

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PERSONALES ASOCIADOS A
PRIMER EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL DE
CAJAMARCA - 2015**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Valera Quiroz, Arami

ASESORA:

Dra. Obst. Carmen del Pilar Villalobos Sousa

CAJAMARCA – PERÚ

2016

COPYRIGHT © 2016 by
Arami Valera Quiroz
Todos los derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios y la virgen maría por ser mi guía espiritual, por estar presente en cada instante de mi vida, guiándome para cumplir mi meta.

Mis padres Flavio e Hilda, hermanos y todos los seres que me acompañaron en todo momento, quienes guiaron mi camino al éxito, estuvieron siempre conmigo, con sus sabios consejos, amor, apoyo y comprensión.

Arami

SE AGRADECE A:

Mi asesora, la distinguida Dra. Obst. Carmen del Pilar Villalobos Sousa, por el tiempo brindado y dedicación en mi investigación.

Al Hospital Regional de Cajamarca, Director, que apoyaron con la realización de la presente tesis.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme albergado en sus aulas durante años de formación académica, y a sus docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

Arami

}

CONTENIDO

Contenido	Pag.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	03
1.1.- Planteamiento del Problema	03
1.2.- Formulación del Problema	06
1.3.- Objetivos	06
1.3.1.- Objetivo General	06
1.3.2.- Objetivos Específicos	06
1.4.- Justificación de la Investigación	07
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	09
2.1.- Antecedentes	09
2.1.1.- Antecedentes internacionales	09
2.1.2.- Antecedentes nacionales	10
2.1.3.- Antecedentes locales	10
2.2.- Teorías sobre el tema	11
2.2.1.- Adolescencia	11

2.2.2.- Embarazo en la adolescencia	13
2.2.3.- Embarazo por primera vez en la adolescencia	14
2.2.4.- Factores demográficos.....	15
2.2.5.- Factores sociales	16
2.2.6.- Factores personales	20
2.3.- Hipótesis.....	21
2.4.- Variables.....	21
2.4.1 Conceptualización y operacionalización de variables.....	22
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1.- Diseño y tipo de estudio.....	23
3.2.- Área de estudio y población	23
3.3.- Muestra y muestreo.....	24
3.4.- Unidad de análisis	24
3.5.- Criterios de inclusión y exclusión.....	25
3.6.- Técnicas de recolección de datos.....	25
3.7.- Descripción del instrumento.....	25
3.8.- Procesamiento y análisis de datos	26
Capítulo IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	27
Capítulo V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
ANEXOS	61

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la asociación entre algunos de los factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, durante el año 2015,

El tipo de estudio de la presente investigación fue descriptivo, correlacional y analítico el diseño corresponde a una investigación no experimental de corte transversal y de naturaleza prospectiva.

De 131 adolescentes gestantes con primer embarazo, se encontró que la prevalencia de primer embarazo es de un 59.5 %, el 87.8 % pertenece al grupo etario de 17 a 19 años, 58.8 % vive en zona urbana, 85.5 % es conviviente, la persona que aporta económica mente al hogar es la pareja con un 69.6 %, el 85.5 % percibe un salario mínimo vital, 57.3 % pertenece a una familia nuclear, en el 51.1 % no se presentó embarazo adolescente en la familia, el 44.3 % vive en una familia moderadamente funcional, 66.4 % practica la religión católica, su grado de instrucción es secundaria incompleta en el 32.1 %, el 66.4 % es ama de casa, 64.9 % inicio sus relaciones sexuales entre los 17 a 19 años, el 78.6 % tubo su menarquia entre los 11 a 13 años, solo tuvieron una pareja sexual el 77.9 %, 89.3 % tuvo relaciones sexuales por voluntad, solo el 42.7 % utilizo anticonceptivos, en donde el 21.4 % recibió información del puesto de salud. El mayor porcentaje de adolescentes con primer embarazo vivió en una familia moderadamente funcional a disfuncional. Finalmente se encontró que existe asociación significativa entre las variables edad de la gestante, ingreso económico familiar, embarazo adolescente en la familia, grado de instrucción, número de parejas sexuales, motivo de relaciones sexuales y utilización de métodos anticonceptivos. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

Palabras Clave: primer embarazo, factores demográficos, factores sociales, factores personales, adolescente.

ABSTRAC

This research has as main objective to determine the association between some of the socio-demographic and personal factors in the first pregnancy in adolescents treated at the Regional Hospital of Cajamarca, during 2015,

The type of this research study was descriptive, correlational and analytical design corresponds to an experimental investigation of cross-sectional and prospective in nature.

The 131 pregnant adolescents with first pregnancy, it was found that the prevalence of first pregnancy is 59.5%, 87.8% belong to the age group of 17 to 19 years, 58.8% live in urban areas, 85.5% lives with her partner, the person provides economic mind at home is the couple with a 69.6%, 85.5% earn a living wage, 57.3% belongs to a nuclear family, 51.1% no adolescent pregnancy occurred in the family, 44.3% live in a family moderately functional, 66.4% practice the Catholic religion, their level of education is secondary incomplete in 32.1%, 66.4% is a housewife, 64.9% beginning sexual relations between 17 to 19 years, 78.6% pipe their menarche between 11 to 13 years, only they had one sexual partner 77.9%, 89.3% had sex at will, only 42.7% use contraceptives, where 21.4% received information from the health post. The highest percentage of adolescents with first pregnancy lived in a moderately functional dysfunctional family. Finally it found a significant association between the variables age of the mother, family income, teenage pregnancy in the family, level of education, number of sexual partners, reason of sex and contraceptive use. Therefore considered a difficult event that affects the overall health of adolescent mothers, their children, family and community as a whole.

Keywords: first pregnancy, demographic factor, social factor, personal factor, teenager.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa que transcurre de los 10 a los 19 años según la OMS, cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás. Y, a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió, pudiéndose dar un embarazo en esta etapa y en estas circunstancias (1).

En la actualidad el primer embarazo en adolescente ha sido calificado como un problema de salud pública; debido a las altas tasas de maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, y a la persistencia que presenta pese a la baja de la tasa general de fecundidad (2)

Desde una perspectiva de derechos humanos, una adolescente que queda embarazada independientemente de las circunstancias o razones es una adolescente cuyos derechos quedan menoscabados, por lo que la importancia de buscar factores sociales, demográficos y personales que predisponen a la adolescente que quede embarazada (3)

Desde esta perspectiva es que se realiza el presente trabajo de investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la asociación entre algunos de los factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

La presente tesis se encuentra estructurada de la siguiente manera:

Capítulo I. Corresponde al problema de investigación, donde se presenta el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación de la investigación y los objetivos tanto generales como específicos.

Capitulo II. Comprende el marco teórico, en el cual se ha tenido en cuenta los antecedentes de otras investigaciones con el tema, teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables.

Capitulo III. Describe el diseño metodológico utilizado del presente trabajo de investigación.

Capitulo IV. Se presentan los resultados de la investigación.

Capitulo V. Corresponde al análisis y discusión de los resultados, así como las conclusiones y recomendaciones y finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos. .

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento Del Problema

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y diecinueve años de edad. Debido al cambio radical y definitivo en sus conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia tanto para mujeres como para hombres es una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Pero resulta de especial importancia en el caso de las adolescentes porque ellas son las que podrían embarazarse y de esta forma facilitar la presencia de complejos problemas personales. Aunque la adolescencia se considera una etapa de vida de plena salud, durante este periodo puede existir una morbilidad excesiva (4).

Desde el punto de vista psicológico, la primera gestación se considera un tiempo crítico, supone un cambio de estado en el que la pareja se convertirá en familia, asumiendo una nueva identidad de madre. Es el inicio de lo que entendemos como proceso de maternización. Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones tempranas con el hijo (5).

Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”; además, de que se le considera una función exclusiva de ella. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en

circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación. Esto no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa un conflicto por no cumplir con las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas (5).

Este grupo etéreo se encuentra en una situación muy especial, pues se trata de mujeres, que por su edad, aún no han alcanzado la madurez biopsicosocial necesaria para cumplir el rol de madres; trayendo repercusiones negativas en el ámbito social, familiar y personal. El embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal, pues suele ser una respuesta a situaciones sociales, así como a manifestaciones de características evolutivas del adolescente (6).

Existen posibles factores demográficos que conllevan a un primer embarazo en adolescentes, como la edad de la pareja, el entorno en el cual vive, estado civil; factores sociales, como el pertenecer a una religión, el grado de instrucción, así como la ocupación de la adolescente, y quien aporta económicamente, y los factores personales como el inicio de las relaciones coitales, el motivo que la llevo a tenerlo, el grado de disfunción familiar (5).

Las repercusiones del primer embarazo en la etapa adolescente son muy graves, a tal punto que ha sido llamada “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza” y el “síndrome de fracaso psicosocial del adolescente”. Así el problema del embarazo en adolescentes, es de gran impacto en Salud Pública y de gran preocupación para la sociedad, padres de familia, profesores y diversos profesionales especialmente para los de salud (7).

Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el primer embarazo en adolescentes haya aumentado significativamente y que muchos de estos presenten problemas debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirá de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana (4).

Por lo tanto, la primera gestación atraviesa una serie de cambios tanto sociales como personales, los cuales van a tener profundas repercusiones en la futura madre, y la cual si no se encuentra en un medio favorable, se puede desarrollar consecuencias negativas a largo plazo, por eso radica la importancia de prevenir el embarazo en las adolescentes (8).

A nivel mundial se calcula que hay más de 15 millones de embarazos entre los 15 y los 19 años en el mundo; donde el 91% ocurre en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe (16,3%), seguidos de África (15,8%), Norteamérica (12,2%), finalmente Europa (7,0%) (9).

En Perú según el INEI (2013), actualmente se registran cifras donde la edad de 15 a 19 años, el 13,2 por ciento ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8 por ciento eran madres y el 2,4 por ciento estaban gestando por primera vez (3).

En el departamento de Cajamarca la realidad no difiere del resto del país, según el ENDES del 2012, el 14.5% de adolescentes ya son madres y de acuerdo con el área de residencia, el porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez en el área rural, representan el doble de aquellas que viven en el área urbana. En efecto, 22 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres en el área rural, mientras que, en el área urbana la relación es de 10 de cada 100 mujeres adolescentes. La tendencia histórica muestra que, en 16 años, el porcentaje promedio de madres adolescentes se ha mantenido alrededor de 13% a nivel nacional, en 10% en el área urbana y en 21% en el área rural (10)

Por otro lado Cajamarca reporta una de las tasas más altas de mortalidad materna 195.6 por cada cien mil nacidos vivos, en relación al promedio nacional (111.9 muertes maternas por cien mil nacidos vivos), destacando que el grupo etáreo de 15 a 19 años presentan un porcentaje significativo del total de muertes maternas (5,6%). Las cifras mostradas de muerte materna son resaltantes en nuestro entorno, las mismas son productos de muchos factores que se interrelacionan (11).

