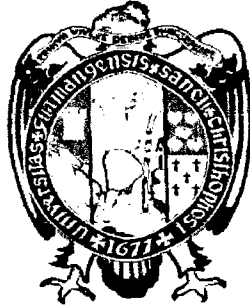


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A
ADOLESCENTES GESTANTES. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ABRIL - OCTUBRE. 2014”**

Tesis para optar el Título Profesional de:

OBSTETRA

PRESENTADO POR

CHACCHI SULCA, Estefany Ingrid

DIAZ PEREZ, Flor Helyana

ASESORA

ORELLANA DE PISCOYA, Lucy

AYACUCHO-PERÚ

2015

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente este trabajo a Dios. A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

ESTEFANY

*A Dios, Todopoderoso por darme salud
Y mostrarme el propósito de mi vida;
a mi familia, por su apoyo Incondicional
para el logro de mis objetivos.*

FLOR

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Mater, formadora de profesionales al servicio de nuestro país.

A la Facultad de Obstetricia y su plana de docentes, por sus enseñanzas durante nuestra permanencia en las aulas universitarias.

A nuestra asesora, la obstetra **Lucy Orellana de Piscoya**, por su constante apoyo y orientación en la elaboración del presente trabajo.

Al Hospital Regional de Ayacucho, en especial a las y los Obstetras del servicio de Gineco – obstetricia, por brindarnos todas las facilidades para la ejecución del presente trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

Índice

Introducción

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.	Planteamiento del problema	8
1.1.	Formulación del problema.....	10
1.2.	Objetivos de la investigación.....	11
1.2.1.	General:.....	11
1.2.2.	específicos:.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio.....	12
2.2.	Marco teórico	16
2.3.	Conceptos operativos	35
2.4.	Hipótesis.....	38
2.5.	Variables de estudio	38
2.6.	Operacionalización de variables	39

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación	40
3.2.	Método de investigación	40
3.3.	Diseño de investigación	40
3.4.	Área de estudio.....	40
3.5.	Población.....	40
3.6.	Muestra.....	41
3.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
3.9.	Procedimiento de la investigación.....	42
3.10.	Procesamiento de datos	43
3.11.	Presentación y análisis de datos.....	43

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Conclusiones	60
Recomendaciones	61

Bibliografía

Anexo

La INEI del 2013 informa, del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 13.2% estuvo alguna vez embarazada, el 10.8% eran madres y el 2.4% estaban gestando por primera vez .⁵

La INEI del 2014, muestra un incremento del embarazo adolescente, de éste modo, 13.9% de las adolescentes estuvieron alguna vez embarazadas, 10.5% ya eran madres y 3.5% estaban gestando por primera vez.⁵

Existen innumerables evidencias que dan cuenta de que la fecundidad adolescente está influenciada por la familia y los grupos sociales de pertenencia; familias con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Además las decisiones que toman los adolescentes en torno a su vida sexual y reproductiva se relacionan con la formulación y realización de su proyecto de vida, el cual influye a su vez en su fecundidad. Cuando no se han formulado metas profesionales ni incorporado al mundo laboral se incrementa el riesgo de un embarazo no planeado, ya que las adolescentes encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. Por otra parte, la información referida sobre sexualidad obtenida de los padres o de la escuela tiene efectos favorables importantes.⁶

Abarcando los factores de riesgo psicológicos, encontramos el nivel de autoestima. Las adolescentes que tienen más dificultades para planear sus decisiones, presentan deficiencias en por lo menos dos aspectos: la confianza en sí mismos/as y la capacidad para tomar decisiones por cuenta propia. Así mismo; se tornan influenciables por sus pares, por el entorno comunitario y por los mensajes sociales de los medios de comunicación.

Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a las adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable.⁶

Los estudios recientes revelan que carecer de escolaridad o tener la primaria incompleta aumenta las probabilidades de tener al primer hijo en la adolescencia, mientras que culminar la secundaria o más incide de manera importante en la probabilidad de convertirse en madre a edades adultas. El caso peruano corrobora lo que otros estudios han revelado, que la fecundidad en adolescentes es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas.⁷

En la presente investigación de tipo aplicativo, con un método de investigación descriptivo - correlacional y con un diseño de investigación prospectivo – transversal, estudiada en 100 adolescentes gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia, encontramos que los factores de riesgo psicosociales estuvieron asociados al embarazo en las adolescentes ($P < 0.05$), obteniendo los siguientes resultados: el 69% de las adolescentes gestantes contaron con un nivel de instrucción secundaria, 54% proceden de zona rural, 48% tuvieron una familia disfuncional, 70% no contaron con información en planificación familiar, 53% no tuvieron un proyecto de vida y 57% tuvieron autoestima baja.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia de acuerdo a la OMS es considerado de los 10 a 19 años de edad, el cual se ha visto incrementado en los últimos años, produciéndose en edades cada vez menores, además de variar de acuerdo a los contextos socioeconómicos y culturales.¹

Habiendo observado las estadísticas obtenidas por la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, se puede afirmar que entre los años 2010 a 2013, se dio un incremento del embarazo adolescente. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) informó que en el 2010, el 20.1% de la población adolescente en Ayacucho ya eran madres o estaban embarazadas.²

En el 2011, el 33.9% de adolescentes que ya eran madres o estaban embarazadas sólo contaban con educación primaria, en tanto que el 19.7% pertenecía al área rural.³

Según la ENDES 2012, del total de adolescentes de 15 a 19 años el 18.4% ya estuvo alguna vez embarazada, de éstas el 15.3 % ya eran madres y el 3.1 % estaban gestando por primera vez.⁴

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. Las adolescentes gestantes son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo porque su cuerpo aún está en proceso de formación, sino por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación. El embarazo en esta etapa, toma por sorpresa a todos los miembros de esta familia, causando reacciones muchas veces negativas hacia la adolescente y su hijo; siendo este momento cuando la adolescente necesita más apoyo de sus padres por estar en una etapa de maduración biológica, psicológica y social.⁸

Si bien la fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 25 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento. De acuerdo a las estadísticas de los últimos años se ha visto que la tasa de fecundidad en adolescentes no ha disminuido en la misma proporción que la tasa de fecundidad global.⁶

Dentro de los factores de riesgo sociales se encuentran el bajo nivel de aspiraciones académicas, los tabúes que condenan la regulación de la fecundidad, la falta de información en planificación familiar, la disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, el bajo nivel socioeconómico, el alcoholismo, vivir en un área rural y el ingreso precoz a la fuerza de trabajo.⁹

Por otro lado, está el factor de riesgo psicológico, el autoestima, por tanto es imprescindible la aceptación y valoración por parte de su familia, también de personas que la rodean, ya que esto ayuda al desarrollo de su autoestima, además una adolescente con el apoyo necesario del medio en el que vive y con la confianza de sus padres será capaz de tomar decisiones que la lleven por el camino correcto.¹⁰

En el Perú, 9 de cada 10 madres adolescentes no asisten a un centro educativo. La no culminación de la formación educativa es quizás una de las limitaciones más cruciales que tienen que afrontar las adolescentes involucradas. 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.⁵

En Ayacucho, la Dirección Regional de Salud en el 2010, reporta 158 adolescentes de 11 a 14 años en estado de gestación y 3,056 adolescentes de 14 a 19 años que ya son madres. De acuerdo, al índice de fecundidad adolescente en la región de Ayacucho observamos que el 20.1% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez; los índices más altos se reportan en la provincia de La Mar

con 28%, en el Valle del Río Apurímac y Ene (VRAE) con 27%, Vilcashuamán con 22% y Huanta con 20%.¹¹

Siendo necesario conocer los factores de riesgo en las adolescentes gestantes para una adecuada intervención, nos planteamos la siguiente interrogante:

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo psicosociales asociados a las adolescentes gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho de abril- octubre del 2014?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. GENERAL:

Establecer los factores de riesgo psicosociales asociados a las adolescentes gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho de abril - octubre del 2014.

1.2.2. ESPECÍFICOS:

- Determinar los factores de riesgos sociales: nivel de instrucción, procedencia, funcionalidad familiar, información en planificación familiar y proyecto de vida, asociados a las adolescentes gestantes.
- Relacionar la autoestima como factor de riesgo psicológico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Para la realización del presente trabajo, recurrimos a la revisión de fuentes bibliográficas que puedan respaldar nuestra investigación.

- **MARTINEZ, 2011. Cuscatlán - El Salvador.** En su investigación conformada por 561 adolescentes gestantes del Área Rural de dos Municipios del Sibasi, estableció que el 54% de las adolescentes oscilaban entre los 15 a 17 años. El 86% contaba con una educación básica, el 7.6% con bachillerato y el 6.4% no contó con escolaridad. El 61.7% de la población entrevistada, recibió información sobre prevención del embarazo, de las cuales, 72% recibieron una información puntual y continua. En cuanto a métodos anticonceptivos, el 55% no conocía los métodos de planificación familiar y el 45% manifestó conocer los métodos de planificación familiar. Además encontró que 60.4% no poseía un proyecto de vida y sólo 39.6% refirieron tenerlo.¹²
- **CALVOPIÑA, 2012. Quito - Ecuador.** En su investigación participaron 80 madres adolescentes de 14 a 19 años de edad atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez, del cual concluyó que

el 32% de las madres tenían 16 años de edad, seguido del 24% de 15 años y un 4% de 19 años. El 86% se encontraba con educación secundaria; mientras el 14% con educación primaria. En relación a la ubicación, el 41% se encontraba en área periférica, el 31% en área rural y el 28% en el área urbana. El 67% de las adolescentes demostró tener conocimiento en métodos anticonceptivos, aun así el 86% no los usó.¹³

