

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y FAMILIARES ASOCIADOS
AL INICIO DE LAS RELACIONES COITALES EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS
BACH: CHÁVEZ GARCÍA FLOR DEL ROCÍO
BACH: PAREDES VALLEJO SANDRA

ASESORA
MSC. ENF. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA.

TRUJILLO, PERU

2019

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y FAMILIARES ASOCIADOS
AL INICIO DE LAS RELACIONES COITALES EN ADOLESCENTES
EMBARAZADAS HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS
BACH: CHÁVEZ GARCÍA FLOR DEL ROCÍO
BACH: PAREDES VALLEJO SANDRA

ASESORA
MSC. ENF. FLOR EMPERATRIZ CUEVA LOYOLA.

TRUJILLO, PERU

2019

DEDICATORIA

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer e iluminar mi camino y haber puesto personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este proceso.

Con inmenso amor y admiración a mi madre FLOR por ser ejemplo de valor y paciencia, porque a pesar de las dificultades me enseñó que las cosas se consiguen a base de esfuerzo y que nunca es tarde para aprender y emprender nuevas metas hoy, mañana y siempre.

A mi amado hijo Carlos Joaquín quien es mi motor y motivo para esforzándome cada día y ser mejor, por su amor puro e incondicional.

Rocio

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en el transcurso de mi vida y darme las fuerzas necesarias para lograr un anhelo más deseado.

A mi madre Martha, por ser apoyo, con su paciencia y amor a llegar a cumplir hoy un sueño más; y a mi padre Segundo por la ayuda económica.

A mis hijos, Sol Alizeé y César Aarón que son el motor y motivo para seguir adelante esforzándome.

A mi esposo, Julio, que en el camino ilumina mi vida, que con su apoyo, sus consejos, su amor, y paciencia me ayudo a llegar a esta meta.

Sandra

AGRADECIMIENTO

A nuestro mejor guía DIOS.

A ti Señor nuestro Dios, te agradecemos por tu infinita bondad y eterno amor, por ser el amigo que nunca falla, disipas nuestras dudas y temores, eres nuestro perenne compañero, no nos dejas vencer por los obstáculos, estas siempre con nosotras, incentivándonos y fortaleciendo nuestro espíritu en el transcurrir de los días, para brindar una mejor calidad de atención a nuestros semejantes. Gracias porque eres nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A nuestra querida Asesora Msc. Enf. Flor Emperatriz Cueva Loyola, por brindarnos su apoyo, motivación, comprensión y ayuda desinteresada ya que con su asesoría eficiente logramos concluir nuestra investigación.

Agradecemos a cada una de las adolescentes embarazadas participantes en el presente estudio, ha sido de mucha utilidad contar con su aceptación voluntaria para proporcionar información relacionada con las variables investigadas.

Rocio y Sandra

RESUMEN

El trabajo de investigación es no experimental de tipo correlacional de corte transversal, se realizó con el objetivo de determinar los factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas en el Hospital Belén de Trujillo. La muestra estuvo conformada por 85 adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicaron dos cuestionarios los cuales permitieron valorar información de modo general, los factores biosocioculturales y el inicio de las relaciones coitales. Los resultados se muestran en tablas estadísticas con los siguientes resultados: La edad y el inicio de las relaciones coitales tienen una relación significativa ($X^2 = 5.61$, $P = 0.0462$ significativo), el grado de instrucción y el inicio de las relaciones tienen una relación significativa ($X^2 = 6.35$, $P = 0.0478$ significativo), el lugar de procedencia y el inicio de las relaciones coitales tienen una relación significativa ($X^2 = 5.387$ $P = 0.0425$ significativo), el estado civil y el inicio de las relaciones coitales tienen una relación significativa ($X^2 = 6.563$ $P = 0.0463$ significativo). El tipo de familia y el inicio de las relaciones coitales presentan un funcionamiento **familiar** leve y tienen una relación significativa ($X^2 = 4.0443$ $P = 0.0396$ significativo). En todos los casos el $P < 0.05$.

Palabras claves:

Adolescentes embarazadas, factores familiares, factores sociales

ABSTRACT

The research work is a cross-sectional non-experimental correlation type, it was carried out in order to determine the relationship between the biosociocultural factors and the beginning of the coital relationships in the pregnant adolescents in the Belén de Trujillo hospital. The sample consisted of 85 pregnant adolescents attended in the obstetrics service who met the inclusion criteria. Two questionnaires were applied, which allowed to assess information in a general way, the biosociocultural factors and the beginning of the coital relationships. The results are shown in statistical tables with the following results: The age and the beginning of the coital relationships have a significant relationship ($X^2 = 5.61$, $P = 0.0462$ significant), the degree of instruction and the beginning of the relationships have a significant relationship ($X^2 = 6.35$, $P = 0.0478$ significant), the place of origin and the beginning of the coital relationships have a significant relationship ($X^2 = 5.387$ $P = 0.0425$ significant), the marital status and the beginning of the coital relationships have a significant relationship ($X^2 = 6.563$ $P = 0.0463$ significant). The type of family and the beginning of the coital relationships show a slight family functioning and have a significant relationship ($X^2 = 4.0443$ $P = 0.0396$ significant). In all cases, $P < 0.05$.

KEY WORDS:

Pregnancy adolescent, family factors, social factors.

PRESENTACIÓN

Señoras miembros del jurado:

Según el cumplimiento a las disposiciones del Reglamento de grados y títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presentamos ante ustedes el trabajo de investigación titulado: “FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y FAMILIARES ASOCIADOS AL INICIO DE LA RELACIONES COITALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018”.

Realizado con el propósito de obtener el Título de Licenciada en Enfermería. El objetivo principal es determinar los factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones en adolescentes embarazadas en el Hospital Belén de Trujillo 2018.

A ustedes señoras miembros del jurado, nuestro principal reconocimiento por el dictamen que se haga merecedor el trabajo, que se desarrolló atendiendo los lineamientos básicos de la metodología de la investigación y el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud.

Ms. Isabel Gonzales Valdivia
Presidenta

Ms. Lucy Barrantes Cruz
Secretaria

Ms. Edith Morales Gálvez
Vocal

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
PRESENTACIÓN.....	vi
INDICE O TABLA DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO DE REFERENCIA.....	10
III. METODOLOGÍA.....	41
IV. RESULTADOS.....	44
V. DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS.....	66

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA IV-1 INICIO DE LAS RELACIONES COITALES SEGÚN FACTORES BIOSOCIOCULTURALES HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018.....	44
TABLA IV-2 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN FACTORES FAMILIARES HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018	45
TABLA IV-3 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN EDAD HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018.....	46
TABLA IV-4 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN ESTADO CIVIL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018.....	47
TABLA IV-5 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018.....	48
TABLA IV-6 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN HOSITL DE BELEN DE TRUJILLO 2018	49
TABLA IV-7 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SEXUALIDAD HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018	50
TABLA IV-8 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN TIPO DE FAMILIA HOSPITAL BLEN DE TRUJILLO 2018.....	51
TABLA IV-9 INICIO DE RELACIONES COITALES SEGÚN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2018	52

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

a. Descripción de la realidad problemática

La adolescencia es una de las etapas de la vida más fascinante y quizás más complejas en el crecimiento y desarrollo humano según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los 10 y 19 años, hay un período de transición entre la niñez y la edad adulta, en la cual se enfrenta a un desarrollo marcado por importantes cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales. Estos cambios implican el potencial para lograr una mayor autonomía, que puede llevar a un crecimiento personal en muchos aspectos, pero también a que el adolescente inicie conductas de riesgo, ya que es una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama de nuevas actividades (1,2).

El adelanto de la menarquia y el comienzo precoz de las relaciones coitales, entre otros, podría explicar algunas de las razones de la sexualidad en el adolescente. Entre las consecuencias de la elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública: el embarazo. Las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en período de formación física, emocional y sociocultural, deben dar un paso forzado hacia la madurez. Además, la maternidad en la adolescencia es un problema de interés para la salud, la familia y sociedad, con consecuencias a largo plazo para la adolescente (3).

La primera relación coital cada vez ocurre en estadios más tempranos de la vida y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es la cifra de parejas sexuales que tienen las adolescentes y por lo tanto los riesgos se multiplican. Las

estadísticas nos mostraron que el inicio de la actividad sexual ocurre alrededor de los 14 años, con un elevado índice de embarazos en adolescentes. El embarazo no planificado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio prematuro de relaciones sexuales (4).

Dado que la gestación en la adolescencia es un fenómeno multicausal, puede ser una respuesta sintomática a situaciones sociales, igualmente también una manifestación de las características evolutivas de la adolescente ante determinadas circunstancias de vida; es necesario señalar la presencia de importantes factores que predisponen a la adolescente al embarazo, como las relaciones intrafamiliares, el desconocimiento sobre sexualidad y la edad, pues cuanto más joven sea la adolescente al tener su primera relación coital, es posible que demore más en buscar ayuda para planificar y es más probable que quede embarazada (5).

A nivel mundial, se estimó que cada 24 horas, 20 mil mujeres menores de 18 años dan a luz en los países en vías de desarrollo, cifra que constituye 95 por ciento de todos los nacimientos adolescentes en el mundo, además que cerca de 700 mil de ellas mueren cada año por causas relacionadas con la gestación y el nacimiento. Lo cierto es que el embarazo adolescente no suele ser resultado de una opción voluntaria, sino más bien la ausencia de opciones, y de circunstancias más allá del control de la menor (1).

A lo largo de los treinta últimos años, la tasa total de fecundidad, número de hijos por mujer, en América Latina y el Caribe ha descendido de modo sustancial de 3,95 en el período 1980-1985 a 2,15 en el período 2010-2015. Si bien la tasa de fecundidad en las adolescentes disminuyó de manera

más lenta de 88,2 a 66,5, sigue siendo la segunda más alta del mundo, superada únicamente por África subsahariana. América Latina y el Caribe experimentan la disminución más lenta de fecundidad en adolescentes para el grupo de 15-19 años de edad de todas las regiones del mundo, y se ha citado como la única región con una tendencia ascendente de los embarazos en adolescentes menores de 15 años (1).

En el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el 2017, el 13,4% de adolescentes de 15 a 19 años fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez, lo que representó un incremento del 0,7% con respecto al año 2016 cuando el índice fue del 12,7%. Esta cifra ha venido experimentando ligeras fluctuaciones en los últimos años. En el año 2013 se estimó en 14 %; 2014 en 14,6 % y 2015 en 13,6 % (6).

La maternidad adolescente en el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2017 se registró un total de 1 millón 979 mil 162 mujeres adolescentes comprendidas en el rango de 12 a 19 años de edad. De este total, 127 mil 17 son madres, es decir el 6,4% del total de madres adolescentes, el 3,8% tienen edades entre 12 a 14 años y el 96,2% restante entre 15 a 19 años. La maternidad en niñas de 12 a 14 años, es un tema sensible en nuestro país por su connotación social, dado que este problema, es generalmente, consecuencia de situaciones de violencia sexual, ocurridos muchos de ellos en el contexto familiar (7).

En la región La Libertad es preocupante la situación, a junio del 2018 se registraron 1406 embarazos adolescentes en la región, las estadísticas indican que lejos de disminuir el porcentaje de gestantes adolescentes se ha mantenido en los

últimos años. Así mismo, en el año 2015 se registró un 10.7% de gestantes, en el 2016 fue de 10.4%, en el 2017 de 10.3% y hasta junio del 2018 de 10,2%; el 90% de los casos de adolescentes embarazadas están relacionadas a roturas familiares generadas por divorcios y agresiones entre los padres (8).

A nivel local, las estadísticas en el primer semestre del 2018, en la región La Libertad, con mayores casos de embarazo en adolescentes figura la provincia de Virú 111 en la costa, y en la sierra, la provincia de Julcán 49 casos. Según reporte estadístico en la Micro Red Trujillo, fueron atendidas 976 adolescentes gestantes, siendo el porcentaje mensual de aproximadamente 70 a 80 en los ocho establecimientos como el Hospital Especialidades Básicas La Noria, Centro de Salud Aranjuez, San Martín, El Bosque, Los Jardines, La Unión y Sagrado Corazón. Asimismo, en septiembre del 2018 se reportaron un total de 615 adolescentes embarazadas del distrito El Porvenir (9).

