

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRA**

**“FACTORES PSICOSOCIALES PREDISONENTES DEL**  
**EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL**  
**HOSPITAL II - 1 MINSA MOYOBAMBA MARZO 2013 - MAYO**  
**2013.”**

**AUTORA: Bach. en Obstetricia Lizbeth Tuanama Mas**

**ASESOR: Obsta. Mg. José Manuel Delgado Bardales**

**TARAPOTO – PERÚ.**

**2013**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



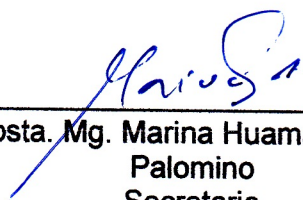
**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**  
**“ FACTORES PSICOSOCIALES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO EN**  
**ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 MINSA**  
**MOYOBAMBA MARZO 2013 - MAYO 2013”**

**AUTORA: Bach. en Obstetricia Lizbeth Tuanama Mas**

**JURADO CALIFICADOR:**



Obsta. Dra. Rosa Ríos López  
Presidente



Obsta. Mg. Marina Huamantumba  
Palomino  
Secretario



Lic.Nut. María Elena Farro  
Roque  
Vocal

**TARAPOTO – PERU**

**2013**

## **DEDICATORIA:**

Con amor a mis padres: Fidel y Beatriz por su apoyo invaluable e incondicional durante los años de mi formación personal y profesional y por su constante ejemplo de lucha y perseverancia en el logro de mis objetivos.

A mi amado esposo Jhony Luis y mis adorados hijos Fernando y Luis Alonso por ser el motor y motivo que me impulsan a seguir adelante luchando día a día.

**LIZBETH TUANAMA MAS**

## **AGRADECIMIENTO:**

A mis padres Fidel y Beatriz por haber hecho posible mi formación y educación profesional, inculcándome en todo momento deseo de superación.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Obstetricia, por el conocimiento impartido en las aulas universitarias.

A los Obstetras y demás personal que labora en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba, por sus enseñanzas impartidas y las facilidades brindadas en la realización de la presente tesis.

A mi asesor Obsta. Mg. José Manuel Delgado Bardales, por las facilidades brindadas en la elaboración del proyecto de investigación y del presente informe final.

**LIZBETH TUANAMA MAS**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	vii
ABSTRACS.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
1.1. Marco Conceptual.....	01
1.2. Antecedentes.....	02
1.3. Bases Teóricas.....	07
1.4. Justificación.....	18
1.5. Problema.....	20
II. OBJETIVOS.....	20
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
IV. RESULTADOS.....	27
V. DISCUSIÓN.....	43
VI. CONCLUSIONES.....	46
VII. RECOMENDACIONES.....	47
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
IX. ANEXOS.....	52

## ÍNDICE DE TABLAS

Nº DE TABLA	TITULO	Nº PAG
01	Frecuencia y porcentaje según edad y grado de instrucción de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	33
02	Frecuencia de algunas respuestas a las preguntas para determinar el nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	35
03	Frecuencia según respuestas a las preguntas realizadas para determinar el nivel de toma de decisiones de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	37
04	Frecuencia según respuestas a las preguntas realizadas para determinar el comportamiento sexual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	38
05	Frecuencia según Nro. de integrantes de la familia antes del embarazo de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	40
06	Frecuencia según Nro. de familias que vivían en la misma casa antes del embarazo de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	40
07	Frecuencia según nivel escolar del último año de educación primaria aprobado antes del embarazo de las adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	44
08	Frecuencia según nivel escolar del último año de educación secundaria aprobado antes del embarazo de las	44

adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013

09	Frecuencia según sabe leer y escribir de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	45
----	---	----

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº DE GRAFICO	TITULO	Nº PAG
01	Frecuencia según ocupación actual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	34
02	Porcentaje según nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	34
03	Porcentaje según nivel de toma de decisiones de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	36
04	Porcentaje según nivel de comportamiento sexual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	39
05	Porcentaje según estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	41
06	Normas impuestas en la familia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	42

07	Porcentaje según las decisiones tomadas en consultada por todos los miembros de tu familia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013	43
----	--	----



## RESUMEN:

La presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptivo simple, cuyo objetivo general fue determinar los factores psicosociales predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba Marzo 2013 – Mayo 2013.

Nuestra población estuvo formada por 32 adolescentes embarazadas registradas durante los meses de Marzo- Mayo 2013 en dicho nosocomio, a la cual se aplicó una encuesta. El instrumento del presente estudio está dividido en 2 partes: en la primera parte se evalúa el factor psicológico con sus dimensiones: autoestima, toma de decisiones y sexualidad mal orientada. En la segunda parte se evalúa el factor social con sus dimensiones: ambiente familiar y nivel escolar.

Como resultados se obtuvieron entre los factores psicosociales predisponentes del embarazo en adolescentes: como más relevante la sexualidad mal orientada, ya que el 96.9% de las adolescentes embarazadas tuvo un comportamiento sexual inadecuado; el 93.8% de las adolescentes embarazadas mantuvo una deficiente comunicación con sus padres y el 62.5% de las adolescentes embarazadas inicio su vida sexual entre las edades de 14 – 15 años. Otro factor relevante tenemos el inadecuado ambiente familiar, en el 56.3% de las adolescentes, cuyos padres son separados/ divorciados y el 25% de las adolescentes tiene padres solteros, ello muestra que la situación conyugal inestable de los padres afecta directamente al adolescente. En conclusión la sexualidad mal orientada y el inadecuado ambiente familiar son los factores predisponentes del embarazo adolescente.

**Palabras claves:** factores psicosociales predisponentes, embarazo en adolescentes

## **ABSTRACT:**

This research is a quantitative, descriptive simple, whose overall objective was to determine the psychosocial factors predisposing teen pregnancy treated in Hospital MINSA Moyobamba II-1 March 2013 - May 2013.

Our population consisted of 32 pregnant adolescents recorded during the months of March to May 2013 in that hospital, which were surveyed. The instrument of this study is divided into 2 parts: the first part assesses the psychological factor with dimensions: self-esteem, decision-making and misdirected sexuality. In the second part evaluates the social factor with its dimensions: family environment and school level.

As results were obtained between psychosocial factors predisposing teen pregnancy more relevant as misguided sexuality, and that 96.9% of pregnant teenagers had inappropriate sexual behavior, 93.8% of pregnant teenagers had a poor communication with their parents and 62.5% of pregnant adolescents start sexual life between the ages of 14-15 years. Another relevant factor have inadequate family environment, in 56.3% of adolescents whose parents are separated / divorced, and 25% of adolescents have single parents, this shows that the unstable marital status of parents directly affects the teenager. In conclusion misguided sexuality and inadequate familiarity are the predisposing factors of teenage pregnancy.

**Keywords:** psychosocial factors predisposing teen pregnancy

**TITULO: “FACTORES PSICOSOCIALES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO  
EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-1 MINSA  
MOYOBAMBA, MARZO 2013 - MAYO 2013”.**

**I. INTRODUCCION:**

**1.1. Marco Conceptual:**

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, que se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil.(2). Para el presente estudio la etapa adolescente abarca de los 12 hasta los 17 años 11 meses y 29 días, que es el rango de edades con las que trabaja el Ministerio de Salud según Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto del 2009. (24)

El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicaciones psicológicas y sociales que altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta personal de belleza. De igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformarse, para el advenimiento de un niño. (1)

Muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad. (3)

En los últimos años ha ocurrido un incremento de mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública relevante en América Latina, no solo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza sino también porque constituye un elevado riesgo para su salud física y psicológica. (4)

El embarazo y la maternidad rompen para siempre el proceso de la adolescencia, dejando huellas significativas en el campo de los procesos psíquicos, el aspecto social porque generalmente se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, no deseada en la mayoría de los casos. (10)

## **1.2. Antecedentes:**

**Núñez-Urquiza (2007)** en una investigación sobre embarazo en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos del Área Metropolitana de la Ciudad de México, encontró que la incidencia de embarazos es del 23% de las madres adolescentes de 10 a 19 y que la causa principal es que la actividad sexual sucede a edad cada vez a más temprana edad, concluye que la edad promedio

de embarazos se da a los 16 años, y “de ahí la importancia de que la familia, escuela, medios informativos y sociedad en general diseñemos sistemas de información ágil, sencilla y confiable que permitan a los jóvenes tomar decisiones y hacerse responsables de sus actos.(17)