La población del distrito de Cajamarca no es ajena a esta situación, hecho que se ha constituido en el motivo impulsor para conocer los factores sociodemográficos y

personales que predisponen al primer embarazo en adolescentes, a fin de aportar a su prevención en edades tempranas y evitar problemas posteriores para la salud.

Lo anteriormente expuesto ha generado la necesidad de investigar el problema del primer embarazo en adolescentes desde el punto de vista sociodemográfico y personal en la jurisdicción del Hospital Regional de Cajamarca.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre algunos factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, durante el año 2015?

1.3.- Objetivos

1.3.1.- Objetivo General

Determinar la asociación entre algunos de los factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca, durante el año 2015.

1.3.2.- Objetivos específicos:

- Determinar el predominio del primer embarazo en adolescentes.
- Identificar los factores demográficos de las adolescentes.
- Identificar los factores sociales de las adolescentes.
- Identificar los factores personales de las adolescentes.

1.4.- Justificación de la Investigación

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable del mismo, acontecido con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos deprimidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Indudablemente, el embarazo en este grupo tiene implicancias biopsicosociales que, generalmente traen consecuencias negativas para el bienestar de la adolescente y que involucra a su entorno social, medio en el cual habita (12).

El embarazo y la maternidad de adolescentes se constituyen en un problema social y es una de las experiencias más difíciles que impacta a las adolescentes en distintos ámbitos de su vida, tanto en una esfera personal como social. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de muerte materna y perinatal, menor probabilidad de terminar su educación y por lo tanto de tener acceso a empleos bien remunerados, lo que es un problema que concierne a todo el entorno que la rodea, siendo el principal la familia (10).

Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia es un fenómeno multicausal, pues puede ser una respuesta sintomática a situaciones sociales; así como también, una manifestación de las características evolutivas de la adolescente ante determinadas condiciones de vida, es necesario identificar la presencia de importantes factores que predisponen su existencia, entre ellos la misma etapa de la adolescencia, las relaciones intrafamiliares disfuncionales, el poco o nulo conocimiento y práctica de métodos anticonceptivos (5). Esta situación amerita tener un conocimiento real sobre los factores sociodemográficos y personales que influyen en el primer embarazo de las adolescentes.

El presente trabajo, permitió determinar cuáles son los factores sociodemográficos y personales asociados al primer embarazo, cuyos resultados serán de gran importancia, para poder, incidir en ellos promoviendo en las adolescentes conductas que permitan el empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Así mismo, los hallazgos, van a constituir en un referente valioso para profesionales involucrados en el trabajo de promoción y educación, dirigidos a

grupos de adolescentes, del mismo modo servirá para instruir a padres, profesores, autoridades, a mejorar, las condiciones de vida de los seres humanos, desde edades tempranas, a través de las acciones tendientes a una sexualidad plena y responsable.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Suarez, R (Colombia 2011), encontró en su estudio, denominado prevalencia de embarazo en adolescentes, que el 77% son residentes en la zona urbana, 98% han hecho estudios primarios al igual que su compañero sentimental, 46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez, es decir entre 20 y 24 años, su ocupación es ser ama de casa, 97% tienen afiliación a salud en el régimen subsidiado, 82% se han realizado control prenatal, iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media, en el 97% de los casos el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, ninguna reconoció ser farmacodependiente, en el 87% de los casos la gestante es primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones, 59% vive con la familia nuclear, únicamente el 11% aún estudia, el 1% manifestó que durante el embarazo y por causa de él han sido objeto de maltrato por la familia, y 17% proviene de una madre que se embarazó durante la adolescencia, poniendo de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo adolescente (13).

Arias, C (Colombia 2012), encontró en su estudio denominado funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de Assbasalud Ese, Manizales, que el promedio de edad de 18 años, el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, entre ninguna y regular relación con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar, 36,3% pensaban que no iban a quedar embarazadas al tener

relaciones sexuales, 26,8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar, la no presencia de embarazo en menores de 17 años, no empleo de métodos anticonceptivos, hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres (14).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Panduro, A; Vilchez, R (Perú 2009), en su estudio denominado Factores sociodemográficos y su relación con la maternidad en adolescentes solteras del distrito de Belén Loreto, encontraron que la edad promedio del embarazo fue 16 años, 84% tiene escolaridad secundaria incompleta; 78% cuenta con apoyo; 86% se crió con presencia paterna; 78% tiene opinión positiva respecto a la virginidad; 70% manifiestan opinión conservadora sobre la relación con los varones, en el 82% la abuela fue madre soltera, 76% tuvo madre soltera, la experiencia de maternidad es positiva para el 84%, y para la mayoría 96% la maternidad es importante, 70% manifiesta que tiene planes de estudiar; 94% tiene un hijo, Se constituye en importante factor el carácter no deseado del embarazo, por cuanto es producto de relaciones pasajeras, de abuso sexual, además de la deficiente o nula educación sexual recibida por varones y mujeres, a nivel de familia y establecimientos educativos. La maternidad en adolescentes solteras evidencia la práctica sexual fuera de los marcos normativos. La sociedad le asigna denominaciones peyorativas de connotación moral a esta forma de reproducción, generando en la madre una autopercepción de mujer fracasada, reforzando modelos ambivalentes de la legalidad-ilegalidad del sexo y la reproducción. La madre a su vez sigue perpetuando esos modelos en la relación con los hijos (15).

2.1.3 Antecedentes Locales

Chauca, G (Perú 2005), en su estudio denominado Factores sociales y personales relacionados con el embarazo adolescente. Puesto de Salud Porcón Alto – Cajamarca – Julio 2004 – Junio 2005, encontró, que los factores sociales como: la ocupación, el grado de instrucción, la religión y la edad de la pareja, influyen significativamente en la presencia del embarazo a temprana edad. Así mismo, el ser ama de casa aumenta la probabilidad de embarazo, lo contrario sucede si pertenece a la religión evangélica y

tiene un mayor grado de instrucción, los factores familiares como: la ocupación del jefe de familia (agricultura), el nivel de instrucción del padre (sin educación), los antecedentes de un embarazo adolescente dentro de la familia y tener confianza con sus padres, son los que influyen en la presencia de un embarazo adolescente. Los factores personales como la edad, motivo de inicio de relaciones sexuales y la menarquia aumentan la probabilidad de presentar un embarazo en edades tempranas. Así también, a menor edad en la menarquia, mayor es la probabilidad de iniciar las relaciones coitales. Sumándose que en la etapa tardía de la adolescencia (17 a 19 años) se inician las relaciones sexuales con más frecuencia por presión de la pareja y sin la utilización de métodos anticonceptivos (12).

2.2. Teorías

2.2.1. Adolescencia

2.2.1.1. Definición

Adolescencia es un término que tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse. *Adolescente* deriva del participio presente que es activo, por tanto es el que está creciendo, en oposición al pasado, que se correspondería al sujeto adulto, que ya ha crecido. La adolescencia es el proceso de transición de la infancia a la edad adulta en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan su variabilidad y su duración (1).

Es un período crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio (2).

Según la OMS, la adolescencia es la etapa de la vida, comprendida entre los 10 y los 19 años, en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias; así como, la adquisición de nuevas habilidades

sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales (2).

Cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás. Y, a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió (1).

Es difícil establecer límites cronológicos, para este periodo, de acuerdo a los conceptos convencionales aceptados por la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: la adolescencia temprana (11 a 13 años), adolescencia media (14 a 16) y adolescencia tardía (17 a 19 años) (2).

La adolescencia puede conceptualizarse desde 3 puntos de vista:

● **Desde el punto de vista biológico:**

La adolescencia es entendida como lo que algunos llaman una “revolución hormonal”. Ella se caracteriza, por el rápido crecimiento del organismo, cambios en la composición corporal y hormonal y el logro de una plena madurez física. Los cambios hormonales se dan en esta etapa tienden al logro de las características propias de cada sexo, hasta alcanzar la capacidad procreacional. Si bien los factores genéticos pueden determinar diversos aspectos del desarrollo físico, no se puede dejar de señalar las influencias del ambiente, y en particular, del estado nutricional del adolescente (2).

● **Desde el punto de vista psicológico:**

Suelen describirse la adolescencia, como un proceso de cambio continuo a lo largo de este proceso el sujeto tiene una serie de tareas psicológicas que tiene que cumplir concibiéndose básicamente como un momento de transición, en el que el sujeto puede experimentar como adulto, pero sin la responsabilidad aparente. Como tal, la adolescencia es un tiempo para el ensayo – error, en el que el adolescente tiene una exacerbada autopercepción, necesidad de ideales y de adquisición de nuevos roles (2).

● Desde el punto de vista sociológico

Se entiende como un periodo dinámico y de transición, cuyo valor es el de prepararse adecuadamente para el futuro desempeño exitoso de roles propios del adulto. El entorno social exige a cada individuo situarse dentro del complejo tejido de roles y posiciones sociales. Durante este periodo el entorno espera aun respuestas adecuadas y precisas del individuo. Esto conlleva a que el joven sea asumido como un ser social que aún no ha llegado a la plenitud de su desarrollo (2).

2.2.2. Embarazo en la Adolescencia

Es el proceso de gestación en una mujer, cuya edad se encuentra entre los 10 y 19 años (16).

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo y en la mayoría no deseados en el momento que se conoce, situación que aunque cambia con el tiempo, mantiene proporciones aún altas hacia el final del embarazo. No más de un 40% de las jóvenes cuentan con el apoyo de su pareja hacia el final de éste. Desde el punto de vista de la salud mental González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (17).

Estos Adolescentes presentan pensamientos y actitudes ante el embarazo que demuestran una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero se muestran preocupados por lo económico y la falta de apoyo familiar. Algunos presentan ganancias afectivas ya que obtienen compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad. Algunas refieren el momento ideal para embarazarse como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece preocuparles sentirse preparados o desear el embarazo (18).

Entre los factores que ponen en peligro el primer embarazo, se distinguen aspectos sociales, antropológicos y psicológicos, disfunción familiar, escasa autoestima, migración de zonas rurales a urbanas, pobreza y deserción escolar. Se conoce bien que estos embarazos traen todas las complicaciones obstétricas que podríamos imaginar desde partos pretérminos, sangrados posparto, desproporción céfalo pélvica, aumento del número de cesáreas, infecciones puerperales, trastornos hipertensivos del embarazo, así como abortos provocados con secuelas de aborto séptico e infertilidad, resaltando la mortalidad materna como una consecuencia desastrosa (18).

➤ **Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente:**

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana.
- Mala o deficiente comunicación con los padres.
- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad.
- Problemas entre los padres.
- Padres que viven separados.
- Ser hijo o hija de madre adolescente (16).

➤ **Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes:**

- Padres más instruidos y educados.
- Buena o adecuada autoestima del adolescente.
- Adolescente estudiando.
- Existencia de planes futuros.
- Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual (16).