Los casos atendidos durante el año 2018 en el Hospital Belén de Trujillo el 86 % de las adolescentes embarazadas tuvieron de 15 a 19 años, presentaron problemas durante el embarazo como anemia 108 casos, trastornos hipertensivos del embarazo 56 casos, amenaza de parto pretérmino 37 casos, ruptura prematura de membranas 39 casos, aborto 4 casos y 106 casos de cesáreas (8,9).

La prevalencia del embarazo en adolescente se concentró especialmente en grupos que presentaron rasgos de desventaja social, así como niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblaciones de escasos recursos, estas

adolescentes carecen de los medios económicos para afrontar esas responsabilidades y tienen que asumir sus padres. Esto alimenta un círculo negativo que es frecuente en las familias que viven ese problema. Se incrementó el rechazo social, se cae en el arrepentimiento y en la (a veces falsa) sensación de deshonor, cuando lo que debió ocurrir es que se encuentren soluciones a esa difícil realidad (10).

En Perú, la conducta sexual y la edad de inicio de las relaciones coitales en los adolescentes varían según la identidad étnica, el lugar de procedencia, el grado de instrucción y el nivel socioeconómico al que pertenecen. En su mayoría, los casos más vulnerables son los adolescentes en situación de pobreza y exclusión social, lo cual incide en la conducta reproductiva causando una gran preocupación en nuestra sociedad. Las causas del problema pueden ser insuficiente nivel de conocimiento sobre sexualidad, escaso o nulo acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y menor valor de satisfacción familiar, entre otras (10).

En la familia los padres pueden prevenir los embarazos de sus hijas adolescentes mediante la comunicación abierta y dando orientación acerca de la sexualidad, anticoncepción, los riesgos y responsabilidades que conlleva las relaciones sexuales y por consiguiente el embarazo. Mediante una fuerte concepción moral que lleve a la adolescente al respeto de las normas de comportamiento social y al amor propio por sí misma, esto le ayudo a desarrollarse teniendo en la mente el respeto a los demás y la responsabilidad de sus actos (11).

La realidad problemática nos muestra que el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más precoz y estas consideraciones motivan a la realización de la presente

investigación, teniendo en cuenta que durante el desarrollo de las prácticas pre-profesionales como estudiantes, se ha podido observar el incremento de embarazos adolescentes, ocasionando un conjunto de consecuencias para la salud y el desarrollo personal y socioeconómico, pues en la mayoría de casos el embarazo adolescente conduce al abandono de la escuela, pocas oportunidades de tener mejores empleos, insuficiente atención médica, riesgos durante el embarazo.

b. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2018?

c. Justificación de la investigación

El embarazo adolescente fue parte de uno de los problemas más importantes a los que nos enfrentamos no solo porque afecta la salud física de la madre y del hijo por nacer, sino también la salud mental y social de la adolescente. La ausencia de patrones educativos, sociales y culturales favoreció la aparición de ciertas conductas que dio como resultado madres adolescentes. Los investigadores y la sociedad en general trataron de comprender que es lo que propicio un alto índice de embarazos adolescentes aun cuando diversas instituciones tratan de infundir en las adolescentes una ideología que retrase la actividad sexual y los embarazos por lo menos hasta que estos hayan concluido sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos.

De acuerdo a las últimas estimaciones del INEI del año 2017, en el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por

primera vez. Estos resultados dan cuenta de un incremento en la prevalencia del embarazo en adolescentes, al pasar de 12.7% a 13.4% entre los años 2016 y 2017. Por otro lado, los reportes anuales del Seguro Integral de Salud (SIS) de partos atendidos en los establecimientos de salud, dan cuenta de alrededor de 2 mil partos cada año en adolescentes menores de 15 años de edad, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Es decir, al menos 5 niñas de 14 años o menos dan a luz a un hijo/a cada día (6).

De cada 100 mujeres adolescentes de 15 a 19 años que residen en el área rural veintidós son madres representan el doble de aquellas que viven en el área urbana. La tendencia histórica mostró que, en 16 años, el porcentaje promedio de madres adolescentes se mantuvo alrededor de 13% a nivel nacional, en 10% en el área urbana y en 21% en el área rural, siendo una preocupación para las autoridades y la sociedad (6).

Las circunstancias de vida de la mayoría de las adolescentes son la pobreza, baja calidad escolar, crecer en un hogar monoparental, tener una madre adolescente o tener una hermana que quedó embarazada siendo adolescente, pone a las niñas en un mayor riesgo. Esta situación problemática que afecta a las adolescentes induce al inicio temprano de la actividad sexual y con ello al embarazo. Por esta razón es necesario tener una mejor comprensión de esta problemática, los equipos multidisciplinario establecieron propuestas que proporcionen orientación a las adolescentes sobre la importancia del retraso de la actividad sexual y prevención del embarazo precoz (10).

El embarazo irrumpió la existencia de las adolescentes en momentos que aún no alcanzan la madurez física y mental,

a veces en circunstancias adversas y en un medio familiar desintegrado para aceptarlo. A partir de la célula básica de la sociedad, la familia juega un papel significativo en el equipo básico de Atención Primaria de Salud, en donde se trabajó con las familias para propiciar hábitos y estilos de vida saludable, mediante acciones de salud que permitieron favorecer el desarrollo más sano de la adolescencia, y así impedir el embarazo en esta etapa de la vida y sus consecuencias tan dañinas para la salud de la madre adolescente y su hijo(a) (11).

El embarazo adolescente pudo provocar serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 14 años. Además de repercutir sobre su entorno social, interrumpió su proyecto educativo y surgió la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, muchas veces mal remunerado. Atender la problemática del embarazo en adolescentes, es de suma importancia para el profesional de enfermería, quien dirige los programas y atiende sus necesidades, vertidas de su propia vivencia, que busca brindar una atención individualizada con calidad y calidez; estas actividades pueden ayudar a postergar el inicio sexual proporcionando información que promueva su salud sexual y reproductiva, propiciando la orientación de comportamientos de riesgo, fortalecimiento de su autoestima, liderazgo y toma de decisiones (10,11).

Finalmente, la presente investigación fue una contribución facilitadora que permitió redefinir las intervenciones en la práctica de enfermería en las consultas de adolescentes dirigidas a fomentar estilos de vida saludables y prevenir los riesgos de embarazo en entornos educativos, familiares y comunitarios.

1.2. **Objetivos**

1.2.1. General

Determinar los factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones coitales en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2018.

1.2.2. Específicos

- Identificar los factores biosocioculturales: estado civil, lugar de residencia, grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas.
- Identificar los factores familiares: tipo de familia y funcionamiento familiar.
- Identificar la edad del inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas.
- Analizar la asociación entre los factores biosocioculturales: estado civil, lugar de residencia, grado de instrucción, nivel de conocimiento sobre sexualidad y la edad de inicio de relaciones coitales en adolescentes embarazadas.
- Analizar la asociación entre los factores familiares: tipo de familia y funcionamiento familiar y la edad de inicio de relaciones coitales en adolescentes embarazadas.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco teórico

En las etapas del ser humano existen cambios por cada una de ellas, pero la principal etapa donde inician los cambios físicos y psicológicos que define hacia su vida futura, es la adolescencia, que con mayor precisión es problemático por varias razones. En primer lugar, se dice que la madurez física, emocional y cognitiva, depende de la manera en que cada persona vive esta etapa de su vida. Al hacer referencia al comienzo de la pubertad, podría considerarse una línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia. En las niñas, se inicia con su primera menstruación mayormente a los 12 años. En los niños, la primera eyaculación ocurre hacia los 13 años. Aunque, las niñas pueden empezar a menstruar a los 8 años (2).

En segundo lugar, quien complica aún más la definición de la adolescencia son aquellas variaciones en las leyes de los diferentes países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de la etapa de la adultez, el cómo votar, casarse, ejercer el derecho a la propiedad, consumir bebidas alcohólicas, etc. En tercer lugar, la dificultad que plantea la definición de adolescencia es que, numerosos adolescentes y niños pequeños de todo el mundo trabajan, están casados, participan en conflictos armados, todas ellas actividades que corresponden a la etapa de la adultez y que les roban su infancia y adolescencia (12).

La OMS, define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo del ser humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, se caracteriza por el ritmo acelerado de crecimiento y de cambios fisiológicos y psicológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (1,2).

La adolescencia vista desde la psicología, son cambios emocionales más importantes de esta etapa como la búsqueda de identidad, separación de los padres, el duelo por la infancia y el fortalecimiento del yo interno. Y vista desde lo sociocultural considera una cohibición de preparación para la responsabilidad en la vida adulta como el hecho de iniciar una vida en pareja, trabajar, convertirse en padres, de acuerdo a cada cultura. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial. Pero esto no fue así durante la mayor parte de la historia humana (13).

La adolescencia tiene tres etapas, la adolescencia temprana de 10 a 12 años de edad; se caracteriza por el inicio de cambios físicos y fisiológicos, surge menor interés por los padres, la intensa amistad con los adolescentes del mismo sexo, no controlan sus impulsos, se preocupan mucho por los cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (1).

La adolescencia intermedia de 13 a 15 años de edad; se caracteriza por el completo crecimiento y desarrollo somático; existe máxima interrelación con los compañeros y el surgimiento de conflictos con los padres, aumento de la experiencia sexual, se siente conforme con los valores de los amigos, presenta sentimientos de invulnerabilidad y lucha por la independencia, preocupación por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo atractivo y se encuentran fascinados con la moda actual, y la adolescencia tardía de 16 a 19 años de edad; se caracteriza por que los adolescentes presentan emocionalmente una acercamiento hacia sus padres, para ellos las relaciones íntimas son prioritarias y el grupo de compañeros se toma menos importante, también se desarrolla un sistema de valores, metas vocacionales reales y además una identidad personal (14).

La adolescencia empieza en momentos sumamente distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. En las niñas se inicia, como promedio, entre 12 y 18 meses antes que en los niños. Hay indicios de que la etapa de la adolescencia está comenzando mucho más temprano; de hecho, la edad de inicio tanto niña como niño ha descendido tres años en el transcurso de los últimos años. Esto obedece, en gran parte, a las mejores condiciones de salud y nutrición. MINSA, considera a las adolescentes a aquellas personas entre los 12 y 17 años de edad (14,16).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia define a la adolescencia; como el abismo de experiencias que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos etapas: la adolescencia temprana de 10 a 14 años de edad, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, empiezan con una aceleración repentina del crecimiento, seguido el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias (15).

Y la adolescencia tardía de 15 a 19 años de edad abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, acá ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo y el cerebro siguen desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de su grupo de compañeros aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero desciende en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad personal y sus propias opiniones (14).

La adolescencia es la etapa en la que a partir de las experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla el adolescente, empieza el proceso de individualización y socialización,

marcado por la transformación de sus cuerpos y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva. Aquí se construye la identidad personal, a través de búsqueda de figuras con las cuales identificarse, tanto en el entorno social como en el marco del hogar y las referencias familiares. La salud integral de los adolescentes implica aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante esta etapa (16).

Dependiendo de su entorno legal, social, cultural y familiar donde se desenvuelve el adolescente, se desarrollarán o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no planificado. En este periodo se manifiesta un especial interés por el sexo, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y percepciones sobre la salud sexual y reproductiva (17).

Se sabe que el adolescente comparte con sus amigos durante el transcurso de esta etapa, disfrutan el tiempo con ellos más que en otras actividades, y refieren que se sienten más comprendidos y aceptados, por lo que dedican menos tiempo a sus padres y a otros familiares. Cuando los adolescentes están más vinculados al grupo y se comunican de forma activa, parecen ser a estar más propensos a iniciar las relaciones sexuales, pero si adicionamos la percepción de que sus compañeros son sexualmente activos, ellos tienen tendencia a iniciar sus propias relaciones sexuales, pero si consideran que todavía no han comenzado aún, retardan su inicio sexual (18).