**Rodolfo Alarcón Argota (2007)**, realizó un estudio observacional y analítico de casos y controles sobre **factores que influyen en el embarazo en la adolescencia** a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez en Cuba, en la cual se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. Las inadecuadas relaciones con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograron un mayor impacto sobre la población expuesta. (18)

**Abreu Reyes David Rafael (2009)** realizó un estudio descriptivo retrospectivo del comportamiento del embarazo en las adolescentes en Río de Janeiro y encontró que el grupo etéreo de adolescentes embarazadas de 16-19 años predominó en el área el salud de Río de Janeiro durante el año 2006-2009 en un 53%, coincidiendo también con el inicio relaciones sexuales en 63.8%, en su mayoría con estado civil acompañadas 46%, con mala situación económica en un 63.8 %, inadecuado patrón familiar 66.6%, con dinámica familiar inadecuado

predominante. Las relaciones interpersonales de las adolescentes embarazadas en el período estudiado se clasificaron de malas en un 66.6%, las cuales mostraron inadecuado nivel de conocimientos sobre la salud reproductiva en 91.4%. (19)

**Martínez y Martínez (2005)** realizó un estudio sobre la salud del niño y del adolescente y encontró que el embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente. (20)

**Ávila Gálvez Elena, Cid Santana Maylén, García Imia Ileana, Lorenzo González Antonio y Pablo Rodríguez (2002)**, en su estudio Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, estudio explicativo-observacional, de tipo casos y controles, en adolescentes entre 10 y 19 años, del sexo femenino, provenientes del Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez", compartidos en 2 grupos: el estudio, con 53 casos que se embarazaron, y el control con 106 adolescentes que no lo hicieron. Se compararon diferentes aspectos de la sexualidad, esfera familiar y socio demográficos, con el fin de determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. La mayoría de las adolescentes del grupo estudio se incluían en la adolescencia tardía, con inestabilidad en la pareja, mejor nivel de instrucción de los padres,

mayor porcentaje que no estudiaba ni trabajaba, con padres divorciados, criadas solamente por la madre, de familias disfuncionales, con inicio precoz de la actividad sexual sin anticonceptivos, con problemas psicológicos que se enmarcaban en el hogar y la familia. (31)

**Maruzzella Valdivia P, Marta Molina S. (2003)** La presente investigación analiza variables psicológicas asociadas a la maternidad de mujeres adolescentes menores de 15 años, comparándolas con madres entre 20 y 34 años y adolescentes no madres ni embarazadas, en un estudio de tipo transversal descriptivo comparativo. Las madres adultas no presentan niveles de apoyo social percibido significativamente mayores que las madres adolescentes menores de 15 años ( $p=0.46$ ), así como tampoco un nivel intelectual significativamente mayor que las madres adolescentes menores de 15 años ( $p= 0.23$ ). Además, no se observó un nivel de autoestima total significativamente mayor que las madres adolescentes menores de 15 años ( $p= 0.5$ ). No obstante, las adolescentes madres evidencian significativamente mayor nivel de autoestima social que las madres adultas ( $p=0,036$ ). Las adolescentes no madres no presentaban un nivel de apoyo social significativamente mayor que las adolescentes madres ( $p=0.49$ ). Sin embargo, en la sub escala amigos las adolescentes no madres presentaban significativamente mayor nivel de apoyo social percibido que las adolescentes madres ( $p=0,045$ ) y en la sub escala apoyo social percibido otros, las embarazadas adolescentes mostraron significativamente más apoyo social que las adolescentes no embarazadas ( $p=0,002$ ). Por otra parte, las adolescentes no madres exhibieron un nivel intelectual significativamente mayor que las

adolescentes madres ( $p=0.017$ ). Las adolescentes madres no evidenciaron un nivel de sintomatología depresiva significativamente mayor que las adolescentes no madres. Por el contrario estas últimas fueron las que mostraron, significativamente, un mayor nivel de sintomatología depresiva ( $p=0.032$ ). Las adolescentes no madres no presentaron un nivel de autoestima significativamente mayor que las adolescentes madres ( $p= 0.12$ ). Sin embargo, se observó diferencias débilmente significativas en las sub escalas escolar ( $p=0,07$ ) y general ( $p=0,099$ ) a favor del grupo de madres adolescentes en relación al grupo de adolescentes no madres. Los resultados invitan a reflexionar sobre el rol del desarrollo cognitivo, en particular el coeficiente intelectual y la fábula personal.

(32)

**Damián López. B. y Barreda Grados. J (2009)**, realizaron un estudio sobre factores de riesgo asociados a la morbimortalidad en adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud metropolitano - Tacna en los años 2007 al 2009 en el departamento de Tacna, encontraron que la población adolescente de Tacna es de 81,894 que equivale al 28,72% de la población total. Del total de gestantes en los servicios de salud del Ministerio de Salud, 15% fueron adolescentes. El embarazo en adolescente es una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y peri natal, ya que se asocia a diversas factores sociales y económicos como a patologías del embarazo, parto y del recién nacido. (21)



**Gutiérrez, R (2010)** realizó un estudio sobre la alta tasa de embarazo en adolescentes, uno de los graves problemas de salud reproductiva en el país. Según los resultados el 11% de los adolescentes de 15 a 19 años ya es madre o está gestando, y una buena parte de estos embarazos (37%) se presentan en adolescentes con bajo nivel educativo. (22)

**Putoy Darling (2010)**, afirma que los embarazos en las adolescentes es una de las prioridades del Ministerio de Salud en el departamento de San Martín, en vista que el 27% de todos los embarazos que atienden corresponden a adolescentes mayores de 15 años, en niñas de 12 y 13 años, registramos 15 pacientes. La zona rural es la que reporta más casos, debido al bajo nivel educacional y la cultura machista que prevalece en los hogares. (23)

### **1.3. BASES TEORICAS:**

#### **ADOLESCENTE.**

En 1998 la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término “adolescencia” se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el Ministerio de Salud, con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables. No obstante, actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional, actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17

años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto del 2009. (24)

En otro orden de ideas el diccionario de medicina Océano Mosby (1996) define adolescencia como el periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta, suele empezar entre los 11 y 13 años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina a los 18 y 20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada.(25). Para fines de la investigación se tomó lo establecido por el Ministerio de Salud.

### **Clasificación:**

#### **La adolescencia temprana (de 10 a 14 años)**

Es la etapa en la que, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. (26). Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neuro científica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las

repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas, que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, es la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. (26)

### **La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)**

Abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los

adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. (26)

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. (26)

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. (26). No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. (26)

## **EMBARAZO**

Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. (25). En la especie humana las

gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. En el 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). (26)

### **Embarazo y Adolescencia**

Se define como aquella gestación que ocurre durante los 10 a 19 años de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (27). En América Latina cada año tres millones trescientos doce mil adolescentes llevan a término un embarazo, donde un tercio de las mujeres son madres adolescentes, con la excepción de Nicaragua y Guatemala donde la mitad ya es madre al llegar los veinte años. (26)

## **Desarrollo Psicológico del Adolescente:**

En los adolescentes por el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluyen la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, intimidad emocional, integridad, identidad, independencia, toma de decisiones con responsabilidad de un adulto.

## **Factores Psicológicos y Sociales en la Adolescencia**

La misión de las personas que se ocupan de la educación de los adolescentes es fomentar aquellas capacidades que más se desarrollan en esta etapa de la vida: el pensamiento abstracto, la aptitud creadora o el espíritu científico. Su afán por la perfección se traduce en una beligerancia contra la familia y un refugio en un grupo donde puede mostrarse sin tapujos, tal como es, expresar sus ideas y reafirmar su personalidad. La influencia de ese grupo de amistades es determinante en el tipo de actitud que el adolescente adopte con respecto a la sociedad.(26)

Es fundamental, por tanto, el apoyo familiar continuo para el desarrollo adecuado de la personalidad del adolescente. Este debe tomar sus propias decisiones como individuo adulto, pero sin olvidar que la familia debe darle todo el respaldo y seguridad posible para que estas sean lo más correctas posibles. En la adolescencia se adquiere una forma de pensar de tipo formal o hipotético-deductivo, con la cual se puede razonar e ir más allá de las experiencias concretas. Pero reflexionar, no sólo sirve para contradecir, sino que también les

permite analizar experiencias, sacar conclusiones y tener una conciencia más realista. Además, en la adolescencia se re-construye la identidad, es decir, se busca la respuesta a la pregunta ¿quién soy?, mirando hacia atrás (o sea hacia lo que ha sido su vida) y reflexionando sobre las nuevas experiencias adquiridas.  
(26)

### **Factores Psicológicos:**

Es importante considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional" . Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.(26). Entre los principales factores psicológicos tenemos:

**1. Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas.** Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de:

**a) Autoafirmación:** Es estar seguro de sí mismo, a diferencia de lo que probablemente sucede. Significa respetar los deseos, necesidades y valores de uno mismo y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad.