2.2.3. Embarazo por primera vez en la Adolescencia

La OMS, lo define como aquel embarazo que ocurre en la adolescencia entre los 10 y 19 años, con una mayor incidencia de resultados desfavorables tanto en su salud física, como en el plano psicosocial por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares (2).

La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años escolares y desde otros ámbitos de la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento (19).

Es por ello que la educación en salud reproductiva para las mujeres embarazadas, y en específico para las adolescentes embarazadas, cobra relevancia en dimensiones de la salud pública (19).

2.2.4.- Factores Demográficos

Los factores demográficos, son elementos que pertenecen a la estadística, y que tiene que ver con el estudio de la población humana, como su dimensión, estructura y características generales; de un determinado país o lugar (2).

La zona de residencia es uno de los factores que determinan el embarazo adolescente; este puede variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. Así por ejemplo, existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada, esta situación que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas, las cuales no van a incidir negativamente en aspectos tales como el aumento en la tasa de abortos; suicidios, deserción escolar, sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona que las adolescentes que se embarazan traten de evitar el progreso del mismo a través de maniobras abortivas; y las consecuencias posteriores que deriven de ello, si la familia no las apoya, como deserción escolar, lo cual es un problema que varía de región en región, y difiere en cada país. (13).

El estado civil de las adolescentes va influir en el embarazo adolescente ya que si están unidas tienen mayor exposición al riesgo del embarazo que las adolescentes que no se han casado o unido. Entonces, mientras más joven sea la edad de la mujer a la unión mayor será el tiempo de exposición al riesgo de embarazo, ya que la unión temprana

marca el inicio de la vida sexual activa y con ello la exposición constante al riesgo del embarazo adolescente. (16)

La edad se relaciona con las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado; ya que la adolescencia en una edad de descubrimiento, puesto que esta edad constituye el afloramiento de su sexualidad, y de la aparición de los primeros cambios tanto físicos como psicológicos; los cuales van a influir en el adolescente (19).

2.2.5. Factores sociales

Los Factores sociales, son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad, entre estos quien cobra mayor importancia es la familia (2).

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, nivel macrosocial, al más próximo, familia. En el nivel macrosocial se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por la cultura a la que pertenecen (20).

El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, la estructura familiar, la persona que aporta económicamente.. Las siguientes características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: edad, situación socioeconómica, sobre todo nivel de educación y lugar en dónde se desenvuelve (20).

Varios estudios reportan que muchas madres adolescentes, son a su vez hijas de madres adolescentes. En México, dos terceras partes de madres adolescentes son a su vez hijas de madres que también habían dado a luz en la adolescencia, y como este fenómeno no es exclusivo de sociedades como la de México, Perú o Chile, se podría llegar a la conclusión de que el embarazo adolescente es algo que se puede “aprender”

y transmitir dentro de las familias. Varios estudios también, permiten concluir que varios factores pueden estar influenciando el hecho de que las madres transmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, incluido el estado civil, el apoyo a las hijas adolescentes embarazadas, las expectativas con respecto a la escolaridad de la hija y aún de la estabilidad de la pareja, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”. Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina y también en Estados Unidos (13).

El inicio de las relaciones sexuales, considerada como la edad cronológica en el que la adolescente inicia su vida sexual activa (19).

2.2.5.1.- Familia

La familia es la base de toda sociedad humana que representa el primer modelo conductual personal (17).

La OMS define familia como: "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (20).

Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (20).

La familia es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona

en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria (20).

La estructura familiar en la que adolescente vive también tiene relación, ya que el hecho de vivir en un hogar monoparental, es decir en aquellos hogares que están jefaturados solo por la madre o el padre, repercute de alguna manera en el embarazo adolescente, lo que probablemente esté relacionado a la mayor dificultad que tienen los padres solos de supervisar la conducta de las adolescentes que ambos padres. Existe evidencia que la supervisión de ambos padres está asociada con la baja actividad sexual entre adolescentes (8).

2.2.5.2. Funcionalidad familiar

Es aquella familia capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar, la crisis por la que pueda atravesar, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (20).

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 esta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente. Las relaciones familiares pueden apoyar, nutrir, fijar límites y promover un enfoque más o menos equitativo de género (8).

Según la revista CEPAL: la familia tiene una enorme influencia sobre las conductas de las adolescentes y es un canal principal para su formación y habilitación como sujetos responsables. Cuando las familias preparan adecuadamente a sus hijos, es mucho más probable que las conductas sexuales estén asignadas por la responsabilidad. En algunos casos esta responsabilidad puede llevar a que se postergue la primera relación

sexual, mientras que en otros significa optar precauciones para evitar problemas de salud y embarazos no deseados (21).

La relación entre disfunción familiar y escasa comunicación familiar y embarazo precoz en adolescentes ha sido ampliamente demostrada. Además, se ha demostrado que la calidad de interacción con la familia es uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo (17).

Familias disfuncionales en su estructura dinámica; situaciones de inestabilidad en el hogar, pueden limitar el pleno equilibrio, seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndole a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas o un embarazo (19).

Pueden mencionarse como las más significativas:

- Abandono de la figura significativa (padre, madre, tío, abuelo, etc.).

- Promiscuidad por hacinamiento (incesto, violación).

- Presencia de un caso de embarazo precoz dentro del hogar (madre, hermana), como modelaje o factor que propicia cambios en la dinámica familiar.

- Inadecuada comunicación entre los adolescentes y adultos (padres, maestros): propicia relaciones conflictivas y sentimentales de soledad que pueden impulsar al adolescente a refugiarse en la pareja o amigos.

- Se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes o con amigas o hermanas embarazadas en la adolescencia, se embarazan a la misma edad. La adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mama (17).

2.2.6. Factores personales

Es una característica propia a una persona, las cuales van hacer causas o condiciones necesarias de un acontecimiento, que va determinar sus diferentes aspectos de su vida (2).

Los factores personales son los siguientes:

El grado de instrucción es un factor importante, ya que las adolescentes quienes carecen de educación secundaria o está incompleta, son las que las más altas tasas de embarazo tienen; unido muchas veces a una condición socioeconómica desfavorable (20).

La religión que la adolescente predique va determinar el inicio de sus relaciones sexuales, ya que esta es una manifestación de conciencia y a su vez tiene su propio sistema de valores, el cual va actuar como regulador de la conducta humana; haciendo que quienes la practiquen, retrasen el comienzo de su vida sexual (19).

La ocupación de la adolescente, se visualiza como la necesidad de que las adolescentes sean reconocidas como sujetos de derechos y con responsabilidades, capacidad para trabajar, opinar, estudiar y participar activamente en los asuntos que les competen, tanto individuales como en su entorno. Esto supone reconocer la capacidad y el derecho de las personas adolescentes, para desarrollarse en forma responsable, ya que esto influye en el modo de como afrontaran sus problemas a futuro, siendo más maduras cuando toman decisiones personales (20).

Las relaciones coitales se inician en la adolescencia. Actualmente, la edad media aproximada de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas, este resulta un dato bastante constante en nuestro medio (22).

Los motivos de inicio de las relaciones coitales en los adolescentes suelen ser diferentes dependiendo del subsector de la población en la que nos encontremos, pues estos motivos van a presentar diferencias según el lugar de residencia, el nivel

socioeconómico, el nivel de educación y la pertenencia a etnias indígenas, todo esto también influirá en las conductas sexuales que este grupo presente (22).

La utilización o no de métodos anticonceptivos, puesto que esta población no utiliza las medidas anticonceptivas, siendo uno de los factores más importantes la falta de educación sexual (22).

Entre los factores que condicionan el inicio de las relaciones sexuales podemos citar el adelanto de la menarquia (22).

2.3.- Hipótesis

Existe asociación significativa entre algunos factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2015.

2.4. Variables

- Variable dependiente

Primer embarazo

- Variable Independiente

Factores sociales

Factores demográficos

Factores personales

2.4.1. Conceptualización y operacionalización de variables

Variable	Subtipo de variable	Categorías	Tipo de Variable	Escala de medición
Factores demográficos	Edad	- 11 - 13 años - 14 - 16 años - 17 - 19 años	Independiente	De intervalo
	Residencia	- Urbana - Rural	Independiente	Nominal
	Estado civil	- Soltera - Conviviente - Casada	Independiente	Nominal
Factores sociales	Persona que aporta económicamente	- Padre - Madre - Pareja - Adolescente misma	Independiente	Nominal
	Ingreso económico familiar	- Salario mínimo vital - Dos a tres salarios mínimos vitales - Mayor a tres salarios mínimos vitales	Independiente	Nominal
	Estructura de la familia	- Nuclear - Extendida - Ampliada	Independiente	Nominal
	Embarazo en adolescencia en la familia	- Madre - Hermana - No se presento - Otro	Independiente	Nominal
	Funcionamiento familiar	- Familia funcional - Familia moderadamente funcional - Familia disfuncional - Familia severamente disfuncional	Independiente	Nominal
Factores personales	Religión	- Católica - No católica	Independiente	Nominal
	Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior técnica - Superior Universitaria incompleta	Independiente	Ordinal
	Ocupación de la adolescente	- Estudiante - Ama de casa - Empleada del hogar - Empleada de institución pública - Independiente - Empleada de institución privada	Independiente	Nominal
	Edad de inicio de relaciones coitales	11 - 13 14 - 16 17 - 19	Independiente	De intervalo
	Edad de inicio de menstruación	11 -13 14 - 16	Independiente	De intervalo
	Motivo de relaciones coitales	- Voluntad - Presión de la pareja - Otro	Independiente	Nominal
	Utilización de métodos anticonceptivos	- Si - No	Independiente	Nominal
	Primer embarazo	-	Si No	Dependiente

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación fue descriptivo, correlacional y analítico.

El diseño correspondió a una investigación no experimental de corte transversal y de naturaleza prospectiva.

- Descriptivo: porque buscó especificar el perfil sociodemográfico de las adolescentes en estudio.
- Correlacional: porque tuvo como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existen entre los factores sociodemográficos y personales en el primer embarazo de las adolescentes.
- De corte transversal, porque el estudio se realizó en un solo tiempo sin cortes.
- Fue de naturaleza prospectiva pues se inició con la observación de ciertas causas presumibles y avanzaron longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca que está ubicado al norte del Perú y entre los paralelos - 7°10'00" latitud sur y los meridianos - 78°31'00", con referencia de la plaza de armas; a una altitud de 2 750 m.s.n.m y cuenta con una temperatura anual media anual de 14° C.

La población estuvo constituida por todas las adolescentes gestantes atendidas con primer embarazo en el Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo de enero a junio del 2014, que según registro estadístico es de 200.