El inicio de las relaciones coitales y sin protección puede tener importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la adolescente. El incremento del número de embarazos adolescentes, el aborto con fines de terminar un embarazo no deseado o la llegada de un hijo no deseado y/o el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Por eso este

problema constituye una preocupación en primer lugar para los profesionales de la salud y sobre el desarrollo humano integral y la promoción de salud (14).

Las adolescentes cada vez están teniendo relaciones a más temprana edad entre 12 y 13 años, una realidad que puede impresionar mundialmente, sin embargo es parte de la sexualidad del ser humano explorar su cuerpo, enamorarse, tener la primera ilusión, el primer enamorado(a), su primera película porno, las dudas que vienen con la primera menstruación o las erecciones matutinas de los adolescentes; son tantas cosas que el adolescente quiere experimentar y no debe existir impedimentos ya que son sujetos de derechos, sin embargo deberían contar con un contexto de información y prevención sexual de acuerdo a su demanda (2).

Las experiencias sexuales de los adolescentes, que a menudo provocan angustia en los padres, son en realidad una necesidad biológica, es una fase en el desarrollo de la independencia del adolescente, pero también de hacer descubrimientos en el mismo campo sexual. El inicio sexual es importante dentro del desarrollo del ser humano, sin embargo, las condiciones en que se da, la edad de inicio tiene trascendencia en el bienestar del individuo (19).

La edad de inicio de relaciones coitales en adolescentes varía de una cultura a otra, que guarda relación con factores ambientales y socioculturales. Por ejemplo, estudios realizados en Estados Unidos informan en forma consistente la diferencia significativa en la edad de inicio de actividad sexual entre afroamericanos, caucásicos e hispanos (20).

El desarrollo de la adolescencia, el más crítico es el aumento del impulso sexual, donde se experimenta una atracción física por el sexo opuesto, se da en forma progresiva y está condicionada por

modelos socioculturales. Las primeras relaciones sexuales entre adolescentes son espontáneas y periódicas, pero de gran importancia para ellos, constituyen una experiencia a la cual se acercan llenos de deseos, temores y en los que suelen poner en juego su mérito personal, física y emotiva (19).

Las relaciones coitales desde el punto de vista de la sexología, lo define como el contacto físico entre dos personas heterosexuales e introducción del pene en la vagina, con el objetivo de dar y/o recibir el placer sexual, en el caso de parejas heterosexuales fértiles, también pueden estar presentes los fines reproductivos, que en consecuencia conlleva a la adolescente a un embarazo (21).

Entre los factores de riesgo que condicionan el inicio precoz de la relación coital podemos decir la edad temprana de maduración sexual, ser hijas de madres adolescentes, la falta de comunicación familiar, deficiente educación sexual, las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza, la deserción escolar de los adolescentes, el ámbito de hábitat de los jóvenes. Además, cuando fallan los factores protectores como la supervisión adecuada por parte de los padres, la buena comunicación entre los padres e hijos, el nivel de conocimiento sobre sexualidad (22).

Donde el inicio precoz de las relaciones coitales sin ningún conocimiento previo trae consigo la principal consecuencia, el embarazo en la adolescencia ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, desde la menarquia y cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza; ya que el embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y en un medio familiar generalmente poco receptivos para aceptarlos y protegerlos (23).

El embarazo en la adolescencia, constituye un riesgo médico, para la salud de las madres adolescentes y sus hijos, de ahí, la importancia de atender adecuadamente a la adolescente, por lo que se hace necesario comenzar las acciones relacionadas con la prevención de este problema de salud, que lleva consigo dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre adolescente y su hijo(a) (24).

La Organización Panamericana de Salud (OPS), define el embarazo en una adolescente, como un evento inesperado, sorpresivo que desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso del desarrollo normal de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (5).

Los embarazos en las adolescentes en la mayor parte del mundo, son resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad esta devaluado. Es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países de desarrollo, a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad (25).

Existen diversos factores que contribuyen o están asociados con el aumento del riesgo de tener en la adolescencia embarazos no deseados. Los factores biosocioculturales son características biológicas, sociales y culturales inherentes al adolescente que pueden influenciar positiva o negativamente en el comportamiento del adolescente. Los factores biológicos son conductas del adolescente que se basa en elementos físicos y fisiológicos del organismo, engloba todos los acontecimientos asociados con la salud física y mental que se manifiesta en los adolescentes como consecuencia de

su constitución orgánica. En sus características biológicas se considera la edad. La edad es el tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (26).

La edad es el tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la muerte; es decir cada una de las etapas del ciclo de la vida en la que se encuentra dividida, en la etapa de la adolescencia es un factor de preocupación para tener un inicio precoz de las relaciones coitales. Se ha demostrado una relación entre el inicio de las relaciones sexuales y la edad, se dice que por el adelanto precoz de la menarquia o menstruación que se da actualmente se están adelantando las relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia (15).

En esta etapa de la vida conflictiva e inestable, se produce una gran vulnerabilidad emocional, donde las necesidades fisiológicas (aumento hormonal), psicológicas (rol sexual, emocional) y socioculturales (rol social), impulsan a los adolescentes a decidir conductas sexuales compulsivas, ya sea tener relaciones sexuales sin cuidado y/o ninguna protección alguna, promiscuidad e inicio precoz de relaciones coitales, así como la frecuencia continua de encuentros sexuales (17).

El embarazo en cualquier edad de la vida es un evento psicosocial importante y casi siempre se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra el embarazo mismo y propiamente de las embarazadas. Es importante poner énfasis el hecho de que el embarazo en la etapa de la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de alto riesgo en el que se ve afectado la salud de la madre como la del feto, por no tener aún el crecimiento y desarrollo fisiológico de los órganos internos reproductivos (2).

Los factores sociales son condiciones sociales o medios sociales que provocan cambios o inciden en el sistema educativo, los propiamente sociales, los familiares, comunitarios y los individuales. Se considera el estado civil, lugar de residencia. El estado civil, es el estado personal del individuo, es decir la situación que tiene la persona en relación con las leyes o costumbres del país sobre el matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes dentro de la sociedad (27).

El estado civil es un indicador básico en la fecundidad y en la estabilidad familiar. Según la INEI, de acuerdo a las leyes nacionales y costumbres se identifica 5 categorías, soltero(a), es el individuo que nunca se ha casado, ni ha vivido, ni vive en unión de hecho o convivencia; casado(a), es el individuo que ha contraído matrimonio civil o religioso y vive con su cónyuge; conviviente, es el individuo que no se ha casado, pero vive en unión con su cónyuge; divorciado(a), es el individuo que estuvo casada o viviendo en convivencia, pero que actualmente vive separada de su cónyuge; viudo(a), es el individuo que estuvo casado(a) o viviendo en convivencia, pero cuyo cónyuge falleció (7).

El estado civil influye en la adolescente embarazada por lo que aún no sabe o no tiene la capacidad de tomar la decisión si de contraer matrimonio o no, por ser una menor de edad; la toma de decisión será de los padres si obligan o no a la adolescente a casarse, de convivir con su pareja y/o quedarse aun a vivir con ellos, en otras circunstancias obligada a quedarse con sus padres porque la pareja los abandonó (7).

El lugar de residencia, es la acción y efecto de residir (estar establecido en un lugar, asistir periódicamente por razones de empleo). Puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside. La población bajo distintos criterios de localización, como área urbana y

rural, región natural, división político administrativa: nivel departamental, provincial, distrital, áreas metropolitanas, ciudades, centros poblados y sectores menores de las ciudades (asentamientos humanos, pueblos jóvenes) (7).

Es un elemento clave para identificar el control del embarazo, debido a que las adolescentes embarazadas de la zona rural tendrán acceso limitado a los centros de salud por las distancias existentes entre dichos lugares y la poca confianza en la realización de estas actividades, debido a sus costumbres y creencias; en cambio las adolescentes embarazadas que residen en zonas urbanas por tener mayor acceso a los centros de salud y hospitales, estarán mejor informadas sobre los cuidados que debe tener en el proceso del embarazo (26,28).

Los factores culturales son el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social. Se consideran al grado de instrucción, conocimiento sobre sexualidad de la adolescente embarazada. El grado de instrucción se define como la capacidad de cada individuo de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos (28,29).

Es el grado de conocimiento que adquiere el individuo durante su ciclo de vida, considerando los estudios que realizo, orientados al nivel primario, secundario y/o superior; que proporciona a la adolescente embarazada la formación de su personalidad propia, permitiéndole informarse y desempeñarse con responsabilidad en el embarazo. Asimismo, cuando el nivel educativo es deficiente, el cuidado y hábitos que una mujer debe seguir durante su embarazo se ve distorsionado (29).

El conocimiento sobre sexualidad en la adolescente embarazada se refiere al nivel de conocimiento de sexualidad que tiene la adolescente al conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, fundados, vagos e inexactos con respecto al tema de la sexualidad. El conocimiento sirve de guía para la acción de los individuos, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo de los fenómenos percibidos (24).

Es un elemento facilitador que permite a la adolescente embarazada adquirir información y tener cuidados, sin embargo, su capacidad puede verse limitada por el trabajo fuera de casa, dedicando menor tiempo a sí misma y al recién nacido. Un nivel de instrucción superior permite a la adolescente embarazada informarse sobre el cuidado integral durante y después del embarazo, permitiendo actitudes favorables; por el contrario la adolescente embarazada con nivel de instrucción inferior tienen menos capacidad de decisión, no toman la atención necesaria, durante su embarazo, condicionando problemas nutricionales, y complicaciones que pueden llevar a aumentar las tasas de morbilidad, por lo tanto el grado de instrucción de una adolescente influye en la modificación de los hábitos y prácticas de salud (28).

La organización de las naciones unidas (ONU) la educación tiene un efecto importante en la adolescente embarazada, ya que el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentan las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Por ello mientras mayor sea el nivel educativo, menor es el riesgo de un inicio de las relaciones coitales y un embarazo precoz. Lo cual

tiene gran influencia en su vida; ya que la educación es la clave para aumentar las posibilidades de aprender cómo controlar sus propias vidas y abrir las puertas a mejores oportunidades laborales (30).

Frecuentemente las adolescentes embarazadas tienen que enfrentarse a este problema sola, además de ser adolescentes no tiene el apoyo del padre de su hijo. Como consecuencia a que las adolescentes opten por el miedo al qué dirán y el castigo de sus padres, pensar en el aborto como única salida a su problema. Se ha demostrado que el mayor porcentaje de abortos sépticos que acuden a un hospital es en la etapa de la adolescencia, y la mayor parte se realizó con maniobras ilegales y sin ninguna técnica de asepsia (30).

Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no saben acerca de la fisiología de la reproducción y/o cómo controlarla, o cuidarse, en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin grado de instrucción está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo a embarazos de adolescentes (30).

El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de iniciativa sobre proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que los adolescentes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente (29).

Los factores familiares, son aquellos que proporcionan la influencia más temprana para la educación y formación de los hijos, determinantes en las respuestas conductuales entre ellos y la

sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica, son las interacciones más importantes en familia. Es decir, los factores familiares protegen o afectan el comportamiento y la capacidad para desempeñarse. Se considera el tipo de familia y funcionamiento familiar (31).

Psicológicamente los adolescentes, siente la necesidad de amor, comprensión, apoyo y protección por parte de los padres y de los familiares. Es una etapa de tensión y de conflictos familiares por causa de los adolescentes, quien busca apoyo en amigos, generalmente en forma aislada y no en grupos. Respecto a su identidad se aprecia que se va perdiendo la identidad de niño, es decir, este rol claramente definido que le permitía saber concretamente lo que podía y debía hacer (20).

La familia es un agente primordial de socialización, integración de valores en la formación de la personalidad, del autoconcepto y ajuste psicosocial de los hijos, mediante el comportamiento, creencias, capacidad de regularse emocionalmente, repertorio de habilidades de los padres y su motivación frente a la crianza de los hijos, así como las condiciones familiares en que los padres crecieron, lo cual determina el tipo de disciplina, comunicación o supervisión que ejercen (31).