**b) Independencia:** El adolescente siente la necesidad de independencia, de ser reconocido y de buscar su propia identidad, creamos en su capacidad para lograrlo pero también asumamos la responsabilidad y el compromiso de que necesita del acompañamiento adulto para hacerlo.

**c) Autoestima.** Es la capacidad de tener confianza y respeto por sí mismo.

**d) Identidad.** Es la necesidad de reafirmar la individualidad y el ser como persona única e irrepetible, con capacidades, con habilidades, con proyectos, con ideales, con sueños y sentimientos. Rodeado de una familia y una sociedad que influyen en esto.

**e) Responsabilidad**

**f) Respeto**

**g) Disciplina**

**h) Emociones**

**i) Relación íntima personal**

**j) Aceptación por parte del grupo**

**k) Toma de decisiones.**



**2. Patrones inadecuados de educación y crianza.** Estos pueden ser:

**a) Sobreprotección:** Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).

**b) Autoritarismo:** Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.

**c) Agresión:** Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.

**d) Permisividad:** Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.

**e) Autoridad dividida:** Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.

**3. Ambiente frustrante.** Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.

**4. Sexualidad mal orientada.** Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en esta esfera queda restringida y el

adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación, inicio temprano de relaciones coitales y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad.

### **Factores Sociales:**

En relación con el riesgo social del adolescente analizaremos algunos factores sociales que pueden conducir a resultados negativos como principales tenemos:

**1. Inadecuado ambiente familiar.** Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claras las reglas y roles familiares, se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar abierto, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

**2. Pertenencia a grupos antisociales.** Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.

**3. La promiscuidad.** Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también

propicia una autovaloración y autoestima negativas que pueden deformar la personalidad del adolescente.

**4. Abandono escolar y laboral.** Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.

**5. Bajo nivel escolar, cultural y económico.**

Estos son elementos considerados como protectores del desarrollo y la salud y el hecho de presentar un déficit en ellos le impide al adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto.

❖ Para el desarrollo y aplicación del presente estudio se tomaron en cuenta:

**Factores Psicológicos:** Insatisfacción de necesidades psicológicas básicas (autoestima, toma de decisiones), sexualidad mal orientada (inicio temprano de relaciones sexuales, falta de comunicación).

**Factores Sociales:** Inadecuado ambiente familiar, bajo nivel escolar.

De manera general podemos decir que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan, como embarazos precoces, entre otros.

#### **1.4. JUSTIFICACION Y/O IMPORTANCIA:**

La adolescencia no es la mejor etapa para ser padre o madre. El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales acentuando los conflictos no resueltos anteriormente. Las consecuencias son variadas y dependerán de la historia personal, del contexto familiar y social y del momento de la adolescencia por las cuales se esté atravesando, ya que existen diferencias entre las adolescentes que recién comienzan a transitar esta etapa de la vida y quienes están en la etapa intermedia o resolviendo la salida. (11)

Existen determinantes sociales y psicológicas que influyen directa e indirectamente en los adolescentes y que interfieren y/o deterioran la salud de los mismos generando condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos familiares, estos factores no son tomados en cuenta en el desarrollo de las acciones en salud y/o no son abordados en forma integral en los procesos de educación en salud sexual reproductiva y atención medica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas. (16)

El manejo de estos factores de riesgo permite identificar a aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los aquejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual y el suicidio; por lo que la sociedad y el sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente, como son el establecimiento y el logro de

una adecuada autoestima, que le brinde posibilidades de enfrentar problemas con responsabilidad; además de oportunidades de autoafirmación positiva, y le proporcione espacios sociales adecuados para lograr un soporte familiar abierto y brindar oportunidad de superación educacional y cultural que le faciliten la solución a los problemas, pues la ausencia de vías para la solución puede llevar al adolescente a alcanzar altos niveles de desesperación y sentimientos de impotencia y por tanto a la auto destrucción y al suicidio.(15)

La disminución del embarazo adolescente depende en gran medida de trabajar las condiciones para que sean hombres y mujeres, encarando la problemática con un dialogo abierto que lleve a los adolescentes a la reflexión. Respecto a las últimas dos o tres décadas los esfuerzos para prevenir los embarazos no deseados en adolescentes se han multiplicado desde todos los ámbitos, pero al reflexionar de los últimos datos, estas iniciativas son todavía insuficientes. (16).

En definitiva, la preocupación real en el caso del embarazo adolescente no está centrada en las condiciones físicas y su riesgo sino más bien en las crisis psicológicas y sociales que pueden llegar a producir depresión, intentos suicidas, pérdida de autonomía, dificultades para relacionarse con las otras personas, sentimientos de desamparo y de soledad, e incapacidad para proyectarse en el futuro. (13)

Durante el internado clínico de Obstetricia en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba pude observar esta problemática por el gran número de adolescentes con este problema y hasta hoy no se evidencia un programa dedicado a este grupo

poblacional, por lo cual surge el interés de llevar a cabo la presente investigación para así contribuir es su reducción proponiendo acciones y estrategias efectivas que contribuyan de una u otra manera a la solución o prevención del embarazo adolescente.

#### **1.5. PROBLEMA DE INVESTIGACION:**

¿Qué factores psicosociales predisponen al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba marzo 2013- mayo 2013?

## **II. OBJETIVOS:**

### **1.2. OBJETIVO GENERAL:**

- ❖ Determinar los factores psicosociales que predisponen al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba Marzo 2013 – Mayo 2013.

### **1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ❖ Determinar las características socio-demográficas de la población en estudio.
- ❖ Identificar el factor psicológico más relevante que predispone el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba Marzo 2013 – Mayo 2013.
- ❖ Identificar el factor social más relevante que predispone el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba Marzo 2013 – Mayo 2013.

### **III. MATERIALES Y METODOS:**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptivo, de corte transversal.

#### **3.2. DISEÑO DE INVESTIGACION.**

Siguiendo el tipo de investigación para contrastar la hipótesis se trabajó con el diseño Descriptivo Simple.



**Dónde:**

**M:** Embarazo en adolescentes.

**I:** Factores psicosociales predisponentes.

#### **3.3. FORMULACION DE HIPOTESIS.**

##### **HIPOTESIS DE INVESTIGACION**

La insatisfacción de necesidades psicológicas básicas, la sexualidad mal orientada, el inadecuado ambiente familiar y el bajo nivel escolar predisponen al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba.

#### **3.4. SISTEMA DE VARIABLES.**

**Variables de estudio:**

✚ Factores psicosociales predisponentes del embarazo en adolescentes.

#### **3.5. IDENTIFICACION DE VARIABLES**

❖ Variable independiente:

- Factores psicosociales predisponentes

❖ Variable dependiente:

- Embarazo en adolescentes.

### 3.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Factores Psicológicos</b>	Elementos condicionantes psicológicos que contribuyen a lograr un resultado positivo o negativo en un determinado individuo	Está referido a la Satisfacción de necesidades psicológicas básicas y a la orientación de la sexualidad tomando en cuenta a los indicadores de autoestima, toma de decisiones, sexualidad, comunicación e inicio de relaciones sexuales	1. <b>Insatisfacción de necesidades psicológicas básicas.</b>	<b>Autoestima:</b> -Baja (12-23 puntos) -Alta (24-36 puntos) <b>Toma de decisiones:</b> -Inadecuada (9-17 puntos) -Adecuada (18-27 puntos)	ordinal
			2. <b>Sexualidad mal orientada</b>	<b>Sexualidad:</b> -Inadecuada (6-11 puntos) -Adecuada (12-18 puntos) -Falta de comunicación -Inicio temprano de relaciones sexuales	ordinal
<b>Sociales</b>	Elementos condicionantes sociales que contribuyen a lograr un resultado positivo o negativo en un determinado individuo	Está referido al Ambiente familiar y al nivel escolar tomando en cuenta a los indicadores de Situación Conyugal de los padres, hacinamiento y el grado de instrucción.	1. <b>Inadecuado ambiente familiar</b>	padres separados solteros orfandad	nominal
			2. <b>Bajo nivel escolar</b>	lletrada Primaria Secundaria	nominal



VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Embarazo en Adolescentes</b>	Gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente independiente de su edad ginecológica	Gestación en mujeres (12 a < de 18 años según Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto del 2009).	<b>Adolescencia temprana</b>  <b>Adolescencia tardía</b>	12 a 14 años  15 a <18	razón

### 3.7. POBLACION Y MUESTRA.

Para realizar el presente estudio se trabajó con 32 gestantes adolescentes entre las edades de 12 a menores de 18 años, las cuales realizaron sus atenciones en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante Marzo 2013 – Mayo 2013.