3.3. Muestra

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la presente fórmula para para estimar la proporción de adolescentes con primer embarazo ($P = 0.5$), con una confianza del 95% y con un margen de error de 0,05 y se calculara teniendo en cuenta la siguiente formula:

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

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) \cdot (200)}{(0,05)^2(199) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$n = 131$$

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

Z = 1.96

p = 0.5

q = 0.5

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las adolescentes que primera vez gestaron, atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

Las gestantes adolescentes participantes del estudio cumplieron una serie de criterios para ser incluidos en el mismo, a saber:

➤ Criterios de inclusión:

- Haber tenido historia clínica en el Hospital Regional de Cajamarca.
- Haber aceptado voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

➤ Criterios de exclusión:

- Gestantes adolescentes que no desearon participar.

3.6. Técnica de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta como instrumento de recolección de datos, las cuales se aplicaron en el periodo de febrero a mayo del 2015, según el cronograma del proyecto.

3.7. Descripción del instrumento

Previamente se hizo firmar una hoja de consentimiento informado, en donde todos los datos son anónimos y confidenciales.

Se utilizó la técnica de la encuesta como instrumento de recolección de datos:

- El cuestionario de recolección de datos: en donde se consignó los datos sociales de la adolescente como: edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación, además, de algunos factores sociodemográficos y personales (Anexo 1).
- Se usó la escala de percepción de Funcionamiento familiar (F-SIL), para clasificar a la familia la cual puede pertenecer a uno de los siguientes tipos:

- Familia funcional de 70 – 57 puntos.
- Familia moderadamente funcional de 56 a 43 puntos.
- Familia disfuncional de 42 – 28 puntos.
- Familia severamente disfuncional de 27 – 14 puntos.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS V.20 y Microsoft Excel para Windows.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados de la relación de los factores sociodemográficos y personales de las adolescentes gestantes por primera vez, en base a las estadísticas obtenidas en el proceso, comparándolo con teorías y antecedentes.

Fase inferencial. Se realizó para determinar la confiabilidad de los resultados observados en la muestra, que se presentan también en la población correspondiente.

Se verificó la hipótesis formulada, para lo cual se usó Chi cuadrado como prueba de independencia de criterios en tablas de contingencia.

Para ver el grado de asociación entre variables y su significancia, se usó el Coeficiente de Pearson, el cual si era < 0.05 , tenía una asociación significativa, y si era > 0.05 la variable era independiente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.- Identificación del predominio del primer embarazo en adolescentes en el año 2014 al 2015:

Tabla 01. Predominio de primer embarazo en adolescentes. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Gestas	Año			
	2014		2015	
	N	%	N	%
Primer Embarazo	200	59.5 %	221	61.3%
Segundo Embarazo	133	39.5 %	137	38.2%
Tercer Embarazo	3	0.8 %	2	0.5 %
Total	336	100 %	360	100 %

Fuente: Hospital Regional de Cajamarca

4.2.- Identificación de los factores demográficos de las adolescentes

**Tabla 02. Características demográficas de adolescentes con primer embarazo.
Hospital Regional de Cajamarca. 2015.**

FACTORES DEMOGRAFICOS		N	%
Edad de la gestante	14 a 16	16	12.2
	17 a 19	115	87.8
Zona de procedencia	Urbana	77	58.8
	Rural	54	41.2
Estado civil	Soltera	17	13.0
	Conviviente	112	85.5
	Casado	2	1.5
Total		131	100.0

Fuente: encuesta elaborada por la autora

4.3.- Identificación de los factores sociales de las adolescentes

Tabla 03. Características sociales de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

FACTORES SOCIALES		Respuestas	
		N	%
Persona que aporta económicamente	Padre	30	22.2%
	Madre	9	6.7%
	Pareja	94	69.6%
	Adolecente misma	2	1.5%
Total		135	100.0%
Ingreso económico familiar	Un salario mínimo vital	112	85.5
	2 a 3 salario mínimo vital	11	8.4
	Más de 3 salario mínimo vital	8	6.1
Total		131	100.0%
Estructura de la familia	Nuclear	75	57.3
	Extendida	56	42.7
Embarazado en adolescencia en familia	Madre	34	26.0
	Hermana	29	22.1
	No se presentó	67	51.1
	Otro	1	0.8
Total		131	100.0
Percepción de Funcionamiento Familiar	Familia disfuncional	53	40.5
	Familia moderadamente funcional	58	44.3
	Familia funcional	20	15.3
Total		131	100.0

Fuente: encuesta elaborada por la autora

4.4.- Identificación de los factores personales de las adolescentes

Tabla 04 - A. Características personales de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

FACTORES PERSONALES		N	%
Religión	Católica	87	66.4
	No católica	44	33.6
Grado de Instrucción	Primaria incompleta	17	13.0
	Primaria completa	33	25.2
	Secundaria incompleta	42	32.1
	Secundaria completa	30	22.9
	Superior técnica	2	1.5
	Superior universitaria incompleta	7	5.3
Ocupación de la adolescente	Estudiante	34	26.0
	Ama de casa	87	66.4
	Empleada del hogar	3	2.3
	Empleada de institución pública	1	.8
	Independiente	3	2.3
	Empleada de institución privada	3	2.3
Edad de inicio de relaciones coitales	13 a 16	46	35.1
	17 a 19	85	64.9
Edad de inicio de menstruación	11 a 13	103	78.6
	14 a 16	28	21.4
Número de parejas sexuales	1	102	77.9
	2	27	20.6
	3	2	1.5
Motivo de relaciones sexuales	Voluntad	117	89.3
	Presion de la pareja	14	10.7
Total		131	100.0

Fuente: encuesta elaborada por la autora

**Tabla 04 - B. Características personales de adolescentes con primer embarazo.
Hospital Regional de Cajamarca. 2015.**

Utilización de métodos anticonceptivos	Si	56	42.7
	No	75	57.3
Donde recibiste la información de los métodos anticonceptivos	Puesto de salud	28	21.4
	Casa	3	2.3
	Institución educativa	24	18.3
	Otros	1	.8
	Total	56	42.7
Tipo de anticonceptivo	Anticonceptivo oral combinado	9	6.9
	Inyectable	24	18.3
	Preservativos	23	17.6
	Total	56	42.7

Fuente: encuesta elaborada por la autora

4.5.- Identificación de la asociación de funcionamiento familiar, con factores demográficos en el primer embarazo.

Tabla 05. Características demográficas según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

FACTORES DEMOGRAFICOS		Percepción de Funcionamiento Familiar				Total
		Familia disfuncional	Familia moderadamente funcional	Familia funcional		
Edad de la gestante	14 a 16	N	4	12	0	16
		%	3.1%	9.2%	0.0%	12.2%
	17 a 19	N	49	46	20	115
		%	37.4%	35.1%	15.3%	87.8%
p-valor = 0.021						
Estado civil	Soltera	N	8	7	2	17
		%	6.1%	5.3%	1.5%	13.0%
	Conviviente	N	45	50	17	112
		%	34.4%	38.2%	13.0%	85.5%
	Casado	N	0	1	1	2
		%	0.0%	.8%	.8%	1.5%
p-valor = 0.598						
Total		N	53	58	20	131
		%	40.5%	44.3%	15.3%	100.0%

Fuente: encuesta elaborada por la autora

4.6.- Identificación de la asociación de funcionamiento familiar, con factores sociales en el primer embarazo.

Tabla 06. Características sociales según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

FACTORES SOCIALES		Percepción de Funcionamiento Familiar				
		Familia disfuncional	Familia moderadamente funcional	Familia funcional	Total	
Persona que aporta económicamente	Padre	N	13	13	4	30
		%	9.9%	9.9%	3.1%	22.9%
	Madre	N	1	5	3	9
		%	.8%	3.8%	2.3%	6.9%
	Pareja	N	39	40	15	94
%		29.8%	30.5%	11.5%	71.8%	
Adolescente Misma	N	0	1	1	2	
	%	0.0%	.8%	.8%	1.5%	
p-valor = 0.405						
Ingreso económico familiar	Un salario mínimo vital	N	52	46	14	112
		%	39.7%	35.1%	10.7%	85.5%
	2 a 3 salario mínimo vital	N	0	6	5	11
		%	0.0%	4.6%	3.8%	8.4%
	más de 3 salario mínimo vital V	N	1	6	1	8
%		.8%	4.6%	.8%	6.1%	
p-valor = 0.003						
Estructura de la familia	Nuclear	N	34	30	11	75
		%	26.0%	22.9%	8.4%	57.3%
	Extendida	N	19	28	9	56
		%	14.5%	21.4%	6.9%	42.7%
p-valor = 0.407						
Embarazo adolescente en la familia	Madre	N	14	18	2	34
		%	10.7%	13.7%	1.5%	26.0%
	Hermana	N	12	16	1	29
		%	9.2%	12.2%	.8%	22.1%
	No se presentó	N	26	24	17	67
%		19.8%	18.3%	13.0%	51.1%	
Otro	N	1	0	0	1	
	%	.8%	0.0%	0.0%	.8%	
p-valor = 0.042						
Total	N	53	58	20	131	
	%	40.5%	44.3%	15.3%	100.0%	

Fuente: encuesta elaborada por la autora

4.7.- Identificación de la asociación de funcionamiento familiar, con factores personales en el primer embarazo.

Tabla 07 - A. Características personales según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

FACTORES PERSONALES		Percepción de Funcionamiento Familiar			Total	
		Familia disfuncional	Familia moderadamente funcional	Familia funcional		
Religión	Católica	N	38	33	16	87
		%	29.0%	25.2%	12.2%	66.4%
	No católica	N	15	25	4	44
		%	11.5%	19.1%	3.1%	33.6%
p-valor = 0.097						
Grado de Instrucción	Primaria incompleta	N	8	9	0	17
		%	6.1%	6.9%	0.0%	13.0%
	Primaria completa	N	20	12	1	33
		%	15.3%	9.2%	.8%	25.2%
	Secundaria incompleta	N	19	20	3	42
		%	14.5%	15.3%	2.3%	32.1%
	Secundaria completa	N	5	16	9	30
		%	3.8%	12.2%	6.9%	22.9%
	Superior técnica	N	0	1	1	2
		%	0.0%	.8%	.8%	1.5%
Superior universitaria incompleta	N	1	0	6	7	
	%	.8%	0.0%	4.6%	5.3%	
p-valor = 0.000						
Edad de inicio de relaciones coitales	13 a 16	N	17	25	4	46
		%	13.0%	19.1%	3.1%	35.1%
	17 a 19	N	36	33	16	85
		%	27.5%	25.2%	12.2%	64.9%
p-valor = 0.146						
Número de parejas sexuales	1	N	47	44	11	102
		%	35.9%	33.6%	8.4%	77.9%
	2	N	6	14	7	27
		%	4.6%	10.7%	5.3%	20.6%
	3	N	0	0	2	2
		%	0.0%	0.0%	1.5%	1.5%
p-valor = 0.001						
Motivo de relaciones sexuales	Voluntad	N	44	53	20	117
		%	33.6%	40.5%	15.3%	89.3%
	Presión de la pareja	N	9	5	0	14
		%	6.9%	3.8%	0.0%	10.7%
p-valor = 0.048						
Total	N	53	58	20	131	
	%	40.5%	44.3%	15.3%	100.0%	