Esto significa que la familia es el principal transmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación transmite a otra generación, moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y actuar que se vuelven habituales. Lo que aprenda el adolescente de sus padres dependerá en parte del tipo de persona que sean estos, asimismo juega un papel importante dentro de este proceso, la comunicación familiar (32).

La familia es la primera en llamar a contener, apoyar y promover la salud de sus integrantes y desde la cual se debe fortalecer la construcción de entornos saludables. Los centros educativos son el espacio físico y social, en el cual se da la segunda socialización de las personas, y se desarrollan habilidades y destrezas cognitivas, comunicacionales, físicas y emocionales; por ello, un gran número de las actividades propuestas para promocionar la salud de los adolescentes es desarrollar estilos de vida saludables (32).

La estructura familiar ejerce influencia en la conducta sexual de los adolescentes, donde los adolescentes que viven en familias monoparentales, sin el padre, presentan mayor riesgo de iniciar su vida sexual precozmente, y que esto puede llevar a una inadecuada atención de las necesidades del adolescente debido a la carga laboral, del hogar y económica que recae sobre la madre. La ausencia de una familia nuclear en el seno del desarrollo del adolescente genera una carencia afectiva que los adolescentes no saben resolver, impulsándolos a tener relaciones sexuales por sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor (31).

La OMS define a la familia, como los integrantes del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y se considera no solo la relación de consanguinidad sino también de adopción, la familia como sistema de seres humanos interrelacionados se caracteriza por la reciprocidad en su comunicación, afecto, toma de decisiones y límites (1,28).

Se han planteado cuatro estilos y/o modelos parentales o de crianza, que son democrático y/o equilibrado es flexible, favorece la libertad, independencia y autonomía de los hijos, pero establece

reglas claras y se aseguran de que los hijos lo cumplan, comportamientos asertivos, no invaden la privacidad de los hijos, sus prácticas educativas están orientadas hacia la estimulación y no al castigo físico, son exigentes y controladores con las demandas, pero a la vez cariñosos y razonables (32).

Autoritario es un patrón estricto, los padres imponen reglas y una disciplina autoritaria e inflexible a los hijos, esperando obediencia estricta, muchas veces incorporan violencia y maltrato basados en el poder que tienen como padres. Tienen alto nivel de demanda y control pero escasa sensibilidad y conciencia, no consideran el pedido de los hijos, ni responden a sus necesidades, son distantes y poco afectuosos, la comunicación es unidireccional. Los hijos pueden presentar problemas de personalidad, temperamento y conducta, baja autoestima, inseguridad, rebeldía, altera su capacidad para tolerar frustración e insatisfacción por la falta de satisfacción de las necesidades afectivas (32).

Permisivo y/o protector son padres que tienen bajo control el comportamiento de los hijos, poco exigentes, no establecen normas, poca sensibilidad hacia sus necesidades, muchas veces pueden ser crueles, no son firmes, comunicación inefectiva y unidireccional. Es un factor de riesgo para los hijos, con inseguridad, inadecuado desarrollo de sus habilidades, escaso contacto social, baja tolerancia a la frustración, entre otros (33).

Negligente y/o indiferente es escaso contacto emocional entre los miembros de la familia, ausencia de exigencias y de cumplimiento de responsabilidades, falta de estructuración, control y apoyo, frecuentemente desvían sus responsabilidades paternas hacia otras figuras como el colegio u otros familiares, el ambiente familiar suele ser desorganizado y son vulnerables a la ruptura familiar. Los hijos pueden tener problemas para fortalecer su autoconfianza y

desarrollar el autocontrol, afecta sus sentimientos de pertenencia y apego familiar, problemas de conducta (33).

La ONU define los siguientes tipos de familia, la familia nuclear formada en torno a los vínculos conyugales y a una división estricta de tareas basada en el género. Se encuentra conformada por sus progenitores (padre, madre e hijos) que viven bajo el mismo techo o comparten una casa habitación, también se le conoce como elemental o básica. El término familia nuclear empieza en el año 1947, por lo que vemos, no es algo nuevo, las familias nucleares tienen que ver algo con la promoción, expansión y reproducción de los valores de la cultura. Es el matrimonio e hijos que dependen de ellos, constituyen una comunidad de vida plena y total, un ámbito vital cerrado autónomo frente al estado y a la sociedad; por encima del bien y de los intereses individuales de sus componentes, hay un bien familiar y un interés familiar (30).

La familia extensa se dice que los integrantes de este tipo de familia no siempre han estado unidos por vínculos de sangre y matrimonio, son familias de varias generaciones que viven en un mismo hogar, comúnmente se le conoce como tres generaciones, donde vive el progenitor soltero, la abuela y el niño, parejas jóvenes que retardan el momento de su independencia ya sea por problemas económicos o comodidad y viven con sus padres o suegros que conviven con sus hijos o integración de miembros donde no existen lazos de parentesco, la cooperación en las diferentes tareas dentro de la familia se puede llevar a cabo con mayor flexibilidad (29).

Las posibles dificultades que pueden existir dentro de la familia extensa es la falta de espacio que tenga cada miembro de la familia, en donde se pierde la intimidad de las parejas como el espacio de los miembros; dificultades con la relación de abuelo o abuela, padre o madre por los tipos de crianza que se les desea dar a los niños dentro del hogar. La familia reconstituida son los que viven de otros

matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas, de esta proviene la figura de los padrastros o madrastras (29, 32).

La familia uniparental, monoparental son los que conviven el padre o la madre con los descendientes y sin el otro cónyuge. En la mayoría de los casos dichos núcleos familiares, se forman con la madre y los descendientes, siendo menos comunes las encabezadas únicamente por el padre. Las causas principales que originan las familias monoparentales son: el reciente número de divorcios; el abandono del hogar por parte de uno de los miembros de la pareja; la viudez; el aumento de nacimientos al margen de las uniones legalmente constituidas, bien porque la pareja no desea casarse ni hacer vida en común o por su imposibilidad para contraer matrimonio. Está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos. Las familias monoparentales provienen de rupturas de pareja (29).

Los estudios realizados en Perú indican que los adolescentes que no viven con su madre biológica corren un mayor riesgo de iniciar precozmente la relación sexual y maternidad temprana, estando en riesgo de presentar problemas en su salud por las consecuencias negativas del inicio precoz de su sexualidad afectando no solo al adolescente sino también a su familia y sociedad en general (34).

Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etc. El tamaño y la composición familiar pueden tomarse como indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior. Como se puede observar la familia puede ser

abordada desde diferentes puntos de vista, unos subrayan su origen, su compleja organización, su estructura, otros destacan sus múltiples funciones y su aporte al desarrollo del ser humano (30).

El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones familiares que se establecen entre todos sus miembros, donde la estructura de negociación se fortalece para solucionar conflictos, a través de una comunicación clara, asertiva, que permite la espontaneidad, empatía y apoyo emocional; por tanto, el funcionamiento familiar es la capacidad de resolver problemas y de ayudar a sus miembros a desarrollar sus potencialidades. La familia funcional se caracteriza por mantener relaciones familiares bien establecidas, que son de tipo positivo para todos sus miembros, mostrándose satisfacción de estar juntos, reconociendo que cada uno de ellos tiene intereses y necesidades individuales por lo que precisan de cierto grado de privacidad (35).

Es así que, el funcionamiento familiar puede ser definido de diversas maneras: para un sociólogo será la forma básica de organización sobre la que se estructura una sociedad, será entendida como el soporte de la dinámica social. Mientras que, para un antropólogo, será un hecho social total, es decir, una estructura social vigente, donde la función básica será la de cooperación económica, socialización, educación, reproducción y de relaciones sexuales, para el análisis jurídico será un conjunto de personas con vínculo de derecho interdependientes y recíprocos emergentes de la unión sexual y de la procreación; la psicología lo define como una célula básica del desarrollo y experiencia unidas por razones biológicas psicológicas y socioeconómicas (35).

Funcionamiento familiar saludable, posibilita a la familia superar los problemas que tengan en diferentes momentos, es el equilibrio entre la autoridad y el afecto que existe entre ellos, es la

cadena de comunicación, la estabilidad y confianza que mantengan todos los integrantes para apoyarse al momento de que uno tenga algún tipo de dificultad y el afronte que vallan a elaborar para mejorar esa situación. En tanto que la disfuncionalidad familiar se presenta cuando la capacidad de superar problemas se ve afectada por el desorden, derrotando a los individuos que son las autoridades dentro de la familia. Puede ser la causa de problemas relacionados a los miembros que van en la etapa de adolescencia (35).

Es importante indicar que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, les impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, para medir el funcionamiento familiar se recomienda el cumplimiento eficaz de sus funciones económica, biológica, psicológica, cultural y espiritual. Es importante que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros; así mismo debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos; también es importante que en el sistema familiar haya una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas, y finalmente ser capaz de adaptarse a los cambios, la familia funciona adecuadamente cuando no existe rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios y así los adolescentes se sentirán bien (36).

Los componentes para evaluar el funcionamiento familiar e identificar familias con problemas de conflictos o disfuncionales son 5 elementos: la adaptación es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis. Participación o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar. El gradiente de recursos, es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una

familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo. La afectividad, es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia. Los recursos o capacidad resolutive, es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios (36).

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía y tienen el propósito de conocer el grado de disfuncionalidad y de esta manera darles seguimiento y orientación a las familias (37).

Las familias en donde no existe un funcionamiento adecuado se caracterizan porque tienen escasa vinculación afectiva y baja adaptación a los cambios; existe una comunicación cerrada, no hay compromiso mutuo, evaden responsabilidades y no involucren a los miembros en las decisiones que los afectarían a todos. En ese sentido, la disfuncionalidad familiar guarda relación con la emergencia de trastornos de salud física y mental de sus miembros; lo cual es evidenciado, por conductas de riesgo de los hijos en hogares con relaciones conflictivas entre los padres (35).

Ahora está sin status claro y está comenzando el desarrollo de su plena identidad. Sin embargo, el fantaseo normal de esta etapa es una expresión de que se está iniciando; aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla su impulso y se plantea metas vocacionales irreales. Por ello idealizan personajes, como figuras, modelos que juegan un papel importante en su propia identificación. Surge la necesidad de privacidad y los adolescentes emprenden su búsqueda (36).

Donde los adolescentes tienen relaciones coitales por curiosidad, porque se dejaron llevar por el momento o por la presión de otras personas (amigos (as), enamorado (a)), discrepancia entre madurez física y cognoscitiva debido a que la edad de la menarquía se ha ido adelantando progresivamente, tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación, mayor libertad sexual, actitudes y valores sobre el comportamiento sexual (37).

Los adolescentes cuyos padres les han hablado sobre la sexualidad desde temprana edad, les han transmitido actitudes saludables y han estado disponibles para responder a sus dudas, suelen esperar más tiempo para iniciar sus relaciones sexuales. Por desgracia, muchos adolescentes reciben su educación sexual de los medios de comunicación, los cuales presentan una imagen distorsionada de la actividad sexual al asociarla con diversión, competencia, peligro o violencia y pocas veces muestran los riesgos de las relaciones coitales sin protección, conllevando a un embarazo no deseado o a temprana edad (6).

Relacionamos el Modelo de Dorothea Orem; el autocuidado es una necesidad de la persona que constituye toda acción que el individuo realiza a través de sus valores, creencias, con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar, como enfermeras consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias, comunidades más aun hacer énfasis con las adolescentes en la realización de acciones para su propio autocuidado manteniéndolas por si mismos; estas se aprenden conforme el individuo madura y son afectados muchas veces por las costumbres, los hábitos, estos cambios físicos, hormonales, llevan a iniciar precozmente su actividad sexual conllevándolas a un embarazo no deseado o a temprana edad (38).