- **ORIHUELA, 2000. Madre de Dios - Perú.** En su investigación con una muestra de 95 gestantes adolescentes estudiadas en el Hospital de apoyo Santa Rosa, encontró que la mayoría se hallaba entre los 17 a 19 años con 71.5% y el 28.5% restante estaba conformado por adolescentes entre 12 a 16 años de edad. Por otro lado el 71% cursaban el nivel secundario o suspendieron sus estudios encontrándose en este nivel; así mismo 52.6% del total eran estudiantes, el 40% no estudiaban ni trabajaban. Respecto al lugar de procedencia, el 71.6% de adolescentes procedían de la misma ciudad de Puerto Maldonado. Por otro lado, el 62.1% de gestantes adolescentes tuvieron una autoestima promedio, el 20% correspondió a un nivel bajo y sólo el 18.9% de ellas poseían una autoestima alta. Todas las adolescentes menores o iguales a 14 años tenían baja autoestima (6.4%), así mismo la mayoría de las que tuvieron instrucción superior poseían una autoestima alta (18.5%).¹⁴
- **MIRANDA, 2005. Lima - Perú.** En su trabajo basado en 94 gestantes adolescentes, atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador obtuvo de acuerdo al grupo etáreo, que el 86.2% de las gestantes adolescentes

tenían entre 17 a 19 años, con relación al grado de instrucción el mayor porcentaje fueron las de educación secundaria incompleta con el 50%. El nivel de autoestima media representó el 32.8% y el 63.8% tuvo disfunción familiar.¹⁵

- **CUTIPA, 2012. Tacna – Perú.** La muestra de su estudio estuvo constituida por 33 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acudieron al Centro de Salud Metropolitano de Tacna. Del cual se observó que más de la mitad tuvieron una familia funcional con un 54,55%, el 33,33% tuvieron disfunción moderada y el 12,12% disfunción grave. Respecto al nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas, casi la mitad de las adolescentes gestantes presentó un nivel de autoestima baja con 48.48 %, seguido por 33.33 % con autoestima medio y 18,18 % con autoestima elevada.¹⁶
- **LLANTOY, 1996. Ayacucho - Perú.** Su investigación estuvo constituida por una muestra de 150 adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, halló que: el 61.33% de embarazos en adolescentes se dio entre los 18 a 19 años de edad y 5.33% entre 14 a 15 años. De acuerdo al nivel de instrucción, el 47% contaba con nivel secundaria; 41%, con nivel primaria, 8% eran analfabetas y 4% de nivel superior. Respecto a su procedencia, el 42.67% de las adolescentes gestantes procedían de zona urbana y el 57.33% de zona rural. El 73.33% de adolescentes recibieron consejería en planificación familiar y el 26.67% no recibió información.¹⁷

- **ÑAHUERO, 2010. Ayacucho – Perú.** En su investigación constituida por todas las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho distribuidas en dos grupos muestrales de casos y controles (50 adolescentes embarazadas y 50 adolescentes sin embarazo), obtuvo los siguientes resultados en el grupo de los casos: el 20% tuvo un nivel de instrucción primaria, el 82% fueron amas de casa y solo el 18% eran estudiantes. De acuerdo a la procedencia, el 42% de gestantes procedían de zona urbana, el 30% de zona rural y el 28% de zona urbana marginal. En cuanto a planificación familiar, el 74% de adolescentes recibieron consejería.¹⁸

2.2. MARCO TEÓRICO

LA ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio -económica" y se da entre los 10 y 19 años. Por los matices según las diferentes edades, la adolescencia se puede dividir en tres etapas:

1. *Adolescencia Temprana (10 a 13 años)*

Psicológicamente la adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.¹⁹

2. *Adolescencia Media (14 a 16 años)*

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generando riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.¹⁹

3. *Adolescencia tardía (17 a 19 años)*

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una

perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.¹⁹

SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE

Los adolescentes tienen como una de sus primeras necesidades el conocimiento y el manejo de su sexualidad. Por ello la sexualidad tiene un lugar destacado en la vida de los adolescentes en dos dimensiones: el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, y la enorme influencia que la sexualidad de la adolescente tiene en su desarrollo integral; como la búsqueda de la identidad, la autoestima, la toma de decisiones, la independencia emocional, personal y financiera de sus padres.²⁰

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".¹⁹

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.¹⁹

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

Los cambios biológicos suceden de una manera relativamente rápida, mientras que los psicosociales son mucho más graduales. Esto condiciona que aunque la niña ostente el cuerpo de una mujer adulta, todavía tenga una forma de pensar y de comportarse sumamente infantil.¹⁹

En contraposición, fuera del hogar la joven encuentra un trato preferencial y una enorme aceptación por parte de los numerosos pretendientes. Claro está que difícilmente un varón adulto o mayor se relaciona con una adolescente para conformar un proyecto de vida; rara vez el adulto pretende hacer de su joven conquista su compañera de vida, tal como lo espera o lo cree la joven. La expectativa es estrictamente sexual y de muy corto plazo, sobre todo porque muchos de estos hombres son casados y tienen hijos, por lo que su generosidad y complacencia con la joven responden a un interés sexual y no afectivo.¹⁹

Para optar por una relación emocional, la adolescente comienza a asumir una serie de posturas y de actitudes que simulan las de una adulta. Esto también resulta impactante para la familia, que ve cómo la menor “se está comportando como grande” y se priva del desarrollo natural y sano que implica ser joven. En algunos casos, muy dolorosos, la familia propicia estas actitudes con el deseo de casar pronto a la hija y disminuir la posibilidad de que se vaya a embarazar soltera. Quizás esto sea más frecuente en familias rurales y tradicionales.²³

CAMBIOS PSICOSOCIALES

Por razones que no son muy claras, la pubertad ocurre cada vez más temprano. Así, las jóvenes que vivieron en los primeros años del siglo XX tuvieron su primera menstruación en promedio a los 15 años, mientras que, en la actualidad, ocurre entre los diez y once años. En contraposición, hoy la independencia económica y el ingreso en el mercado laboral ocurren cada vez más tarde en la vida. Es mucho más difícil hacerles frente a las necesidades personales, por lo que la dependencia a los padres continúa hasta los 22 a 23 años. ¹⁹

La sexualidad implica ante todo responsabilidades, de ahí la importancia de que el individuo pueda responder a esas exigencias, y difícilmente lo logrará una joven que ni siquiera puede mantenerse a sí misma, requerirá más de una década para ser económicamente independiente. Los adultos no saben controlar estos lapsos tan grandes entre la maduración sexual y la maduración psicosocial; y, muchos se cierran al ver la complejidad de la situación y optan por desaprobación la sexualidad del joven, sin percatarse de que una censura familiar es un argumento sumamente débil para la mayoría de los adolescentes. En estas circunstancias, algunas familias, al no poder ejercer el control sobre el joven, buscan reiteradamente el enfrentamiento, el choque y el conflicto, reacciones que propician que la adolescente vea en su estructura familiar un enemigo y no una fuente de protección y de consejos sabios. Muchas familias se convierten en una verdadera policía represora, de manera que la adolescente ejerce su vida sexual de manera clandestina, en silencio, lejos del conocimiento familiar y

muy cerca de los grandes riesgos que depara la sexualidad a esas edades.¹⁹

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICOS

1. Patrones inadecuados de educación y crianza.

- *La 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).²⁴
- *El 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.²⁴
- *La agresión* tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.²⁴
- *La Permisividad.* Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.²⁴
- *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.²⁴

2. Baja Autoestima. Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores, trastornos psicossomáticos.²⁵

AUTOESTIMA

La autoestima es la valoración positiva de uno mismo. Es imprescindible para garantizar una interacción valiosa y trascendente con los demás que primero nos queramos a nosotros mismos.²⁶

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Según como se encuentre nuestra autoestima, esta será responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.²⁶

Uno de los instrumentos para medir la autoestima es el **INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE STANLEY COOPERSMITH**, el cual corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959.

La prueba está constituida por 10 afirmaciones, con respuestas dicotómicas, ítems verdadero – falso que exponen información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de 4 subescalas.²⁰

Autoestima general: Área Sí Mismo (SM). Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas.²⁰

Autoestima social: Área social (SOC). Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.²⁰

Autoestima hogar y padres: Área hogar (H). Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en relación con sus familiares directos.²⁰

Autoestima escolar académica: Área escuela (SCH). Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores.²⁰

NIVELES DE AUTOESTIMA

➤ Autoestima Baja

Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Cuando una persona no logra ser auténtica se le originan los mayores sufrimientos, tales como, enfermedades psicológicas, la depresión, las neurosis y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero crean una serie de insatisfacciones y situaciones de dolor, como por ejemplo, timidez, vergüenza, temores,

trastornos psicosomáticos. La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres.²⁵

Tener un **nivel bajo de autoestima** supone básicamente:

- No creer en su potencial personal, profesional y relacional.
- Buscar culpables a sus problemas.
- Sentirse frustrado, angustiado.
- Evadir sus responsabilidades.
- Sentirse incompetente.
- Sentirse inseguro/a y desdichado/a.
- Pensar que no vale como persona, sin que importe lo que opinen los demás.²³

Todos los rasgos expuestos en la autoestima de nivel bajo indicarían una pobre imagen de uno mismo, un sentimiento de desánimo y profunda tristeza y desesperación. También indicarían que las relaciones que se establecen con otras personas son conflictivas y con frecuencia, generan más frustraciones e inseguridades personales; o en un peor caso, que haya ausencia o falta de relaciones sociales.²³

➤ **Autoestima Buena**

No se habla de una alta autoestima, sino del narcisismo o de una buena autoestima. El narcisismo es el amor excesivo hacia uno mismo o de algo hecho por uno mismo, por eso se dice que una persona es narcisista, cuando está enamorado de sí mismo, es decir

de lo que piensa, de lo que hace, de cómo es, de cómo se viste, etc., pero no del propio ser, sino de la imagen del yo.²⁵

Tener un **nivel alto de autoestima** supone básicamente:

- Reconocer el valor de la autoestima para el desarrollo personal.
- Propiciar el aprecio por uno mismo/a, con nuestras fortalezas y debilidades.
- Defender el propio derecho a ser respetado/a, feliz y tenido/a en cuenta.
- Reconocer a las personas que fortalecen nuestra autoestima, diferenciándolas de aquellas que la destruyen.
- Determinar la forma de aceptar y/o modificar nuestras debilidades.²³

LA AUTOESTIMA FRENTE A LA SEXUALIDAD

Es la consideración, el aprecio y la valoración que tiene la persona de su sexualidad como atributo humano. Ello implica una toma de conciencia sobre las funciones que desempeña el sexo y la sexualidad en su realización y su perfeccionamiento como persona humana. Autoestimar la sexualidad es tener conciencia del papel que cumple el sexo como una función orgánica natural y como una necesidad que debe ser satisfecha, tomando en cuenta el mayor respeto y consideración a nuestro cuerpo y a las funciones que cumplen los órganos sexuales en la perpetuación de la vida humana. Por ello, también es necesario comportarse sexualmente teniendo presente la práctica de los valores y virtudes morales y sociales que sustentan la convivencia social.²⁷

AUTOESTIMA Y EMBARAZO ADOLESCENTE

La autoestima, supone una valoración de nuestro autoconcepto. El autoconcepto representa el conjunto de características o atributos que nos definen como individuos y nos diferencian de los demás. Para construir un autoconcepto, los individuos ponen atención en la retroalimentación que reciben en sus asuntos cotidianos que muestran sus atributos, características y preferencias personales, y por tanto un proceso de construcción social, al depender de cómo nos evalúan los demás para evaluarnos nosotros mismos.²⁸

La autoestima posibilita a la adolescente una mejor entrada en la vida adulta con un desarrollo psíquico y emocional óptimo. Determinan la autoestima las relaciones con los padres: su apoyo y afecto propiciarán una alta autoestima en el adolescente, mientras que la excesiva crítica y exigencia, propiciará una baja autoestima. Influyen factores como las diferencias de género: en los varones, habilidad deportiva y sentimiento de eficacia. Y en las mujeres la calidad de sus relaciones interpersonales y su atractivo físico.²⁸

FACTORES DE RIESGO SOCIAL

Como principales factores de riesgo social tenemos:

- 1. Inadecuado ambiente familiar.** Cuando la familia es disfuncional, no cumple sus funciones básicas y no quedan claras las reglas y los roles familiares, dificultan 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.²⁴

- **Familia Disfuncional:** Son familias uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo entre padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la adolescente no sabe resolver, impulsándola hacia las relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que un genuino vínculo de amor.¹⁹
2. **La promiscuidad.** Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces e ITS, sino que también propicia una autoestima negativa que deforma la personalidad del adolescente.¹⁹
 3. **Abandono escolar y laboral.** Este hecho provoca que la adolescente se halle desvinculada 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 y en sus posibilidades de desarrollo social.¹⁹
 4. **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 a la adolescente un enfrentamiento adecuado a las situaciones de conflicto. Con desinterés general, cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la adolescente, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.²⁴

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Los adolescentes son más vulnerables, porque con el mismo número de contactos sexuales tienen mayor probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) por diferentes factores: primero, las adolescentes, en especial las de menor edad, suelen tener dificultad para la negociación, para decir no, no quiero tener relaciones, o para saber si de verdad quieren iniciar la actividad sexual o lo están haciendo por presión de la pareja; en segundo lugar, si bien los y las adolescentes no son promiscuos en el sentido de tener varias parejas en forma simultánea, sí cambian de pareja con frecuencia, se enamoran de sus parejas y tienen actividad sexual con todas ellas, lo que no significa que la tengan con cualquier persona; es decir, mantienen una monogamia seriada; finalmente, carecen de habilidad en el uso del preservativo, lo que en gran parte es responsabilidad de los adultos. Los factores de riesgo para adquirir una ITS son: el inicio precoz de la actividad sexual; el mayor número de parejas sexuales; el cambio de pareja sexual en los últimos dos meses; el no uso de preservativo y la asociación con consumo de alcohol, tabaco y drogas, estos antecedentes son útiles en el momento de efectuar tamizaje.²¹

Mientras más se expongan al riesgo, mayores son las probabilidades de contraerlas. En términos generales, las infecciones de transmisión sexual más comunes son: sida, sífilis, gonorrea, hepatitis B, herpes, clamidia y virus papiloma humano o VPH.

Los síntomas de estas enfermedades dependen directamente del germen causante, aunque la mayoría no los provoca. Cada una tiene su tratamiento específico y en todas se debe abordar a la pareja en conjunto.

- **Sida:** El virus se encuentra en fluidos compuestos por suero sanguíneo, como sangre, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales y leche materna. Por eso se transmite principalmente a través de relaciones sexuales anales y vaginales, por vía perinatal (de madre a hijo en la gestación, parto o lactancia) y por compartir jeringas infectadas.³⁶
- **Sífilis:** Enfermedad venérea causada por la bacteria *Treponema pallidum* que se aloja en partes húmedas del cuerpo. Se caracteriza por tener cuatro estadios. El especialista advierte que hay desde lesiones a nivel del cuello del útero hasta la causa de muerte de Van Gogh: neurosífilis, donde el sistema nervioso central se ve afectado. Habitualmente se utiliza penicilina intramuscular para el tratamiento.³⁶
- **Gonorrea:** En la mujer puede presentarse de distintas formas: sin síntomas, como una inflamación del cuello del útero o un cuadro de pelviperitonitis, con fiebres bajas y/o dolor en el área del ombligo hacia abajo. En cambio, en los hombres se caracteriza por la pérdida de una secreción verdosa y purulenta a través del pene. Para esta patología existen distintas alternativas terapéuticas, entre ellas, los antibióticos como la penicilina o quinolona.³⁶
- **Hepatitis B:** No da problemas en la zona genital, sino que se presenta como una hepatitis. "Para esta enfermedad no existe tratamiento. Por eso, puede quedar como una hepatitis crónica, con el riesgo de desarrollar cáncer hepático".³⁶
- **Herpes:** El herpes es una enfermedad inflamatoria cutánea que afecta todo el cuerpo, en el caso de la transmisión sexual, afecta directamente a la zona genital, y se denomina "herpes genital". Los principales

síntomas son ampollas en la zona afectada, bultos en la ingle y disuria (dolor al orinar). Esta enfermedad se puede tratar pero nunca se logra eliminar el virus del todo, se puede controlar y mantener el virus inactivo, más no curar.³⁶

- **Clamidia:** Se puede manifestar como una cervicitis o una vulvovaginitis, las cuales a veces se asocian a un flujo genital anormal. Éstas se tratan por vía oral con medicamentos derivados de la tetraciclina o de la eritromicina.³⁶
- **Virus Papiloma humano VPH:** No presenta síntomas, pero en algunos casos se manifiesta con una infección, la que permite diagnosticarlo. Esto puede realizarse por medio del Papanicolau o tomando un inmunofluorescencia.

El principal problema de esta enfermedad es que puede favorecer el desarrollo de un cáncer de cuello uterino, de ahí la importancia de realizarse periódicamente un Papanicolau.³⁶

Para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, las medidas básicas están dadas por la educación y el preservativo: "La sexualidad madura y responsable, o sea, tener relaciones bajo el concepto del amor y la fidelidad, ayuda a evitar este tipo de problemas".³⁶

INFORMACION EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar es una manera de guiar y ayudar a la pareja a tomar una libre y voluntaria decisión acerca del número de hijos que desea tener y la frecuencia con que los quiere tener. La ausencia de una efectiva educación y/o información en la población, ha dejado desprovisto de

conocimientos a los adolescentes, lo cual es bastante grave, pues ellos están a puertas de ser padres y asumir todas las responsabilidades que abarcarían una familia. Así mismo, es importante que los adolescentes tengan una educación sexual y reproductiva, ya que ésta les ayudaría a tener un mayor conocimiento sobre el funcionamiento de sus órganos sexuales y reproductivos; tanto a hombres como a mujeres les proporcionaría una mejor salud, dándoles protección contra las infecciones de transmisión sexual, protección contra embarazos o partos no deseados, escolaridad más prolongada y posibilidades de empleo, además de una mejor calidad de vida. Finalmente, la familia o pareja, en general, tendría menos dificultades económicas, debido a que decidirían si sería conveniente o no tener un hijo. ²²

“La planificación familiar no debe ser entendida como un programa de control demográfico para tener familias con menos miembros, sino, más bien, como parte de un programa para mejorar las condiciones de vida de los pobres y para que el derecho de los adolescentes a la procreación sea ejercido responsablemente, sin consecuencias para la niñez. El espaciamiento adecuado de los nacimientos mejora la supervivencia, el bienestar y la calidad de vida de los niños, de las madres y de la familia”.²²

LA FAMILIA

Entendemos a la familia como una entidad que se crea para la convivencia armónica y sana de sus integrantes, en la cual los sentimientos filiales brindan una enorme motivación y, a la vez, una gratificación sin igual, que permite que emerja el mutuo auxilio, la crianza de los hijos y el crecimiento

personal. En sentido amplio la familia es la institución básica de la sociedad, constituida por la agrupación de personas que están unidas por vínculos de parentesco.²⁷

Padres autoritarios y censurantes obligan a sus hijos adolescentes a buscar afuera lo que la familia debería brindarles. No es raro que estas personas tengan éxito social o económico, que sean grandes señores pero pésimos padres. No es extraño que la sociedad los ensalce, mientras que en el hogar son insípidos, viciosos del poder y agresivos con sus hijos. Esta es una situación muy especial, porque, además, lesiona la imagen que el joven tiene de sí mismo.²³

En otro grupo, encontraremos a una madre posesiva y emocionalmente insatisfecha, que ata a sus hijos para evitar lidiar con la soledad, y así los transforma en auténticas damas de compañía que le llenan su vacío afectivo. Estos hijos verán la sexualidad con ojos de culpa, porque significa un riesgo de separación emocional con la madre y tendrán que luchar con la responsabilidad de llenar las expectativas maternas.²³

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EMBARAZO ADOLESCENTE

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis por la que atraviesa. La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. En estos tiempos es muy común encontrar en las escuelas niños y adolescentes carentes de afecto, sobreprotegidos, hiperactivos e inseguros, con una baja autoestima, con

padres que trabajan todo el día y no les dedican tiempo, o padres muy severos, además de estar rodeados de un mal ambiente familiar.²⁸

La aparición de un embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado o crear sorpresa y frustración.²⁹

La mayoría de embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes (como por ejemplo problemas de pareja y /o problemas entre padres e hijos). Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo. Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. De tal manera que, las adolescentes que pertenecen a familias desestructuradas, ya sea por separación y/o divorcio de los padres buscan una compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo, para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar.²⁹

Es evidente que la presencia de un modelo familiar adecuado es de suma importancia para la adolescente en el logro de su madurez, de modelos de identificación de ambos sexos, lo cual es necesario tanto para reafirmar su propio rol de género, como para definir su forma de interacción con el sexo opuesto.²⁹

PROYECTO DE VIDA Y EMBARAZO ADOLESCENTE

Se define Proyecto de Vida como “un esquema que facilita el logro de nuestras metas a corto, mediano y largo plazo en las diferentes áreas de la vida; ya que describe lo que queremos llegar a ser y los resultados que deseamos obtener”. Es la dirección que una persona marca para su propia existencia, son la elección de ciertas direcciones y la exclusión de otras, en base al conocimiento de sus debilidades y fortalezas, teniendo en cuenta las amenazas y oportunidades que se le puedan presentar, lo que puede generar un conflicto existencial y llevar a un estado de indecisión. Por lo tanto, un proyecto de vida es la forma de planear a futuro las cosas soñadas y anheladas para la vida, para lograr nuestra realización personal.³⁰

La adolescencia es una etapa importante en la vida de las personas. Es allí cuando la evolución se manifiesta más palpablemente; por tal motivo se está en condiciones apropiadas para concebir un proyecto de vida. Es en este momento cuando surge la necesidad de tomar decisiones por cuenta propia, muchas de las cuales pueden marcar o determinar definitivamente sus vidas.³¹

Las adolescentes deben tener en cuenta que tener un hijo a temprana edad y las complicaciones que esto conlleva, requiere preparación emocional y académica de una vida adulta.³¹

Todas estas exigencias contribuyen, entre otras cosas, a la sólida estructuración de su personalidad y de una clara identidad; a su realización personal; al fortalecimiento de valores que ya posee y al surgimiento de otros nuevos, al aprovechamiento de los recursos disponibles, y al

fortalecimiento de su autoestima en cuanto le dé la oportunidad de sentirse competente.³²

El proyecto de vida, constituye un factor protector en relación con problemas como las adicciones, la delincuencia y otras formas de desadaptación social, permite darle sentido, valor y rumbo a su propia existencia; de esta forma, las adolescentes podrán defender lo que piensan, sus intereses y formarse un carácter menos vulnerable al medio, para lograr su proyecto de vida.³¹

2.3. CONCEPTOS OPERATIVOS

1. **ADOLESCENCIA:** Es un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años.³⁷
2. **ADOLESCENTE GESTANTE:** Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.¹⁹
3. **FAMILIA DISFUNCIONAL:** Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. Las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos codependientes que pueden verse afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.).⁴⁰
4. **ESCASA Y/O INADECUADA INFORMACION:** Es el conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje, los cuales son inapropiados a las condiciones u objetivos que se pretenden.³⁹

5. **PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** Es la decisión individual o de pareja para regular el número de hijos que desean tener. Además, se debe tener en cuenta el tiempo entre los nacimientos de los hijos, para lo cual será importante que la pareja esté informada y capacitada sobre los distintos métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado.²²
6. **PROYECTO DE VIDA:** Nombra el conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo específico. En este sentido, podría decirse que un proyecto de vida es la dirección que una persona marca para su propia existencia en base a sus valores, con el objetivo de cumplir con sus deseos y metas.³²
7. **AUTOESTIMA:** Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.³⁸
8. **NIVEL DE INSTRUCCIÓN:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso de una persona, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos.⁴⁰
9. **PROCEDENCIA:** Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva una persona, el concepto también puede utilizarse para nombrar su nacionalidad.³⁷

10. FACTOR DE RIESGO: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir enfermedad, lesión o daño.³³

11. RIESGO PSICOLOGICO: Son aquellas condiciones presentes en situaciones impredecibles directamente relacionadas con la organización del trabajo, familia, escuela y sociedad, que se presentan con capacidad de afectar el desarrollo intelectual y psicológico de la persona. Cuando se producen tienen una incidencia en la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos.³⁴

12. RIESGO SOCIAL: Los riesgos sociales son aquellos factores que van a llevar al individuo a romper con su salud mental, desencadenando en éste conductas desviadas y anormales que afectaran a la persona misma y a la sociedad. Los riesgos sociales se ven originados por el constante desarrollo de nuestra sociedad, afectando el área psicológica, socioeconómica, biológica y social de los individuos.³⁵

2.4. HIPÓTESIS

H1: Los factores de riesgo psicosociales están asociados a las adolescentes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho de abril - octubre del 2014.

H0: Los factores de riesgo psicosociales no están asociados a las adolescentes gestantes en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho de abril - octubre del 2014.

2.5. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. INDEPENDIENTE:

Factores de riesgo psicosociales

2.5.2. DEPENDIENTE:

Adolescente gestante

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICE	ESCALA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<u>Independiente</u>							
-Factores de riesgo social	Son aquellos factores que van a llevar al individuo a romper con su salud mental, desencadenando en éste conductas desviadas y anormales que afectaran a la persona misma y a la sociedad.	- Nivel de Instrucción	- Letrada	- Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal	Entrevista	Ficha de entrevista
		- Procedencia	- Urbano - Rural		Nominal	Entrevista	Ficha de entrevista
		- Funcionalidad familiar	-Funcional - Moderadamente funcional - Disfuncional - Severamente disfuncional	- de 70 a 57 puntos. - de 56 a 43 puntos. - de 42 a 28 puntos. - de 27 a 14 puntos.	Nominal	Entrevista	Cuestionario de funcionamiento familiar Ff-sil
		- Información en Planificación Familiar (MAC)	- Conocimiento en Planificación familiar	- Si - No	Dicotómica	Entrevista	Ficha de entrevista
		- Proyecto de vida	-Si -No		Dicotómica	Entrevista	Ficha de entrevista
-Factores de riesgo psicológico	Son condiciones presentes en situaciones impredecibles relacionadas con la familia, escuelas y la sociedad, que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo intelectual y psicológico de la persona.	- Nivel de Autoestima	- Alta - Promedio - Baja	- 70 – 100 - 40 – 60 - 10 -30	Nominal	Entrevista	Inventario de autoestima de Coopersmith
<u>Dependiente</u>							
Adolescente gestante	Adolescente embarazada de 10 a 19 años.	- Adolescencia Tardía. - Adolescencia media. - Adolescencia Temprana	-17-19 años -14-16 años -10-13 años		Nominal	Entrevista	Ficha de entrevista

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - correlacional.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Prospectivo, transversal.

3.4. ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, abril - Octubre 2014.

3.5. POBLACIÓN

Estuvo constituido por todas las gestantes que se atendieron en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante los meses de Abril -Octubre del 2014.

3.6. MUESTRA

Constituido por 100 adolescentes gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.

3.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes gestantes cuyas edades sean entre 10 y 19 años atendidas en el servicio de hospitalización de Gineco- Obstetricia que acuden por cuenta propia o son referidas de algún establecimiento de salud.
- Adolescentes gestantes que acepten participar en el estudio.

3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes gestantes que hayan cumplido los 20 años.
- Adolescentes hospitalizadas por problemas ginecológicos.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

3.7. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico, por conveniencia.

3.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Entrevista	- Ficha de entrevista - Cuestionario de Funcionalidad Familiar Ff-sil. - Inventario de Autoestima de Coopersmith.

3.9. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Primera Fase

- A través de la Decana de la Facultad de Obstetricia, se solicitó a la Gerencia del Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, la autorización correspondiente para realizar el trabajo de investigación en dicho Hospital en el periodo de abril - octubre 2014.

Segunda Fase

- Con la autorización del Director del Hospital Regional de Ayacucho, se ingresó al servicio de hospitalización de Gineco-obstetricia y se procedió a identificar a las participantes por medio de la revisión de las historias clínicas de hospitalización, de los pabellones I y II de Gineco- obstetricia.
- Una vez identificadas las historias se procedió a observar las mismas y clasificar a las participantes según los criterios de inclusión.
- Posteriormente nos presentamos a cada adolescente embarazada, previo consentimiento informado, se explicó el objetivo del estudio para obtener su participación, luego de la aceptación verbal se procedió a realizar la entrevista estructurada utilizando el formato de entrevista, haciendo uso de los términos más sencillos de acuerdo al nivel de instrucción de cada paciente.

3.10. PROCESAMIENTO DE DATOS

Después de analizar el cuestionario de funcionamiento familiar Ff- Sil y el inventario de autoestima de Coopersmith, se creó una base de datos en la hoja de cálculo Excel con la información recolectada, seguido a esto, los datos fueron procesados informáticamente, empleando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 21, con los cuales se construyeron cuadros de contingencia de tamaño $n \times m$, se aplicó la prueba chi cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio; al igual que para corregir alguna de estas tablas se utilizó la corrección de Yates, que nos indica la probabilidad real, si es mayor o menor a 0.05 y determinar la dependencia.

3.11. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron presentados en tablas de distribución porcentual; el análisis estadístico de cada dato fue descriptivo - correlacional.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

. ABLA 01

"FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A
 ADOLESCENTES GESTANTES. SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA.
 HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ABRIL - OCTUBRE 2014"

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES		N°	%
Nivel de Instrucción	Primaria	20	20.0
	Secundaria	69	69.0
	Superior	11	11.0
	Total	100	100.0
Procedencia	Urbano	46	46.0
	Rural	54	54.0
	Total	100	100.00
Funcionalidad Familiar	Funcional	6	6.0
	Moderadamente Funcional	27	27.0
	Disfuncional	48	48.0
	Severamente Disfuncional	19	19.0
	Total	100	100.0
Información en Planificación Familiar (MAC)	Si	30	30.0
	No	70	70.0
	Total	100	100.0
Proyecto de Vida	Si	47	47.0
	No	53	53.0
	Total	100	100.0
Autoestima	Alta	7	7.0
	Promedio	36	36.0
	Baja	57	57.0
	Total	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril –octubre 2014.

En la tabla 01 se observa que, de 100 (100%) adolescentes embarazadas, 69 (69%) se encontraban en el nivel de instrucción secundaria, seguido de 20 (20%) en nivel primaria; 54 (54%) fueron de procedencia rural y 46 (46%) de procedencia urbana; 48 (48%) correspondieron a una familia

disfuncional, seguido de 27 (27%) de una familia moderadamente funcional, 70 (70%) de ellas refirieron no contar con información en planificación familiar (MAC), mientras que 30 (30%) sí; 53 (53%) no tienen un proyecto de vida, 47 (47%) de ellas refirieron tenerlo. Por último, 57 (57%) tienen una autoestima baja seguida por 36 (36%) con autoestima promedio y 7 (7%) con autoestima alta.

Del análisis se concluye que, 69 (69%) se encontraban en el nivel de instrucción secundaria, 54 (54%) fueron de procedencia rural, 48 (48%) correspondieron a una familia disfuncional, 70 (70%) de ellas refirieron no contar con información en planificación familiar (MAC), 53 (53%) no tienen un proyecto de vida y 57 (57%) tienen una autoestima baja.

Al respecto existen estudios cuyos resultados se asemejan a los obtenidos en el presente estudio como es:

ORIHUELA (Puerto Maldonado – 2000). En su investigación con 95 (100%) gestantes adolescentes estudiadas en el Hospital de apoyo Santa Rosa obtuvo que todas las adolescentes menores o iguales a 14 años tenían baja autoestima (6.4%), así mismo la mayoría de las que tenían nivel de instrucción superior poseen una autoestima alta (18.5%).¹⁴

MIRANDA (Lima – 2005). En su estudio basado en 94 (100%) gestantes adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador obtuvo que el 63.8% tuvieron una disfunción familiar.¹⁵

MARTINEZ (Cuscatlán – 2011). En su investigación conformada por 561 (100%) adolescentes gestantes del Área Rural de dos Municipios del Sibasi, encontró que 60.4% no poseía un proyecto de vida y sólo 39.6% refirieron tenerlo.¹²

CALVOPIÑA (Quito – 2012). En su investigación con 80 (100%) madres adolescentes del Hospital Pablo Arturo Suárez, concluyó que 86% se encontraba con educación secundaria; mientras el 14% con educación primaria. En relación a su procedencia, el 41% se encontraba en área periférica, el 31% en área rural y el 28% en el área urbana. El 67% de las adolescentes demostró tener conocimiento en métodos anticonceptivos, aun así el 86% no los usó.¹³

Los factores de riesgo psicosociales asociados al embarazo en las adolescentes están relacionados con su nivel de instrucción, cuánto éste sea menor, la adolescente tendrá más dificultades para llegar a comprender la información brindada, aparte de ignorar muchos temas. La procedencia rural de igual manera, crea la inaccesibilidad hacia los servicios de salud sexual y reproductiva en el área de planificación familiar. Por otro lado, la práctica de comportamientos sexuales inseguros aumenta a medida que el nivel de autoestima disminuye, aquellas adolescentes con una familia disfuncional, carentes de apoyo y afecto por parte de sus padres, también reflejan una baja autoestima, el cual es importante para la construcción de su proyecto de vida.

TABLA 02

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES.
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO. ABRIL – OCTUBRE 2014.**

Nivel de Instrucción	Adolescente gestante						TOTAL	
	Temprana (10-13)		Media (14-16)		Tardía (17-19)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	4	4.0	12	12.0	4	4.0	20	20.0
Secundaria	1	1.0	24	24.0	44	44.0	69	69.0
Superior	0	0.0	0	0.0	11	11.0	11	11.0
Total	5	5.0	36	36.0	59	59.0	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril – octubre 2014.

$$X_c^2 = 27.03^*$$

$$X_t^2 = 18.47$$

$$P < 0.05 \text{ g.l} = 4$$

En la tabla 02 se observa que, de 100 (100%) adolescentes gestantes, 44 (44%) adolescentes de 17 a 19 años se encontraron en el nivel secundaria, seguido de 11 (11%) en nivel superior y 4 (4%) en el nivel primaria.

Entre las adolescentes embarazadas de 14 a 16 años, se encontraron 24 (24%) en el nivel secundaria, seguido de 12 (12%) en nivel primaria. Por otro lado, 4 (4%) de las adolescentes de 10 a 13 años se encontraron con un nivel de instrucción primaria, mientras que 1 (1%) se encontraba con nivel secundaria.

Del análisis se concluye que, 11 (11%) de las adolescentes gestantes de 17 a 19 años alcanzaron el nivel superior. Hubo adolescentes gestantes de 14 a 16 años (12%) y de 17 a 19 años (4%) que aún estaban cursando la primaria.

Sometidos los resultados a la prueba del **chi cuadrado**, se halló dependencia estadística significativa (**P<0.05**), que indica que el embarazo en la adolescente tiene relación con el nivel de instrucción.

LLANTOY (Ayacucho – 1996). En su investigación constituida por 150 adolescentes del Centro de Salud San Juan Bautista, obtuvo que el 47% tienen un nivel secundaria, 41% con nivel primaria, 4% pertenecían al nivel superior y 8% eran analfabetas .¹⁷

MARTINEZ (Cuscatlán – 2011). En su investigación conformada por 561 adolescentes gestantes del Área Rural de dos Municipios del Sibasi, halló que el 86% contaba con una educación básica, el 7.6% con bachillerato y el 6.4% no contó con escolaridad.¹²

Las adolescentes con niveles más altos de instrucción tienen más probabilidades de posponer el matrimonio y la procreación. En cambio, las adolescentes con un bajo nivel de instrucción, a causa de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia escolar. Así mismo, la educación se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos al aumentar el conocimiento, la aceptabilidad y la utilización de los servicios de planificación familiar.

TABLA 03

PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ABRIL – OCTUBRE 2014.

Procedencia	Adolescente gestante						TOTAL	
	Temprana (10-13)		Media (14-16)		Tardía (17-19)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	1	1.0	10	10.0	35	35.0	46	46.0
Rural	4	4.0	26	26.0	24	24.0	54	54.0
Total	5	5.0	36	36.0	59	59.0	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a las adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril –octubre 2014.

$$X_c^2 = 10.39^* \quad X_t^2 = 9.21 \quad P < 0.05 \quad g.l = 2$$

En la tabla 03 se observa que, de 100 (100%) adolescentes gestantes, 35 (35%) de procedencia urbana tuvieron de 17 a 19 años, 10 (10%) de 14 a 16 años y 1 (1%) de 10 a 13 años.

Entre la adolescentes gestantes procedentes de zona rural encontramos 26 (26%) de 14 a 16 años, seguido de 24 (24%) de 17 a 19 años y 4 (4%) de 10 a 13 años.

Del análisis se concluye que, el mayor porcentaje de adolescentes gestantes de 14 a 16 años (26%) y de 10 a 13 años (4%) pertenecieron a la zona rural, por el contrario en la zona urbana, se halló a 35 (35%) adolescentes gestantes de 17 a 19 años.

Sometidos los resultados a la prueba del **chi cuadrado**, se halló dependencia estadística significativa (**P<0.05**), que indica que el embarazo en la adolescente tiene relación con la procedencia.

LLANTOY (Ayacucho – 1996). En su investigación constituida por 150 adolescentes del Centro de Salud San Juan Bautista concluyó que el 57.33% de gestantes procedían de zona rural y 42.67% de zona urbana.¹⁷

CALVOPÍÑA (Quito – 2012). En su investigación con 80 madres adolescentes del Hospital Pablo Arturo Suárez, concluyó que el 41% se encontraba en área periférica, el 31% en área rural y el 28% en el área urbana.¹³

A pesar del tiempo que ha pasado, las adolescentes de la zona rural se muestran en desventaja frente a las adolescentes de zona urbana, por la inaccesibilidad hacia los servicios de salud reproductiva, causando embarazos no planificados por falta de información. En la zona rural, aún existe el mito, de que si se proporciona información y servicios sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS a los jóvenes, esto contribuiría a su promiscuidad. Sin embargo, las evidencias sugieren lo contrario: a mayor información, tendrían mayor responsabilidad en su comportamiento.

TABLA 04

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES.

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL DE REGIONAL

AYACUCHO.ABRIL – OCTUBRE 2014.

Funcionalidad Familiar	Adolescente gestante						TOTAL	
	Temprana (10-13)		Media (14-16)		Tardía (17-19)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	2	2.0	1	1.0	3	3.0	6	6.0
Moderadamente funcional	1	1.0	8	8.0	18	18.0	27	27.0
Disfuncional	1	1.0	18	18.0	29	29.0	48	48.0
Severamente Disfuncional	1	1.0	9	9.0	9	9.0	19	19.0
Total	5	5.0	36	36.0	59	59.0	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a las adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril –octubre 2014.

$$X_c^2 = 12.99* \quad X_t^2 = 12.59 \quad P < 0.05 \quad g.l = 6$$

En la tabla 04 se observa que, de 100 (100%) adolescentes embarazadas, 29 (29%) de 17 a 19 años tuvieron una familia disfuncional, seguido de 18 (18%) con una familia moderadamente funcional. De las adolescentes de 14 a 16 años, 18 (18%) tuvieron una familia disfuncional, seguido de 9 (9%) con una familia severamente disfuncional. Entre las adolescentes de 10 a 13 años 2 (2%) llegaron a tener una familia funcional.

Del análisis se concluye que, en las adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, predominaron las familias disfuncionales (47%) seguido de las familias moderadamente funcionales (26%) y severamente disfuncionales (18%).

Sometidos los resultados a la prueba del **chi cuadrado**, se halló dependencia estadística significativa (**P<0.05**), que indica que el embarazo en la adolescente tiene relación con la funcionalidad familiar.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación difieren de los resultados del siguiente autor:

CUTIPA (Tacna – 2012). En su investigación constituida por 33 adolescentes gestantes de 10 a 19 años que acudieron al Centro de Salud Metropolitano de Tacna, observó que más de la mitad tuvieron una familia funcional con un 54.55%, el 33.33% tuvieron disfunción moderada y el 12.12% disfunción grave.¹⁶

La familia puede convertirse en un factor de riesgo cuando no existen modelos parentales adecuados que permitan evitar conductas de riesgo que pudieran originar un embarazo durante la adolescencia. Cuando la adolescente proviene de una familia disfuncional: uniparental, o con conductas promiscuas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos y con carencias afectivas, la adolescente se ve impulsada a buscar esa comunicación y afecto en otras personas, es más probable que ellas inicien su actividad sexual a una edad temprana.

La funcionalidad familiar en nuestro medio, especialmente en la zona rural, se ve afectada por la conducta machista de algunos padres de familia, el autoritarismo y la falta de equidad de género que contribuyen a una familia disfuncional.

TABLA 05
ADOLESCENTES GESTANTES QUE CUENTAN CON INFORMACIÓN
EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR. SERVICIO DE GINECO -
OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ABRIL-
OCTUBRE 2014.

Cuentan con información en Planificación Familiar (MAC)	Temprana (10-13)		Adolescente gestante				TOTAL	
	N°	%	Media (14-16)		Tardía (17-19)		N°	%
SI	1	1.0	5	5.0	24	24.0	30	30.0
NO	4	4.0	31	31.0	35	35.0	70	70.0
Total	5	5.0	36	36.0	59	59.0	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a las adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril –octubre 2014

$$X^2_c = 7.89* \quad X^2_f = 7.38 \quad P < 0.05 \quad g.l = 2$$

En la tabla 05 se observa que, de 100 (100%) adolescentes gestantes, 24 (24%) de las que cuentan con información en planificación familiar (MAC) se encontraban entre los 17 a 19 años y 5 (5%) entre los 14 a 16 años y 1(1%) entre los 10 y 13 años. Del grupo de adolescentes gestantes que no cuentan con información en planificación familiar (MAC), 35 (35%) se encontraban entre los 17 a 19 años, 31 (31%) entre los 14 a 16 años y 4 (4%) entre los 10 y 13 años.

Del análisis se concluye que, las adolescentes gestantes que no cuentan con información en planificación familiar (MAC) fueron 35 (35%) adolescentes de 17 a 19 años, 31 (31%) adolescentes de 14 a 16 años y 4 (4%) adolescentes de 10 a 13 años.

Sometidos los resultados a la prueba del **chi cuadrado**, se halló dependencia estadística significativa (**P<0.05**), que indica que el embarazo en la adolescente está relacionado con la información en planificación familiar recibida por ellas.

MARTINEZ (Cuscatlán – 2011). En su investigación conformada por 561 adolescentes gestantes del Área Rural de dos Municipios del Sibasi, halló que el 61.7% de la población entrevistada, recibió información sobre prevención del embarazo, de las cuales, 72% recibieron una información puntual y continua. En cuanto a métodos anticonceptivos, el 55% no conocía los métodos de planificación familiar y el 45% manifestó conocer los métodos de planificación familiar.¹²

Contar con información en planificación familiar es una herramienta clave para todos aquellos adolescentes que han decidido iniciar con su vida sexual, si bien muchos de ellos conocen los métodos de planificación familiar, la gran mayoría no los utiliza debido a la falta de información adecuada, a la vergüenza de adquirirlos, y a la carencia de servicios de salud y consejería que les garanticen una privacidad y confidencialidad merecidas. La información en planificación familiar es necesario que se imparta en edades cada vez más tempranas, acorde a su desarrollo biológico, social y emocional, que es cuando las adolescentes empiezan a tener curiosidad por su sexualidad.

TABLA 06

ADOLESCENTES GESTANTES QUE CUENTAN CON PROYECTO DE VIDA.SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.ABRIL – OCTUBRE 2014.

Cuentan con proyecto de vida	Adolescente embarazada						TOTAL	
	Temprana (10-13)		Media (14-16)		Tardía (17-19)		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	2	2.0	11	11.0	34	34.0	47	47.0
NO	3	3.0	25	25.0	25	25.0	53	53.0
Total	5	5.0	36	36.0	59	59.0	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a las adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril –octubre 2014.

$$X_c^2 = 6.68^* \quad X_t^2 = 5.99 \quad P < 0.05 \quad g.l = 2$$

En la tabla 06 se observa que, de 100 (100%) adolescentes gestantes, 34 (34%) adolescentes que cuentan con proyecto de vida se encontraban entre los 17 a 19 años, 11 (11%) entre los 14 a 16 años y 2 (2%) entre los 10 y 13 años. Del grupo de adolescentes que no cuentan con proyecto de vida, 25 (25%) tenían entre 17 a 19 años; 25 (25%), entre 14 a 16 años y 3 (3%), entre 10 a 13 años.

Del análisis se concluye que, hubo un menor porcentaje de adolescentes gestantes de 10 a 13 años (2%), de 14 a 16 años (11%) y de 17 a 19 años (34%) que cuentan con proyecto de vida.

Sometidos los resultados a la prueba del **chi cuadrado**, se halló dependencia estadística significativa (**P<0.05**), que indica que el embarazo en la adolescente se relaciona con proyecto de vida.

MARTINEZ (Cuscatlán – 2011). En su investigación conformada por 561 adolescentes gestantes del Área Rural de dos Municipios del Sibasi, encontró que 60.4% no poseía un proyecto de vida y sólo 39.6% refirieron tenerlo.¹⁶

Las adolescentes no sólo van pasando por cambios físicos, también pasan por cambios psicológicos y emocionales, donde van adquiriendo autonomía y a medida que pasan los años tienen más definido lo que desean llegar a ser en un futuro. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la adolescente, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

TABLA 07

**NIVEL DE AUTOESTIMA DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES.
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO.ABRIL – OCTUBRE 2014.**

NIVEL DE AUTOESTIMA	Adolescente gestante						TOTAL	
	Temprana (10-13)		Media (14-16)		Tardía (17-19)		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Alta	1	1.0	1	1.0	5	5.0	7	7.0
Promedio	3	3.0	8	8.0	25	25.0	36	36.0
Baja	1	1.0	27	27.0	29	29.0	57	57.0
TOTAL	5	5.0	36	36.0	59	59.0	100	100.0

Fuente: Entrevista aplicada a las adolescentes gestantes del servicio de hospitalización de Gineco – obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril –octubre 2014

$$X_c^2 = 9.56^*$$

$$X_t^2 = 9.49$$

$$P < 0.05$$

$$g.l = 4$$

En la tabla 06 se observa que, de 100 (100%) adolescentes gestantes, 5 (5%) con autoestima alta se encontraban entre los 17 a 19 años, 1(1%) entre los 14 a 16 años y 1 (1%) entre los 10 y 13 años. De las adolescentes gestantes con autoestima promedio, 25 (25%) estuvieron entre los 17 a 19 años, 8 (8%) entre los 14 a 16 años y 3 (3%) entre los 10 y 13 años. Por último entre las adolescentes gestantes con autoestima baja, encontramos 29 (29%) de 17 a 19 años, 27 (27%) de 14 a 16 años y 1 (1%) de 10 a 13 años.

Del análisis se concluye que, un gran porcentaje de las adolescentes gestantes de 14 a 16 años (27%) y de 17 a 19 años (29%) tuvieron una autoestima baja.

Sometidos los resultados a la prueba del **chi cuadrado**, se halló dependencia estadística significativa (**P<0.05**), que indica que el embarazo en la adolescente tiene relación con su nivel de autoestima.

CUTIPA (Tacna – 2012). En su investigación constituida por 33 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acudieron al Centro de Salud Metropolitano de Tacna, observó que casi la mitad de las adolescentes gestantes presentó un nivel de autoestima baja con 48.48 %, seguido por 33.33 % con autoestima medio y 18.18 % con autoestima elevada.¹⁶

Si nos centramos en la realidad peruana, observaremos que aún existen las familias patriarcales y las conductas machistas, donde son frecuentes las familias con falta de comunicación, falta de capacidad para la resolución de problemas y una falta de interacción entre sus miembros, causando inestabilidad familiar, que a su vez repercute en la autoestima de sus miembros. La presencia de una autoestima disminuida en las adolescentes embarazadas, se ve reflejada en aquellas adolescentes que buscan afecto para compensar su propia inseguridad, exponiéndose a muchas conductas de riesgo.

CONCLUSIONES

En general existe asociación entre los factores psicosociales y las adolescentes gestantes donde, 69% de las adolescentes gestantes cuentan con nivel de instrucción secundaria, 54% proceden de zonas rurales, 48% corresponden a una familia disfuncional, 70% no cuentan con información en planificación familiar (MAC), 53% no tienen un proyecto de vida y 57% tienen una autoestima baja.

Los factores de riesgo sociales específicos asociados a la adolescente gestante, de acuerdo a las etapas de vida en la adolescencia indica que, 44% corresponden a la etapa tardía y cursan el nivel de instrucción secundaria; 26% corresponden a la etapa media y 4% a la temprana, cuya procedencia es rural; 29% corresponden a la etapa tardía y 18% a la media, con familias disfuncionales; 35% corresponden a la etapa tardía y no cuentan con información en planificación familiar (MAC), finalmente 25% de la etapa media y 25% de la etapa tardía no tienen un proyecto de vida.

El factor psicológico "autoestima" está asociado a la adolescente gestante, es así que, 29% de la etapa tardía tienen un nivel de autoestima baja.

RECOMENDACIONES

Proponer, diseñar y/o implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, reforzando las escuelas de padres conjuntamente con los adolescentes, desarrollando talleres que fortalezca el vínculo familiar, contribuyendo así a la reducción del embarazo en la adolescencia.

El profesional en obstetricia como también el equipo multidisciplinario de salud; deben diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención en salud, que nos ayuden a disminuir los embarazos adolescentes y brindar una atención integral a la población adolescente acorde a su realidad, con servicios diferenciados según sus necesidades y expectativas; brindando charlas de superación y desarrollo que ayuden a encaminar su proyecto de vida y fortalezca su autoestima.

Los alumnos de la Facultad de Obstetricia de la universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga conjuntamente con sus docentes, deben ser partícipes en la disminución del embarazo en adolescentes mediante las charlas educativas, orientaciones personalizadas, campañas y pasacalles informativos, sobre todo en la zona rural que es la más vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Mundial de la Salud.** :(2014) "Salud de los adolescentes".
2. **UNFPA** :(2013) "Art. La Juventud en Ayacucho". Ayacucho – Perú. Abril 2013.
3. **DIRESA** :(2013) "Analizan Situación de la Salud Sexual y Reproductiva y Acceso a los Servicios de Salud de los Adolescentes". nota de prensa N° 0063-2013-GRA/GG/UC-DIRESA. Ayacucho – Perú. Agosto 2013.
4. **GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO** :(2011) Gobierno Regional de Ayacucho – Ordenanza Regional N° 029-2011- GRA/CR-ayac 30 noviembre 2011.
5. **INEI** :(2013 - 2014) Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Estadística de embarazo en adolescentes 2013 - 2014". Perú.
6. **Gobierno Del Perú.** :(2013) "Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021", PERÚ 2013
7. **Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza.** :(2012) "Embarazo Adolescente". Editor: INPPARES. Lima – junio 2012
8. **Rodríguez, María.** :(2008) "Factores de riesgo para embarazo adolescente". Medicina UPB, Vol. 27, núm. 1, Ene-Jun 2008. Universidad Pontificia Bolivariana Colombia
9. **LEÓN, Paula y col.** :(2008) "Embarazo en adolescentes". Revista Pediátrica Electrónica. Vol. 5, N° 1, Abril 2008. Universidad de los Andes. Perú.
10. **VALDIVIA, Maruzzella y col** :(2003) "Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en menores de 15 años", Vol. XII, N° 2: Pág. 85-109. 2003.
11. **BELTRAN, César** :(2011) "Plan de incidencia política y programa mi comunidad del colectivo regional de adolescentes y jóvenes para la prevención del embarazo adolescente en Ayacucho 2011". Proyecto UNFPA. Ayacucho – Perú. 2011.

- 12. MARTINEZ, Gloria** : (2012) "Principales Factores Asociados a Embarazos en Adolescentes del Área Rural de dos Municipios del Sibasi: Cuscatlán de Septiembre 2010 a Febrero de 2011". Universidad de El Salvador. El Salvador – Cuscatlán. Facultad de Medicina. Mayo 2012.
- 13. CALVOPÍÑA, Adriana** : (2012) "Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente en el Área de Gineco-obstetricia del Hospital Pablo Arturo Suárez – Quito de febrero a setiembre 2012". Universidad Central el Ecuador. Quito – Ecuador. 2012.
- 14. ORIHUELA, Haydee** : (2000) "Factores sociales y nivel de autoestima relacionadas con el embarazo adolescente. Hospital de apoyo Santa Rosa – Puerto Maldonado de Julio – Setiembre del 2000", Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Obstetricia. E.A.P. de Obstetricia. Ayacucho-Perú 2000.
- 15. MIRANDA, Rocío** : (2005) "Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador - 2005". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia.
- 16. CUTIPA, Liliana** : (2012) "Factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociados al embarazo en adolescentes que acuden al C.S. Metropolitano – Tacna, Julio a Diciembre 2012 Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna" Escuela de Obstetricia. Tacna - Perú 2012.
- 17. LLANTOY, Teódolo** : (1997) "Factores condicionantes del embarazo en adolescentes del distrito de San Juan Bautista – Ayacucho, 1995 - 1996" Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Enfermería. E.A.P. de Enfermería. Ayacucho - Perú –1997.

- 18. ÑAHUERO, Dennis** : (2010) "Factores personales, sociales y psicológicos que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes, en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, Noviembre 2009-Enero 2010"
- 19. ISSLER, Juan R.** : (2001) "Embarazo en la Adolescencia" Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 – Agosto/2001.
- 20. CIFUENTE, Rodrigo** :(2006) "Obstetricia de Alto Riesgo". Editorial Distribuna VI edición. Bogotá – Colombia. 2006.
- 21. OVARZÚN, Pamela** :(2007) "Importancia de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes" Revista biomédica revisada por pares. Obstetricia 2007. Santiago de Chile - Chile. 2007.
- 22. PADILLA, Alberto** :(1996) Planificación Familiar y pobreza en el Perú. Lima – Perú. Pp. 9-14 1996.
- 23. Psicología y mente** :(2010) Blog de psicología y mente. Julio – 2010.
- 24. HERRERA, Patricia** :(1999)"Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente". Rev. Cubana de pediatría 1999; 71(1). Cuba. 1999.
- 25. CALVIÑO, Manuel y Col.** :(2014) "Integración Académica en Psicología", Revista científica de la asociación Latinoamericana para la formación y la Enseñanza de la Psicología. Vol. 2 N° 4. Enero – abril 2014.
- 26. Cultura S.A.** :(2011) "Programa integral para la superación personal y el desarrollo laboral: autoestima y relaciones interpersonales". Q.W. Editores S.A.C. Lima-Perú. 2011
- 27. MORILLO, Fausto** : (1997) "Familia y Civismo". Editorial Escuela Nueva S.A. LIMA- PERÚ noviembre 1997.
- 28. CASTILLO, Maricarmen y col.** : (2011) Experiencia de Vida de Dos Padres Adolescentes, Cumaná, Estado Sucre, 2011.

- 29. URRETA, Marissa** : (2008) Tesis "Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho". UNMSM Lima – Perú. 2008
- 30. Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco** : (2008) "Proyecto de Vida". Gobierno de Jalisco. Jalisco – México.
- 31. ACOSTA, Daniela y col.** : (2012) "Embarazo en Adolescencia y Proyecto de Vida. Caso: Liceos Públicos de Cumana, Municipio Sucre, Estado Sucre Año Escolar 2010-2011". Venezuela - Caracas. 2012. España – Medellín.
- 32. PUERTA, María Piedad** : (1996) "Proyecto de Vida en la adolescencia". Desarrollo Familiar fnlam. Colombia – Medellín. 1996.
- 33. OMS** : (2014) "Factores de riesgo". Perú.
- 34. MINSa** : (2008) "Riesgos psicosociales" Dirección General de Salud ambiental, Dirección de salud ocupacional. Propaganda. Lima – Perú
- 35. RIVERA, René** : (2008) "Riesgos sociales". Lima – Perú.
- 36. CLINICA ALEMANA** : (2011) "Las infecciones de transmisión sexual más comunes" Blog de noticias. Santiago de Chile.

WEB GRAFÍA

- 37. www.definición.de**
- 38. www.euroresidentes.com/diccionario-psicologia/autoafirmacion.html**
- 39. www.madelyneloor.blogspot.com**
- 40. Wikipedia.com**

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ADOLESCENTES
GESTANTES. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL
DE AYACUCHO. ABRIL - OCTUBRE. 2014”**

FICHA DE ENTREVISTA

N° de entrevista:.....

El objetivo de esta entrevista es obtener información acerca de los factores de riesgo psicosociales asociados a la adolescente gestante, a fin de poder ayudar en la reducción de este problema social. Agradecemos de antemano su colaboración y el tiempo que dedique para responder las siguientes preguntas:

EDAD: _____

FACTORES DE RIESGO SOCIAL

1. ¿Qué grado de estudios estás cursando?

Primaria () Secundaria () Superior ()

2. ¿Dónde vives?

Zona rural () zona urbana ()

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	<i>Casi nunc</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Casi siempre</i>
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en tu familia					
En tu casa predomina la armonía.					
En tu familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
En tu familia los golpes, insultos, desprecios o amenazas entre tus padres son:					
Se expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
Cuando alguien en su familia tiene un problema los demás ayudan					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres de tu familia pueden modificarse ante determinadas situaciones					
Pueden conversar de diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
Demuestran el cariño que se tienen					

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en éste.

El cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, tiene 14 ítems.

A continuación se presentan una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia de una adolescente gestante. Se necesita clasificar y puntuar su respuesta según la frecuencia en que ocurre cada situación.

Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en tu familia. _____
2. En tu casa predomina la armonía. _____
3. En tu familia cada uno cumple sus responsabilidades. _____
4. En tu familia los golpes, insultos, desprecios o amenazas entre tus padres son _____
5. Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa. _____
6. Pueden aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. _____
7. Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. _____
8. Cuando alguien de tu familia tiene un problema los demás ayudan. _____
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. _____
10. Las costumbres de tu familia pueden modificarse ante determinadas situaciones. _____
11. Pueden conversar de diversos temas sin temor. _____
12. Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas. _____
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. _____
14. Demuestran el cariño que se tienen. _____

PUNTUACIÓN: BAREMO

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

NÚMERO DE PREGUNTA Y LAS SITUACIONES VARIABLES QUE MIDE:

1 y 8	Cohesión
2 y 13	Armonía
5 y 11	Comunicación
7 y 12	Permeabilidad
4 y 14	Afectividad
3 y 9	Roles
6 y 10	Adaptabilidad

1. **Cohesión:** Es la unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
2. **Armonía:** Es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
3. **Comunicación:** Es cuando los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
4. **Permeabilidad:** Es la capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
5. **Afectividad:** Es la capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
6. **Roles:** Son las responsabilidades y funciones de cada miembro de la familia negociadas por el núcleo familiar.
7. **Adaptabilidad:** Es la habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

El inventario de Autoestima de Coopersmith corresponde a un instrumento de medición cuantitativa de la autoestima. Este fue presentado originalmente por Stanley Coopersmith en 1959.

La prueba está constituida por 10 afirmaciones, con respuestas dicotómicas, ítems verdadero – falso que exponen información acerca de las características de la autoestima a través de la evaluación de 4 subescalas.

Siendo la composición de los ítems las siguientes:

- **Autoestima General: Área Sí Mismo (SM) con 3 Ítems.** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas.
- **Autoestima social: Área Social (SOC) con 2 Ítems.** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas en relación con sus pares.
- **Autoestima Hogar y Padres: Área Hogar (H), con 2 Ítems.** Corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas autodescriptivas, en relación con sus familiares directos.
- **Autoestima Escolar Académica: Área Escuela (SCH) con 3 ítems.** Corresponde al nivel de aceptación con que persona valora sus conductas autodescriptivas, en la relación con sus condiscípulos y profesores.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN NUESTRO MEDIO

El Inventario de autoestima de Coopersmith, ha sido traducido y validado en nuestro medio, en primer lugar por María Isabel Panizo (1985) en su estudio realizado sobre Autoestima y Rendimiento Escolar; posteriormente, en 1989 fue usado por María Graciela Cardó, en su investigación sobre Enuresis y Autoestima en niños de un sector socio económico bajo. Ambas investigaciones se llevaron a cabo en Lima.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

A continuación hay una lista de frases sobre sentimientos. Si una frase describe cómo se siente generalmente la adolescente gestante responderá "VERDADERO". Si la frase no describe cómo se siente generalmente responderá "FALSO". No hay respuesta correcta o incorrecta.

PREGUNTAS DEL INVENTARIO

1. Deseas frecuentemente ser otra persona
2. Puedes tomar decisiones fácilmente.
3. Las cosas en tu vida están muy complicadas.
4. Muchas veces te gustaría irte de tu casa.
5. Te incomodas fácilmente cuando te regañan.
6. Nunca estás triste.
7. Teras por vencida fácilmente.
8. Estás segura de ti misma.
9. Frecuentemente te arrepientes de las cosas que haces.
10. Nadie te presta mucha atención en casa.

FORMA DE CALIFICACIÓN

La calificación se puede hacer siguiendo la clave de respuesta. Cada reactivo resuelto adecuadamente es calificado con 10 puntos y los reactivos mal resueltos se califican con 0.

Cada plantilla es colocada sobre el protocolo de respuestas del examinado, coordinando cada respuesta.

La puntuación directa obtenida mediante la sumatoria de los aciertos que ha logrado la adolescente en la prueba será interpretada de acuerdo a la puntuación en cada nivel de autoestima.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA (Coopersmith)		
ITEM	V	F
1		X
2	X	
3		X
4		X
5		X
6	X	
7		X
8	X	
9		X
10		X

CLAVES DE RESPUESTAS PARA LAS PLANTILLAS		
SUBESCALAS	REACTIVO	PUNTAJE MAXIMO
Si Mismo General (GEN)	1,3,6	30
Pares (SOC)	7,9	20
Hogar Padres (H)	4,10	20
Escuela (SCH)	2,5,8	30
TOTAL		100

INTERPRETACION:

Las puntuaciones obtenidas en cada prueba se podrán interpretar de la siguiente manera:

- Autoestima alta: es considerada de 70 a 100 puntos.
- Autoestima promedio: es considerada de 40 a 60 puntos.
- Autoestima baja: es considerada de 10 a 30 puntos.



**FORMATO DE REGISTRO DE TRABAJOS
DE
INVESTIGACIÓN CONDUCENTE AL TÍTULO
UNIVERSITARIO**

I. DATOS GENERALES:

- **Universidad:** Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
- **Facultad:** Obstetricia
- **Escuela de Formación Profesional:** Obstetricia

TÍTULO DE LA TESIS:

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ADOLESCENTES GESTANTES. SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ABRIL - OCTUBRE. 2014”

- **Área De Investigación:** Materno
- **Autores:**
 - **CHACCHI SULCA, Estefany Ingrid**
DNI N°: 71755416
 - **DÍAZ PÉREZ, Flor Helyana**
DNI N°:47231468
- **Título profesional la que conduce:** Obstetra
- **Año de aprobación de la sustentación:** 2015

“FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ADOLESCENTES GESTANTES. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ABRIL - OCTUBRE. 2014”

II.- RESUMEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: El embarazo adolescente es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. **OBJETIVOS:** Establecer los factores de riesgo psicosociales asociados a las adolescentes gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho de abril - octubre del 2014. **HIPOTESIS:** *H1:* Los factores de riesgo psicosociales están asociados a las adolescentes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho de abril - octubre del 2014. *H0:* Los factores de riesgo psicosociales no están asociados a las adolescentes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho de abril - octubre del 2014. **MARCO TEÓRICO:** El embarazo adolescente es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, desde la menarca y / o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. De acuerdo a la OMS es el "período de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socio – económica", se da entre los 10 y 19 años. **CONCLUSIONES:** En general existe asociación entre los factores psicosociales y las adolescentes gestantes donde, 69% de las adolescentes gestantes cuentan con nivel de instrucción secundaria, 54% proceden de zonas rurales, 48% corresponden a una familia disfuncional, 70% no cuentan con información en planificación familiar (MAC), 53% no tienen un proyecto de vida y 57% tienen una autoestima baja. **RECOMENDACIONES:** 1. Proponer e implementar programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, reforzando las escuelas de padres conjuntamente con los adolescentes, desarrollando talleres que fortalezca el vínculo familiar, contribuyendo así a la reducción del embarazo en la adolescencia. 2. El profesional de obstetricia y los equipos multidisciplinarios de salud deben diseñar y ejecutar estrategias de promoción y prevención en salud, que ayuden a disminuir los embarazos adolescentes, brindando atención integral acorde a su realidad, con servicios diferenciados que ayuden a encaminar su proyecto de vida y fortalezca su autoestima. 3. Los estudiantes de la Facultad de Obstetricia conjuntamente con sus docentes, deben ser partícipes en la disminución del embarazo en adolescentes mediante charlas educativas, orientaciones personalizadas, campañas y pasacalles informativos, sobre todo en la zona rural que es la más vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA:

- GOBIERNO DEL PERÚ: “Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 - 2021”.
- MINISTERIO DE SALUD. “Riesgos psicosociales” Dirección General de Salud ambiental, Dirección de salud ocupacional. Lima – Perú.

“PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PREGNANT TEENS. SERVICE GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. REGIONAL HOSPITAL AYACUCHO. APRIL - OCTOBER. 2014.”

III. - ABSTRACT:

PROBLEM: Teen pregnancy is one of the most frequent occurrences in our society; are difficult experiences that affect the overall health of both the teen parents as their children, families and society itself. **OBJECTIVES:** Set psychosocial factors associated risk to pregnant adolescents seen at the service of Gynecology and Obstetrics of the Regional Hospital of Ayacucho from April to October 2014. **HYPOTHESIS:** *H1:* The psychosocial risk factors are associated with pregnant teenagers in the service of Gynecology and Obstetrics of Ayacucho Regional Hospital from April to October 2014. *H0:* psychosocial risk factors are not associated with pregnant teenagers in the Gynecology Service - Obstetrics Ayacucho Regional Hospital from April to October 2014. **THEORETICAL:** Teen pregnancy is one that occurs within two years after menarche, from menarche and / or when the teen is still dependent on their family of origin. According to WHO is the "period of life in which the individual acquires the reproductive capacity, transits of psychological patterns from childhood to adulthood and consolidates its socio independence - economic", occurs between 10 and 19 years. **CONCLUSIONS:** In general there is an association between psychosocial factors and pregnant adolescents where 69% of pregnant teenagers have secondary level education, 54% are from rural areas, 48% correspond to a dysfunctional family, 70% no information family planning (MAC), 53% do not have a life plan and 57% had low self-esteem. **RECOMMENDATIONS:** **1.** Propose and implement programs to strengthen the family as a protective factor in adolescent health, strengthening schools parents together with adolescents, developing workshops to strengthen family ties, thus contributing to reducing teenage pregnancy. **2.** Professional obstetrics and multidisciplinary health teams must design and implement strategies for health promotion and prevention, to help reduce teenage pregnancy, providing comprehensive care according to their reality, with differentiated services to help guide their project life and strengthen their self-esteem. **3.** Students of the Faculty of Obstetrics together with their teachers, should participate in reducing teen pregnancy through educational talks, personalized guidance, information campaigns and parades, especially in the rural area is the most vulnerable.

BIBLIOGRAPHY: GOVERNMENT OF PERU: "Multisectoral Plan to Prevent Teen Pregnancy 2013 - 2021".

MINISTRY OF HEALTH. "Psychosocial Risks" General Directorate of Environmental Health, Department of Occupational Health. Lima - Peru.