Fuente: encuesta elaborada por la autora

Tabla 07- B. Características personales según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

FACTORES PERSONALES		Percepción de Funcionamiento Familiar				
		Familia disfuncional	Familia moderadamente funcional	Familia funcional	Total	
Utilización de métodos anticonceptivos	Si	N	15	22	19	56
		%	11.5%	16.8%	14.5%	42.7%
	No	N	38	36	1	75
		%	29.0%	27.5%	.8%	57.3%
p-valor = 0.000						
Donde recibiste la información de los métodos anticonceptivos	Puesto de salud	N	6	11	11	28
		%	10.7%	19.6%	19.6%	50.0%
	Casa	N	0	1	2	3
		%	0.0%	1.8%	3.6%	5.4%
	Institución educativa	N	9	9	6	24
		%	16.1%	16.1%	10.7%	42.9%
	Otros	N	0	1	0	1
		%	0.0%	1.8%	0.0%	1.8%
p-valor = 0.485						
Tipo de anticonceptivo	Anticonceptivo oral combinado	N	2	4	3	9
		%	3.6%	7.1%	5.4%	16.1%
	Inyectable	N	9	7	8	24
		%	16.1%	12.5%	14.3%	42.9%
	Preservativos	N	4	11	8	23
		%	7.1%	19.6%	14.3%	41.1%
p-valor = 0.561						
Total		N	15	22	19	56
		%	26.8%	39.3%	33.9%	100.0%

Fuente: encuesta elaborada por la autora

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Predominio de primer embarazo en adolescentes. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Se evidencia en la presente tabla que en el año 2014 hubo un 59.5 % de gestantes con primer embarazo, 39.5 % con un segundo embarazo y solo un 0.8 % con tercer embarazo.

Datos que concuerdan con el INEI que nos dice que en el Perú, la tasa de embarazo en adolescentes es de un 13 % y la cuarta parte corresponde a un embarazo consecutivo, y la sexta parte al primer embarazo (3).

Así mismo se ve un aumento de un 1.8 % de gestantes con primer embarazo ya que pasa de 59.5 % en el 2014 a 61.3 % al 2015.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo y en la mayoría no deseados en el momento que se conoce, situación que aunque cambia con el tiempo, mantiene proporciones aún altas hacia el final del embarazo. No más de un 40% de las jóvenes cuentan con el apoyo de su pareja hacia el final de éste. Desde el punto de vista de la salud mental González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (17).

Tabla 02. Características demográficas de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Se puede observar en la tabla que el mayor porcentaje de adolescentes con primer embarazo pertenece al grupo etario de 15 a 19 años; solamente el 12.2 % pertenece el grupo de 14 a 16 años

La edad cobra importancia por las particularidades psicológicas que caracterizan a cada grupo de adolescentes: en la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto, se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres, no identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos (23).

En la adolescencia media y tardía entre los 14 y 19 años, es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud de su hijo, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas de ellas el papel de madre joven (24).

Los datos del presente estudio difieren con lo encontrado por Panduro, quien encontró que en su estudio que la mayor parte de las adolescentes que tienen su primer embarazo es la edad promedio de 16 años, a diferencia de nuestro estudio que se encuentran entre 17 a 19 años (15).

En cuanto a la zona de procedencia el 58,8 % de adolescentes residía en la zona urbana, mientras que el 41.2 % lo hacía en la zona rural.

La zona de residencia es uno de los factores que determinan el embarazo adolescente; este puede variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. La tasa de embarazo en las adolescentes que viven en áreas rurales es

por lo general más alta que en las que viven en zonas urbanas, pero esa tendencia está cambiando debido a que en la área urbana las adolescentes están buscando ya a edades tempranas conocer y explorar su sexualidad, lo que aunado a una falta de comunicación con sus padres y/o falta de información puede desencadenar en un embarazo a temprana edad (13).

Dato que concuerda con lo encontrado por Suarez que un 77 % de gestantes pertenecen a la zona urbana (13).

Referente al estado civil, se puede evidenciar que el 85.5 % eran convivientes, 13.0 % solteras y solo un 1.5 % son casadas.

El estado civil de las adolescentes va influir en el embarazo adolescente ya que si están unidas tienen mayor exposición al riesgo del embarazo que las adolescentes que no se han casado o unido. Entonces, mientras más joven sea la edad de la mujer a la unión mayor será el tiempo de exposición al riesgo de embarazo, ya que la unión temprana marca el inicio de la vida sexual activa y con ello la exposición constante al riesgo del embarazo adolescente. (16)

Estos datos difieren con lo encontrado por Suarez que solo un 46 % vivía con su pareja, a diferencia del nuestro (13).

Por otro lado, ha cambiado la tradición existente en años pasados de legitimar un embarazo adolescente con el matrimonio, hoy en día es la propia mujer encargada de legitimar dicho concepto, motivada además por su deseo de continuar con sus educación y preparación profesional, lo cual constituye un proyecto excluyente del matrimonio (13).

Tabla 03. Características sociales de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Se puede observar en la tabla que la persona que aporta económicamente en el 69.9 % de los casos es la pareja, seguido por el padre 22.2 %, madre 6.7% y finalmente la adolescente misma.

Cuando se involucra la pareja durante el embarazo y el soporte social son factores determinantes en la salud materna y los resultados perinatales. La adolescente se sentirá más segura, sin cargas emocionales y tendrá mayores posibilidades de llegar al final del embarazo sin mayores complicaciones (23).

Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Panduro y Vilches. (2009), que encontraron que el 78% cuentan con el apoyo de su pareja, el cual va tener un impacto positivo sobre esta,

En lo que se refiere a ingreso económico familiar, el 85.5 % refirió un salario mínimo vital, el 8,4 % dos a tres salarios mínimos vitales y solo un 6.1 % más de tres salarios mínimos vitales.

Estudios mundiales muestran que el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza; colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos, esto implica también la falta de apoyo económico por parte de su pareja o no tener los recursos económicos necesarios para acceder a servicios de salud, lo que aumenta la morbilidad materno perinatal repercutiendo negativamente en la sociedad (25).

En cuanto a la estructura familiar, se puede observar que el 57,3 % pertenecía a una familia nuclear y el 42.7 % a una familia extendida.

Estos datos concuerdan con los encontrados por el INEI (2013), quien encontró que la familia nuclear, sigue siendo el tipo de familia predominante a nivel nacional, con un 59,9 %; aunque muestra un ligero descenso entre el 2009 y el 2011; el tipo de familia más común sigue siendo la familia nuclear con un 59,9 %. Le sigue la familia extendida que se mantiene casi con la misma proporción observada en los últimos quinquenios, que en el 2011 representaba un 22,4 % (23).

Estos datos también concuerdan con lo encontrado por Suarez, que nos dice que el 59 % de adolescentes embarazadas Vivian en una familia nuclear, lo cual es un respaldo para la adolescente que está embarazada (13).

En cuando si se presentó un embarazo adolescente en la familia observamos que en el 51.1 % no se presentó, el 26.0 % la madre se embarazo cuando era adolescente y el 22.1 % en caso de la hermana.

Lo encontrado difiere con Chauca, G, que refiere que el antecedente de embarazo adolescente en la familia influye significativamente en la adolescente debido a que esta mayormente copia esas conductas, las cuales las traduce como normales (12).

Varios estudios también, permiten concluir que varios factores pueden estar influenciando el hecho de que las madres trasmitan sus preferencias por la maternidad adolescente a sus hijas, incluido el estado civil, el apoyo a las hijas adolescentes embarazadas, las expectativas con respecto a la escolaridad de la hija y aún de la estabilidad de la pareja, concluyendo en general que “madres adolescentes engendran madres adolescentes”. Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina y también en Estados Unidos (13).

En lo que respecta a percepción de funcionamiento familiar encontramos que el 44.3 % de gestantes adolescentes con primer embarazo pertenecía a una familia moderadamente funcional, es decir que esta entre la familia funcional y disfuncional, aun así se estarían cumpliendo las funciones de cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, permeabilidad y afectividad (26).

El 40.5 % pertenecía a una familia disfuncional, en donde prima el amalgamiento, la rigidez, la sobreprotección y la evitación de conflicto; todas las situaciones que confunden a la adolescente, quien busca en la maternidad una manera de tener su propia individualidad y su propia familia (26).

Para una gestante adolescente, la satisfacción de las necesidades afectivas que ocurre en el ámbito familiar le brinda la confianza básica, la seguridad y la autoestima que requiere para su bienestar. Es la base de apoyo y estabilidad psicológica (26).

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Arias, en el cual el 72.1 % presente una disfuncionalidad de leve a severa, refiere también que las adolescentes que no tienen

relaciones adecuadas con los padres, no reciben apoyo espiritual y económico, no conversan con los padres aspectos de sexualidad y reproducción presentan 5,65 veces más riesgo de quedar en embarazadas (14).

Tabla 04 - A. Características personales de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Se puede observar en la presente tabla en lo que respecta a religión que el 66.4 % refería ser católicas y el 33.6 % ser no católicas.

El fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (2010), encontró algunos hallazgos que muestran que a pesar de que no existe una identificación religiosa específicas de las parejas entrevistadas, si están presente principios moralistas de identificación de las relación sexuales con fines de reproducción. Por eso una de las conclusiones muestra que las y los adolescente expresan sus deseos en un marco que los limita y coacta, principalmente debido a una visión adultista y hegemónica centrada en que la única finalidad de la sexualidad es la reproducción (27).

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Chauca que nos dice que la religión influye significativamente en el embarazo en la adolescencia, que si bien no se especifica la religión, los principios morales contenidos en estos, hace que cada adolescente posponga su deseo de ser madre para más adelante (12).

En cuanto al grado de instrucción se observa que el mayor porcentaje de adolescentes tenía secundaria incompleta 32.1 %, seguido del 25.2 % que tenía primaria completa, 22.9 % tenía secundaria completa, 13.0 % primaria incompleta y tan solo un 5.3 % con superior universitaria incompleta y 1.5 % superior técnica.

Los efectos de estos bajos niveles educativos se ven reflejados en el comportamiento sexual y reproductivo, según el INEI (2013), afirma que de continuar con los niveles actuales de reproducción las mujeres sin educación tendría al final de su vida reproductiva 2.3 veces el número de hijos que aquellas con educación superior (4.2 frente a 1.8), siendo la brecha entre ambos niveles de 2.4 hijos (28).

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Chauca, que nos dice que el grado de instrucción va influir significativamente a la hora de embarazarse la adolescente, el grado de instrucción es un factor importante, ya que las adolescentes quienes carecen de educación secundaria o está incompleta, son las que las más altas tasas de embarazo tienen; unido muchas veces a una condición socioeconómica desfavorable (12).