2.2. Antecedentes del estudio

Zambrano y col., en el año 2015, en Colombia en su estudio con el fin de definir la relación que existe entre la función familiar que debe estar presente y las estrategias para afrontar un caso de adolescentes embarazadas las cuales son usuarias de tres institutos prestadores de salud (IPS). La muestra estuvo compuesta por 150 adolescentes, se utilizó el instrumento Adolescent Coping Scale (ACS) tuvo como resultado la mayoría de las adolescentes embarazadas se encontraban entre las edades de 17- 19 años, el inicio de su menarquia fue a los 12 años; y el inicio de las relaciones sexuales fue a los 16 años. En el sistema familiar de las adolescentes embarazadas se obtuvo que un gran porcentaje de familias disfuncional 54% y en menor medida familias funcionales correspondientes al 46% (37).

Serrano D., en el año 2013, Venezuela realizó un estudio descriptivo correlacional titulado: Embarazo en Adolescentes. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero en la que encontraron que se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 (33,2 %) 12 correspondían a embarazadas adolescentes. El intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 16 y 17 años, registrándose 432 casos (77,6%). El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %). Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas era solteras y 411 eran procedentes de zonas urbanas (39).

Angulo E. en el año 2014, Bogotá, realizó un estudio sobre “Efectividad de la Funcionalidad Familiar en un Grupo de Familias con Adolescentes Gestantes del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Cundinamarca”. El método fue descriptivo-transversal. La muestra fue de 50 adolescentes gestantes. Teniendo como resultado que 74% de las gestantes adolescentes presentó una

baja efectividad de la funcionalidad familiar y solo un 2% de las familias alcanzo un nivel alto de efectividad (40)

Miranda R. en el año 2014 en Lima, realizó un estudio tipo descriptivo para determinar los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador. Factores antropométricos: Según el grupo etéreo el 86.2% de las gestantes adolescentes tenían entre 15 a 19 años fue educación secundaria incompleta, Factores sociales-entorno familiar: El tipo de familia nuclear fue 56.4%; en cuanto al estado civil de los padres la unión estable fue el 45.7%, el 63.8% tuvo inestabilidad familiar (41).

Castro R., en el 2015, en Tumbes, estudiaron los factores sociales relacionados con la ocurrencia de embarazo adolescente atendidas en el Hospital II - 1 José Alfredo Mendoza Olavarría, de un total de 92 gestantes adolescentes el 68,47% se encuentran dentro de la adolescencia tardía, y un 30,43% pertenecen al grupo de adolescentes intermedias, en menor porcentaje el grupo de adolescente temprana con 1,1%. En la misma investigación, según su grado de instrucción: El 50% tiene secundaria incompleta, el 31,52% tiene secundaria completa, el 11, 96% educación superior técnica (42).

Villalobos E., en el año 2014, Chiclayo realizo su investigación titulada “Factores asociados al embarazo adolescente. El objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes de la unidad educativa, se encontró que la incidencia de embarazos adolescentes fue del 23.5%. El 51,8% de la población, motivo de estudio, tenía edades entre 16 a 19 años; el 32,37% tenía estudios primarios completos; 87,05% eran solteras; el 63,31% procedían de zonas urbanos marginales y el 97,12% tenían un nivel socioeconómico y cultural bajo, respectivamente. Entre los

factores asociados encontramos; inicio coital precoz, la disfunción familiar, el uso del alcohol y drogas y el no uso de métodos anticonceptivos (43).

Castro F. y Francia O., en el año 2013, en Trujillo realizó un estudio descriptivo correlacional comparativo sobre “Factores individuales, familiares y sociales que influyen para el inicio de la actividad sexual en adolescentes de secundaria de la zona urbana, urbana-rural y rural-Trujillo”, La población estuvo constituida por 1008 alumnos de tercero, cuarto y quinto año de secundaria matriculados en el colegios estatales mixtos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Las conclusiones entre otros fueron: La experiencia de masturbación manifestada por los escolares adolescentes según zona de procedencia, constituye una práctica sexual común, la experiencia de coito es más alta en la zona urbana (20%) con respecto al total de escolares encuestados de la zona urbano-rural (18.90%) y rural (12.50%) (44).

Meza y col., en el 2016, en Trujillo, su investigación de tipo descriptivo, para determinar el funcionamiento familiar y actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes Hospital Jerusalén de La Esperanza, encontrando que el 63,8% de las gestantes adolescentes presentaron funcionamiento familiar bajo, el 22,5% funcionamiento familiar medio y el 13,8% funcionamiento familiar alto, asimismo el 70% de las gestantes adolescentes presentaron una actitud desfavorable frente al embarazo y el 30% una actitud favorable (45).

2.3. Marco Conceptual

Adolescencia: etapa entre la niñez y la adultez que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, se considera entre los 12 y 17 años de edad (1,16).

Conocimiento sobre sexualidad: conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, fundados, vagos e inexactos con respecto al tema de la sexualidad (24).

Disfunción familiar: cuando la capacidad de superar problemas se ve afectada por el desorden, derrotando a las personas que son las autoridades dentro de la familia. Puede ser la causa de problemas relacionados a los miembros que van en la etapa de adolescencia (34).

Edad: es el tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la muerte; se considera a cada una de las etapas del ciclo de la vida en la que se encuentra dividida (15).

Embarazo: es una secuencia de procesos que comienzan con la fecundación, continua con la implantación, el desarrollo embrionario y fetal, frecuentemente finaliza con el parto alrededor de 38 semanas después o 40 semanas después del último periodo menstrual (46).

Estado civil: es el estado personal o situación que tiene el individuo en relación con las leyes o costumbres de su país sobre el matrimonio, establece ciertos derechos y deberes, es un indicador básico en la fecundidad y en la estabilidad familiar (28).

Factores biosocioculturales: son aquellas características biológicas, sociales y culturales inherentes al adolescente que pueden influenciar positiva o negativamente en el comportamiento del adolescente (14).

Factores biológicos: son las conductas del ser humano que se basa en los elementos físicos y fisiológicos del organismo, engloba los acontecimientos relacionados con la salud física y mental que se manifiestan en los seres humanos como consecuencia de su constitución orgánica (47).

Factores culturales: son el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social (28).

Factores familiares: son aquellos que proporcionan la influencia más temprana para la educación y formación de los hijos, determinantes en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica (48).

Factores sociales: son la base físico-espacial donde se desarrolla la sociedad y donde se llevan cabo las relaciones de estas con otras sociedades. Estas relaciones constituyen sistemas abiertos que componen un todo (48).

Familia: es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (29).

Gradiente de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo (35).

Grado de instrucción: se considera el grado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se ha terminado, esta provisional o definitivamente incompletos (25).

Familia nuclear: conformada por sus progenitores (padre, madre e hijos) que viven bajo el mismo techo o comparten una casa habitación, también se le conoce como elemental o básica (32).

Familia extensa: formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extendida puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines, son familias de varias generaciones que viven en un mismo hogar, comúnmente se le conoce como tres (33).

Familia uniparental, monoparental: conforman padre o la madre con los descendientes y sin el otro cónyuge. Está compuesta por un solo progenitor (varón o mujer) y uno o varios hijos. Las familias monoparentales provienen de rupturas de pareja (33).

Familia reconstituida: formada por agregados de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas, de esta proviene la figura de los padrastros o madrastras (32).

Funcionamiento familiar: es la capacidad de una familia para superar los problemas que tengan en diferentes momentos, es el equilibrio entre la autoridad y el afecto que existe entre ellos, es la cadena de comunicación, la estabilidad y confianza que mantengan todos los integrantes para apoyarse al momento de que uno tenga algún tipo de dificultad y el afronte que vallan a elaborar para mejorar esa situación (34).

La adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis (35).

La afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia (37).

Los recursos o capacidad resolutive: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios (37).

Lugar de residencia: es el lugar o domicilio en el que se reside (49).

Participación o cooperación: es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar (35).

Relaciones coitales: es el contacto físico entre individuos fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos (12).

2.4. Sistema de hipótesis

2.4.1. Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi).

Hi: Los factores biosocioculturales: estado civil, lugar de residencia, grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes embarazadas se asocian con el inicio de las relaciones coitales en las adolescentes embarazadas.

Hi: Los factores familiares: tipo de familia y funcionamiento familiar se asocian con el inicio de las relaciones coitales en las adolescentes embarazadas.

2.4.2. Hipótesis nula (Ho).

Ho: Los factores biosocioculturales y familiares no se asocian con el inicio de las relaciones coitales en las adolescentes embarazadas.

2.5. Variables e indicadores

2.5.1. Variable independiente

- Factores biológicos
- Edad de la adolescente embarazada

Definición operacional

- Escala de medición de la variable: nominal
- Indicador: números en años cumplidos a la fecha.

- Categorías de la variable
 - Adolescencia temprana
 - Adolescencia tardía
- Índice
 - Adolescencia temprana (12-14 años)
 - Adolescencia tardía (15-17 años)
- Factores sociales
 - Estado civil
 - Definición operacional
 - Escala de medición de la variable: nominal
 - Indicador: estado civil actual de la adolescente embarazada
 - Categorías de la variable
 - Soltera
 - Casada
 - Conviviente
 - Separada
 - Divorciada
 - Viuda
 - Lugar de residencia
 - Definición operacional
 - Escala de medición de la variable: nominal
 - Indicador: lugar actual donde vive la adolescente embarazada
 - Categorías de la variable:
 - Distrito de la Provincia de Trujillo
 - Florencia de mora
 - Laredo
 - El Porvenir
 - Víctor Larco
 - Huanchaco

La Esperanza

Trujillo

Moche

Salaverry

Otros distritos fuera de la provincia de Trujillo

- Factores culturales

- Grado de instrucción

Definición operacional

- Escala de medición de la variable: ordinal
- Indicador: nivel de estudio actual de la adolescente embarazada

- Categorías de la variable

Sin instrucción

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

- Nivel de conocimiento de sexualidad

Definición operacional

- Escala de medición de la variable: ordinal
- Indicador: número de respuestas correctas
- Categorías de la variable:

Alto

Medio

Bajo

- Índice

Nivel de conocimiento alto : 18 - 28 puntos

Nivel de conocimiento medio: 8 - 17 puntos.

Nivel de conocimiento bajo : 0 - 7 puntos.

- Factores familiares

- Tipo de familia

Definición operacional

- Escala de medición de la variable: nominal policotómica
- Indicador: miembros de la familia que viven con la adolescente embarazada
- Categorías de la variable:
 - Familia nuclear
 - Familia extensa
 - Familia monoparental
 - Familia reconstruida

- Funcionamiento familiar

Definición operacional

- Escala de medición de la variable: nominal policotómica
- Indicador: puntaje final del cuestionario de Apgar Familiar
- Categorías de la variable:
 - Buen funcionamiento familiar
 - Disfunción Familiar Leve
 - Disfunción Familiar Moderada
 - Disfunción Familiar Severo
- Índice:
 - Buen funcionamiento familiar: 17- 20 puntos
 - Disfunción Familiar Leve: 16 - 13 puntos
 - Disfunción Familiar Moderada: 12 - 10 puntos
 - Disfunción Familiar Severo: menor o igual a 9 puntos

➤ Inicio de las relaciones coitales

Definición operacional

- Escala de la medición de la variable: ordinal
- Indicador: edad en la que tuvo su primera relación coital.
- Índice:
De 12 a 17 años

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y Nivel de investigación

El estudio fue de tipo correlacional.

3.2. Población y Muestra de estudio

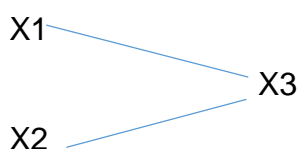
La población estuvo constituida por las adolescentes embarazadas entre 12 -17 años atendidas en el servicio de obstetricia, del Hospital Belén de Trujillo 2018, un total de 310 adolescentes embarazadas

El tamaño de la muestra obtuvo determinada a través de la fórmula para poblaciones finitas (Anexo 1).

La selección de la muestra se realizó por muestreo no probabilístico, por conveniencia hasta completar el número requerido de 85 adolescentes embarazadas, procedentes de la población universo que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Diseño de investigación

Es tipo no experimental de corte transversal porque busco medir y analizar las variables en estudio, en un tiempo determinado.



