en internet];© FLASOG. I Ed 2011 ; [citado el 29 sep 2013]; disponible en: <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>

50. Castro P; [Blog en internet]. Perú 2013:Los factores que intervienen en el embarazo [citado 2 Feb 2014]; disponible en: <http://castropamela.blogspot.com/>

51. Componentes de la funcionalidad familiar evaluado por APGAR. [en línea];[citado el 20 Oct 2014]; disponible: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-pineda_m/pdfAmont/cs-pineda_m.pdf

52. Pereyra M. La Biblia y las emociones humanas. Lección 8: La resiliencia. Publicado el 19 de febrero del 2011 pág. 2

53. Tipos; [Página en internet]: Tipos de violencia familiar ©, [en línea];[citado el 21 Oct 2014]; disponible en: <http://www.tipos.co/tipos-de-violencia-intrafamiliar/>
54. INMUJERES México. [Página en internet]. Clasificación y modalidades de violencia; [citado el 11 Oct 2014]; disponible en: <http://www.tipos.co/tipos-de-violencia-intrafamiliar/>
55. Bessombes C. El sueldo mínimo vital solo cubre la mitad de la canasta familiar en el Perú. [La Republica]. Lima, Perú 2015; [citado el 11 Oct 2015]; disponible en: <http://larepublica.pe/impres/economia/15711-el-sueldo-minimo-vital-solo-cubre-la-mitad-de-la-canasta-familiar-en-el-peru>
56. Bebés y más, La mejor edad para ser madre, [Página en internet]. [citado 2 mar 2014] disponible en: <http://www.bebesymas.com/embarazo/la-mejor-edad-para-ser-madre-en-terminos-biologicos-son-los-25-anos>
57. Gamboa C; El embarazo en adolescentes; México 2013; [citado 1 mar 2014] disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
58. Salazar A, Rodríguez L, Daza R. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y Municipios aledaños. Persona y Bioética. diciembre de 2007;11(29):170-85. <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
59. Morgan S, Rindfuss R. Reexamining the link of early childbearing to marriage and to subsequent fertility. Demography 1999; 36: 59.
60. Welti C. Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. Papeles de la población octubre-diciembre. Universidad Autónoma del Estado de México; México; 2000. p. 43-87.

<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/968/1309>





Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POST GRADO
MAESTRÍA**



CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA MICRORED SAN GABÁN, PERIODO 2014.

Fecha : _____ Lugar de entrevista : _____
 Edad : _____ Grado de instrucción: _____
 Religión : _____ Estado civil : _____

Instrucción.

El presente cuestionario fue elaborado con el objetivo de describir **los factores asociados al embarazo en adolescentes**. Se solicita su participación ya que es de mucha importancia. Por favor responder con toda sinceridad, ya que los resultados permitirán tener un conocimiento objetivo sobre el particular. Toda información recolectada mediante el presente cuestionario es confidencial. Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una "X" la respuesta.

FACTORES SOCIALES

- 1.- ¿Quiénes conformaban su grupo familiar antes de su embarazo?
- a. Papá, mama e hijos.
 - b. Papá e hijo o mamá e hijos.
 - c. Papá, mamá, hijos y abuelos
 - d. Papá y madrastra o mamá y padrastro.
 - e. Otros _____

2.- Lea con detenimiento y marque una sola respuesta para cada pregunta.

	Siempre	A veces	Nunca
¿Estas satisfecho con la ayuda que recibías de tu familia cuando tenías un problema?			
¿Conversaban entre ustedes (familia) los problemas que tenían en casa?			
¿Las decisiones importantes se tomaban en conjunto en la casa?			
¿Los fines de semana eran compartidos por todos los miembros de la casa?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

- 3.- ¿Cuándo se enteraron de su embarazo, cual fue la reacción de sus padres u otro miembro de su familia?
- Hubo golpes, empujones, patadas.
 - Hubo gritos, insultos, críticas, menosprecio, ofensas.
 - Hubo conversación sobre mi embarazo, apoyo económico y moral.
 - Otros. _____

FACTOR ECONOMICO

- 4.- ¿Cuánto era el ingreso económico de su familia antes de su embarazo?
- Menos de 750 Nuevos Soles
 - 750 a 1000 Nuevos Soles
 - 1000 a 1500 Nuevos Soles
 - Otro _____

FACTORES CULTURALES

- 5.- ¿A qué edad considera que es la mejor edad para tener hijos (a)?
- 12 – 15 años
 - 15 – 20 años
 - 20 – 30 años
 - Más de 30 años

- 6.- Relacione el método anticonceptivo con la definición correcta.

- | | |
|--------------------------|---|
| Inyecciones | () Se toma todos los días hasta terminar la caja. |
| Pastillas | () Es una funda finita, elástica y lubricada. |
| Preservativos | () Dispositivo de plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel |
| Dispositivo Intrauterino | () Se coloca entre el primer y quinto día que menstruas, existe la aplicación mensual y trimestral |

- 7.- ¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales?
- 11 años.
 - 12 años.
 - 13 años.
 - 14 años.
 - 15 años.
 - 16 años.
 - 17 años.
 - Otro _____

- 8.- ¿Qué tipo de método de planificación familiar ha utilizado?

- Ninguno.
- Preservativo.
- Pastillas.
- Inyecciones.
- Otros _____

Muchas gracias

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN DOLESCENTES EN LA MICRORRED SAN GABAN, PERIODO 2014”**, habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma.....

DNI

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada joven usuaria:

La investigación o el estudio para la cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, me comprometo con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también los hallazgos serán utilizados solo con fines de mejorar la situación existente y no le perjudicaran en lo absoluto. Atte

.....
Buenaventura Ormachea Valdez
Autor de la investigación

Anexo 3. Métodos de planificación familiar

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	99% si se aplica de manera correcta y sostenida 98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido