

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE  
AREQUIPA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE  
ENFERMERÍA**



**ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL  
PRENATAL A LA MATERNIDAD, ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS C.S. ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018**

Tesis presentada por la Bachiller:

**EVELYN ROCIO TRIBIÑOS CASCO**

Para optar el Grado Académico de  
Maestra en Ciencias: Enfermería con  
mención en Salud de la Mujer, del Niño y  
del Adolescente.

Asesora: Dra. Vilma Luz Antonia Gutierrez  
Araujo

**AREQUIPA – PERÚ**

**2019**

# ÍNDICE

Pág.

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN

#### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	09
B. OBJETIVOS .....	13
C. HIPÓTESIS .....	13

#### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

A. ANTECEDENTES .....	14
B. MARCO TEÓRICO.....	16
C. SISTEMA DE VARIABLES.....	41
D. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS.....	41
E. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	42

#### **CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO**

A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO.....	44
C. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	45
D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46

#### **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	48
---	----

#### **CAPÍTULO V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A. DISCUSION.....	60
B. CONCLUSIONES.....	63
C. RECOMENDACIONES .....	64

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

#### BIBLIOGRAFÍA

#### DIRECCIONES DIGITALES

#### ANEXOS

## ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA 01:</b> CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.	<b>54</b>
<b>CUADRO 01:</b> ACTITUD HACIA EL EMBARAZO ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.	<b>56</b>
<b>CUADRO 02:</b> ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD DIMENSION: ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO, ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.	<b>57</b>
<b>CUADRO 03:</b> ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD DIMENSIÓN: ADAPTACIÓN AL ROL MATERNAL, ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.	<b>58</b>
<b>CUADRO 04:</b> ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD DIMENSIÓN: RELACIÓN CON LA MADRE, ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.	<b>59</b>
<b>CUADRO 05:</b> ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD DIMENSIÓN: RELACIÓN CON LA PAREJA, ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.	<b>60</b>

- CUADRO 06:** ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA 61  
MATERNIDAD DIMENSIÓN: PREPARACIÓN PARA  
EL PARTO ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL  
CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA  
2018.
- CUADRO 07:** ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA 62  
MATERNIDAD DIMENSIÓN: PREOCUPACIÓN POR  
BIENESTAR PROPIO Y DEL BEBE,  
ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO  
DE SALUD ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.
- CUADRO 08:** ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA 63  
MATERNIDAD GLOBAL ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD  
ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018.
- CUADRO 09:** ACTITUD HACIA EL EMBARAZO SEGÚN, 64  
ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA  
MATERNIDAD ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA -  
AREQUIPA 2018.

## RESUMEN

El objetivo de la tesis intitulada “**ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD, ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL C.S. ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018**”, fue determinar la relación de la actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad en las adolescentes embarazadas del C.S. Orcopampa - Arequipa 2018, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

La población objetivo estuvo constituida por 31 adolescentes embarazadas que pertenecen a la jurisdicción del C.S. Orcopampa a quienes se aplicó los siguientes instrumentos: el primero una entrevista para recogida de datos generales y específicos, el segundo un cuestionario para medir la actitud hacia el embarazo, el tercero un cuestionario para detectar la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad en las adolescentes embarazadas.

Del análisis de la actitud hacia el embarazo, la mayoría de las adolescentes embarazadas muestran indiferencia y de la adaptación psicosocial prenatal el mayor porcentaje tienen desadaptación.

Se concluye que, existe relación entre la actitud hacia el embarazo y adaptación psicosocial prenatal a la maternidad, adolescentes embarazadas C.S. Orcopampa – Arequipa 2018.

Palabras claves: adolescentes, embarazo, actitud, adaptación.

## **ABSTRACT**

The objective of the thesis entitled “ATTITUDE TO PREGNANCY AND PRENATAL ADAPTACIÓN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL C.S. ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018”, was to determine the relationship of the attitude towards pregnancy with the prenatal psychosocial adaptation to motherhood in pregnant adolescents of C.S. Orcopampa - Arequipa 2018, is a descriptive research, cross-sectional and correlational design.

The target population consisted of 31 pregnant adolescents who belong to the jurisdiction of the C.S. Orcopampa to whom the following instruments were applied: the first an interview to collect general and specific data, the second a questionnaire to measure the attitude towards pregnancy, the third a questionnaire to detect the prenatal psychosocial adaptation to maternity in pregnant adolescents.

From the analysis of the attitude towards pregnancy, the majority of pregnant adolescents show indifference and the prenatal psychosocial adaptation the highest percentage have maladaptation.

It is concluded that, there is a relationship between the attitude towards pregnancy with prenatal psychosocial adaptation to motherhood.

Keywords: teenagers, pregnancy, attitude, adaptation.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia a nivel mundial, es un problema de gran impacto social, económico y de salud pública, cada vez más frecuente y de considerable magnitud, tanto para las adolescentes como para el producto de la concepción, ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

Así, se constituye en una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia, quienes todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

La incidencia de embarazos adolescentes se ha incrementado a nivel mundial y es mayor en los países subdesarrollados como el nuestro que cuenta con elevados porcentajes de morbi-mortalidad que además constituye una experiencia dramática que supone un proceso de adaptación ante el nuevo rol materno que de no darse, genera ambivalencia y rechazo al mismo, haciéndose imprescindible por tanto, el apoyo de la pareja, familia y del equipo de profesionales de la salud dentro del cual la Enfermera tiene una importante labor en el apoyo para su adaptación psicosocial prenatal.

La adolescente embarazada sin preparación alguna para la maternidad, llega a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones y actitudes negativas pues, su embarazo es casi siempre no deseado y su consecuencia más grave con riesgo de muerte suele ser el aborto inducido.

La enfermera en el primer nivel de atención desarrolla una labor muy importante con relación a la promoción de la salud de la adolescente, a la que debe poner énfasis abordando a través de la prevención del

embarazo e incentivando a la adaptación y afrontamiento del mismo cuando este ya se ha producido.

Lo que motivo a realizar esta investigación es que en la actualidad el embarazo adolescente es considerado como un problema de Salud Pública por su elevada prevalencia y por las repercusiones sociales, biológicas y psíquicas que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y la sociedad, dificultando además su vida cotidiana, pues al no estar buscado, ni planeado y no estar preparadas física y emocionalmente para la crianza de un hijo, truncaría sus expectativas de “proyecto de vida” de estudio y trabajo, modificando su estilo de vida anterior al embarazo.



## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La OMS define como adolescencia al "período de la 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" fija sus límites entre los 10 y 19 años y al embarazo adolescente como el que "ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".(OMS 1997).

Las condiciones actuales de vida favorecen conductas sexuales de riesgo en las adolescentes tales como la práctica de relaciones sexuales a más temprana edad, no empleo de anticoncepción entre otros, que implican riesgos de un embarazo no deseado (Beltrán Molina L. 2006).

En la actualidad el embarazo en adolescentes se caracteriza por no ser deseado y es considerado un problema de salud pública, pues se

caracteriza por una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.( Alvarado R y Cols. 2000).

El embarazo, es quizá la experiencia más importante, emocional y dramática de la vida de una persona, desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un tiempo crítico que supone un cambio de estado en el que la mujer se convertirá en madre, asumiendo así una nueva identidad a la que debe de adaptarse y se inicia en la etapa prenatal que da inicio al proceso de maternización (Soto M y Cols. 2000).

Este proceso genera una actitud determinada hacia el embarazo y una alta frecuencia de gestantes adolescentes consideran que no debe de iniciarse de inmediato el control pre natal cuando una mujer se entera que está embarazada (48,3%) y el 30.8% consideran que el embarazo será una dificultad en su vida cotidiana, generándose una actitud negativa. (Alvarez Lajonchre C. 2001).

La actitud hacia el embarazo es la predisposición de repuestas que tienen las adolescentes hacia el embarazo, que ocurre en el periodo de vida en el cual la mujer adquiere capacidad reproductiva, transitando los patrones psicológicos de la niñez a la adultez en edades comprendidas entre los 10 y 19 años, sustentada en la estructura cognoscitiva que conlleva una carga afectiva y emocional pudiendo ser de aceptación rechazo o indiferencia.

La Actitud de aceptación es la disposición de interés favorable que manifiestan las adolescentes hacia la aceptación de su embarazo, la actitud intermedia es la disposición de indiferencia que manifiestan las adolescentes hacia la aceptación de su embarazo y la actitud de rechazo es la disposición desfavorable.

Además, supone un reajuste y acomodación en su conducta ante el conflicto que le genera esta realidad, logrando patrones de respuesta adaptativos adecuándose a su rol materno o no adaptativos, mostrando ambivalencia acerca del embarazo y la aceptación del nuevo rol de madre.

Evaluar los aspectos psicosociales del embarazo, para poder estudiar y comprender mejor lo que ha sido llamado gestación mental paralela es de gran importancia para poder prevenir posibles conflictos y preparar a las futuras madres, no solo para el parto sino fundamentalmente para la maternidad. (Mirabal Martínez G, Y Cols, 2005).

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un tiempo crítico, supone un cambio de estado en el que la mujer se convertirá en madre, asumiendo así una nueva identidad. Es el inicio de lo que podríamos entender como proceso de maternización, que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. (Lederman R. 2004).

La adaptación psicosocial prenatal son todas las modificaciones o ajustes en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal alcanzando una convivencia armoniosa, se encuentra en interacción directa con su micro-ambiente social y cultural, en la inadaptación hay presencia de modificaciones en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal, la desadaptación es la dificultad para las modificaciones en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo teniendo una desarmonía y la adaptación es la ausencia de modificaciones en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal con inexistencia de relaciones armónicas.

La enfermera en el primer nivel de atención desarrolla una labor muy importante en relación a la promoción de la salud de las adolescentes debiendo poner énfasis abordando a través de la prevención del

embarazo e incentivando a tener una actitud positiva y adaptación prenatal cuando este ya se ha producido.

Tomando en cuenta lo señalado y la labor que desempeña la Enfermera al respecto y dadas las graves repercusiones para la salud integral de la adolescente y la sociedad es que se considera de gran interés responder a la siguiente interrogante:

**¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y ADAPTACIÓN PSICOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD, ADOLESCENTES EMBARAZADAS C.S. ORCOPAMPA- AREQUIPA 2018?**

## **B. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la relación entre la actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad en las adolescentes embarazadas del C.S. Orcopampa-Arequipa 2018.

### **ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar a la población de adolescentes según indicadores: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, dirección, con quien vive, edad que inicia las relaciones sexuales y semana de gestación.
2. Identificar la actitud de las adolescentes hacia el embarazo en los parámetros favorable, indiferente y desfavorable.
3. Evaluar la adaptación psicosocial maternal prenatal en las adolescentes embarazadas en los parámetros adaptación, desadaptación, e inadaptación.
4. Relacionar la actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial maternal prenatal en las adolescentes embarazadas.

## **C. HIPÓTESIS**

Es probable que exista relación entre la actitud hacia el embarazo y la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad, adolescentes embarazadas C.S. Orcopampa-Arequipa 2018.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**CONDORI, F. y Cols.** (2015), Perú – Arequipa. En su estudio “Tipos de convivencia y adopción del rol materno en madres primíparas en el Centro Médico Universitario Pedro P Díaz”, encontraron como principal resultado que el tipo de convivencia en madres primíparas fue: 43.9% convivencia extendida, seguido de la convivencia nuclear con un 42.5% y por último de la convivencia monoparental con un 13.6%. La adopción al rol materno fue alta en un 49.2%, medio con un 32.6% 18.2% bajo.

**VASQUEZ, Y.** (2015), Perú – Cajamarca. En su estudio de tipo descriptivo, prospectivo, analítico y correlacional “Actitud de las adolescentes embarazadas frente a su estado de gravidez según factores sociales y demográficos. P.S. Chontapaccha.”, donde se determinó que (56%) de adolescentes embarazadas tienen una actitud positiva frente a su embarazo, un (64%) son solteras, el (36%) tiene un grado de instrucción de secundaria incompleta.

**HURTADO, O.** (2015), Perú – Lima; en su estudio “Conocimiento y actitudes hacia el embarazo precoz en estudiantes de una Institución Educativa Estatal”. Se aplicó a 100 estudiantes de los cuales un 46% de los adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos y nivel bajo en el 33%, mientras que la actitud fue indiferente con 52%. Se concluyó que el papel preventivo promocional de la enfermera es fundamental en el incremento del nivel de conocimiento, por ende, en el cambio de actitud frente a la prevención del embarazo precoz.

**CHAJ, G.** (2015), Guatemala. Refiere en su estudio "Adaptación emocional en el embarazo precoz" realizado con 40 adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud del departamento de Quetzaltenango. Los resultados identificaron que la adaptación emocional en el embarazo precoz es significativamente baja, lo que en las jóvenes puede generar dificultad en el proceso al cambio físico y emocional.

**TONCEL, Y. y Cols.** (2015), Colombia. Realizo un estudio descriptivo transversal correlacional “Características Psicosociales de Adolescentes Embarazadas Atendidas en una IPS en la Ciudad de Santa Marta”. Los resultados fueron que el 90% de las embarazadas refirieron que el embarazo fue no deseado, el 10% manifestó que si lo fue. En cuanto a los niveles de autoestima y bienestar psicológico la mayoría las adolescentes estudiadas se encontraban en un nivel alto y en ambas variables estudiadas la cuarta parte se encontraba en un nivel medio.

**SALINAS, R.** (2016), Perú – Arequipa. Realizo un estudio “Embarazo en la adolescencia y funcionalidad familiar en adolescentes del distrito Gregorio Albarracín Tacna” Encontrándose que el nivel alto de efectividad de funcionalidad familiar fue mayor en el 25.2% para adolescentes no gestantes y respecto a las gestantes tiene el 8.7%, el nivel medio fue igual para ambos grupos y el nivel bajo fue mayor para las adolescentes gestantes respecto a las no gestantes.

**CASANOVA, N.** (2017), España. En su estudio “Adaptación Psicosocial al Embarazo en la Adolescencia. Un Programa de Intervención”, se encontró

que las gestantes adolescentes que no mantienen una buena relación con el padre de sus futuros bebés tienen un nivel de adaptación menor hacia el embarazo a comparación que las que tienen buena relación. Al mismo tiempo la adaptación al embarazo de aquellas gestantes que hayan alcanzado un alto nivel de identificación con el rol materno durante su embarazo.

**GAMERO, R. y col.** (2018), Perú – Chiclayo. Realizaron un estudio “Actitudes de riesgo hacia el embarazo precoz en estudiantes de una institución educativa pública” cuyos resultados revelaron que el 48% presenta un nivel alto de riesgo, seguido de un 41% en nivel medio de riesgo y solo un 11% con nivel bajo en las actitudes de riesgo hacia el embarazo precoz.

---

## **B. MARCO TEORICO**

### **1. EMBARAZO ADOLESCENTE**

#### **1.1. CONCEPTOS Y DEFINICIONES**

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad. (OMS, 1997).

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo, las madres adolescentes son una epidemia y una verdadera enfermedad social.



La maternidad es una experiencia transcendental biopsicosocialmente pues, como transición normativa propia de la adultez exige la disposición, habilidades y destrezas, para gestar, alumbrar y criar a un ser humano de forma sostenida, con inteligencia, sensibilidad y sentimientos positivos y maduros que se traduzcan en cuidados y afectos al nasciturus y al bebé. (Mirabal Martínez G, Y Cols, 2007).

El embarazo en adolescentes generalmente provoca angustias e insatisfacciones y se convierte en un problema de salud, capaz de hacer peligrar la vida de la joven madre y de un nuevo ser cuya morbilidad se mantiene elevada en el mundo; razones que justifican la valoración de la repercusión biológica, psicológica y social de la gestación a destiempo. (Alvarado, R, Y Cols, 2000)

Los adolescentes de esta generación se enfrentan a múltiples fuentes de desinformación que las desorientan con respecto a su sexualidad. Cada vez hay más influencia en diferentes campos que utilizan el sexo como estrategia comercial tales como la música, películas, páginas de Internet, publicidad, entre otros. Esta situación ha generado que muchas jóvenes comiencen su actividad sexual a temprana edad, cuando aun no cuentan con el conocimiento y la responsabilidad necesaria. En consecuencia, se tiene una cantidad de problemas cuyo impacto se ve reflejado en la sociedad general, como son los las infecciones de transmisión sexual y los traumas emocionales derivados de los embarazos no deseados.

Es un hecho ampliamente reconocido en el campo de la salud, que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y su hijo, cuando el embarazo se concibe antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, pues el individuo nace y se desarrolla en sociedad. (Contreras H, 1999).

Este acontecimiento es considerado como un fenómeno psicosocial constituyéndose en un problema de salud pública y que en la mayoría de las sociedades y culturas implica una situación indeseable; debido a que tiene un impacto psicológico, cultural, social y biológico; traduciéndose en

deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, no completa su función de adolescente, no puede establecer una familia y no puede alcanzar su potencial de vida, todo esto constituye el llamado síndrome del fracaso (Bernazzani, O, Saucier, 2001).

Cabe resaltar que las madres adolescentes que por lo general pertenecen a sectores sociales más desprotegidos, se caracterizan porque no deseaban al hijo en esa etapa, ni incluían en sus aspiraciones el ser madre en ese período del desarrollo es así que la mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, porque tienen que asumir el reto de desempeñar el rol de madres, enfrentarse a una nueva situación; deben ser responsables del cuidado, atención y educación de sus hijos. Por consiguiente, el embarazo es vivido como una crisis sobreimpuesta a la adolescencia debido a que no han completado su desarrollo para enfrentar la carga física, funcional y emocional que plantea el embarazo, cabe resaltar que los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural (Álvarez Lajonchere C, 2001).

El hecho de no haber programado la maternidad casi siempre genera tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de la niña se ve fuertemente exigida, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja. Es así que siente amenazada sus necesidades básicas:

- ~ Necesidades de bienestar físico.
- ~ Necesidad de seguridad y protección.
- ~ Necesidad de aceptación y pertenecía a un grupo.
- ~ Necesidad de cariño: dar y recibir afecto.
- ~ Necesidad de ser estimada y respetada.

~ Necesidad de autorrealización.

La respuesta a ésta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, pena, angustia y podría llegar a la depresión. Además de los cambios que con ella se presentan, se asumen otras problemáticas sociales y psicoemocionales generadas del nuevo estado, enmarcados en su gran mayoría en el contexto social y en los comportamientos de la adolescente y las personas que la rodean. Algunas de estas situaciones, y que caracterizan a la población en estudio, son:

~ Es frecuente el encontrar una familia de origen con bajos ingresos y bajos niveles socio-educativos. Las madres adolescentes suelen ser hijas a su vez de mujeres que también fueron madres durante la adolescencia conformándose un peculiar entorno socio- económico- cultural con singulares relaciones intergeneracionales también. }

~ En la mayoría de los casos, la joven madre es soltera y depende económicamente de los padres o algún familiar, ya sea en forma total o parcial.

~ Es estudiante y en muchos casos se ve obligada a abandonar sus estudios o a aceptar las represiones que un sistema educativo discriminatorio le impone.

~ La familia no le brinda o parcialmente lo hace, ayuda emocional y muchas veces condicionan esa ayuda a determinados comportamientos de la adolescente.

~ El compañero sexual evade la situación, al principio no lo acepta y cuando lo hace, se margina de la ayuda económica y la descarga en los padres.

~ Luego de esto le es difícil conseguir nuevo compañero. (Cruz López MV 2004).

## 1.2. EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO INSEGURO

### Definición

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes y son definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o se dan en una persona que no quiere reproducirse. (Feinholz D, Avila H, 2003).

Entre las diversas razones que subyacen a esta situación están:

- ~ La falta de conocimientos sobre existencia y acceso a anticonceptivos, el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado y la ausencia de asesoría o la consejería deficiente.
- ~ La existencia de relaciones sexuales no voluntarias ni planeadas, cuya expresión extrema es la violación, pero que en sus formas más comunes incluye las situaciones en las que existe una fuerte presión social para el inicio de la vida sexual (especialmente comunes entre los adolescentes)
- ~ Los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo tras una relación sexual sin protección.