Donde:

X1: factores biosocioculturales

X2: factores familiares

X3: inicio de relaciones coitales en adolescentes embarazadas

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

Se envió una solicitud al Director Ejecutivo del Hospital Belén solicitando la autorización para ejecutar el proyecto de investigación en dicho nosocomio, una vez obtenida la autorización se dialogó con la jefatura de enfermería para la aplicación del instrumento de recolección de datos. Aceptada la solicitud, se visitó el servicio de obstetricia en el turno matutino, donde se ubicó a la adolescentes embarazadas, se les explicó los objetivos de la investigación, se habló con los padres o familiares que acompañen, se obtuvo el consentimiento informado, y así aplicamos los instrumentos relacionados con el estudio de investigación (Anexo 2).

El primer instrumento es un cuestionario de Factores Biosocioculturales, familiares y el Inicio de las Relaciones Coitales en Adolescentes Embarazadas (Anexo 03) fue diseñado y validado en Huancayo, por Soldevilla (2011) modificada para el presente estudio, este instrumento tiene dos partes, la primera parte está referido a los factores biosocioculturales y familiares e inicio de las relaciones coitales en la adolescente embarazada con 7 preguntas con opciones para marcar, la segunda parte hace referencia al nivel de conocimiento sobre sexualidad con 7 preguntas cada una con 4 alternativas de las cuales una es correcta, con una puntuación de 4 puntos cada respuesta correcta.

Segundo instrumento es un cuestionario: Apgar familiar (Anexo 04), referido al funcionamiento de la unidad familiar de forma global, elaborado por Smilkstein (1978); actualizada por la Arias y modificada por las autoras, compuesta por 12 preguntas cuyas respuestas tienen un puntaje entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: Nunca=0, Casi nunca=1, Algunas veces=2, Casi siempre=3, Siempre=4.

La prueba piloto para validar los instrumentos se realizó con 10 adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el mes de abril.

La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems, que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos la magnitud en que miden el mismo constructo. Este coeficiente que es mayor o igual aproximadamente a 0.8 es bueno si es mayor que 0.9 entonces es excelente. El cuestionario de Factores Biosocioculturales, familiares y el Inicio de las Relaciones Coitales en Adolescentes Embarazadas, según el Alfa de Cronbach tiene una confiabilidad de 0.85 por lo tanto es aceptable (Anexo 5). El Apgar Familiar tiene una confiabilidad de 0.80 con este valor el instrumento es confiable (Anexo 6).

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados estadísticamente, utilizando el software SPSS versión 23.0 y paquete estadístico Excel; luego se realizó la tabulación y distribución de tablas estadísticas de una y doble entrada con función a los objetivos. Para el análisis e interpretación se aplicó la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado (χ^2) y el nivel de significancia estadística se clasificó con $p < 0.05$ con un nivel de confianza del 95%, el 5% de nivel de significancia.

3.6. Consideraciones éticas

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el principio de VOLUNTARIEDAD de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio, a quienes se les explico el tipo de investigación a realizar y se respetó su derecho a

abstenerse de la misma si el caso lo amerita. Garantizándoles que no se dio a conocer a otras personas su identidad como participantes aplicando el principio de ANONIMATO se recogió información y se proporcionó un ambiente de privacidad, se planifico como tiempo promedio para su aplicación del cuestionario fue una duración de 10 minutos aproximadamente. Así mismo se les aseguró el derecho a la CONFIDENCIALIDAD de la información otorgada.

IV. RESULTADOS

Tabla N°1: Distribución de adolescentes embarazadas según factores biosocioculturales y el inicio de relaciones coitales, Hospital Belén de Trujillo, 2018

Factores Biosocioculturales	N°	%
EDAD DE LA GESTANTE		
EMBARAZADA (años)		
12-14	13	15,3
15-17	72	84,7
ESTADO CIVIL		
Soltera	46	54,1
Conviviente	36	42,4
Divorciada	0	0,0
Casada	2	2,4
Separada	0	0,0
Viuda	0	0,0
LUGAR DE RESIDENCIA		
Florencia de Mora	13	15,3
Laredo	1	1,2
El Porvenir	15	17,6
Víctor Larco	18	21,2
La Esperanza	3	3,5
Trujillo	17	20,0
Otros distritos	18	21,2
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	0	0,0
Primaria incompleta	11	12,9
Primaria completa	28	32,9
Secundaria incompleta	41	48,2
Secundaria completa	5	5,9
NIVEL DE CONOCIMIENTO		
Nivel de conocimiento alto	5	5,9
Nivel de conocimiento medio	18	21,2
Nivel de conocimiento bajo	62	72,9
RELACIONES CONSENTIDAS		
Decisión propia	30	35,3
Presión de la pareja	15	17,6
Presión de los amigos	15	17,6
Por curiosidad	25	29,5
TOTAL	85	100,0

Fuente: Aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas

Tabla N°2: Distribución de adolescentes embarazadas según factores familiares, Hospital Belén de Trujillo, 2018

FACTORES FAMILIARES	N°	%
TIPO DE FAMILIA		
Familia nuclear	16	18,8
Familia extensa	20	23,5
Familia monoparental	33	38,8
Familia reconstruida	16	18,8
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR		
Buen funcionamiento	29	34,2
Disfunción familiar leve	38	44,7
Disfunción familiar moderada	15	17,6
Disfunción familiar severa	3	3,5
TOTAL	85	100,0

Fuente: Aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas y cuestionario de Apgar familiar

Tabla N°3: Distribución de adolescentes embarazadas según la edad de inicio de relaciones coitales, Hospital Belén de Trujillo, 2018.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES COITALES	N°	%
12 años	0	0,0
13 años	20	23,5
14 años	16	18,8
15 años	18	21,2
16 años	18	21,2
17 años	13	15,3
Total	85	100,0

Fuente: aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas.

Tabla N°4: Distribución de adolescentes embarazadas según estado civil y el inicio de relaciones coitales, Hospital Belén de Trujillo, 2018.

Inicio De Relaciones Coitales	ESTADO CIVIL									
	soltera		conviviente		casada		divorciada		viuda	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13	11	23,9%	9	24,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
14	6	13,0%	10	27,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15	11	23,9%	7	18,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16	13	28,3%	3	8,1%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
17	5	10,7%	8	21,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	46	100,0%	37	100,0%	2	100,0%	0	100,0%	0	100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas

Tabla N°5: Distribución de adolescentes embarazadas según lugar de residencia y el inicio de relaciones coitales, Hospital Belén de Trujillo, 2018

Inicio de Relaciones Coitales	LUGAR DE RESIDENCIA													
	Florencia de Mora		Laredo		El Porvenir		Víctor Larco		La Esperanza		Trujillo		Otros distritos	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13	2	15,4%	0	0,0%	3	20,0%	3	16,7%	2	66,7%	4	23,5%	6	33,3%
14	2	15,4%	1	100,0%	4	26,7%	4	22,2%	1	66,7%	2	11,8%	2	11,1%
15	4	30,7%	0	0,0%	3	20,0%	3	16,7%	0	0,0%	5	29,4%	3	16,7%
16	3	23,1%	0	0,0%	3	20,0%	5	27,7%	0	0,0%	4	23,5%	3	16,7%
17	2	15,4%	0	0,0%	2	13,3%	3	16,7%	0	0,0%	2	11,8%	4	22,2%
TOTAL	13	100,0%	1	100,0%	15	100,0%	18	100,0%	3	100,0%	17	100,0%	18	100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas

Tabla N°6: Distribución de adolescentes embarazadas según grado de instrucción y el inicio de relaciones coitales, Hospital Belén de Trujillo, 2018

Inicio De Relaciones Coitales	GRADO DE INSTRUCCIÓN							
	primaria incompleta		primaria completa		secundaria incompleta		secundaria completa	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
13	4	36,4%	7	25,0%	9	22,0%	0	0,0%
14	2	18,2%	9	32,1%	5	12,2%	0	0,0%
15	2	18,2%	6	21,4%	10	24,4%	0	0,0%
16	0	0,0%	4	14,3%	14	34,1%	0	0,0%
17	3	27,3%	2	7,2%	3	7,3%	5	100,0%
TOTAL	11	100,0%	28	100,0%	41	100,0%	5	100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas

Tabla N°7: Distribución de adolescentes embarazadas según nivel de conocimiento sobre sexualidad y el inicio de relaciones coitales, Hospital de Belén, 2018

INICIO DE RELACIONES COITALES	NIVEL DE CONOCIMIENTO		
	Alto	Medio	Bajo
	N° %	N° %	N° %
13	1 20,0%	4 22,2%	15 24,2%
14	1 20,0%	3 16,7%	12 19,4%
15	1 20,0%	4 22,2%	13 21,0%
16	1 20,0%	4 22,2%	13 21,0%
17	1 20,0%	3 16,7%	9 14,5%
TOTAL	5 100,0%	18 100,0%	62 100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario factores biosocioculturales asociados al inicio de la relaciones coitales en adolescentes embarazadas

Tabla N°8: Distribución de adolescentes embarazadas según tipo de familia y el inicio de relaciones coitales, Hospital de Belén, 2018.

Inicio De Relaciones Coitales	TIPO DE FAMILIA			
	Nuclear	Extensa	Monoparental	Reconstruida
	N° %	N° %	N° %	N° %
13	2 12,5%	5 25,0%	9 27,3%	4 25,0%
14	2 12,5%	4 20,0%	7 21,1%	3 18,8%
15	2 12,5%	3 15,0%	9 27,3%	4 25,0%
16	9 56,2%	4 20,0%	2 6,1%	3 18,8%
17	1 6,3%	4 20,0%	6 18,2%	2 12,5%
TOTAL	16 100,0%	20 100,0%	33 100,0%	16 100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario del apgar familiar

Tabla N°9: Distribución de adolescentes embarazadas según funcionamiento familiar y el inicio de relaciones coitales, Hospital de Belén, 2018

INICIO DE RELACIONES COITALES	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR			
	Buen funcionamiento	Disfunción severa	Disfunción moderada	Disfunción leve
	N° %	N° %	N° %	N° %
13	6 20,7%	2 66,7%	3 20,0%	9 23,7%
14	6 20,7%	1 33,3%	3 20,0%	6 15,8%
15	4 13,8%	0 0,0%	4 26,7%	10 26,3%
16	5 17,2%	0 0,0%	3 20,0%	10 26,3%
17	8 27,6%	0 0,0%	2 13,3%	3 7,9%
TOTAL	29 100,0%	3 100,0%	15 100,0%	38 100,0%

Fuente: Aplicación del cuestionario de Apgar familiar

V. DISCUSION

En el presente trabajo de investigación factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas que llevan un control en el Hospital Belén de Trujillo, en una muestra de 85 adolescentes embarazadas

La tabla N°1 muestra los factores biosocioculturales de las adolescentes embarazadas, donde se puede observar que el 84,7% oscila entre 15 a 17 años de edad; el 54,1% su estado civil es soltera; el 21,2% residen en Víctor Larco y otros distrito fuera de Trujillo, y las que residen en Trujillo y El Porvenir con 20,0% y 17,6 respectivamente. A la vez se observa que existe un gran porcentaje que cuenta solo con secundaria incompleta 48,2%, seguido de primaria incompleta con 32,9%; en el nivel de conocimiento sobre sexualidad las adolescentes embarazadas tiene un nivel bajo con 72,9%; por ultimo las adolescentes embarazadas tienen relaciones coitales por decisión propia con 35,3% y por curiosidad 29,5%.

Estos resultados se asemejan con otros estudios realizados por el INEI-Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017. Uno de los grupos que se encontraría en situación de vulnerabilidad en el país, es el de las mujeres adolescentes que ya son madres, realidad que muestra un crecimiento de la maternidad temprana; en consecuencia, podrían estar expuestas a la inequidad, exclusión, pobreza, entre otras (7).

La tabla N°2 muestra los factores familiares de las adolescentes embarazadas según el tipo de familia monoparental con el 38,8% y familia extensa con 23,5%; las adolescentes embarazadas provienen de familias con disfunción familiar leve con 44,7% y buen funcionamiento familiar con 34,2%.