### 3.8. PROCEDIMIENTO.

1. Se elaboró el protocolo de investigación, el cual fue presentado a la facultad ciencias de la salud para su aprobación.
2. Una vez aprobado se validó el instrumento de recolección de datos.
3. Posteriormente se solicitó permiso al Director del Hospital II-1 Moyobamba para que nos facilitara la ejecución de la investigación.
4. Con la aprobación se coordinó con el jefe de admisión y estadística del Hospital para que nos faciliten las Historias Clínicas y base de datos correspondientes.

5. Se procedió con la recolección de datos mediante una encuesta aplicada a 32 adolescentes embarazadas entre las edades de 12 a menores de 18 años durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.

6. Antes de aplicar la encuesta se dio una breve información a la adolescente sobre los objetivos a cumplirse y de las características del llenado del formato.

7. Para mayor confiabilidad en los datos, el formato de encuesta fue llenado por la misma encuestada y en forma anónima, así mismo al momento del llenado se estuvo presente para así despejar cualquier duda que se presentara.

8. Posteriormente una vez culminado el recojo de la información a través de la encuesta se procedió a tabular los datos encontrados utilizando el programa Excel 2010 para posteriormente trabajar con la estadística.

5. Finalmente luego del consolidado de la información, se procedió a la elaboración del presente informe final

### **3.9. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **INSTRUMENTO:**

Se diseñó una encuesta así mismo se revisaron los datos brindados por el área de estadística del Hospital II-1 MINSA Moyobamba.

El instrumento del presente estudio fue dividido en 2 partes:

En la primera parte se evaluó el factor psicológico con sus dimensiones: Autoestima, toma de decisiones y sexualidad mal orientada.

- La dimensión Autoestima constó de 12 preguntas, cada pregunta tuvo un valor del 1 al 3. Al finalizar esta parte el resultado de todas las preguntas fueron

sumadas; así tenemos: 12-23 puntos (Autoestima Baja), de 24-36 puntos (Autoestima Alta). Basado en la escala de Likert.

- La dimensión Toma de Decisiones constó de 9 preguntas, cada pregunta tuvo un valor del 1 al 3. Al finalizar esta parte el resultado de todas las preguntas fueron sumadas; así tenemos: 9-17 puntos (Inadecuada), de 18-27 puntos (Adecuada). Basado en la escala de Likert.

- La dimensión Sexualidad constó de 6 preguntas cada pregunta tuvo un valor del 1 al 3. Al finalizar esta parte el resultado de todas las preguntas fueron sumadas; así tenemos: 6-11 puntos (Inadecuada), de 12-18 puntos (Adecuada). Basado en la escala de Likert.

En la segunda parte se evaluó el factor social con sus dimensiones: Ambiente Familiar y Nivel Escolar.

- La dimensión Ambiente Familiar constó de 7 preguntas que fueron respondidas de acuerdo al criterio de cada encuestada.

- La dimensión Nivel Escolar consta de 3 preguntas que serán respondidas de acuerdo al criterio de cada encuestada.

Para identificar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos se aplicó el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado un valor de 0,507. Se considera confiable si este supera el valor de 0,7

Se realizó la evaluación de los resultados, para la determinación de la confiabilidad del cuestionario que mide el nivel de autoestima, toma de decisiones y sexualidad mal orientada; en la que se utilizaron 32 gestantes adolescentes, recolectando datos de los 27 ítems divididos en 3 dimensiones: Autoestima, Toma

de Decisiones y Comportamiento sexual; el primero con doce (12) ítems, el segundo con nueve (09) ítems y el tercero con seis (06) ítems, respectivamente; se utilizó el método de consistencia interna reflejado en el Alfa de Cronbach, cuyos resultados son los siguientes: AUTOESTIMA = 0.422, TOMA DE DECISIONES = 0.481, SEXUALIDAD MAL ORIENTADA = 0.235, FACTORES PSICOLÓGICOS = 0.507.

Los Coeficientes de Cronbach de las dimensiones: Autoestima con 0,422, Toma de Decisiones con 0,481 y Sexualidad mal orientada con 0,235, indican una consistencia promedio moderada; finalmente el Coeficiente de Cronbach de medición de los factores psicosociales (test total) nos registra una confiabilidad discretamente alta de este instrumento, con un indicador del 0,507; determinando que el instrumento es moderadamente adecuado para medir las dimensiones de los factores psicológicos en las gestantes adolescentes del hospital II-1 MINSA Moyobamba.

### **3.10. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS.**

Los resultados fueron tabulados utilizando el paquete informático y/o procesador de datos (Excel 2013, SPSS IBM19, etc.). Se hizo uso de la estadística descriptiva. Los datos obtenidos fueron puestos en tablas estadísticas y gráficos, luego se procedió a analizar e interpretar la relación entre las variables estudiadas, comparándolas con los reportados por otros autores.

#### IV. RESULTADOS:

TABLA N° 01:

Frecuencia y porcentaje según edad y grado de instrucción de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.

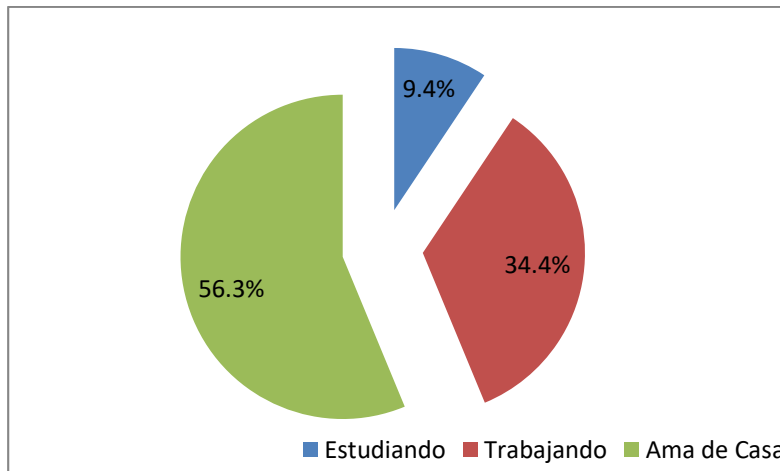
CARACTERÍSTICAS	N° (N= 32)	%
<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
13	1	3.1%
14	3	9.4%
15	9	28.1%
16	13	40.6%
17	6	18.8%
Total	<b>32</b>	<b>100.0%</b>
<b>X = 15,63 años R = 13 - 17 años</b>		
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Iletrada	0	0.0%
Primaria	1	3.1%
Secundaria	31	96.9%
Superior	0	0.0%
Total	<b>32</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 40.6% de adolescentes embarazadas se encuentran en la edad de 16 años y el 28.1% en la edad de 15 años. El promedio de edad de nuestra población en estudio es de 15.63 años con un rango entre 13-17 años. En cuanto al grado de instrucción, observamos que el 96.9% de las adolescentes tiene educación secundaria y el 3.1% de las adolescentes embarazadas tiene educación primaria.

### GRAFICO N° 01:

Frecuencia según ocupación actual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.

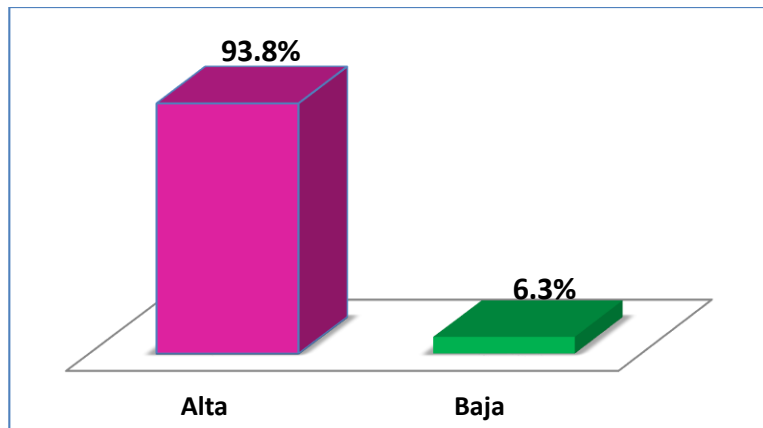


**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 56.3% de las adolescentes embarazadas actualmente se encuentran realizando labores de amas de casa, el 34.4% se encuentra trabajando y tan solo el 9.4% de la muestra continua estudiando.