### Impacto sobre la salud

Ante un embarazo no deseado, las adolescentes enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos:

#### ~ **Intentar interrumpir el embarazo**

A través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.

#### ~ **Continuar con el embarazo no deseado.**

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la adolescente, sus parejas y familias.

Las consecuencias más graves se derivan del aborto inducido en condiciones de clandestinidad e inseguridad.

La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que la adolescencia constituye uno de los extremos de la vida en la que los riesgos reproductivos son mayores.

### **El aborto inducido**

Es una importante causa de muerte materna (defunciones que ocurren como consecuencia de problemas del embarazo, el parto o el puerperio). En efecto, cuando un aborto se realiza en condiciones inseguras y la adolescente no tiene acceso a atención oportuna y de buena calidad, el riesgo de morir es muy alto.

Conocer el número de muertes que ocurren como consecuencia del aborto sería un dato importante para apreciar la magnitud del problema. Lamentablemente, sólo contamos con aproximaciones a la cifra real, debido a la calidad deficiente de nuestras estadísticas oficiales relativas a la mortalidad materna, así como a la clandestinidad del procedimiento.

### **1.3. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO**

"Es aquella en la que las adolescentes adoptan estilos de vida y comportamientos sexuales que la ponen en riesgo de embarazos no deseados, infectarse con infecciones de transmisión sexual ITS o VIH, entre las que se incluyen: tener varias parejas sexuales, prácticas sexuales sin uso de preservativo, consumo de alcohol y/o drogas, tener parejas sexuales que pertenecen a grupos con elevada prevalencia de ITS." (Casullo, M, 1998).

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18 años y de contraer matrimonio.

En América Latina y en Venezuela, la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más

tarde para las adolescentes. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados.

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza.

Al presentar el informe anual del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), señala los siguientes aspectos que expresan los impactos de la maternidad temprana:

~ Riesgo de muerte y enfermedad, sobre todo para las niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años.

En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados, como lo reportan estudios en América Latina (en Brasil 50 por ciento de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados; en Jamaica, casi 45 por ciento de las jóvenes de entre 15 y 24 años había estado embarazadas alguna vez y habían interrumpido la gestación.

~ También la salud de los bebés puede verse afectada: los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más.

## **Epidemiología**

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina (World Health Organization, 2003).

En los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial 2005 uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad y una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años.

### **Situación actual del embarazo adolescente en el mundo**

Continúa siendo de gran preocupación el alto índice de embarazos adolescentes, así pues, una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes.

En las regiones más pobres del planeta una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia, siendo las complicaciones durante el embarazo y el parto la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo y cada año, unos 3 millones adolescentes se someten a abortos peligrosos.

### **El embarazo adolescente en nuestro país**

En el Perú según los estudios realizados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2013, el porcentaje de adolescentes embarazadas es 13.9%, de las cuales 10.5 % ya son madres y el 3,5 % están gestando por primera vez. Esta cifra se incrementa, en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como, niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas, como los grupos indígenas.

En la región Arequipa el 8.6% de las madres o embarazadas son adolescentes, registrándose una tasa de 5.2%, en el 2014 la tasa fue de 7.5% y en el 2015 el porcentaje alcanzó el 8.6% según datos de la

(ENDES). Solamente en el distrito de Alto Selva Alegre en lo que va del año se presentaron 36 casos de embarazo adolescente. El año pasado fueron 83 y 68 en el 2014, según lo que señala el director de la micro red de Salud de la jurisdicción.

Se dijo anteriormente que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña este comportamiento.

En el Perú, señala la doctora Ayala (Niñas madres, Agenda Salud N° 9." Isis internacional".2003, Chile) existen niñas que han vivido muy rápido la adolescencia y que estando entre los 10 y los 18 años; han empezado una carrera muy grande, tienen una vida sexual activa, dificultades de vinculación y continuidad escolar, niñas con familias monoparentales que ven truncadas sus aspiraciones que tuvieron antes de ser madres (MINSA, 2013).

## **1.4. CAUSAS**

### **1.4.1. Descenso de la edad de la menarquia**

Menarquia temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no sabe manejar las situaciones de riesgo, la menarquia y el inicio de los mecanismos endocrinos que permiten la reproducción se presenta a edades más tempranas que en generaciones previas. Esto lleva implícito el despertar sexual.

### **1.4.2. Iniciación temprana de la actividad sexual**

Inicio precoz de las relaciones sexuales: Cuando aún no existe la madurez biológica y emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. En esta etapa existen actos impulsados por la maduración sexual, con influencia del medio ambiente rico en estímulos eróticos, sumado a la mala educación sexual.



### **1.43. Aumento de adolescentes sexualmente activos**

Frente a los adolescentes sexualmente activos se debe entregar información de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, sus ventajas y desventajas, cómo obtenerlos y precauciones en su uso. Es imprescindible que sea el/la adolescente quien (idealmente junto su pareja, familiar u otro adulto acompañante) tome la decisión de usar o no algún método y cuál.

Existen numerosas experiencias con programas de educación sexual para prevenir la ocurrencia embarazos en adolescentes. La gran mayoría basan su estrategia en la entrega de información sobre la fisiología de la reproducción humana, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos; ellos no han tenido resultados muy impactantes, de modo que las tendencias en las tasas de fecundidad en adolescentes o de abortos en este grupo etario no se han reducido en la magnitud esperada. (Brazelton, T.B. Y Cramer, B.G, 2003).

### **1.44. Familia Disfuncional**

Esta disfuncionalidad va desde las relaciones entre padres o tutores inadecuadas, basadas en riñas, hasta la falta física de uno de ellos, generándose la carencia afectiva, impulsándola a tener relaciones sexuales en busca de este amor que no tiene.

### **1.45. Patrones inadecuados de educación y crianza.**

Estos pueden ser:

- ~ **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.
- ~ **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.

- ~ **Agresión:** Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.
- ~ **Permisividad:** Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
- ~ **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.
- ~ **Mayor Tolerancia** del medio a la maternidad adolescente: Si es visto con naturalidad un embarazo en una adolescente, esta no ve riesgo o peligro en quedar embarazada.
- ~ **Bajo Nivel Educativo:** No hay proyecto de vida, no hay motivación e incentivo que permita posponer la maternidad para más adelante. Cuando la joven está estudiando, con una perspectiva por la que está esforzándose en la vida, ella misma se protege de no embarazarse, aunque tenga relaciones sexuales, adopta una prevención efectiva.
- ~ **Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas.** Dentro de ellas podemos destacar la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo.
- ~ **Negación al uso de métodos anticonceptivos:** Cuando los coitos hacen parte de la vida sexual del adolescente, diversos métodos pueden utilizarse de forma inocua y segura. Sin embargo, a pesar que el adolescente conoce las opciones de planificación familiar, no las emplea, un pequeño porcentaje de los jóvenes utilizan de manera consciente el condón, que en esta etapa de la vida cobra una importancia enorme, ya que cumple doble función, la planificación familiar y la protección de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

- ~ **Falta de conocimientos sobre la reproducción:** Este aspecto va desde el propio dominio de su aparato reproductor y su fisiología.
- ~ **Genitalización de la sexualidad:** Por ausencia de información, pero sobre todo por la carencia de una correcta educación sexual, se interpreta el coito como la única forma de dar y recibir placer, como la única forma en que la pareja puede interactuar. La sexualidad es una vivencia amplia, con múltiples aspectos que son gratificantes y que no conllevan los riesgos de la maternidad precoz.
- ~ **Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar, en estos casos las jóvenes se marchan de su núcleo familiar en busca de mejoras laborales o con motivo de estudios superiores.
- ~ **Pensamientos Mágicos:** La falsa creencia de que no se embarazan porque así lo desean.
- ~ **Fantasías de Esterilidad:** Comienzan a tener sus relaciones sexuales y no se embarazan por casualidad y esto les hace creer que no se embarazarán nunca y que son estériles.
- ~ **Falta o distorsión de la información:** Es frecuente entre adolescentes mitos como: no te embarazas si no tienes orgasmos, no te embarazas si el orgasmo no es junto con la pareja, o cuando tienen sexo durante la menstruación o cuando la penetración no es completa, etc.
- ~ **Controversias entre dos generaciones:** Si es una familia restrictiva, que censura el sexo, la joven tiene relaciones por rebeldía y junto a ello, tampoco se protegen. La falta de canales de comunicación dentro del entorno familiar o la presencia de situaciones conflictivas y la pérdida del valor de la familia, revisten importancia cimera en este conflicto. (García Sánchez M. H., 2003).

## 1.5. DETERMINANTES DE EMBARAZO ADOLESCENTE

La visión "represiva" de la educación sexual, que enfatiza en las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo precoz y otros peligros de las relaciones sexuales, tiene raíces profundas. Aunque muchos

programas actuales han desarrollado una visión "científica", que pone el acento sobre la anatomía y la fisiología de la sexualidad y del embarazo, así como en el desarrollo de la autoestima, parte importante del personal de salud y, más que todo, de los educadores permanece con prejuicios y miedos frente a la sexualidad adolescente. (Valdés Decal 2008).

Los adolescentes se encuentran entre la intensidad de la pulsión sexual, el placer inmediato y seguro, por un lado y, un riesgo futuro y solo posible, por otro. Una conducta anticonceptiva y de prevención de enfermedades de transmisión sexual sostenida es una conducta incómoda, sin mencionar la vergüenza que pueden sentir muchos adolescentes al intentar conseguir los preservativos o las píldoras, o al plantear a su pareja la necesidad de su uso. Por todo ello, siempre persistirán prácticas sexuales de riesgo.

Las relaciones sexuales coitales sin protección exponen a los adolescentes al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre las que se incluyen la infección por VPH (papiloma- virus humano), considerado agente etiológico del Cáncer de Cervix y la infección por VIH.

Una de las principales causas es el escaso uso de anticonceptivos pueden ser diversas, como: escasez de información sobre métodos anticonceptivos y sobre embarazo, como consecuencia de la ausencia o poca de educación sexual en los colegios. Así, los adolescentes ignoran muchos aspectos relacionados con la anticoncepción y sostienen algunas ideas erróneas como pensar que no puede haber embarazo la primera vez que se hace el amor, o que la marcha atrás es un método muy eficaz.

Según la OMS el equipo de salud debe trabajar para que, al llegar a la adolescencia, los adolescentes tengan los conocimientos y las habilidades sociales que les permitan posponer las relaciones sexuales hasta que estén preparados y utilizar métodos anticonceptivos eficaces para evitar el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual cuando empiecen a ser sexualmente activos.

Establecer con sus jóvenes pacientes una relación de apoyo y confidencialidad que les ayude a hablar de sus preocupaciones sexuales y solicitar si lo necesitan métodos anticonceptivos.

El mantener relaciones sexuales sin protección, además del asociado a la variabilidad de parejas sexuales tiene como consecuente el aumento de la incidencia de ITS como el VIH; así como embarazos no deseados, lo que ha llevado al aumento del número de abortos. (MINSA 2006).

En anticoncepción y sostienen algunas ideas erróneas como pensar que no puede haber embarazo la primera vez que se hace el amor, o que la marcha atrás es un método muy eficaz.

## **1.6. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

### **1.6.1. Consecuencias Biológicas**

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 2 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. (Alvarado, R., Peruca, y Cols, 2003).

La adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes, además los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento feliz, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de forma casi general, la mayoría de las muchachas son primigestas, lo cual constituye un riesgo por sí solo.

Wallemburg describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo.

En la primera mitad del embarazo son comunes la anemia, las infecciones urinarias y los abortos espontáneos; en la segunda: la hipertensión

arterial, las hemorragias, la insuficiente ganancia de peso, asociada a una deficiente nutrición; síntomas de parto anticipado, rotura prematura de membranas y otros.

Durante el período del parto predominan las malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción cefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones.

En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional; por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años.

## **1.62. Consecuencias Psicosociales**

Este embarazo se produce cuando la maduración biosocial, física y psicológica no se ha logrado aún, de manera que, en muchos casos por incomprensiones, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo, termina en parto distócico. (Hidalgo Vicario, 2004).

La futura madre adolescente se enfrenta a las inquietudes propias de la gravidez; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre, en muchos casos también adolescente. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos; dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que lllore, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad. La madre adolescente no tiene un orden de valores que le permita priorizar problemas o soluciones, por lo cual, si logra cuidar

bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero en lo más individual tendrá añoranza de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos.

## **2. ACTITUD HACIA EL EMBARAZO**

### **2.1. DEFINICIONES**

Son formas habituales de sentir, pensar y por ende comportarse de manera positiva o negativa frente a una determinada situación de acuerdo a las experiencias de vida y educación recibida. Son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. (Organización Mundial de la Salud 2010).

### **2.2. COMPONENTES DE LAS ACTITUDES**

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. (Libreros L, fuentes L, Pérez A., 2014).

#### **221. Componente Afectivo**

Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

#### **222. Componente Cognitivo**

Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.

#### **223. Componente Conativo**

Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es

cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

### 2.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES

- ~ **Las actitudes adquiridas**, son el resultado de las experiencias y del aprendizaje que el individuo ha obtenido a lo largo de su historia de vida, que contribuye a que denote una tendencia a responder de determinada manera y no de otra.
- ~ **Las actitudes son de naturaleza dinámica**, es decir, pueden ser flexibles y susceptibles a cambio, especialmente si tienen impacto en el contexto en el que se presenta la conducta.
- ~ **Son impulsoras del comportamiento**, son la tendencia a responder o a actuar a partir de los múltiples estímulos del ambiente.
- ~ **Son transferibles**, es decir, con una actitud se puede responder a múltiples y diferentes situaciones del ambiente. (Instituto Tecnológico de Sonora, 2014).

### 2.4. CLASIFICACIÓN:

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- ~ **Aceptación**. - Consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, ayuda y comprensión.
- ~ **Rechazo**. - Es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.
- ~ **Indiferencia**. - Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento.



### **3. ADAPTACION PSICOSOCIAL PRENATAL**

#### **3.1. DESARROLLO PRENATAL Y EMOCIONES DE LA MADRE**

El desarrollo pre-natal esta enfocado a la interacción directa de la adolescente primigesta con su micro-ambiente, tales como la existencia de eventos vitales, el grado de estrés emocional que éstos generan, los recursos personales y el apoyo que le brinda su red social (soporte social). Existen ciertas condiciones individuales, sociales y culturales que son el contexto donde se asientan los eventuales factores de riesgo para el estado del recién nacido. (Bernazzani, O., Saucier, 2001).

La expresión genética de la descendencia puede ser alterada por las emociones de la madre tales como: miedo, rabia, amor, entre otros. Nuestra percepción del ambiente y sus emociones concomitantes, elicitando respuestas fisiológicas en el cuerpo, el cual libera moléculas "señal" en la sangre. Estas señales sanguíneas relacionadas con las emociones activan receptores proteicos específicos en la superficie de células y de tejidos y órganos. Los receptores activados sirven como interruptores moleculares que ajustan el sistema metabólico y la conducta del organismo para acomodarlo a los retos ambientales.

Durante el embarazo la percepción de la madre sobre el ambiente se transmite al feto a través de la placenta, la barrera celular entre el flujo sanguíneo materno y el fetal. Las "emociones químicas" de la madre afectan al feto de manera que éste evocaría las mismas respuestas emocionales que la madre, junto con sus respectivas consecuencias y sensaciones fisiológicas. En el fondo, se le otorga al feto información previa respecto al ambiente. Esta información está definida por la conducta y percepción de los padres.

En síntesis, la química emocional de la madre "determina" la química emocional de la descendencia, por ejemplo, si una madre se ve enfrentada a diferentes tensiones durante su embarazo, es muy probable, que el niño nazca con una actitud defensiva ante su medio. De cierto modo, la conducta de los padres pre-programaría la conducta futura de

los niños lo cual les permitiría adaptarse más rápida y exitosamente al ambiente del hogar.

Cabe destacar, que las consecuencias conductuales de niños expuestos a actitudes negativas o destructivas durante su desarrollo prenatal puede ser revertido psicológicamente, una vez que dichas consecuencias han sido identificadas.

La mayoría de las mujeres embarazada experimenta algún estrés durante el embarazo que en cantidad moderada no tiene efectos nocivos sobre el feto, pero si es persistente y excesivo es muy posible que si lo tenga. Cuando la madre está ansiosa, temerosa o molesta bombea adrenalina al torrente sanguíneo, lo que incrementa la tasa cardíaca, la presión sanguínea, la respiración y los niveles de azúcar y aleja la sangre de la digestión a los músculos esqueléticos para preparar al cuerpo para acciones de emergencia; dejando al cuerpo exhausto e interrumpiendo gravemente su funcionamiento. Estos cambios físicos también se presentan en el feto, pues la adrenalina cruza la placenta y llega a la sangre del feto, el cual se vuelve hiperactivo por el tiempo en que la madre esté estresada.

Según estudios recientes, los niveles elevados de estrés pueden aumentar el riesgo de parto prematuro, de que el bebé nazca con un peso demasiado bajo y, posiblemente, de un aborto espontáneo. (Departamento de Servicios de salud de California 2005).

El verdadero efecto del estrés es que incrementa los niveles de unas hormonas que restringen el flujo de sangre hacia la placenta, privando al feto de oxígeno y nutrientes.

En síntesis, podemos decir que el estrés en un grado alto (y relacionado a otros factores) sí produce efectos nocivos en los bebés, como irritabilidad, hiperactividad y diversas alteraciones tanto a nivel fisiológico como psicológico (por ejemplo, retardo mental, deformaciones congénitas).

Un buen entorno familiar y social también ayuda a las embarazadas a aliviar su estrés. Los familiares y amigos pueden proporcionar

información, apoyo emocional o ayuda con las tareas del hogar. Algunos estudios sugieren que tener una buena red de apoyo puede reducir el riesgo de parto prematuro y de tener un bebé de peso bajo, especialmente en el caso de mujeres pobres y de alto riesgo.

### **3.2. ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL**

Evaluar los aspectos psicosociales del embarazo, para poder estudiar y comprender mejor lo que ha sido llamado gestación mental paralela es de gran importancia para poder prevenir posibles conflictos y preparar a las futuras madres, no para el parto sino fundamentalmente para la maternidad (Armengol y cols. 2007).

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un tiempo crítico, supone un cambio de estado en el que la mujer se convertirá en madre, asumiendo así una nueva identidad. Es el inicio de lo que podríamos entender como proceso de maternización que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. (García-Dié y Palacín, 2001).

Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones tempranas con el hijo.

El nacimiento de un hijo es una de las transiciones de la vida que más modifica las circunstancias de los padres y madres, la etapa de espera de ese hijo no se considera, en general, como la primera fase de un proceso que culmina con la llegada del bebé y que de hecho se alarga toda la crianza. (Rodríguez, Pérez López y Brito de la Nuez, 2004).

En este sentido, expertos como Brazelton y Cramer (2003) describen que el vínculo con el recién nacido se forma sobre relaciones previas. A lo largo del embarazo se van construyendo representaciones y fantasías que los autores describen de esta manera: “para las que se convierten en madres, en el momento del nacimiento se juntan tres bebés: el hijo imaginario de sus sueños y fantasías, el feto invisible pero real, cuyos

ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses, se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar entre sus brazos (Brazelton, T.B. Y Cramer, B.G. 2003).

Generalmente, las mujeres embarazadas tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, y dentro de su entorno se encuentra a la futura madre tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada.

Durante este período pueden tener deseos de visitar a su madre y en ocasiones hacerle preguntas sobre su propia infancia, aunque puedan llegar a remover viejos conflictos con ella, observan y sienten que vuelven a necesitarla.

El apego hacia la figura materna es crucial en el desarrollo de los modelos mentales del niño y la gestación es el momento donde una mujer aprende más sobre sí misma (Brazelton, 2003).

Algunos estudios han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes, así nos lo corrobora un estudio de Bernazzani, Saucier, David y Bor-geat (2001), en el que se observó la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte, la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo.

Lederman (1996) a través de entrevistas con embarazadas se dio cuenta que todas experimentaban algún conflicto en relación a su embarazo y que sus patrones de respuesta eran adaptativos o no adaptativos. Los patrones de respuesta adaptativos se observaron que eran progresivos en la manera en que las embarazadas avanzaban hacia una orientación para el rol maternal. Cuando las respuestas no eran adaptativas, las mujeres elaboraban su ambivalencia acerca del embarazo y la maternidad y tenía lugar un pequeño estancamiento en su clarificación de rol. (Lederman, R.P. 1996).

El embarazo tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial, exige un considerable esfuerzo de adaptación, que ocasionalmente puede desembocar en una patología psiquiátrica. Pueden aparecer cuadros de ansiedad, depresión y, generalmente en pacientes predispuestas, psicosis.

### **Dimensiones Psicosociales**

A partir de las investigaciones realizadas en este campo se puede valorar cómo tiene lugar el desarrollo del rol maternal, las dimensiones que lo conforman, que adquieren suma importancia a lo largo de la gestación, y las respuestas adaptativas que se ofrecen a cada una de estas dimensiones.

Según Regina Lederman (1996) el PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire) que evalúa las siguientes siete dimensiones psicosociales:

- a) **Aceptación del embarazo**, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las que se encuentra la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa.

Un ítem característico de la dimensión podría ser: “Me alegro de estar embarazada”.

- b) **Identificación con el rol materno**, caracterizada por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “pienso en la clase de madre que me gustaría ser”.

- c) **Calidad de relación con la madre**, que incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el

reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi madre está ilusionada con el bebé que espero”.

- d) **Calidad de la relación con la pareja**, que incluye el interés de la pareja por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada”.
- e) **Preparación al parto**, caracterizada por las conductas preparatorias (practical steps), como asistir a clases prenatales, leer libros, etc, o por los ensayos imaginarios o aspectos psicosociales en la gestación: Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto”.
- f) **Miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto**, caracterizado por la pérdida de control sobre el cuerpo y sobre las emociones, la confianza en el personal médico y sanitario, así como la actitud hacia el uso de la medicación durante el parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “creo que tendré la habilidad de poner en práctica los consejos que me han dado”.
- g) **Preocupación por el bienestar propio y del bebé**: que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “tengo miedo de perder el bebé durante el parto”.

Estas dimensiones indican la necesidad de identificar con mayor detalle las creencias y emociones asociadas a la aceptación del embarazo y de identificación con el rol maternal, que no acaban de estar bien definidas o son mal identificadas por parte de las propias embarazadas. (Laxton- Kane, M. Y Slade, P. 2002).

## **4. ROL DE LA ENFERMERA**

### **4.1. INTERVENCION DEL AIS**

Los Programas de Atención Integral, norman y definen los procesos para que las personas y sus familias se consideren protegidas en salud. Son unidades funcionales que comparten los sistemas de organización y gestión por Etapas de Vida dentro de los que se encuentra el Programa de “Atención Integral de Salud del Adolescente” considerando edades entre 10 a 19 años, el mismo en la adolescente embarazada abarca entre otros aspectos a los siguientes: (MINSA 2006).

#### **~ Cuidados Prenatales**

Durante este periodo la madre esta especialmente sensible a la comunicación verbal, lo que hace fácil la entrega de contenidos educativos relacionados con la maternidad responsable, apuntar de sobremanera al período prenatal, dado que es durante esta crítica etapa cuando se sientan las bases del desarrollo neurológico y psicológico del ser humano.

Los embarazos en la adolescencia van en aumento y es necesario no cerrar los ojos a esta realidad, uno de los factores mas importantes para no enfrentar este tipo de situación es la comunicación con los padres, profesores y personal de salud.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el peligro de los abortos inducidos ya que pone en peligro no solo la vida del bebe sino también la de la madre.

Además, se debe fomentar redes de apoyo y crear conciencia sobre la relevancia de este período tan crucial para reducir el estrés durante el embarazo, pues cualquier mujer puede manejar mejor el estrés de su vida si se encuentra sana y en buen estado físico. García-Dié, M.T. y Palacín, C. (2001).

El ejercicio ayuda a una mujer embarazada a mantenerse en buen estado físico, como también a prevenir algunas de las molestias comunes del

embarazo (como los dolores de espalda, la fatiga y el estreñimiento), y contribuye a aliviar el estrés.

La política de salud reproductiva basada en principios de prevención social y de una filosofía en la cual la salud es un problema de derecho, ha logrado atenuar el impacto que la precocidad puede traer para la salud biológica del niño y de la madre con un sistema de seguimiento a la salud materna de la adolescente desde los primeros momentos de su embarazo. Por eso, los problemas fundamentales de salud se desplazan hacia la incidencia en el bienestar de la adolescente de los factores psicosociales asociados a los conflictos en la familia de origen y de procreación y al impacto psicológico que significa tener un hijo en edades en las que no se está preparada ni psíquica ni socialmente para enfrentar esa responsabilidad.

Es también un problema salud en tanto afecta un proyecto de reivindicación del sujeto femenino asociado a un mayor bienestar psicosocial para la mujer.

Por consiguiente, la labor de la enfermera se centrará en la prevención y esta debe ser trabajada en sus tres fases:

- **Prevención primaria.** - Constituida por las medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia, supone la base de la prevención y se procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema.
- **Prevención secundaria.** - Son las medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada, para buen control de la gestación en busca de disminuir las complicaciones por una gestación precoz y para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles.
- **Prevención terciaria.** - Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.



## C. SISTEMA DE VARIABLES

**Variable Independiente:** Actitud hacia el embarazo (Adolescentes)

**Variable Dependiente:** Adaptación psicosocial prenatal hacia la maternidad (Adolescentes)

## D. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

### 1. ACTITUD HACIA EL EMBARAZO

Predisposición de repuestas que tienen las adolescentes hacia el embarazo, que ocurre en el periodo de vida en el cual la mujer adquiere capacidad reproductiva, transitando los patrones psicológicos de la niñez a la adultez en edades comprendidas entre los 10 y 19 años, sustentada en la estructura cognoscitiva que conlleva una carga afectiva y emocional pudiendo ser de aceptación rechazo o indiferencia:

- ~ **Actitud de aceptación:** Disposición de interés favorable que manifiestan las adolescentes hacia la aceptación de su embarazo alcanzando un puntaje entre 87 – 130.
- ~ **Actitud Intermedia:** Disposición de Indiferencia que manifiestan las adolescentes hacia la aceptación de su embarazo alcanzando un puntaje entre: 44 - 86.
- ~ **Actitud de rechazo:** Disposición desfavorable, de rechazo que manifiestan las adolescentes hacia su embarazo alcanzando un puntaje entre 00 - 43.

### 2. ADAPTACION PSICOSOCIAL PRENATAL HACIA LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Modificaciones o ajustes en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal y se encuentra en interacción directa con su micro-ambiente social y cultural, contexto en

donde se asientan los eventuales factores de riesgo para la salud valorados en Escala de Likert en:

- ~ **Adaptación.** – Ausencia de modificaciones o ajustes en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal y se encuentra en interacción directa con su micro- ambiente social y cultural favorable alcanzando una convivencia armoniosa con un puntaje que fluctúa entre 105 a 168 puntos.
- ~ **Desadaptación.** - Dificultad para las modificaciones y ajustes en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal en interacción directa con su micro- ambiente social y cultural en desarmonía que, a través de nuevas interacciones, puede dar lugar a un nuevo equilibrio adaptativo alcanzando un puntaje de 53 – a 104 puntos.
- ~ **Inadaptación.** - Presencia de modificaciones y ajustes en la conducta de la adolescente como reacción ante la realidad del embarazo en la etapa prenatal y con interacción directa con un micro-ambiente social y cultural con inexistencia de relaciones armónicas alcanzando un puntaje de 00- a 52 puntos.

## **E. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **ALCANCES**

- Sirva para investigaciones futuras.
- Sirva para evidenciar la problemática en estudio.

### **LIMITACIONES**

- Subjetividad en las respuestas

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

De acuerdo al problema, los objetivos y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal.

#### **PROCEDIMIENTO**

1. Se presentó y se obtuvo la aprobación del trabajo de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín.
2. Se determinó como área de estudio para la presente investigación al centro de salud de Orcopampa.
3. La selección de la población de estudio estuvo conformada por 31 adolescentes embarazadas que pertenecen a la jurisdicción del C.S. Orcopampa.
4. Se aplicó la prueba piloto al 10% de la población otorgando los instrumentos de recolección en el Centro de Salud Andagua.

5. El periodo elegido para la recolección de datos fue del mes de diciembre del año 2018; la aplicación de los instrumentos a la población objetivo se realizó en los diferentes turnos en los que asistían las adolescentes embarazadas y también en sus domicilios.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Una entrevista estructurada para la recogida de datos generales las de las adolescentes embarazadas.
  - Un cuestionario con total de 10 ítems para identificar la actitud de las adolescentes hacia el embarazo.
  - Un cuestionario con total de 42 ítems para evaluar la adaptación psicosocial prenatal en las de las adolescentes embarazadas.
6. El procedimiento y análisis de los datos se realizó con el software SPSS 22.0 (Base de datos y estadística). Para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico no paramétrico del Chi cuadrado.

## **B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO**

El embarazo adolescente es considerado como un problema de Salud Pública por su elevada prevalencia y por las repercusiones sociales, biológicas y psíquicas que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y la sociedad, por lo tanto, enormes implicancias socioeconómicas para el país, y los cambios en estas características hacen necesario, en muchas ocasiones, replantear el enfoque de las políticas educativas en el abordaje de las relaciones sexuales en la adolescencia; así como en la prevención del embarazo en este grupo etario.

Es necesario tener presente que debido a la falta de orientación en las jóvenes, se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente,

además de condicionar y perturbar su proyecto de vida futura, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de salud con las complicaciones del embarazo y del parto, por no haber tenido un debido control prenatal.

Para muchas adolescentes el embarazo sería una dificultad en su vida cotidiana, pues al no estar buscado, ni planeado y no estar preparadas física y emocionalmente para la crianza de un hijo hasta para varios años después, truncaría sus expectativas de “proyecto de vida” de estudio y trabajo, modificando su estilo de vida anterior al embarazo.

### C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estará conformada por 31 adolescentes embarazadas que pertenecen a la jurisdicción del C.S. Orcopampa con los que se conformarán los siguientes grupos:

#### Muestra

Se estudiará una muestra cuyo tamaño se ha calculado con la fórmula de población finita para variable cualitativa:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{N - 1 E^2 + Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de la Muestra

N = Total de la población (31)

$Z_{\alpha/2}$  = Nivel de confianza 95%= 1,96

p = Proporción esperada del evento 50% = 0.50

q = 1 – p = 1– 0.5 = 0.5

E = Error de estimación 5%= 0,05

**Remplazando:**

$$\frac{(1,96)^2 \cdot (31) \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(31 - 1)(0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}$$

28 adolescentes

- **Criterios de inclusión:**

~ Adolescentes embarazadas en edades de 14 a 19 años.

~ Adolescentes primigestas y multigestas.

- **Criterios de Exclusión:**

~ Adolescente con complicaciones del embarazo.

#### **D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En el presente estudio se utilizó el método de la Encuesta, como técnica la Entrevista y como instrumento los siguientes formularios:

1. **ENTREVISTA** (Anexo 01) Una guía de entrevista estructurada que consta de:

a. Características Generales: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, dirección, con quien vive, edad en que empezó las relaciones sexuales y semana de gestación, 08 Items.

2. **CUESTIONARIO** (Anexo 03): Actitud hacia el embarazo de (*H. Agurto Tello. Lima -Perú 2009*) para identificar la posición de la adolescente embarazada frente al embarazo consta de 10 items; evaluada en Escala de Likert: en los siguientes niveles;

- Actitud favorable 35 – 50 (interés)
- Actitud neutra 17 – 34 (Indiferencia)
- Actitud desfavorable 00 - 16 (desinterés)

3. **CUESTIONARIO** (Anexo 02): Cuestionario (*Psycho-Social aspects of the Pregnancy, Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PSQ* de Lederman 1996) para evaluar la capacidad de Adaptación Psicosocial Prenatal en la adolescente primigesta consta de 42 items que abarcan las siguientes 6 dimensiones: aceptación del embarazo, rol materno, relación con la madre, relación con la pareja, preparación al parto, preocupación por el bienestar propio y del bebé; evaluada en Escala de Likert:

- Adaptación 105 - 168
- Desadaptación 53 – 104
- Inadaptación 00 – 52

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos se presentan en cuadros ordenados en la siguiente forma:

- Información General: tabla: 01
- Información Específica: cuadro del 01 al 08
- Comprobación de hipótesis: 09



**TABLA N° 01**  
**CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL**  
**CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-**  
**AREQUIPA 2018**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad</b>		
> -16	2	7.1
16 – 17	11	39.2
18 - 19	15	<b>53.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Estado civil</b>		
Casada	0	0.0
Conviviente	18	<b>64.2</b>
Soltera	10	35.7
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Nivel de Estudios</b>		
Primaria	13	46.4
Secundaria	15	<b>53.5</b>
Superior	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	15	<b>53.5</b>
Trabaja	5	17.8
Estudia	8	28.5
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Vives con:</b>		
Tu pareja	18	<b>64.2</b>
Padres	10	35.7
Otros	0	0.0

<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Trimestre de gestación</b>		
Primero	3	10.7
Segundo	9	32.1
Tercero	16	<b>57.1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad de inicio de relaciones sexuales</b>		
> -16	16	<b>57.1</b>
16 – 17	11	39.2
18 - 19	1	3.5

### CUADRO N° 01

#### ACTITUD HACIA EL EMBARAZO ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA 2018

ACTITUD	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Favorable	05	17,9
Indiferente	13	<b>46,4</b>
Desfavorable	10	35.7

De los resultados se observa que respecto de la variable actitud hacia el embarazo el **46,4%** de las de la población de adolescentes embarazadas muestran actitud iindiferente seguido del nivel desfavorable con el 35.7% y solo un 17,9% tienen nivel favorable.

,

## CUADRO N° 02

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
DIMENSIÓN: ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO, ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA  
2018**

ACEPTACIÓN AL EMBARAZO	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Adaptación	03	10.7
Desadaptación	17	<b>60.7</b>
Inadaptación	08	28.5

De los resultados se observa que respecto de la variable adaptación psicosocial prenatal a la maternidad dimensión: aceptación al embarazo, el **60.7%** de las de la población de adolescentes embarazadas muestran desadaptación, seguido del nivel Inadaptación con el 28.5% y solo un 10.7% muestran adaptación.

**CUADRO N° 03**

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
DIMENSIÓN: ADAPTACIÓN AL ROL MATERNAL, ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA  
2018**

<b>ADAPTACIÓN AL ROL MATERNAL</b>	<b>TOTAL</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Adaptación	06	21.4
Desadaptación	12	<b>42.8</b>
Inadaptación	10	35.7

De los resultados se observa que respecto de la variable adaptación psicosocial prenatal a la maternidad dimensión: adaptación al rol maternal el **42.8%** de las de la población de adolescentes embarazadas muestran desadaptación, seguido del nivel Inadaptación con el 35.7% y solo un 21.4 % muestran adaptación.

#### CUADRO N° 04

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
DIMENSIÓN: RELACIÓN CON LA MADRE, ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA  
2018**

RELACIÓN CON LA MADRE	TOTAL	
	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Adaptación	06	21.4
Desadaptación	13	<b>46,4</b>
Inadaptación	09	32,1

De los resultados se observa que respecto de la variable adaptación psicosocial prenatal a la maternidad dimensión: relación con la madre, el **46,4%** de las de la población de adolescentes embarazadas muestran desadaptación, seguido del nivel Inadaptación con el 32,1% y solo un 21.4% muestran adaptación.

### CUADRO N° 05

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
DIMENSIÓN: RELACIÓN CON LA PAREJA, ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA  
2018**

RELACIÓN CON LA PAREJA	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	28	100.0
Adaptación	05	17,9
Desadaptación	12	42.8
Inadaptación	11	39.3

De los resultados se observa que respecto de la variable adaptación psicosocial prenatal a la maternidad dimensión: relación con la pareja, el **42.8%** de las de la población de adolescentes embarazadas muestran desadaptación, seguido del nivel Inadaptación con el 39.3% y solo un 17,9% muestran adaptación.

## CUADRO N° 06

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
DIMENSIÓN: PREPARACIÓN PARA EL PARTO ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA  
2018**

PREPARACIÓN PARA EL PARTO	TOTAL	
	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Adaptación	03	10.7
Desadaptación	13	46,4
Inadaptación	12	<b>42.8</b>

De los resultados se observa que respecto de la variable adaptación psicosocial prenatal a la maternidad dimensión: preparación para el parto el 46,4% de las de la población de adolescentes embarazadas muestran desadaptación, seguido del nivel Inadaptación con el **42.8%** y solo un 10.7% muestran adaptación.



**CUADRO N° 07**

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
DIMENSIÓN: PREOCUPACION POR BIENESTAR PROPIO Y DEL  
BEBE, ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD  
ORCOPAMPA-AREQUIPA 2018**

PREOCUPACIÓN POR BIENESTAR PROPIO Y DEL BEBE	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Adaptación	07	25.0
Desadaptación	12	<b>42.8</b>
Inadaptación	09	32.2

De los resultados se observa que respecto de la variable adaptación psicosocial prenatal a la maternidad dimensión: preocupación por bienestar propio y del bebe el **42.8%** de las de la población de adolescentes embarazadas muestran desadaptación, seguido del nivel Inadaptación con el 32.2% y solo un 25.0% muestran adaptación.

**CUADRO N° 08**

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD  
GLOBAL ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD  
ORCOPAMPA-AREQUIPA 2018**

<b>ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>
Adaptación	05	17.9
Desadaptación	14	<b>50,0</b>
Inadaptación	09	32,1

Del total de la población en estudio el más alto porcentaje del **50,0 %** de las adolescentes muestran desadaptación seguido del nivel Inadaptación con el 32.1% y solo un 17.9% muestran adaptación.

**CUADRO N° 09**

**ACTITUD HACIA EL EMBARAZO SEGÚN, ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ORCOPAMPA-AREQUIPA 2018**

ACTITUD HACIA EL EMBARAZO	TOTAL		ADAPTACION PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD					
			Adaptación		Desadaptación		Inadaptación	
TOTAL	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>05</b>	17,9	<b>14</b>	50,0	<b>09</b>	17,9
Favorable	<b>05</b>	17,9	04	14,3	01	3,6	00	0.0
Indiferente	<b>13</b>	<b>46,4</b>	01	3,6	12	<b>42,9</b>	00	0.0
Desfavorable	<b>10</b>	35.7	00	0.0	01	3,6	09	32,1

gL(4)  $\chi^2: 38,3^a > 9.5$  (p < 0.05) p = 0.001

De los resultados se observa que de la variable el **46,4%** de población en estudio muestran actitud Indiferente de las cuales el **42,9%** tienen desadaptación psicosocial prenatal a la maternidad, la tendencia es hacia la actitud desfavorable.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del  $\chi^2$ : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró un alto nivel de significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. DISCUSIÓN**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad en las adolescentes embarazadas del C.S. Orcopampa Arequipa 2018, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

En esta investigación en relación a las adolescentes embarazadas del en estudio, se puede determinar que el 53.5% se encuentran e edades entre los 18 – 19 años, 64.2% son convivientes, el 53.5% tienen estudios secundarios, el 53.5% son amas de casa y el 64.2% viven con su pareja.

De la variable actitud hacia el embarazo el 46,4% de la población de adolescentes embarazadas muestran actitud indiferente seguido del nivel desfavorable con el 35.7% y solo un 17,9% tienen nivel favorable.

Al respecto, es preciso señalar que los resultados encontrados son discordantes a los encontrados por Vásquez Lozano, Y (2015) en la tesis titulada “Actitud de las adolescentes embarazadas frente a su estado de gravidez según factores sociales y demográficos, del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, se encontró que la mayoría 56.0% de adolescentes embarazadas tienen una actitud positiva frente a su embarazo, además existía relación significativa entre la actitud de las adolescentes embarazadas y los factores sociales y demográficos.

Así, es preciso señalar que el embarazo en adolescentes constituye un problema social, económico y de salud de considerable magnitud, que últimamente se ha expandido ampliamente en nuestro país y que deja un impacto negativo en la vida de la adolescente, en su salud, sobre todo en la de su hijo.

En relación a la variable la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad en las adolescentes embarazadas, se evidencia que la mayoría de la población en estudio en las diferentes dimensiones: aceptación al embarazo, el 60.7%, dimensión: adaptación al rol maternal el 42.8%, relación con la madre, el 46,4%, relación con la pareja, el 42.8%, preparación para el parto el 46,4%, preocupación por bienestar propio y del bebe el 42.8% y a nivel global el 50,0 %, las adolescentes muestran desadaptación seguido del nivel Inadaptación con el 32.1% y solo un 17.9% muestran adecuado nivel de adaptación.

Los resultados obtenidos, en comparación con un estudio similar “Adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017” de Chávez Vargas E. Se observa resultados similares mostrándose que el 61.4% de las adolescentes embarazadas muestran adaptación psicosocial es

deficiente y el 38.6 % presentan buena adaptación. En su totalidad, las gestantes muestran una deficiente adaptación psicosocial en la dimensión relación con la pareja, continuado de la dimensión preocupación por el bienestar del bebé y la edad que predominan respecto a la adaptación psicosocial se encuentra entre los 20 a 29 años de edad.

Referente a ello, es preciso señalar que una mujer embarazada tiene que adaptarse a un cambio sumamente dramático sobre su estilo de vida, el cual cambia de ser una persona solo responsable de sí misma a una madre responsable de la salud y bienestar de un niño, generan diversas emociones, las cuales varían de intensidad dependiendo de la vulnerabilidad y respecto al embarazo adolescentes sus consecuencias son múltiples y afectan a diferentes ámbitos de la vida de la adolescente, adaptarse a las modificaciones que una gestación y maternidad implican, supone para ellas un auténtico desafío vital.

Dado que, existe relación entre la variable la actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal a la maternidad en las adolescentes embarazadas, es que resulta de gran importancia que la enfermera conozca el nivel de aceptación del embarazo en las gestantes y las alteraciones emocionales que estas traen como consecuencias.

Estos resultados se reafirman con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado, con él se encontró alta significancia (0.001), demostrándose que la actitud hacia el embarazo se relaciona con la adaptación psicosocial prenatal.

## **B. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** Las adolescentes embarazadas en estudio, tiene un mayor porcentaje entre las edades de 18 a 19 años, son convivientes, tienen estudios secundarios, son amas de casa y viven con su pareja.

**SEGUNDA:** Las adolescentes embarazadas muestran una actitud indiferente seguido del nivel desfavorable y solo la minoría muestran actitud favorable.

**TERCERA:** El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas, las diferentes dimensiones de adaptación psicosocial: aceptación al embarazo, adaptación al rol maternal, relación con la madre, relación con la pareja, preparación para el parto, preocupación por bienestar propio y del bebe y a nivel global, muestran desadaptación seguido del nivel Inadaptación y solo la minoría muestran adecuado nivel de adaptación.

**CUARTA:** Del análisis estadístico con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró relación entre las variables actitud hacia el embarazo con la adaptación psicosocial prenatal.

## C. RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Las instituciones formadoras deben implementar programas, talleres y capacitaciones para desarrollar y fortalecer la sensibilización del profesional de enfermería como carrera humanista que permita desarrollar habilidades y destrezas para establecer una interrelación de calidad enfermera y adolescentes.

**SEGUNDA:** Promover la comunicación y la empatía entre el personal de enfermería y la gestante adolescente, brindando una atención de calidad para obtener la satisfacción óptima de la gestante.

**TERCERA:** Proponer programas sobre salud sexual y reproductiva y tomar la iniciativa de promover y prevenir como lo dice Nola Pender, es decir, esmerarse en dictar actividades educativas en los centros de salud, los cuales por falta de visión integral no permite una correcta detección y solución.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997)** Necesidad de la salud de adolescentes. Serie informes técnicos. Ginebra: O.M.S.
2. **BELTRÁN MOLINA L. (2006)** Embarazo en Adolescentes Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo Caracas, Venezuela.
3. **ALVARADO, R., y COLS (2000)** Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revista de Psiquiatría. Chile.
4. **SOTO, M y COLS (2000)** Actitudes hacia el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Pediatría.
5. **ÁLVAREZ LAJONCHERE C. (2001)** El embarazo en la adolescencia. Editorial Científico-Técnica, La Habana-Cuba.
6. **MIRABAL MARTÍNEZ G, Y COLS (2007)** Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev cubana.
7. **LEDERMAN, R.P. (1996).** Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. Secon Edition. New York: Springer Pub-lishing Company (1ª Edición en 1984, en Prentice Hall). Australia.
8. **CONTRERAS H. (1999).** Gestación en primíparas adolescentes (Tesis de Bachiller en medicina), Lima- Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
9. **BERNAZZANI, O., SAUCIER, (2001)** Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. Journal of Psychosomatic Research.
10. **CRUZ LÓPEZ MV (2004)** Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes. MINSA.

11. **FEINHOLZ D, AVILA H. (2003)** Embarazo no deseado: el problema de la temporalidad. D.F.: UIA-Plaza Valdés, México.
12. **CASULLO, M. (1998)**. Adolescentes en riesgo. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
13. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003)**, Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. Division of Reproductive Health.Unsafe abortion. Geneva, Switzerland MSM/97.
14. **MINSA (2013)** Estadísticas de los grupos poblacionales. Oficina General de Estadísticas. Lima- Perú.
15. **BRAZELTON, T.B. Y CRAMER, B.G. (2003)**. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós. España.
16. **GARCÍA SÁNCHEZ M. H., (2003) Embarazo y adolescencia –** Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital. Clínico Universitario de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva– Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
17. **VALDÉS DECAL (2008)** Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones.” Revista Obstetrica Ginecologica la Habana Cuba.
18. **MINSA (2006)** Programa de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud Lima Perú.
19. **ALVARADO, R., PERUCCA, y COLS (2003)** Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia.
20. **HIDALGO VICARIO (2004)** Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Asociación Mexicana de pediatría.
21. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010)** Embarazo en Adolescentes: Un problema culturalmente complejo.

22. **LIBREROS L, FUENTES L, PÉREZ A (2014)** Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes de una unidad educativa. Revista Salud Pública y Nutrición, Volumen 9.
23. **INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA (2014)** Actitudes y formación de Actitudes. oa/desarrollo\_personal.
24. **MSC. MENÉNDEZ G, MSC. NAVAS C (2012)** El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.
25. **ARMENGOL Y COLS (2007)** Aspectos Psicosociales en la gestacion de adolescentes, Facultad de Psicología Universidad de Murcia. España.
26. **RODRÍGUEZ, PÉREZ LÓPEZ Y BRITO DE LA NUEZ (2004)**. Intervención prenatal. La familia: nuevas aportaciones Barcelona: Esp.
27. **BRAZELTON, T.B. Y CRAMER, B.G. (2003)**. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós . España.
28. **BERNAZZANI, O., SAUCIER, (2001)** Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. Journal of Psychosomatic Research.
29. **LEDERMAN, R.P. (1996)**. Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. Secon Edition. New York: Springer Pub-lishing Company (1ª Edición en 1984, en Prentice Hall). Australia.
30. **LAXTON-KANE, M. Y SLADE, P. (2002)**. El Rol maternal pre-natal. Attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. Journal of Reproductive and Infant Psychology.U.S.A.

## BIBLIOGRAFIA

31. **BRAZELTON, T.B. (2001)**. Momentos clave en la vida de tu hijo. Barcelona: Plaza & Janés España.
32. **BYDLOWSKI, M. (2000)**. Je rêve un enfant. L'expérience interieure de la maternité. Odile Jacob Paris:
33. **BUVINIC M, VALENZUELA JP, MOLINA T, GONZÁLEZ E. (2001)** La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza. Santiago de Chile.
34. **CERVANTES R, WATANABE T. (1994)** La adolescencia como problema de salud reproductiva. XI Congr. Peruano de Obstetricia y Ginecología. Tomo del Congreso. Lima- Perú.
35. **CONDORI-INGAROCA (2002)** Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes en Lima Metropolitana. [Tesis para optar el título de magíster con mención en psicología clínica]. Lima: Facultad de Psicología Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
36. **DE LA TORRE ZAVALA SISSY (2004)** "Características de la Conducta Sexual de riesgo y su relación con el Nivel de Autoestima". Tesis Universidad Cesar Vallejo Trujillo. - Perú.
37. **ENAHO (1998)** Situación de la salud reproductiva a nivel nacional y regional., Ministerio de Salud del Perú.
38. **FUNDACIÓN BLANQUERNA (2007)** Aspectos psicosociales en la gestación: Facultad de Psicología, Unidad de asesoramiento y apoyo a la familia. Anales de psicología España.
39. **GARCÍA-DIÉ, M.T. (1999)**. Estudio longitudinal de las representaciones en el proceso de la maternidad. Tesis doctoral no publicada. Universitat Ramon Llull. España.
40. **HARDY J, (1998)**. Pronóstico a largo plazo de los embarazos adolescentes. Clin. Obstet. Gynec.

41. **JIMÉNEZ, F., MERINO, V. Y SÁNCHEZ, G. (1993).** La ansiedad en la adolescente embarazada. Psiquis. Lima. Peru.
42. **MARRINER-TOMEY A. (1994).** Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Mosby-Doyma.
43. **MENDEZ, J, SUSSMAN, (1997)** Embarazos no deseados en adolescentes: Aspectos médicos y psicosociales. Rev. Obstet. Ginecol. Latinoam. Costa Rica.
44. **RECHKEMMER A. 2002** Complicaciones obstétricas y perinatológicas en adolescentes tempranas (Tesis de maestría en medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
45. **STERN, D., BRUSCHWEILER-STERN, N. Y FREELAND, A. (2005).** El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre. Paidós, a Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia. Barcelona España.
46. **STERN C. (1995)** Embarazo adolescente; significados e implicaciones para distintos grupos sociales. Demos. Carta demográfica de México.

## DIRECCIONES DIGITALES

- **VASQUEZ LOZANO, Yaquela.** (2015), Perú – Cajamarca. “Actitud de las adolescentes embarazadas frente a su estado de gravidez según factores sociales y demográficos. P.S. Chontapaccha.”. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/940/tesis%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- **HURTADO TOTOCAYO, Octavila.** (2015), Perú – Lima. “Conocimiento y actitudes hacia el embarazo precoz en estudiantes de una Institución Educativa Estatal”. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/358>
- **CHAJ COYOY, Gabriela** (2015), Guatemala. "Adaptación emocional en el embarazo precoz aplicado a embarazadas que asisten al Centro de Salud del departamento de Quetzaltenango". Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/05/42/Chaj-Gabriela.pdf>
- **TONCEL MUTIS, Yasmína y Cols.** (2015), Colombia. “Características Psicosociales de Adolescentes Embarazadas Atendidas en una IPS en la Ciudad de Santa Marta”. Disponible en: [http://repository.ucc.edu.co/.../ucc/.../Tesis%20de%20Maestría%20en%20DINA%20\(2\).pdf](http://repository.ucc.edu.co/.../ucc/.../Tesis%20de%20Maestría%20en%20DINA%20(2).pdf)
- **CASANOVA CARMONA, Noelia.** (2017), España. “Adaptación Psicosocial al Embarazo en la Adolescencia. Un Programa de Intervención”. Disponible en: [http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6205/TDUEX\\_2017\\_Casanova\\_Carmona.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6205/TDUEX_2017_Casanova_Carmona.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- **GAMERO GUERRERO, Ruth y col.** (2018), Perú – Chiclayo. “Actitudes de riesgo hacia el embarazo precoz en estudiantes de una institución educativa pública”. Disponible en: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/100/1/tesis%20stephani%20Gamero%20y%20stany%20Montalvo.pdf>

**ANEXOS**



**“ACTITUD HACIA EL EMBARAZO Y ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL  
PRENATAL A LA MATERNIDAD, ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
C.S. ORCOPAMPA - AREQUIPA 2018”**

ANEXO 01

ENTREVISTA

Nro: .....

Fecha: .....

*Estimada joven, la presente investigación tiene por finalidad identificar algunos aspectos importantes para su salud, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales*

**I. CARACTERÍSTICAS GENERALES:**

1. Edad: > -16 ( ) 16 - 17( ) 18 - 19( )
2. Estado civil: Casada ( ) Conviviente ( ) Soltera ( )
3. Nivel de Estudios: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior( )
4. Ocupación: Ama de casa ( ) Trabaja ( ) Estudia ( )
5. Vives con: tu pareja ( ) Padres ( ) Otros ( )
6. Trimestre de gestación: Primero ( ) Segundo ( ) Tercero( )
7. Edad de inicio de relaciones sexuales: > -16 ( ) 16 - 17( ) 18 - 19( )
8. Dirección.....



## ANEXO 02

### ACTITUD HACIA EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

#### CUESTIONARIO

**INSTRUCCIONES:** Marque el casillero (x), con el cual usted se identifique más, teniendo en cuenta que:

TA: TOTALMENTE DE ACUERDO	DA: DE ACUERDO	I: INDIFERENTE
ED: EN DESACUERDO	TD: TOTALMENTE EN DESACUERDO	

Nº	ITEM					
1	¿Ud. cree que los controles pre natales no son una pérdida de tiempo?	TA 05	DA 04	IN 03	ED 02	TD 01
2	¿Ud. Cree que si la gestante tiene muchas molestias debe interrumpir su embarazo?	TD 05	ED 04	IN 03	DA 02	TA 01
3	¿Ud. Cree que cuando una mujer se entera que está embarazada debe de iniciar de inmediato su control Pre natal ?	TA 05	DA 04	IN 03	ED 02	TD 01
4	¿La gestante debe acudir a un establecimiento de Salud, si presenta sangrado vaginal?	TA 05	DA 04	IN 03	ED 02	TD 01
5	¿Ud. cree que toda mujer embarazada debe recibir preparación psicoprofiláctica?	TA 05	DA 04	IN 03	ED 02	TD 01
6	¿Ud. soportaría los síntomas de alguna enfermedad por miedo a consumir medicamentos durante el embarazo?	TA 05	DA 04	IN 03	ED 02	TD 01
7	¿Considera Ud. que el embarazo es la etapa más importante en la vida de una mujer?	TA 05	DA 04	IN 03	ED 02	TD 01
8	¿Considera Ud. que el embarazo será una dificultad en su vida cotidiana?	TD 05	ED 04	IN 03	DA 02	TA 01
9	¿Se podrá fumar durante el embarazo?	TD 05	ED 04	IN 03	DA 02	TA 01
10	¿Ud. Cree que si la gestante tiene fiebre, dolor o infección puede tomar las pastillas que el farmacéutico le de?	TD 05	ED 04	IN 03	DA 02	TA 01

*Actitudes hacia el embarazo en adolescentes de H. Agurto Tello. (Lima -Perú 2009)*

#### PUNTUACION: ESCALA DE LIKERT

ACTITUD FAVORABLE : 35 – 50 (*Indicador de interés*)

ACTITUD NEUTRA : 17 - 34 (*Indicador de Indiferencia*)

ACTITUD DESFAVORABLE : 00 - 16 (*Indicador de desinterés*)

## ANEXO 03

### **ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL PRENATAL A LA MATERNIDAD EN ADOLESCENTES**

#### CUESTIONARIO

Nro.....

Fecha.....

#### **INSTRUCCIONES**

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea y señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

**A** = Mucho **B** = Con frecuencia **C** = A veces **D** = Nunca

AFIRMACIÓN	PUNTUACIÓN			
	A	B	C	D
	04	03	02	01
1. Creo que en buen momento quede embarazada				
2. Puedo tolerar las molestias del embarazo				
3. Mi pareja y yo hablamos del bebé que espero				
4. Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada				
5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
8. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
9. Mi madre está contenta con mi embarazo				
10. Mi madre me da buenos consejos				
11. A Mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo				
12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas				
15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
17. Mi madre ya espera a su nieto				
18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
19. Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito				

20. Puedo contar con el soporte de mi pareja durante el parto				
21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo				
23. Estoy preparada para el parto				
24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
27. En el momento de tomar decisiones, mi pareja siempre nos ponemos de acuerdo				
28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
29. Me siento bien informada sobre el parto				
30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
31. Me cuesta aceptar este embarazo				
32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
34. Ojalá no estuviera embarazada				
35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
36. Mi madre critica mis decisiones				
37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
38. Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido				
39. Ya siento afecto por el bebé				
40. Creo que puedo ser una buena madre				
41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				
42. Estoy feliz con este embarazo				

*Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PSQ de Lederman (1996)  
The questionnaire Psycho-Social aspects of the Pregnancy*

**EVALUACIÓN:** *Escala de Likert*

- Adaptación : 105 - 168
- Desadaptación : 53 – 104
- Inadaptación : 00 - 52

ANEXO 04

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo .....

He recibido información suficiente sobre la investigación para la cual se pide mi participación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; también comprendo que la información que proporcione no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo y mi desarrollo en la escuela.

Por lo dicho, *“Acepto libremente participar de la investigación mencionada”*

Para que conste firmo al pie de este documento:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.....

Arequipa,....de ..... del 2018

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

### 1. CUESTIONARIO ACTITUDES HACIA EL EMBARAZO

El cuestionario *Actitudes hacia el Embarazo en adolescentes primigestas* fue elaborado por de H. Agurto Tello. (Lima -Perú 2009) está estructurado en 10 enunciados o proposiciones, las cuales son medidas a través de la escala de Likert con 5 niveles (5 el valor más alto o totalmente de acuerdo, y 1 el más bajo o totalmente en desacuerdo).

El criterio de validación de jueces se realizó mediante la aprobación o desaprobación de un ítem de la prueba por parte de jueces o expertos. Los ítems se cuantificaron para medir la significación estadística por medio del coeficiente de validez Vde Aiken.

Para la escala de actitudes se elaboraron 10 ítems, a los que se le otorgó validez mediante la evaluación de diez jueces o expertos en el tema: (5) médicos gineco-obstetras y (3) enfermeras. En este proceso, se asignó el valor de 1 si el juez está de acuerdo, y 0 si no lo está. Se aceptaron 10 ítems, que alcanzaron valores superiores a 0,8, para probar la veracidad del instrumento se aplicó a gestantes primigestas adolescentes.

Para determinar la confiabilidad del instrumento, el cuestionario fue sometido a la prueba de Alfa de Crombach, obteniéndose un valor de 0,81, lo que indicó que la prueba es confiable.

### 2. CUESTIONARIO ADAPTACIÓN PRENATAL A LA MATERNIDAD

Regina Lederman (1984, 1996) a través de las entrevistas con embarazadas y las valoraciones de éstas, creó el PSQ *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PSQ* destinado a evaluar estos aspectos psicosociales del embarazo instrumento sería útil para poder estudiar y comprender mejor lo que ha sido llamado “gestación mental paralela”, al tiempo que posibilitaría prevenir posibles conflictos y preparar a los futuros padres no al parto sino fundamentalmente a la parentalidad.

Está compuesto por 79 ítems fue traducido al castellano por García-Dié en 1999 en la versión original algunas escasas contenían 10 ítems y otras 14 o 15, en una segunda versión castellana se igualó la cantidad de ítems para cada dimensión con la finalidad de obtener una mejor consistencia interna. Todos los ítems del cuestionario se valoraban en una escala Lickert de cuatro puntos (1-4), oscilante entre los adjetivos mucho-nunca.

La versión española parte del *Self-Evaluation Questionnaire-PSQ*, los análisis se realizaron a partir de los datos brutos de las respuestas al cuestionario de 84 ítems. Para comprobar el ajuste de los ítems restantes a las dimensiones propuestas por Lederman, se llevó a cabo un análisis de componentes principales con rotación Oblimin, ya que se considera que las siete dimensiones están relacionadas entre sí.

Los ítems que saturan en más de un componente o que muestran una saturación inferior a .35 con el factor son desechados. Asimismo se calcularon los coeficientes alfa de los ítems resultantes en cada factor y del total de la escala. La puntuación media para la escala resultante con 42 ítems es de 126.48 d.t. = 13.67, el rango de puntuaciones oscila entre valores de 78 y 153.