Estos resultados difieren a los encontrados por Angulo E. en 2014, en Colombia en su estudio sobre “Efectividad de la Funcionalidad Familiar en un Grupo de Familias con Adolescentes Gestantes del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Cundinamarca” donde el 74% de las gestantes adolescentes presentó una baja efectividad de la funcionalidad familiar y solo un 2% de las familias alcanzó un nivel alto de efectividad (40).

La unidad familiar puede verse afectada por una variedad de factores, los cuales pueden conllevar a crear una familia disfuncional; esta familia tienen síntomas comunes y pautas de comportamiento como resultado de sus experiencias dentro de la estructura familiar; depende de la capacidad que la familia tenga para adaptarse a situaciones y patrones que le provocan estrés, la resolución de problemas y el clima emocional que se vive dentro de la familia lo que permitirá mejorar el funcionamiento familiar (45)

La tabla N°3 muestra la edad de inicio de las relaciones coitales de las adolescentes embarazadas, se puede observar que el mayor porcentaje inició las relaciones coitales a los 13 años con 23,5% y a los 15 y 16 años el 21,2%, respectivamente; a los 14 años el 18,8% y a los 17 años el 15,3%.

Los resultados se asemejan con los aportados por el INEI-Censos Nacionales de Población y Vivienda 2017, donde la edad de las mujeres constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población; se advierte que del total de mujeres de 15 años de edad, el 2,1% son madres, este porcentaje aumenta conforme avanza la edad alcanzando 21,5%; en tanto, en las edades de 16 a 19 años, la proporción de madres disminuye (7).

Se ha demostrado una relación entre el inicio de las relaciones sexuales y la edad, se dice que por el adelanto precoz de la menarquia o menstruación que se da actualmente se están adelantado las relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia. Es importante poner énfasis el hecho de que el embarazo en la etapa de la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de alto riesgo en el que se ve afectado la salud de la madre como la del feto, por no tener aún el crecimiento y desarrollo fisiológico de los órganos internos reproductivos (2,15).

En la tabla N°4 muestra el estado civil está asociado al inicio de relaciones coitales, las adolescentes embarazadas que iniciaron las relaciones a los 16 años son solteras con 28,3%, las adolescentes que iniciaron a los 14 años son convivientes con 27,0%.

Estos resultados son similares a los encontrados por Villalobos E, en el año 2014, en Chiclayo donde la incidencia de embarazos adolescentes fue del 23.5%; el 51,8% de la población de ellos tenía edades entre 16 a 19 años; 87,05% eran solteras (41).

El embarazo de una adolescente soltera, es un fenómeno que conlleva sus propios riesgos de presentar complicaciones, dentro de ellas las amenazas de parto prematuro, niños de bajo peso que afectará su bienestar y funcionamiento familiar. Casi todas las madres solteras, cualquiera sea su estrato social suelen afrontar conflictos respecto a la relación con sus padres, con el padre del niño, a su nueva competencia como madre y con las decisiones acerca de su propio futuro y el de su hijo (43).

Las adolescentes embarazadas en unión marital son convivientes, lo que constituye un problema desde el punto de vista de la estabilidad del hogar y de la protección a la adolescente embarazada. Al tratar de satisfacer algunas necesidades básicas, la

madre no realiza prácticas de cuidado de su embarazo que sean suficientes y ayuden a fortalecer su proceso (42).

Estos resultados nos suponen inferir que las adolescentes embarazadas solteras y convivientes podrían ser riesgosa porque afrontan su maternidad sola, sin protección y esto las hace vulnerables, y las que tienen pareja tienden a no tener la capacidad y responsabilidad de tener un hijo, ni estabilidad familiar, ni marital, económica ni optan por una familia constituida para su propio bienestar (39).

La tabla N° 5 muestra el lugar de residencia asociado al inicio de relaciones coitales. Las adolescentes embarazadas de 13 y 14 años que residen en La Esperanza con 66,7%, las adolescentes embarazadas de 15 y 16 años, Trujillo y Florencia de Mora con 29,4% y 30,7 respectivamente y las adolescentes embarazadas de 17 años de otros distritos fuera de Trujillo con 22,2% son las que tiene más probabilidad de iniciar relaciones coitales.

Estos resultados se asemejan a lo de Serrano D, en el año 2013, en Venezuela realizó un estudio sobre: Embarazo en Adolescente encontró que el nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria que el 99,6 % eran procedentes de zonas urbanas (39).

El lugar de residencia de la mayoría de adolescentes embarazadas en estudio proviene de la zona urbana marginal, producto de la migración de familias procedentes de la sierra en su mayoría, cuyos modelos y patrones culturales influyen en la incidencia de inicio en las relaciones como consecuencia el embarazo en adolescentes (7).

La tabla N° 6 muestra que el grado de instrucción está asociado con el inicio de relaciones coitales donde las adolescentes embarazadas de 13 años tienen primaria incompleta con 36,4% y las adolescentes embarazadas de 16 años tienen secundaria incompleta con 34,1%.

De acuerdo a los resultados del Censo 2017, el 19,1% de adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad asiste al colegio y el 80,9% no lo hace, siendo once departamentos los que registran porcentajes superiores con ausentismo. En el departamento de La Libertad presento que el 24,9% tienen primaria completa. Entre las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad del área urbana, el 77,2% no asiste a un centro educativo. Al analizar el grupo de madres entre 15 y 19 años de edad según nivel de educación alcanzado, se encuentra que el 72,3% logró estudiar secundaria, el 17,4% alcanzó nivel primaria, estos resultados corroboran los encontrados en nuestra investigación

El grado de instrucción, es un elemento facilitador que permite a las adolescentes embarazadas adquirir información y brindar cuidados, sin embargo su capacidad puede verse limitada por la poca dedicación, trabajo fuera de casa, dedicando menor tiempo al núcleo familiar. Un alto nivel de instrucción permite a la madre informarse sobre el cuidado integral de su embarazo, permitiendo actitudes favorables; por el contrario las adolescentes embarazadas con bajo nivel de instrucción tienen menos capacidad de decisión, no brindan la atención necesaria (7).

La tabla N°7 muestra el nivel de conocimiento sobre sexualidad resultó asociado al inicio de relaciones coitales. Las adolescentes embarazadas que iniciaron relaciones coitales a los 13 años tienen un nivel de conocimiento bajo con 24.2%, las adolescentes embarazadas

que iniciaron a los 15 y 16 años con 21,0% y 24,2% respectivamente presentan nivel de conocimiento bajo.

Si analizamos lo expuesto por Acosta y cols., 2013, sus resultados coinciden con que la incidencia de embarazos precoces se da a los factores asociados con la falta de educación sexual. El conocimiento sexualidad en la adolescente se refiere al conocimiento de que tiene la adolescente al conjunto de ideas, conceptos, enunciados, que pueden ser claros, precisos, fundados, vagos e inexactos con respecto al tema de la sexualidad. El conocimiento sirve de guía para la acción de los individuos, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo de los fenómenos percibidos (24).

La tabla N°8 muestra que el tipo de familia se asocia con el inicio de relaciones coitales, en adolescentes embarazadas de 13 y 15 años el tipo de familia es monoparental con 27,3% y familia nuclear con 56,2% en adolescentes embarazadas de 16 años estas adolescentes tienen más probabilidad de iniciar relaciones coitales,

Los resultados se asemejan con el estudio de Miranda R. en el 2014 en Lima, determino los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes donde presento que el tipo de familia nuclear es de 56.4%.

En relación al tipo de familia nuclear se puede apreciar que son las adolescentes embarazadas quienes presentan niveles mayores de conflicto. Resultado que estaría evidenciando que el padre le echa la culpa a la madre por el embarazo y descuido de que su hija haya salido embarazada. A diferencia de la familia monoparental los estudios realizados en Perú indican que los adolescentes que no viven con su madre biológica corren un mayor riesgo de iniciar

precozmente la relación sexual y maternidad temprana, estando en riesgo de presentar problemas en su salud por las consecuencias negativas del inicio precoz de su sexualidad afectando no solo al adolescente sino también a su familia y sociedad en general.

La tabla N°9 muestra que el funcionamiento familiar está asociada al inicio de relaciones coitales. El 66,7% las adolescentes embarazadas de 13 años presentan disfunción familiar severa por consecuencia existe mayor probabilidad de iniciar relaciones coitales.

Los resultados son similares a los encontrados por Meza y cols, en el 2016, en Trujillo, en su investigación sobre el funcionamiento familiar y actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes Hospital Jerusalén de La Esperanza, donde el 63,8% de las gestantes adolescentes presentaron funcionamiento familiar bajo, el 22,5% funcionamiento familiar medio y el 13,8% funcionamiento familiar alto (44).

Un buen funcionamiento familiar posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, como la satisfacción de las necesidades afectiva- emocionales y materiales de sus miembros, transmisión de valores de sus miembros, establecimiento y mantenimiento de un equilibrio para que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, permita establecer patrones para las relaciones interpersonales como la educación y la convivencia social, permite crear condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y adquirir una identidad social, un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada para la familia.

Cuando no hay un adecuado funcionamiento familiar, la capacidad de la familia para enfrentar las crisis se ve alterada, no valora la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Es importante indicar que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, les impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, así mismo debe existir flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos, así los adolescentes se sentirán bien (36).

CONCLUSIONES

Los factores biosocioculturales de las adolescentes embarazadas está relacionada con el inicio de las relaciones coitales, donde se puede observar que la edad oscila entre 15 a 17 años, la mayoría es soltera; residen en Víctor Larco y otros distrito fuera de Trujillo. A la vez se observa que existe un gran porcentaje que cuenta solo con secundaria incompleta; el nivel de conocimiento sobre sexualidad las adolescentes embarazadas tiene un nivel bajo.

El tipo de familia tuvo un impacto negativo en el inicio de relaciones coitales en las adolescentes. La familia monoparental tienen mayor probabilidad de haber tenido relaciones coitales. La prueba Chi Cuadrado confirmaba lo dicho ya que tuvo un valor de 6.35 con $p=0.0401$.

El funcionamiento familiar está asociada al inicio de relaciones coitales, las adolescentes embarazadas que presentan disfunción familiar severa tienen mayor probabilidad de iniciar relaciones coitales. La prueba chi Cuadrado confirma lo dicho pues tuvo un valor de 4.34 con $p=0.0506$.

La edad estuvo relacionada al inicio de relaciones coitales, siendo más proclives las de 13 años. Se detectó una relación modal entre las variables. La prueba Chi Cuadrado confirma lo dicho pues tuvo un valor de 5.61 con $p=0.046$.

El estado civil estuvo asociado al inicio de relaciones coitales, ocurriendo que son más proclives a estar solteras. La prueba Chi Cuadrado confirma lo expuesto pues tuvo un valor de 6.632 con $p=0.0472$.

El lugar de residencia está relacionado al inicio de relaciones coitales. Las que residen en La Esperanza tiene mayor probabilidad de haber iniciado relaciones coitales. La prueba Chi cuadrado tuvo un valor de 5.302 con $p=0.446$, afirmando lo expuesto.

El grado de instrucción mostro también relación con el inicio de relaciones coitales. La prueba Chi Cuadro tuvo un valor de 5.40 con $p=0.107$, confirmando lo expuesto.

El nivel de conocimiento sobre sexualidad y el inicio de relaciones coitales están relacionadas. Presentar un nivel bajo de este conocimiento hace más probable a iniciar relaciones coitales a más temprana. La prueba chi cuadrado confirmaba lo expuesto pues tuvo un valor de 5.502 con $p=0.0494$.