En cuanto a la ocupación de la adolescente se puede apreciar que el 66.4 % es ama de casa, seguido por el 26.0 % que es estudiante, de 2.3 % empleada del hogar, 2.3 % independiente y 2.3 % empleada de institución privada.

Por lo general cuando una mujer es ama de casa en su adolescencia, puede tener efectos a largo plazo, ya que las jóvenes se ven obligadas a interrumpir sus estudios, dedicándose a las labores de la casa, limitando de esta manera su desarrollo personal y social, repercutiendo en el futuro en su progreso económico. También pueden llegar a perder su autonomía, al tener que buscar ayuda de los padres o de otras personas (29).

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Suarez, R, que encontró que más del 50 % de gestantes adolescentes que se encontraban embarazadas, tiene como ocupación ama de casa (13).

Se observa en cuanto a edad de inicio de relaciones sexuales que el 64.9 % inicio entre los 17 y 19 años de edad, seguido de 13 a 16 años con un 35.1 %; estos datos concuerdan con los encontrados por Chauca, quien encontró en su estudio que el 65 % pertenecía a la edad de 17 y 19 años de edad y solo el 28% inicio entre los 13 y 16 años de edad (12).

En cuanto a la edad de inicio de menstruación podemos ver el 78.9 % la tuvo entre los 11 a 13 años y tan solo el 21.4 % la tuvo entre los 14 a 16 años.

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Chauca, que encontró que el 54 % inicio su menstruación entre los 11 a 13 años, seguido del 46 % entre los 14 a 16 años (12),

El adelanto de la menarquia es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos sexuales, hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes (29).

En cuanto al número de parejas sexuales observamos que el 77.9 % tuvo 1 sola pareja, seguido del 20.6 % que tuvo 2 y finaliza con quien tenía 3 parejas que tan solo representa el 1.5 %

Mientras más temprano la adolescente comienza su vida sexual, es más probable que tenga mayor número de parejas, las cuales hacen mayor probabilidad de Enfermedades de Transmisión sexual y sus consecuencias, consecuencias ligadas al embarazo (29).

En cuanto al motivo de relaciones sexuales, podemos observar que el 89.3 % fue por voluntad y que solo un 10.7 % refiere que fue por presión de su pareja; estos datos difieren con lo encontrado por Chauca el cual el motivo de relaciones sexuales del 65 % fue por presión de la pareja, seguido del 24 % que fue por voluntad y un 11% por violación (12).

La presión por parte de la pareja juega un papel importante ya que la mayoría al no tener adecuados mecanismos de soporte afectivos, hacen que la presión de la pareja influya a la hora de decidir o no el tener relaciones sexuales (30).

Tabla 04 - B. Características personales de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

En cuanto a la utilización de anticonceptivos el 57.3 % no utilizaba ninguno, seguido del 42.7 % que si los utilizaba, estos datos concuerdan con los encontrado por Chauca que el 87 % no usaba anticonceptivos, seguidos del 13 % que si los usaba (12).

El desconocimiento del uso y la forma de adquisición de métodos anticonceptivos, aumenta la prevalencia de embarazo en adolescentes (30).

Por otro lado a nivel de quienes si usaba anticonceptivos encontramos que el 21.4 % recibió dicha información en un puesto de salud, seguido del 18.3 % que recibió en una institución educativa y 2.3 % en Casa.

Las adolescentes que conocen la existencia de métodos anticonceptivos, pero carecen de conocimiento de cómo usarlo, puede influir en un primer embarazo, ya que un mal uso de estos, acarrea dichas consecuencias (31).

En cuanto al tipo de anticonceptivo encontramos que el 18.3 % usaban inyectables, seguidos de 17.6 % que usaban preservativos y solo un 6.9 % que usaban Anticonceptivos orales combinados (ACO), estos datos concuerdan con lo encontrado por Suarez que dice que entre el 4 % que usaba métodos anticonceptivos donde el más usado era el inyectable (13).

La información que recibe la adolescente acerca de los métodos de anticoncepción existentes, como obtenerlos, el uso y efectividad de estos; es limitada, siendo necesaria el establecimiento de acciones concertadas entre los servicios de salud y de educación; el buen uso de estos es crucial ya que la falta de información de estos puede acarrear consecuencias negativas como un primer embarazo, ejemplos se pueden mencionar como olvidarse de tomar una píldora, el mal uso del condón, la mala aplicación de inyectables, entre otros (31).

Tabla 05. Características demográficas según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Se observa en la presente tabla que un 12.2 % de adolescentes corresponde al grupo etario de 14 a 16 años, el 9.2 % pertenecía a una familia moderadamente funcional y el 3.1 % pertenecía a una familia disfuncional.

La familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad a los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes, cuando una adolescente esta entre los 12 y 14 años vive de acuerdo a los mandatos que la familia tiene, pero conforme va creciendo esta se empieza a cuestionarlos y de esta manera salir de su círculo afectivo, esto se

explica por qué encontramos porcentajes menores a nivel de funcionamiento familiar (32).

Puede observarse también en la presente tabla que el 87.8 % de adolescentes corresponde al grupo etario de 17 a 19 años, el 37.4 % pertenecía a una familia disfuncional, seguido del 35.1 % con una familia moderadamente funcional y de 15.3 % con una familia funcional.

La adolescencia afecta el ciclo familiar y el estilo de vida de ella más que ninguna otra edad, la familia sana logra un equilibrio con los hijos escolares, la llegada de la adolescencia en que los hijos inician la búsqueda de su identidad desestabiliza el sistema y obliga a hacer ajustes para mantener las relaciones y la salud mental (31).

Estos datos concuerdan con lo encontrado por Arias, que nos dice que el 72.1 % presente funcionalidad de leve a severa, en donde el promedio de edad es de 18 años, además refiere que en la adolescencia tardía aumenta la disfunción familiar, siempre y cuando no se tenga factores protectores dentro de la familia, como el afecto, la comunicación, comprensión, entre otros (14).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables edad y funcionamiento familiar, dado que el coeficiente de relación de Pearson es de 0.021

En cuanto al estado civil el 85 % era conviviente el cual el 38.2 % pertenecía a una familia moderadamente funcional, 34.4 % pertenecía a una familia disfuncional y 13.0 % pertenecía a una familia funcional.

La familia cuando alguien se embaraza esta tendrá que cambiar y ajustarse a las nuevas circunstancias. Por ejemplo cuando uno de sus miembros decide formar su pareja y convivir con ella, cuando esta es funcional, tiene menos dificultad para reajustarse y cambiar, mostrando su flexibilidad. Cuando es disfuncional, hay mayor dificultad para hacer reajustes en las relaciones entre los miembros, lo que puede dar lugar a conflictos serios (33).

Se observa también que en estado civil soltera que un 6.1 % vivía en una familia disfuncional, seguido de una familia moderadamente funcional con un 5.3 % y tan solo un 1.5 % con familia funcional.

Por lo general cuando una adolescente embarazada aún vive en el núcleo familiar, a sus miembros es más difícil acomodarse a la nueva situación, lo cual muchas veces pasan por situaciones de conflictos, no aceptación, incluso maltrato, como lo señala Suarez en su estudio (13).

Tabla 06. Características sociales según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

Se observa en la presente tabla en lo que respecta a persona que aporta económicamente, que el mayor porcentaje corresponde a la pareja 71.8 %, el cual 30.5 % pertenecía a una familia moderadamente funcional, seguido de 29.8 % que es una vive en una familia disfuncional y 11.5 % en una familia funcional.

El embarazo adolescente suele asociarse con una mala situación económica, con las consecuencias que esto conlleva, así también se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares y/o laborales. Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos (34).

Puede observarse también que el padre es el siguiente en aporte económico el cual corresponde al 22.9 %, donde encontramos un porcentaje similar tanto en familia disfuncional como moderadamente funcional que corresponde al el 9.9 %, seguido de un 3.1 % que vive en una familia funcional; después tenemos a la madre con tan solo 6.9 %, el cual el 3.8 % vive en una familia moderadamente funcional, seguido de 2.3 % de una familia disfuncional. Y tan solo un 1.5 % donde la adolescente misma aporta económicamente.

Como factor de índole psicológica, hay que considerar que muchas adolescentes se involucrarían en relaciones sexuales, entre otras razones, como un modo de

independizarse de los padres y de sus valores, comportamiento asociado a sentimientos de rechazo y rebeldía hacia las figuras de autoridad o bien como medio de satisfacer necesidades afectivas (34)..

En cuanto al ingreso económico familiar predominante, podemos observar que un 85.5 % percibe un salario mínimo vital, en donde el 39.7 % vivía en una familia disfuncional, seguido de 35.1 % en una familia moderadamente funcional y de un 10.7 % en una familia funcional.

Diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. No sólo en América Latina, sino en cualquier país del mundo, las mujeres en pobreza y exclusión dentro de un mismo país son quienes tienen más hijos (35).

Se observa también que quien percibe de 2 a 3 salarios mínimos, no encontramos familia disfuncional 0 %, solo 4.6 % que vivía en una familia moderadamente funcional y un 3.8% en una familia funcional.

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables ingreso económico familiar y funcionamiento familiar, según el coeficiente de correlación de Pearson que es 0.003.

En lo que respecta a la estructura de la familia podemos encontrar que el mayor porcentaje corresponde a familia nuclear con un 57.3 %, el cual el 26.0 % vivía en una familia disfuncional, seguido del 22.9 % de una familia moderadamente funcional y tan solo un 8.4 % en una familia funcional.

La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia; el grupo familiar inmediato imprime su sello indeleble en la formación personal y se constituye en el eslabón fundamental del sistema social, por lo general en familias nucleares la adolescente ya deja de tener contacto con su entorno

familiar más cercano, a diferencia de quien vive con el resto de familiares que por lo general se comparte más opiniones a nivel familiar y es en donde puede surgir diferencias, las cuales pueden ayudar a la familia cuando estas son aclaradas, haciendo que haya más cohesión (35).

Se observa también que quien sigue en porcentaje en estructura familiar es familia extendida con un 42.7 %, el cual el 21.4 vivía en una familia moderadamente funcional, seguido de 14.5 % en una familia disfuncional y 6.9 % en una familia funcional.

La construcción de la realidad de las gestantes adolescentes y sus experiencias serán percibidas, interpretadas y enjuiciadas en función del marco familiar, y gran parte de los recursos que el individuo posee para manejarse en el mundo provienen de la familia, por lo que cuando vive en una familia con más miembros estos pueden apoyar a la adolescente en su tránsito hacia la adultez (35).

En cuanto a si ocurrió un embarazo adolescente en la familia, encontramos que en el mayor porcentaje 51.1 % no se presentó, en donde el 19.8 % vivía en una familia disfuncional, seguido del 18.3 % en una familia moderadamente funcional y 13.0 % en una familia funcional.