## GRÁFICO N° 02:

**Porcentaje según nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**



**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que de la población en estudio, el 93.8% de adolescentes embarazadas tiene una autoestima alta y el 6.3% tienen una autoestima baja. Es decir que a pesar de valorarse así mismas han asumido el riesgo del embarazo.

**TABLA N° 02:**

**Frecuencia de algunas respuestas a las preguntas para determinar el nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013**

PUNTAJE	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Evite hacer cosas que podrían dañarme.	15	46.9%	17	53.1%	32	100.0%
Me sentí conforme con mi aspecto físico.	19	59.4%	13	40.6%	32	100.0%
Me gustaba verme arreglada.	28	87.5%	4	12.5%	32	100.0%
Pude cambiar mi comportamiento cuando me di cuenta que estuve equivocada.	6	18.8%	26	81.3%	32	100.0%
Me dio vergüenza reconocer mis errores.	8	25.0%	24	75.0%	32	100.0%
Reconocía fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	19	59.4%	13	40.6%	32	100.0%
Podía hablar sobre mis temores con facilidad.	8	25.0%	24	75.0%	32	100.0%
Cuando algo me salía mal no sabía cómo expresar mi cólera.	4	12.5%	28	87.5%	32	100.0%
Compartía mi alegría con mis amigas y amigos.	17	53.1%	15	46.9%	32	100.0%
Expresé siempre lo que sentía.	13	40.6%	19	59.4%	32	100.0%
Guarde los secretos de mis amigos.	28	87.5%	4	12.5%	32	100.0%
Me negaba hacer las tareas de mi casa.	17	53.1%	15	46.9%	32	100.0%

**Fuente:** Datos propios de la investigación

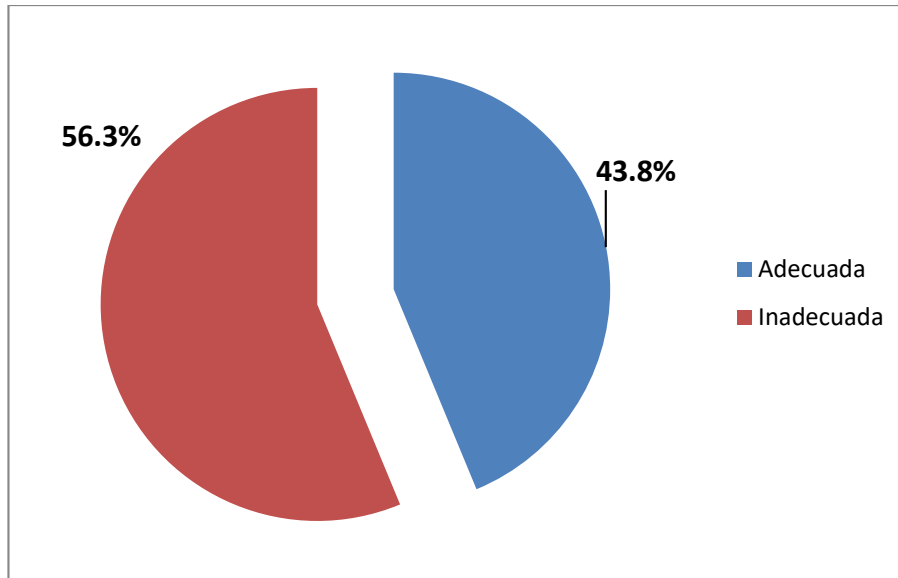
Observamos que de las diferentes respuestas que dieron las adolescentes a las preguntas planteadas, el 53.1% no evito hacer cosas que podrían dañarla, el



59.4% se sentía conforme con su aspecto físico, al 87.5% le gustaba verse arreglada, el 81.3% no cambio su comportamiento a pesar de darse cuenta que estaba equivocada, el 75% no reconocía sus errores, el 59.4% sabia reconocer sus cualidades positivas y negativas, al 75% no podía hablar sobre sus temores, el 87.5% no sabía expresar su cólera, el 53.1% compartía su alegría con sus amigos, el 59.4% no expresaba lo que sentía frente a diversas situaciones, el 87.5% sabia guardar los secretos de sus amigos, el 53.1% cumplía con hacer las tareas de casa.

**GRAFICO N° 03:**

**Porcentaje según nivel de toma de decisiones de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**



**Fuente:** Datos propios de la investigación

Se muestra que el 56% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013 tomaron decisiones inadecuadas.

**TABLA Nª 03:**

**Frecuencia según respuestas a las preguntas realizadas para determinar el nivel de toma de decisiones de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**

PUNTAJE	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Pensé en varias soluciones frente un problema	10	31.3%	22	68.8%	32	100.0%
Elegí lo mismo que otros eligieron.	6	18.8%	26	81.3%	32	100.0%
Pensé en las posibles consecuencias de mis decisiones.	9	28.1%	23	71.9%	32	100.0%
Me gustaba hablar sobre mi futuro.	9	28.1%	23	71.9%	32	100.0%
Me tracé algunas metas para mi vida.	6	18.8%	26	81.3%	32	100.0%
Busqué el apoyo de otras personas para decidir algo importante sobre mi futuro o presente	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
¿Te costó decir no?	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%
Mantuve mi idea cuando vi que mis amigos estaban equivocados.	12	37.5%	20	62.5%	32	100.0%
¿Las decisiones que tomaste consideras que fueron adecuadas?	6	18.8%	26	81.3%	32	100.0%

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Se muestra las diferentes respuestas dadas por las adolescentes embarazadas frente a diversas preguntas planteadas, en ella se evidencia que la mayor parte de la población en estudio tomaron decisiones inadecuadas.

**TABLA N° 04:**

**Frecuencia según respuestas a las preguntas realizadas para determinar el comportamiento sexual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**

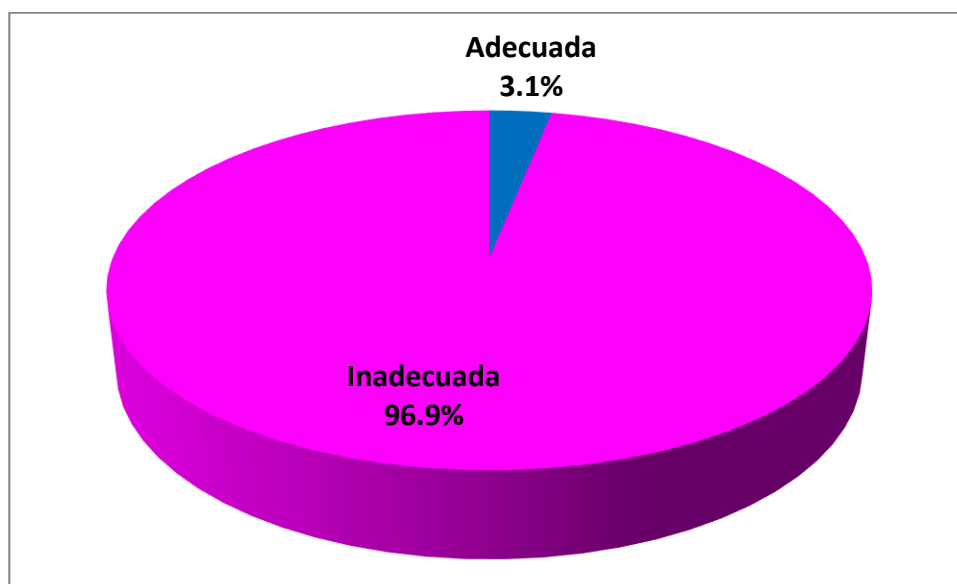
PUNTAJE	CORRECTA		INCORRECTA		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Te comunicabas con tus padres con facilidad	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
Hablaron tus padres sobre las relaciones sexuales contigo	6	18.8%	26	81.3%	32	100.0%
¿Prefieres hablar con otras personas sobre temas de sexualidad antes que con tus padres?	0	0.0%	32	100.0%	32	100.0%
Tu primera relación sexual fue: Marca según corresponda: Entre los: 12 a 13 años (Siempre). 14 a 15 años (A veces). 16 a < 18 años (Nunca)	7	21.9%	25	78.1%	32	100.0%
Al iniciar tu vida sexual pensaste que podrías embarazarte.	2	6.3%	30	93.8%	32	100.0%
Desde que iniciaste tu vida sexual ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? Marca según corresponda: Solo una (Nunca). Dos (A veces). De tres a más (Siempre)	1	3.1%	31	96.9%	32	100.0%

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Se muestra las preguntas y respuestas dadas por la población en estudio, en ella se puede evidenciar que el mayor porcentaje tuvo un comportamiento sexual inadecuado.

#### GRAFICO N° 04:

Porcentaje según nivel de comportamiento sexual de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.



**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 96.9% de las adolescentes embarazadas tuvo un comportamiento sexual inadecuado.

**TABLA N° 05:**

**Frecuencia según Nro. de integrantes de la familia antes del embarazo de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013**

<b>Integrantes</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
1	6	18.8%
2	4	12.5%
3	1	3.1%
4	21	65.6%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0%</b>
<b>X = 3,16 integrantes</b>		<b>R = 1 - 4</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos las características del ambiente familiar antes del embarazo, el 65.6% de las adolescentes embarazadas convivía con cuatro integrantes de su familia. El promedio de integrantes de la familia fue de 3.16 con un rango de 1 -4 integrantes.

**TABLA N° 06:**

**Frecuencia según Nro. de familias que vivían en la misma casa antes del embarazo de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013**

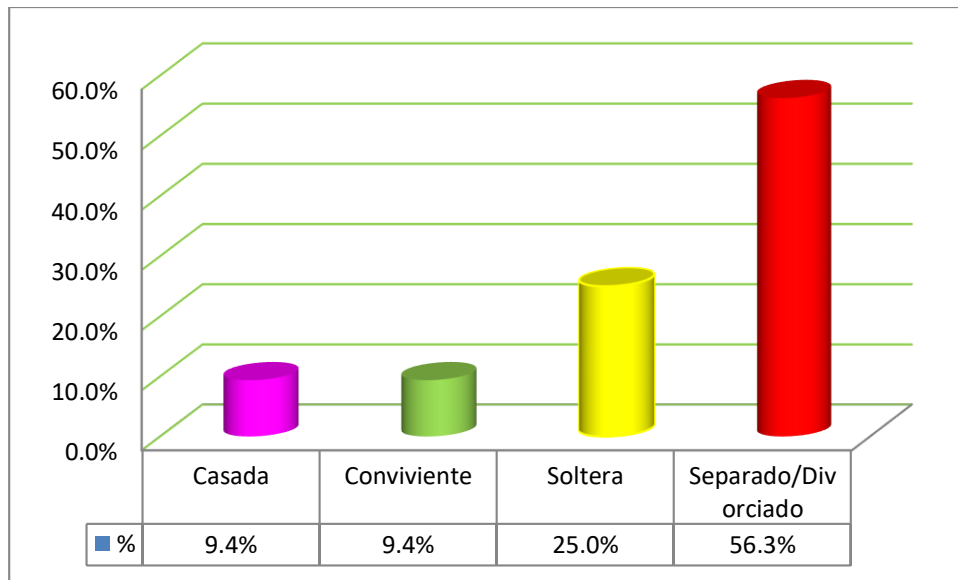
<b>Familias</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
1	11	34.4%
2	13	40.6%
3	8	25.0%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0%</b>
<b>X = 1,91 integrantes</b>		<b>R = 1 - 3</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 40.6% de las adolescentes embarazadas vivían con 2 familias diferentes en la misma casa. El promedio de familias diferentes con los que las adolescentes convivían antes de su embarazo es de 1.91 familias con un rango de 1-3 familias.

### GRAFICO N° 05:

**Porcentaje según estado civil de los padres de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**



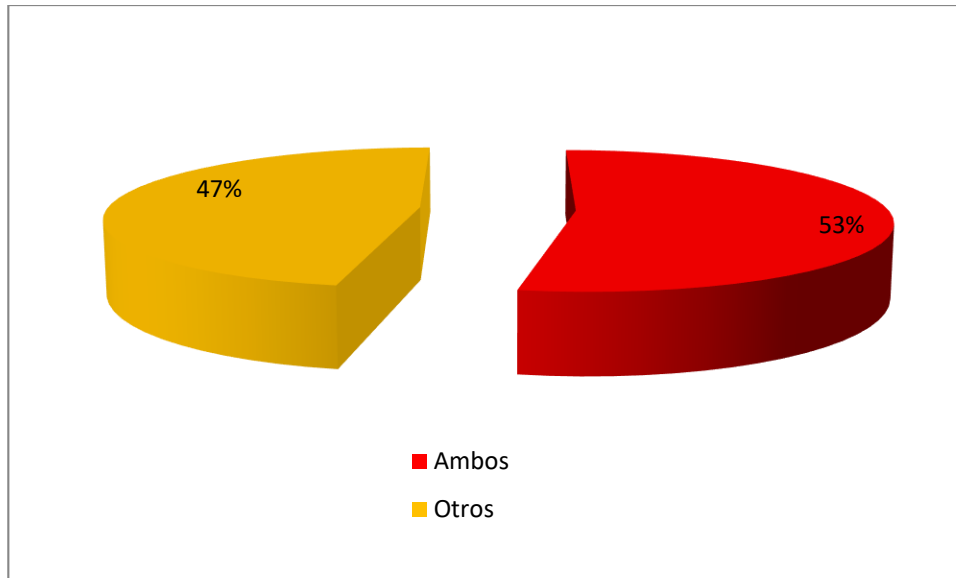
**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 56.3% de los padres de las adolescentes embarazadas son separados o divorciados y el 25% de los padres son solteros, mientras que el 9.4% tienen unión estable.



### GRAFICO N° 06:

**Normas impuestas en la familia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**

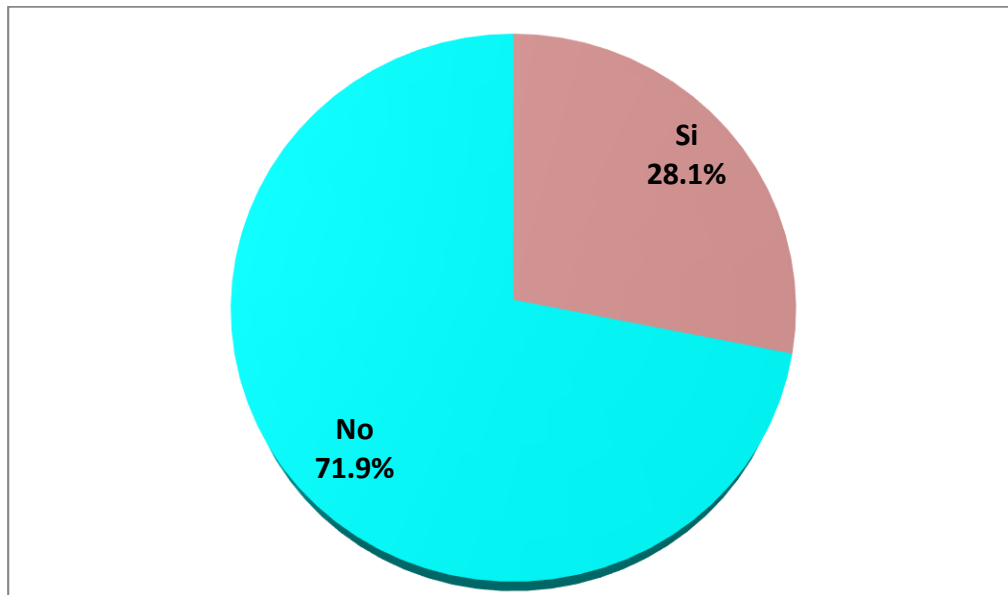


**Fuente:** Datos propios de la investigación

Las adolescentes encuestadas refirieron que las decisiones que se tomaban dentro de su hogar lo hacían ambos padres lo cual representa el 53% tal como se aprecia en el gráfico N°05, y el 47% manifestó que lo hacían otros miembros de su entorno.