Estudios han reportado que las adolescentes no evitan quedar embarazadas, porque se sienten ambivalentes frente a la maternidad. Al respecto, se ha encontrado que cuando las adolescentes muestran intenciones inconsistentes frente al embarazo, como por ejemplo no estar planeando un embarazo pero considerar que puede ocurrir, reportan mayores cifras de haber sospechado estar embarazadas y prevalencias más altas de tener pruebas positivas de embarazo, cuando se comparan con aquellas que tienen una clara intención de evitar la maternidad (36).

Se observa también que quien sigue en porcentaje a embarazo adolescente en la familia, es de la madre con un 26.0 % donde podemos observar que el 13.7 % vivía en una familia moderadamente funcional, seguido de 10.7 % en una familia disfuncional y 1.5 % en una funcional, Y tan solo un 22.1 % en caso de la Hermana, que un 9.2 % pertenecía a una familia disfuncional, 12.2 % una familia moderadamente funcional y un 8 % a una familia funcional.

La comunicación entre madre e hija acerca de las consecuencias negativas del embarazo temprano y la calidad de la relación entre madre-hija repercuten sobre la actitud de la joven respecto al embarazo temprano (36).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables embarazo adolescente en la familia y funcionamiento familiar, según el coeficiente de correlación de Pearson que es 0.042.

Tabla 07 - A. Características personales según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

En cuanto a religión el 66.4 % pertenece a la religión católica, en donde el 29.0 % vivía en una familia disfuncional, seguido de 25.2 % en una familia moderadamente funcional y 12.2 % en una familia funcional.

Es importante tener en cuenta que la iglesia católica se manifiesta en términos únicamente de moral, que tiende a confundir a muchas adolescentes, generándoles estrés, sentimientos de culpa y muchas veces ideas suicidas. La iglesia católica y tal vez las que no lo son opinan en términos de: “Una relación sexual fuera del matrimonio es pecado no solo por el hecho de estar fuera del matrimonio, porque así lo dice la ley de Dios, sino por convicción de saber que esa pareja no tiene tanto contenido de amor como para expresarlo en una forma más elevada”, lo que hace muchas veces que la familia vea a la adolescente que va en contra de esos términos, como alguien no merecedora de comprensión por parte de ellos, generando un rechazo en el círculo familiar (37).

Se observa también que quien le sigue en porcentaje en cuanto a religión es no católica con 33.6 %, donde el 19.1 % pertenecía a una familia moderadamente funcional, seguido del 11.5 % una familia disfuncional y 3.1 % a una familia funcional.

Las familias que profesan una religión católica y/o protestante, por lo general no ofrecen a sus hijos e hijas orientaciones sobre sexualidad y su cuerpo en el proceso de la preadolescencia y adolescencia que prohíbe la sexualidad, manejándola como tabú y prohibición, negándole a sus hijos/as herramientas para empoderarse de sus derechos

sexuales y reproductivos frente a un contexto social, lo cual hacen que la familia no cumpla su función de comunicación hacia sus demás miembros (37).

En cuanto a grado de instrucción observamos que el 32.1 % tiene secundaria incompleta, en donde el 15.3 % pertenecía a una familia moderadamente funcional, 14.5 % a una familia disfuncional y solo un 2.3 % pertenece a una familia funcional; se observa también que el siguiente en grado de instrucción, es primaria completa con un 25.2 %, en donde el 15.3 % vivía en una familia disfuncional, seguido de 9.2 % en una familia moderadamente funcional y un 0.8 % en una familia funcional. Tan solo un 5.3 % en lo que respecta al grado de instrucción superior universitario incompleta, donde encontramos que el 0.8 % pertenece a una familia disfuncional, y 4.6 % en una familia funcional.

Las adolescentes en etapa escolar necesita reafirmarse en su identidad, si la familia está distante, con problemas sin resolver, relaciones parenterales poco claras, desorganización familiar y relaciones interpersonales defectuosas entre los miembros familiares este periodo será caótico, sustituyendo entonces el apoyo al adolescente por el conflicto, haciendo que se produzcan consecuencias como embarazos no planificados con su consecuente abandono de estudios (38).

Una adolescente con mayor nivel de instrucción tendrá más facilidades de comunicación en el ámbito familiar, solucionando posibles problemas y conflictos que se puedan dar a nivel comunicacional, a diferencia de quien no tenga estudios donde la comunicación por lo general es más lenta, lo cual puede llevar a problemas a nivel familiar, uno de ellos es no dar puntos de vista, quedarse calladas frente a situaciones que no se están de acuerdo, etc (38).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables Grado de instrucción y funcionamiento familiar, según el coeficiente de correlación de Pearson que es 0.000.

En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales, encontramos que el 64.9 % fue entre los 17 a 19 años, donde el 27.5 % pertenecía a una familia disfuncional, seguido de 25.2 % en una familia moderadamente funcional y 12.2 % en una familia funcional.

Los adolescentes cada vez inician su actividad sexual a edades más tempranas que en el pasado y en su mayoría sin usar métodos anticonceptivos seguros. La edad promedio de inicio de la actividad sexual varía entre 15,5 y 17,1 años para las mujeres, observándose principalmente que las mujeres de menor nivel socioeconómico tienden a iniciarse sexualmente a edades más tempranas; las adolescentes que tienen padres más educados tienen menos riesgo de inicio sexual temprano y esto porque los padres con mayor educación tienen mejores aspiraciones educacionales para sus hijos y reconocen la dificultad de combinar logros educacionales y maternidad temprana, desanimando la actividad sexual en sus hijas, lo que se refleja en el entorno familiar el cual hace que se puedan hablar diversos temas sin temor fomentando un clima de comunicación mutua y afectividad (39).

En cuanto al número de parejas sexuales, encontramos que el 77.9 % tubo una pareja, en donde el 35.9 % pertenecía a una familia disfuncional, 33.6 % una familia moderadamente funcional y 8.5 % en una familia funcional.

Se puede observar también en cuanto a número de parejas sexuales, que quien sigue es dos parejas, en donde el 10.7 % vivía en una familia moderadamente funcional, seguido de 5.3 % en una familia funcional y 4.6 % en una familia disfuncional. Y tan solo un 2 % quien tuvo 3 parejas sexuales en donde solo un 1.5 % pertenecía a una familia funcional.

Independientemente del funcionamiento familiar, las mujeres con más de una pareja sexual están sujetas a diversos riesgos, son más vulnerables a infecciones de transmisión sexual, principalmente VIH, puesto que la transmisión de las ITS suele ser más fácil de varón a mujer que al contrario, aunado principalmente a que la adolescente ve una escapatoria en la pareja cuando vive en una familia disfuncional (39).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables número de parejas sexuales y funcionamiento familiar, según el coeficiente de correlación de Pearson que es 0.001.

En cuanto a motivo de relaciones sexuales encontramos que el 89.3 % fue por voluntad, en donde el 40.5 % vivía en una familia moderadamente funcional, 33.6 % en una familia disfuncional y 15.3 % en una familia funcional.

Según la UNFPA, las adolescentes que viven en entornos familiares donde el afecto, la cohesión, y el amor son frecuentes, tienen capacidad de decisión a la hora de enfrentarse a cualquier situación, una de ellas es el inicio de relaciones sexuales, las cuales muchas veces postergan su inicio, cabe resaltar también que quienes toman una decisión consiente de ser madres lo que se aúna por lo general a las expectativas de ser madre (40).

Se observa también en cuanto a motivo de relaciones sexuales que el 10.7 % fue por presión de la pareja, en donde el 6.9 % pertenecía a una familia disfuncional, 3.8 % a una familia moderadamente funcional y 0 % en una familia funcional.

Cuando las relaciones sexuales son por presión por la pareja por lo general las adolescentes carecen de mecanismos que le permitan decir que no, mayormente esto va aunado a una baja autoestima que recibió en el núcleo familia (40).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables motivo de relaciones sexuales y funcionamiento familiar, según el coeficiente de correlación de Pearson que es 0.048

Tabla 07 - B. Características personales según funcionamiento familiar de adolescentes con primer embarazo. Hospital Regional de Cajamarca. 2015.

En cuanto a utilización de métodos anticonceptivos el 57.3 % no los usaba, en donde el 29.0 % vivía en una familia disfuncional, 27.5 % en una familia moderadamente funcional y un 0.8 % en una familia funcional.

Los adolescentes que perciben a sus padres o muy estrictos o muy permisivos tienen más probabilidad de iniciar actividad sexual, que aquellos que perciben a sus padres como moderadamente estrictos (40).

Se observa también en cuanto utilización de métodos anticonceptivos, que el 42.7 % si los usaba, en donde el 16.8 % vivía en una familia moderadamente funcional, 14.5 % en una familia funcional y tan solo un 11.5 % en una familia disfuncional.

Una mejor comunicación entre padres e hijos se asocia a menor actividad sexual de los hijos y mayor uso de anticonceptivos (40).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables utilización de métodos anticonceptivos y funcionamiento familiar, según el coeficiente de correlación de Pearson que es 0.000.

En cuanto a donde se recibió la información de los métodos anticonceptivos, encontramos que el 50.0 % recibió la información del puesto de salud, en donde el 19.6 % vivía en una familia funcional y otro 19.6 % en una familia moderadamente funcional, y tan solo un 10.7 % en una familia disfuncional.

La búsqueda de información de métodos de planificación familiar lleva a los adolescentes a buscar información por diferentes medios, según estudios dicen que la familia no juega un rol socializador importante y que los amigos y los medios de comunicación son mucho más relevantes en el intercambio de la información sexual, los cuales incluyen métodos anticonceptivos (40),

Se observa también en cuanto a donde se recibió la información de los métodos anticonceptivos, que quien sigue es la institución educativa en donde el 16.1 % vivía en una familia disfuncional, otro 16.1 % en una familia moderadamente funcional y tan solo un 10.7 % en una familia funcional y un 5.4 % recibió información en casa, donde el 3.6 % vivía en una familia funcional, 1.8 % en una familia moderadamente funcional y 0 % en una familia disfuncional,

La institución educativa juega un rol importante a la hora de hablar de métodos de planificación familiar, ya que acá se cuenta con información que por lo general no va ser suministrada en casa, ya que muchos padres asumen que es función del colegio prepara a la adolescente para la vida (41).

En cuanto al tipo de anticonceptivo, podemos observar que la mayoría usaba inyectables con un 42.9 %, en donde el 16.1 % vivía en una familia disfuncional, 14.3 % en una familia funcional y 12.5 % en una familia moderadamente funcional.

La elección del método “idealmente” debe ser hecha con la pareja para informar, instruir y educar, en relación con la sexualidad y la responsabilidad individual, pero cuando no se cuenta con el soporte afectivo necesario como la pareja o la familia, esta se toma por decisión propia (42).

Se observa también que quien sigue respecto a tipo de anticonceptivo que usaba es el preservativo, en donde el 19.6 % vivía en una familia moderadamente funcional, 14.3 % en una familia funcional y 7.1 % en una familia disfuncional. Y tan solo un 16.1 % que usaba las anticonceptivos orales combinados en donde el 7.1% vivía en una familia moderadamente funcional, 5.4 % en una familia funcional y 3.6 % en una familia disfuncional.

El mejor método será aquel que la adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, a su vez de indagar del funcionamiento familiar, ya que muchas veces existen problemas a nivel familiar, los cuales por la importancia de los mismos podrían originar un embarazo adolescente (42).

Es el método más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS y no tiene efectos orgánicos nocivos para la salud ni psíquicos, siempre y cuando la renuncia o postergación de la relación coital sea algo aceptado por el individuo y no impuesto. Para alcanzar un adecuado nivel de aceptación de este concepto, es básica y fundamental la correcta educación sexual, que debe iniciarse desde la infancia y desde el seno de la familia (42).

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1.- El predominio de primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca fue entre el año 2014 y 2015 de un 60 %, en promedio.

2.- Los factores demográficos más resaltantes de las adolescentes con primer embarazo fue que la mayoría pertenecía al grupo etáreo de 17 a 19 años, en su mayoría vivían en la zona rural y eran convivientes.

3.- Los factores sociales resaltantes de las adolescentes con primer embarazo fueron que en la mayoría, la persona que aporta económicamente era la pareja, con un ingreso económico familiar de un salario mínimo vital, pertenecían a una familia nuclear, en donde no se había presentado un embarazo adolescente en la familia y vivían en una familia moderadamente funcional.

4.- Los factores personales resaltantes de las adolescentes con primer embarazo fueron que en la mayoría, pertenecía a la religión católica, su grado de instrucción era secundaria incompleta, de ocupación ama de casa, inicio sus relaciones sexuales entre los 17 a 19 años, tuvo su menarquia entre los 11 a 13 años, tuvo 1 pareja sexual, el motivo de relaciones sexuales fue por voluntad,

En donde el 57.3 % refirió no utilizar métodos anticonceptivos y el 42.7 % si, del cual la mayoría recibió información del puesto de salud, y el tipo de anticonceptivo que más usaban era el inyectable.

5.- El mayor porcentaje de adolescentes con primer embarazo vivió en una familia moderadamente funcional a disfuncional.

6.- Se encontró asociación significativa entre las variables edad de la gestante, ingreso económico familiar, embarazo adolescente en la familia, grado de instrucción, número de parejas sexuales, motivo de relaciones sexuales y utilización de métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES

- 1.- A los profesionales de la salud encargados del cuidado de la salud materna y perinatal, en formular estrategias orientadas a disminuir la incidencia de embarazos adolescentes, poniendo énfasis en el retraso del inicio de relaciones sexuales a edades tempranas.
- 2.- Al Hospital Regional de Cajamarca a tomar acciones de promoción y educación sexual y métodos de planificación familiar a la hora de atender a las adolescentes, tanto del campo como de la ciudad.
- 3.- A la Universidad Nacional de Cajamarca, se le recomienda coordinar con la Facultad de Ciencias de la Salud, y la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, para que se reactiven los consultorios de proyección social, relacionados a adolescentes y planificación familiar.
- 4.- A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de fomentar la creación de un centro de atención integral del adolescente, en el cual se provea servicios de salud sexual y reproductiva,
- 5.- A la sociedad en conjunto que debe asumir la importancia de implementar políticas de educación sexual y reproductiva en adolescentes,
- 6.- Se deben efectuar más investigaciones cualitativas que permitan profundizar en los diferentes aspectos, abordando siempre los factores causales de primer embarazo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Adrián, J; Rangel; E. (2008). Aprendizaje y Desarrollo de la personalidad. Madrid, España: Prentice Hall.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). Salud del adolescente. Adolescencia.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2012). Perú: Situación social de las madres adolescentes. Lima.
4. Carreón J., Mendoza H., Pérez C., Gil I., Soler E., González R., Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Medigraphic. 2004; 6(3):5.
5. Armegol, R., Chamarro, A., Garcia, M. Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. Vol 23. España: Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia; 2007.
6. Cunningham y Cols. "Obstetricia". Vol. 1. 20 a Ed. Buenos Aires Argentina: Panamericana; 2000.
7. Freyre, E. La sexualidad del adolescente y problemas asociados. Vol 1. 1ª Ed. Lima: Editorial A y B: 2004.
8. Shibley J., Delamater J. Sexualidad humana. Vol 1. 9 a ed. México: Mc Graw Hill; 2006.
9. Chaura, R., Campos. R. Miranda, L. A; Davilda, R. (2012). Factores socioculturales que se relacionan con el embarazo recurrente en las adolescentes que acuden al Hospital Docente – Madre –Niño. San Bartolomé. Lima.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2011). Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú.

11. Maguiña M., Guzmán J. La mortalidad materna en el Perú 2002-2011. Vol 1. 1ª Ed. Lima: Gianlud Print; 2013.
12. Chauca, G. (2004). Factores sociales, familiares y personales relacionados con el embarazo en adolescentes Puesto de Salud Porcón Alto Cajamarca Julio 2004 Junio 2005. Tesis, Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca.
- 13.- Suarez, R (2011). Prevalencia de Embarazo en adolescente en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008 - 2009. Tesis, Universidad Nacional de Colombia.
14. Arias, C; Carmona I (2012). Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que Asisten a Controles Prenatales en Centros de Assbasalud Ese, Manizales. Colombia 2012. Tesis. Universidad de Manizales Colombia.
- 15.- Panduro, A.; Vílchez, R (2009). Factores sociodemográficos y su relación con la maternidad en adolescentes solteras del distrito de Belén – Loreto 2009. Tesis, Universidad Nacional de la Amazonia del Perú.
- 16.- Pascualini, D; Llorens, A. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes una mirada integral. Vol 1. 1ª ed. Argentina. Organización Panamericana de la Salud. 2010.
- 17.- Gonzales, M; Franco, V; Guridi, Y; Cabana, D; Fernández, A. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de Calabarzari, Marzo, 2012. La Habana. Cuba.
- 18.- Gómez, E., Aldana, E., Carreño, J., Sánchez, C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. Reladyc. 2006;14 (2):9.
- 19.- Cueto, S. Saldarriaga, V; Muñoz, I. (2011). Conductas de riesgo entre adolescentes peruanos: un enfoque longitudinal. Lima.
20. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”, OMS. 2009; 87(2):405.

- 21.- Kiliksberg B. La familia en America Latina, realidades, interrogantes y perspectivas. CEPAL. 2010.
22. Suburia, G., Mendoza, W. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual. *Erv. Peruana Med.*, 30(3).
23. Rodriguez J. Actitudes hacia la maternidad. Argentina; 2008.
- 24.- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal de Derechos Humanos. New York. 1949.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Factores asociados a fecundidad temprana. Lima; Perú; 2008.
26. Iskalti. Centro de atención y educación psicológica. Familia Disfuncional. Cuernavaca. México; 2013.
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas y Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos de Católicas por el Derecho a Decidir. Factores socioculturales del embarazo en adolescentes. Bolivia. 2010.
- 28.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2014.
29. Salazar A, Rodriguez L, Daza R. Embarazo y maternidad adolescente en Bogota y municipios aledaños consecuencia en el estudio, estado civil, estructura familiar y proyectos de vida. Bogota; 2007.
30. Romero, Maria. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones. Colombia. 2014.
31. Cruz J, Quesada M, Isla A, Hernandez P, Velazco A. Anticoncepción en la adolescencia. *Revista cubana de endocrinología*. 2007; 16 (1),

32. Urreta M. Relacion entre el funcionamiento familiar y el embarazo adolescente en las usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Lima; 2008.
33. Condori L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana Lima; 2013.
34. Instituto de ciencia para la familia. Consecuencias de la actividad sexual en adolescentes. Piura; Perú: Universidad de Piura; 2014.
35. Jimenez Y, Pintado Y, Monzón A, Valdes O. La sexualidad temprana en la adolescente, un problema en la actualidad. Revista de Psiquiatria y Psicología 2009; 5 (1).
36. Mosquera J. Factores Asociados Al Embarazo En Adolescentes De 13 A 19 Años Del Municipio De Buenaventura, Colombia. Colombia. Buenaventura; 2011.
37. Deschutter M. Embarazo adolescente en la Provincia de Cahaco. Buenos Aires: Argentina: Universidad nacional de San Martín; 2014.
38. Lopez B. Disfuncion familiar en embarazadas adolescentes. México; 2007.
39. Ferrer. P; Miscan A. Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. Perú; 2011.
40. Electra A, Temistocles G. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile; Rev Chi. 2013; 14: 7.
41. Leal I, Stuardo V. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. Rev Gineco obs. 2015; 80: 9.
42. Cruz J, Yanes M. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Cubana Endocr. 2010; 18: 8.

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, estoy de acuerdo en participar en la investigación denominada: “Factores Sociodemográficos y Personales Asociados a Primer Embarazo en Adolescentes. Hospital Regional de Cajamarca – 2015”. Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y metodología del estudio y mi incorporación será voluntaria. Por lo tanto al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

Firma

ANEXO 02
CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional De Obstetricia



La presente encuesta tiene por finalidad obtener datos para conocer la realidad de la adolescente, marque con una X la respuesta que considera sea la que se adecua a su realidad, por lo cual se pide que sea llenada de forma veraz, se agradece por anticipado su colaboración.

I.- FACTORES DEMOGRÁFICOS

1.- Edad:

11-13 años ()

14-16 años ()

17-19 años ()

2.- Zona de residencia

Urbana ()

Rural ()

3.- Estado civil

Soltera ()

Conviviente ()

Casada ()

II.- FACTORES SOCIALES

4.- Persona que aporta económicamente al hogar

Padre ()

Madre ()

Pareja ()

Adolescente misma ()

Otro () especificar:.....

5.- Ingreso económico familiar

Salario mínimo vital ()

Dos a tres salarios mínimos vitales ()

Mayor a tres salarios mínimos vitales ()

6.- Personas con las que usted vive, en la misma casa (enumere)

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

Estructura de la familia

Nuclear ()

Extendida ()

Ampliada ()

7.- En tu familia alguien se ha embarazado cuando era adolescente

Madre () Hermana () No se presentó ()

Otro (especificar).....

III.- FACTORES PERSONALES

8.- Religión

Católica ()

No católica ()

9.- Grado de Instrucción

Sin instrucción ()

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior técnica ()

Superior Universitaria incompleta ()

10.- Ocupación de la adolescente

Estudiante ()

Ama de casa ()

Empleada del hogar ()

Empleada de institución pública ()

Independiente ()

Empleada de institución privada ()

11.- Edad de inicio de relaciones coitales:.....

12.- Edad de inicio de menstruación:.....

ANEXO 03

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF - SIL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Académico Profesional De Obstetricia



A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted puede clasificar y marcar con una X la respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente, se agradece por anticipado su colaboración.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toma decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					