### GRAFICO N° 07:

**Porcentaje según las decisiones tomadas en consultada por todos los miembros de tu familia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013.**



**Fuente:** Datos propios de la investigación

Se nos muestra que el 71.9% de las adolescentes encuestadas manifestaron que las decisiones que se tomaban dentro de su hogar no eran consultadas por todos los miembros de su familia frente a otro grupo que representa el 28.1% en la cual si se comunicaba y consultaban antes de tomar algún decisión.

**TABLA N° 07:**

**Frecuencia según nivel escolar del último año de educación primaria aprobado antes del embarazo de las adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013**

<b>Primaria</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
1	0	0.0%
2	0	0.0%
3	0	0.0%
4	0	0.0%
5	1	3.1%
6	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3.1%</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que solo una adolescente tiene como último año de estudios aprobado 5to de primaria lo cual representa el 3.1%.

**TABLA N° 08:**

**Frecuencia según nivel escolar del último año de educación secundaria aprobado antes del embarazo de las adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013**

<b>Secundaria</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
1	5	15.6%
2	13	40.6%
3	7	21.9%
4	4	12.5%
5	2	6.3%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>96.9%</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 40.6% tiene como último año de estudios aprobado 2° año de secundaria, 21.9% tiene como último año de estudios aprobado 3° de secundaria y solo el 6.3% logro culminar sus estudios secundarios.

**TABLA N° 09:**

**Frecuencia según sabe leer y escribir de las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba durante los meses de Marzo 2013 – Mayo 2013**

<b>Items</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Si	32	100.0%
No	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Datos propios de la investigación

Observamos que el 100% de las adolescentes embarazadas sabe leer y escribir.

## V. DISCUSIÓN:

El presente estudio en función a las características socio demográficas de las adolescentes embarazadas del Hospital II-1 MINSA Moyobamba periodo Marzo 2013- Mayo 2013, según la tabla N° 01 encontramos que la edad promedio en la que se producen los embarazos adolescentes fue de 15.63 años con un rango entre 13-17 años, comparando con un estudio realizado en México por Núñez-Urquiza (17) se observa que el promedio de edad de embarazos adolescentes es de 16 años. Además el 96.9% de la población estudiada que se evidencia en la tabla N° 01 cuentan con educación secundaria incompleta, debido a que por su estado tuvieron que retirarse de sus estudios.

Con respecto a la autoestima (gráfico N°01) y a la toma de decisiones (gráfico N°02), podemos observar en nuestro estudio que las adolescentes encuestadas presentaron autoestima alta 93.8%, así mismo el 56.3% de las adolescentes tomaron decisiones inadecuadas a pesar de presentar autoestima alta.

Así mismo se encontró que el 75% de la población estudiada no saben expresar sus emociones lo cual podría ser un factor para estar más expuesta a presentar un embarazo adolescente. Se podría esperar que los adolescentes muestren una posición abierta frente a sus sentimientos y expresarlos sin problemas, siempre y cuando la familia y la sociedad les faciliten también un contexto de confianza y seguridad.

Se obtuvo también que el 96.9% de nuestra población estudiada le fuera difícil decir no a diversas situaciones de la vida cotidiana, esto conlleva a que se tomen decisiones inadecuadas.

La falta e inadecuada comunicación con los padres es un factor importante que se evidencia en el 93.8% de la población estudiada (tabla N° 04) mientras que Abreu Reyes (19) en su estudio encontró este problema en el 66.6% de casos. Se obtuvo también que el 100% de las adolescentes embarazadas prefirieran hablar sobre temas de sexualidad con otras personas antes que con sus padres, ello demuestra la falta de confianza y comunicación que existe en la familia.

Es interesante sin embargo, que el 59.4% de las encuestadas manifestaron reconocer sus cualidades positivas y negativas, esto nos indica una clara posición frente a la realidad en la que viven y una potencial arma para sus metas de vida. El 78.1% de la población de estudio tuvo su primera relación sexual entre los 12-16 años, el 93.8% ha tenido más de una pareja sexual lo cual la expone aún más a quedar embarazada a temprana edad, estos resultados guardan relación con las causas del inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes, como son: a la falta de información, falta de comunicación con la familia, bajo rendimiento escolar, incapacidad para hacer valer su opinión respecto a postergar sus actividades sexuales y la incapacidad personal para enfrentar situaciones de riesgo potencial. (Tabla N° 02).

En nuestro estudio se encontró que en el 56.3% de nuestra población estudiada cuenta con padres separados o divorciados frente a un 25.9% que es soltera, se evidencia por lo tanto según los datos obtenidos que la unión conyugal de los padres influye de forma directa con la aparición de estos casos (gráfico N° 04).

El grafico N° 06 indica que en el 71.9% de los casos las decisiones que se tomaban no eran consultadas con los integrantes de la familia.

Por otro lado el 96.9% de las adolescentes cuenta con educación secundaria completa o incompleta, el 100% sabe leer y escribir (tabla N° 08 Y 9). Por otro lado, Gutiérrez (22) encontró que el 37% de casos se presenta en adolescentes con bajo nivel educativo.

El 56.3% de adolescentes embarazadas se encuentra realizando labores de ama de casa, el 34.4% se encuentra trabajando y solo el 9.4% continua estudiando, esto refleja que una vez que se presenta este problema, la gestante adolescente tiene que hacer abandono de sus estudio lo cual origina el fracaso y la obstrucción de muchas metas planteadas (grafico N° 07)

## VI. CONCLUSIONES:

- La población estudio se caracterizó por, el 40.6% se encuentran en la edad de 16 años, el promedio de edad fue 15.63 años, el 96.9% tiene educación secundaria incompleta y el 56.3% de ocupación ama de casa.
- Como factor psicológico más relevante al embarazo adolescente se encontró la sexualidad mal orientada, el 96.9% tuvo un comportamiento sexual inadecuado; el 93.8% de las adolescentes embarazadas mantuvo una deficiente comunicación con sus padres y el 62.5% de las adolescentes embarazadas inicio su vida sexual entre las edades de 14 – 15 años.
- Como factor social más relevante al embarazo adolescente se encontró el inadecuado ambiente familiar, el 56.3% de las adolescentes tienen padres separados/ divorciados y el 25% de las adolescentes tiene padres solteros.



## VII. RECOMENDACIONES:

- Es necesario en la intervención del embarazo adolescente un nuevo enfoque cuya base sean los valores y la equidad de género a fin de mejorar las relaciones interpersonales dentro del ambiente familiar.
- Proponer la creación de programas de salud dirigidos a adolescentes que involucren también a la familia, con la finalidad de brindar información y despejar dudas sobre temas relacionados a la sexualidad, además de fortalecer el vínculo familiar.
- Motivar que la sociedad en conjunto involucre y ofrezca más oportunidades a las adolescentes en el desarrollo de su comunidad para que su interés por la vida rebase el mistificado papel de madre.
- Es importante involucrar a los padres o las personas responsables de los mismos, en la formación de un modelo familiar adecuado que contribuya a garantizar la adecuada formación del adolescente preparándolo para los diferentes retos de la vida y con un amplio deseo de superación.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Rivera Alvarado Sandra. Embarazo en Adolescentes. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural. (2008)
2. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS [www.monografias.com/trabajos13/.../adosa.shtml](http://www.monografias.com/trabajos13/.../adosa.shtml)2010
3. Tafur del Águila A. M. Algunos aspectos del embarazo en la adolescencia, UNSM, Facultad de Ciencias de la Salud, 2006.
4. Prevención del Embarazo en los Adolescentes. Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva Homero No. 213, 7º piso Col. Chapultepec Morales Delegación Miguel Hidalgo C. P. 11750 México, D. F2009
5. Langer A. El embarazo impacto sobre la salud y la sociedad de América Latina y el Caribe. Rev. Panamericana. Salud publica 2009
6. García CT; González P. Incremento de embarazos entre las adolescentes [blog.parabebes.com/incremento-de-embarazos-no-deseados-entre-las-adolescentes.html](http://blog.parabebes.com/incremento-de-embarazos-no-deseados-entre-las-adolescentes.html)2010.
7. Hung Bridó Y. Embarazo en adolescentes. Cuba 2010
8. Cortés Alfaro A, Del Pino A, Sánchez M, Embarazo [www.arrakis.es/~cjas/embarazo.htm](http://www.arrakis.es/~cjas/embarazo.htm). 2008
9. Castro Espín M. Incremento de embarazos [www.terra.com/articulo/html/sa125796.htm](http://www.terra.com/articulo/html/sa125796.htm).2010
10. Fernández-Martínez de Alegría, C; Brugos Larumbe, A; Sánchez Cantalejo, E. El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. México D.F. 2010

11. Davis Ivey Ch. Adolescencia y sexualidad [www.consultasexual.com.mx/.../adolescencia\\_y\\_sexualidad.htm](http://www.consultasexual.com.mx/.../adolescencia_y_sexualidad.htm). Cuba. 2008
12. Ortiz Lee C, Rodríguez A. Embarazo en adolescentes [www.eastnet.net/rafaele/embarazoadolescentes.html](http://www.eastnet.net/rafaele/embarazoadolescentes.html). 2010
13. López Nodarse M. Embarazo en la adolescencia [11b.blogspot.com](http://11b.blogspot.com). 2009
14. García Gaytán. M. (2007) Embarazo en adolescentes [www.eastnet.net/rafaele/embarazoadolescentes.htm](http://www.eastnet.net/rafaele/embarazoadolescentes.htm)
15. Arce LM. Conflictos en la evolución del adolescente. Teoría y metodología para la intervención en familias. Universidad Nacional de Costa Rica; 2009.
16. Miranda Palacios, Rocío; Factores Biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador, Perú, 2008.
17. Núñez-Urquiza RM, Unwanted adolescent pregnancy and post-partum utilization of contraceptive methods. *Salud Pública Mex* 2007; 45 suppl 1:S92-S102.
18. Alarcón Argota, Rodolfo Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Policlínico José Martí Pérez Cuba 2007
19. Abreu Reyes Dr. D.R.(2009) comportamiento del embarazo en las adolescentes en Río de Janeiro [www.med.unne.edu.ar/.../emb\\_adolescencia.html](http://www.med.unne.edu.ar/.../emb_adolescencia.html)
20. Martínez y Martínez, La salud del niño y del adolescente, 4°. Edición México, Masson Salvat.(2005)
21. Damián López B, Barreda GradosJ, , factores de riesgo asociados a la morbimortalidad en adolescentes embarazadas en TACNA-PERU 2006.

22. Gutiérrez R. Problemas de salud reproductiva en el país andino-CAJAMARCA. 2010
23. Putoy Darling. Atención Integral a la Mujer del Sistema Local de Atención Integral en Salud. 2010
24. Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe)
25. Diccionario De Medicina Océano Mosby (1996)
26. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS www.monografias.com/trabajos13/.../adosa.shtml.2010
27. Peláez Mendoza J. Los embarazos preocupan a los adolescenteswww.diarioinformacion.com/.../noticia.jsp.2008
28. LORBERFELD, Y. Algunas consideraciones sobre el embarazo adolescente en México. Revista Departamento Psicología Universidad Iberoamericana, 5 (3-4), 100-114.2009
29. RIVERA, S. "Aspecto de tipo social, psicológico y cultural. Embarazo en adolescentes". Colombia. 2009.
30. ROMERO, I. Embarazo adolescente. Curso salud y desarrollo adolescente. Módulo 3: Lección 15. Sexualidad y Embarazo. 2010.
31. ÁVILA GÁLVEZ ELENA, CID SANTANA MAYLÉN, GARCÍA IMIA ILEANA, LORENZO GONZÁLEZ ANTONIO, RODRÍGUEZ PABLO. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia, año 2000. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2013 Oct 02] ; 74(4): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312002000400008&lng=es).

32. Maruzzella Valdivia P. Marta Molina S. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. XII, N° 2: Pág. 85-109. 2003.  
<http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17457/18228>.

## **IX. ANEXOS:**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TITULO: “FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO  
EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-1 MINSA  
MOYOBAMBA”**

**INTRODUCCION:** El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública relevante, no solo por disminuir las posibilidades de desarrollo de la gestante y aumentar el riesgo de pobreza sino también porque constituye un elevado riesgo para su salud física y psicológica. Por ello surge el interés de determinar si los factores psicosociales influyen significativamente en el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 MINSA Moyobamba, para lo cual se le solicita su colaboración con el llenado de la presente encuesta con respuestas sinceras para lograr así cumplir con los objetivos trazados.

### **I. FACTOR PSICOLÓGICO:**

A continuación encontrarás una lista de habilidades que usaste en tu vida diaria antes de tu embarazo, señala tu respuesta marcando con un aspa (X) uno de los casilleros que se ubican en la columna de la derecha.

**a). AUTOESTIMA:**

	Nunca	A veces	Siempre
1. Evite hacer cosas que podrían dañarme	1	2	3
2. Me sentí conforme con mi aspecto físico	1	2	3
3. Me gustaba verme arreglada	1	2	3
4. Pude cambiar mi comportamiento cuando me di cuenta que estuve equivocada.	1	2	3
5. Me dio vergüenza reconocer mis errores	3	2	1
6. Reconocía fácilmente mis cualidades positivas y negativas	1	2	3
7. Podía hablar sobre mis temores con facilidad	1	2	3
8. Cuando algo me salía mal no sabía cómo expresar mi cólera	3	2	1
9. Compartía mi alegría con mis amigas y amigos	1	2	3
10. Expresé siempre lo que sentía	1	2	3
11. Guarde los secretos de mis amigos	1	2	3
12. Me negaba hacer las tareas de mi casa	3	2	1

AUTOESTIMA	PUNTOS
Baja	12 - 23
Alta	24 - 36

**b). TOMA DE DECISIONES:**

	Nunca	Aveces	Siempre
1. Pensé en varias soluciones frente un problema	1	2	3
2. Elegí lo mismo que otros eligieron	3	2	1
3. Pensé en las posibles consecuencias de mis decisiones	1	2	3
4. Me gustaba hablar sobre mi futuro	1	2	3
5. Me tracé algunas metas para mi vida	1	2	3
6. Busqué el apoyo de otras personas para decidir algo importante sobre mi futuro o presente	1	2	3
7. ¿Te costó decir no?	3	2	1
8. Mantuve mi idea cuando vi que mis amigos estaban equivocados	1	2	3
9. ¿Las decisiones que tomaste consideras que fueron adecuadas?	1	2	3

TOMA DE DECISIONES	PUNTOS
Inadecuada	9 – 17
Adecuada	18 - 27



**c). Sexualidad:**

	Nunca	A veces	Siempre
1. Te comunicabas con tus padres con facilidad	1	2	3
2. Hablaron tus padres sobre relaciones sexuales contigo	1	2	3
3. Prefieres hablar con otras personas y/o profesionales sobre temas de sexualidad antes que con tus padres	1	2	3
4. Tu primera relación sexual fue: Entre los 12 a 13 años <b>(1)</b> , 14 a 15 años <b>(2)</b> , 16 a 17 años <b>(3)</b>	1	2	3
5. Al iniciar tu vida sexual pensaste que podías embarazarte	1	2	3
6. Desde que iniciaste tu vida sexual ¿Cuántas parejas sexuales tuviste?. Una <b>(1)</b> , dos <b>(2)</b> , de 3 a más <b>(3)</b>	1	2	3

SEXUALIDAD	PUNTOS
Inadecuada	6 – 11
Adecuada	12 - 18

**II. FACTORES SOCIALES:**

A continuación te presentamos una serie de preguntas las cuales debes responder o marcar con una (X) según corresponde, por favor hazlo con total sinceridad para lograr así con el objetivo de la presente investigación.

**a). Ambiente Familiar:**

1. ¿Qué edad tienes?

---

2. Integrantes de tu familia con los que vivías antes de tu embarazo

- padres y hermanos ( )
- solo mama y hermanos ( )
- solo papa y hermanos ( )
- otros ( )

3. ¿Cuántas familias vivían en tu misma casa?

- solo tu familia ( )
- tres familias ( )
- dos familias ( )
- ninguno ( )

4. Estado civil de tus padres:

- casados ( )
- convivientes ( )
- solteros ( )
- separados/divorciados ( )
- viudos ( )

5. En tu familia ¿Quién impone las normas?

- Papa ( )
- Ambos ( )
- Mama ( )
- Otros ( )

6. Las decisiones que se tomaban ¿eran consultadas por todos los miembros de tu familia?

- Si ( )
- No ( )

**b). Nivel Escolar:**

1 ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobaste?

- ✓ Primaria: 1  2  3  4  5  6
- ✓ Secundaria: 1  2  3  4  5
- ✓ Superior: 1  2  3  4  5

2. ¿Sabes leer y escribir?

- Si ( )      - No ( )

3. Actualmente te encuentras:

- estudiando ( )

-trabajando ( )

- no estudio ( )

-trabajo y estudio ( )

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION.....!!!!**