RECOMENDACIONES

- Fomentar el desarrollo de programas educativos, destinados a mejorar el nivel de comunicación de los padres con sus hijas o hijos y así puedan identificar problemas propios de los adolescentes, ayudándolos a resolver con conocimiento y responsabilidad.
- Realizar programas educativos sobre sexualidad pues estas han mostrado tener un impacto positivo en el inicio de relaciones coitales.
- Impulsar el programa de salud escolar y adolescente en los I.E a través de talleres, desarrollando actividades y estrategias de información, educación y comunicación sobre sexualidad responsable en la adolescencia.
- Realizar estudios en otras poblaciones para tratar de indagar si las variables analizadas siguen mostrando relación en grupos más específicos.
- Realizar un trabajo conjunto entre los establecimientos de salud, las instituciones educativas y las familias, que permitan estructurar y ejecutar proyectos integrales y adecuados al grupo adolescente de acuerdo a sus características propias con la finalidad de prevenir el embarazo precoz y lo más importante, retarden el inicio de la actividad sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo en la adolescencia: Un periodo de transición de crucial importancia. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Internet]. Accesado el: 18 de setiembre del 2016. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Güemes M. Hidalgo M.J. y cols. Pubertad y adolescencia. 2017. Volumen (7): 2; disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCENCIA/vol5num12017/0722%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
3. Apaza L. y Cols. Factores personales y sociales relacionados con el inicio de la actividad sexual en estudiantes de una institución educativa. Perú, 2018; 19(2): 59-63
4. Juárez F, y cols. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes. México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. Papeles de la Población, 2005; 45:177-219. 20 de 2011.
5. OPS: Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Fecha de acceso 29 de agosto del 2016]. Disponible en: www.paho.org.
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú ENDES: 2017 Indicadores de resultados de los programas presupuestales. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Disponible en: www.inei.gob.pe
8. Gerencia Regional La Libertad 2018. Maternidad, segura y voluntaria. Compromiso de todos. Semana. La libertad. Perú

9. Hospital de Especialidades Básicas La Noria. Población adolescente embarazada durante el año 2016 y julio 2017. Oficina de Estadística e Informática. Micro Red Trujillo.
10. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó: “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”. [consultado junio 2018]. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
11. Gómez T, y cols. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. Rev. Cubana. S.Pub.2015. volumen 41 (1): paginas 57-66.
12. Alemán X. y col. Embarazo a edad temprana y en adolescentes ¿Por qué y cómo debemos prevenirlo en América latina y el caribe? 2018. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.
13. Sanders R. Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatr* [internet]. 2013. [consultado 20 junio 2017]. Vol. 34. Págs. 354 – 358.
14. Gonzales F. y col. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 1a ed. Lima: Ministerio de Salud; 2017; 120 p.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La salud del adolescente y la acción en la comunidad. 2da Edición. Washington. 2011. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-ytardia.pdf>
16. MINSA. Promoción de los adolescentes. Ministerio de Salud del Perú. 2018. <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-promocion.asp>

17. Pérez M. Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato. España. 2008.
18. Fernández R., y col. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Rev.Inf.Cien.2018. Volumen (97): página 5.
19. Martínez P. y col. Nivel de conocimiento de los adolescentes sobre VIH-SIDA. Rev.Hab. Cie.Méd. 2009. Volumen (1): paginas 1-3.
20. Singh S. y Col. Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: Datos de 14 Países. Perspectivas internacionales en planificación familiar. [Accesado el: 09 setiembre 2016]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2601400S.pdf>
21. Binstock G., y col. Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima.2015.
22. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolescencia y Salud. Costa Rica, San José. 1999. Volumen (1): págs. 23-31.
23. Rojas S. La Adolescencia en el Perú. Foro de Salud Regional. Cusco. Centro Huamán Poma Ayala. 2014. [Internet]. [Accesado el: 14 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Adolescencia%20en%20El%20Per%C3%BA%20Salas%20.pdf>.
24. Barreto, K., Conocimiento sobre Sexualidad e Inicio de Relaciones Coitales en Adolescentes de cuarto y quinto año de Secundaria de un Colegio del Distrito de la Victoria, [Tesis] Lima (Perú):Universidad Privada Arzobispo Loayza;2016
25. Reproductive Health Outlook (RHO). Embarazo adolescente en el mundo. Biblioteca adolescente en el mundo. [Internet] 2011. [Accesado el: 05 de agosto del 2016]. Disponible en

<https://hiaucb.files.wordpress.com/2014/05/final-manual-adolescentes-yjovenes.pdf>.

26. Conevyt. Enciclopedia temativa/Vida/Sexualidad. Secretaria de Educación Pública. [Internet] 2008. [Accesado: 20 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.conevyt.org.mx/cursos/enciclope/sexualidad.html#riquezasexua>
27. Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 1a ed.- Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud, 2017.
28. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 13 julio 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescenc e/dev/es/
29. Cari F. Factores Familiares que influyen en el embarazo de las adolescentes que acceden al Centro de Salud Vallecito. Universidad Nacional del Altiplano. Puno, Perú. 2015. Disponible en: [https://es.scribd.com/doc/19753544/factores-familiares – invses\)](https://es.scribd.com/doc/19753544/factores-familiares-inves)
30. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Embarazo en la Adolescencia [Internet]. Nota descriptiva N° 364. Bogotá. 2014 [Accesado el: 02 de setiembre del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
31. Rojas B. y col, Derecho de Familia. Edición revisada y actualizada. Ed. OXFORD, University Press, 2005, pág. 12.
32. Mendoza A. Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias. Perú: DEVIDA; 2004. p. 63
33. Alvarez S. y cols. Medicina General Integral. Volumen I. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008
34. Loli A. La sexualidad en la adolescencia: Un estudio peruano. Servicio Médico Materno Infantil San Alfonso. Lima – Perú. 2017. págs. 41-45

35. Suarez M. y cols. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1 La Paz 2014.
36. Palomino E. “Disfunción Familiar como Factor de Riesgo para Embarazo Adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de La Esperanza en el Período Enero - Febrero” [Tesis de Médico]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2015.
37. Zambrano G, y cols. Relación entre la funcionabilidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas.
<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/334/364>20 15.9 (9-16).
38. Taylor S, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España; 2007: paginas 267- 295.
39. Serrano D, y col. Embarazo en Adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007. [Tesis Para Optar El Grado De Doctorado]. Bolívar. Universidad De Oriente Nucleó Bolivar.
40. Angulo E. Efectividad de la Funcionalidad Familiar en un Grupo de Familias con Adolescentes Gestantes del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Cundinamarca en el segundo semestre [Tesis] Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería; 2014
41. Miranda, R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador [Tesis] Lima (Perú). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3236/1/miranda_pr.pdf.
42. Castro R. Factores Sociales Relacionados con la ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II – 1 José

- Alfredo Mendoza Olavarrí, [Tesis] Tumbes Universidad Nacional de Tumbes; 2015.
43. Villalobos M. Vivencias de las adolescentes frente a su embarazo en una institución Estatal. Universidad Señor de Sipan, Chiclayo, Perú. 2014
 44. Castro F, y cols. Factores sociales que influyen en el embarazo de adolescentes de 15 a 19 años en el centro poblado menor Señor de los Milagros de Cerro Azul - Cañete- . Universidad Nacional del Callao. 2013.
 45. Meza A y cols. Funcionamiento Familiar y Actitud frente al embarazo en gestantes adolescentes. Hospital Jerusalén. Universidad Privada Antenor Orrego 2016 página 34
 46. Tortora G., Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11^a ed. Medica Panamericana; España, 2006.
 47. Quintanilla, M. (2001). Adolescencia, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales. En J. Frenk (Ed), La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar (pp. 53–64). México: Celman
 48. Soldevilla M. Factores biosocioculturales de madres adolescentes relacionados con el bajo peso del recién nacido hospital Daniel Alcides Carrión. 1era edición. Huancayo 2012.
 49. Pérez J. y cols. Publicado: 2010. Actualizado: 2013. Definición de procedencia. Disponible en: <https://definicion.de/procedencia/>

ANEXOS

Anexo 1

FÓRMULA DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{N * (Z_{1-\alpha/2})^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + (Z_{1-\alpha/2})^2 * p * q}$$

N :	Marco muestral	310
α :	Alfa (máximo error tipo I)	0.05
$1 - \alpha/2$	Nivel de confianza	0.975
$Z (1 - \alpha/2)$	Valor de Z	1.96
	Prevalencia de la	
P :	enfermedad	0.180
$1 - P$	complemento de P	0.820
d :	Precisión	0.070
	N	84.26



Anexo 02

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Consentimiento Informado

Yo.....identificada con DNI N°.....

Después de haber recibido la información acerca de la investigación a realizar por las Bachilleres en Enfermería Roció Chávez García y Sandra Paredes Vallejo; acepto ser entrevistada con el fin de contribuir a la investigación sobre **Factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones coitales en adolescentes embarazadas**, el día y la hora que se acuerda, en donde se le aplicará un cuestionario, cuyo tiempo para su resolución del mismo será de aproximadamente de 10 minutos.

Concedo a libre voluntad mía, la aplicación de este instrumento en mi persona, y por el cual voluntario.

Además, recibo como garantía que la información será tratada con criterio y confidencialidad y muestra identidad en el anonimato.

Entiendo que:

Los resultados de la información se me serán proporcionados si lo solicito.

Trujillo, _____ de _____ 2019

Adolescente

Anexo 3



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA CUESTIONARIO

FACTORES BIOSOCIOCULTURALES, FAMILIARES Y EL INICIO DE LAS RELACIONES COITALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Adaptado: Bach. Chávez, F. (2018)

Bach. Paredes, S. (2018)

Instrucciones: Estimada adolescente, a continuación, se le formula ítems con el propósito de determinar los factores biosocioculturales y familiares asociados al inicio de las relaciones coitales en las adolescentes embarazadas. El presente cuestionario es totalmente **ANONIMO**, se solicita sinceridad en tus respuestas.

¡Muchas Gracias!

Marca con una (x) en los paréntesis y escribe en los espacios en blanco:

I. FACTORES BIOSOCIOCULTURALES, FAMILIARES Y EL INICIO DE LAS RELACIONES COITALES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

1. Edad de la gestante: _____ años
2. Grado de instrucción:

Sin instrucción	()	Primaria completa	()
Primaria incompleta	()	Secundaria completa	()
Secundaria incompleta	()		
3. Lugar de procedencia (Provincia-distrito): _____
4. Estado civil:

Soltera	()	Casada	()
Conviviente	()	Separada	()
Divorciada	()	Viuda	()
5. ¿con quién vives en casa?

Papá, mamá y hermanos (familia nuclear)	()
Papá, mamá, hermanos y otros familiares (familia extensa)	()
Solo con uno de los padres y hermanos (familia monoparental)	()
Padrastra o madrastra y hermanastros (familia reconstruida)	()

6. ¿A qué edad tuviste tu primera relación coital?

✓ 12 años ()

✓ 13 años ()

✓ 14 años ()

✓ 15 años ()

✓ 16 años ()

✓ 17 años ()

7. ¿Qué te motivó a tener relaciones coitales?

✓ Decisión propia ()

✓ Presión de pareja ()

✓ Presión de amigos ()

✓ Por curiosidad ()

II. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Marca con un aspa (X), la opción que consideres es la respuesta a la pregunta formulada:

- 1) La etapa de la vida en que ocurren los cambios corporales que conducen a la madurez sexual se llama:
 - a) Educación sexual
 - b) Identidad sexual
 - c) Adulthood
 - d) Pubertad

- 2) Los cambios hormonales en las mujeres se manifiestan a través de:
 - a) Aumento de estatura.
 - b) Aparición de la menarquia.
 - c) Aparición de vello púbico
 - d) Voz grave

- 3) La sexualidad es:
 - a) Tener enamorado y estimarlo mucho.
 - b) Comportamiento espiritual, psicológico y social.
 - c) Comportamiento, biológico, físico y social.
 - d) Tener relaciones coitales con tu enamorado.

- 4) ¿Qué son las relaciones sexuales responsables?
 - a) Comportamiento con la pareja del mismo sexo, cultura, edad y nivel social.
 - b) Actividad sexual sin protección con la pareja en el momento que se desee.
 - c) Comportamiento íntimo con protección, con la pareja, desde el primer encuentro inesperado.
 - d) Comportamiento íntimo entre pareja con protección en el momento ideal.

- 5) Las relaciones coitales sin protección traen como consecuencia:
 - a) Enfermedades de transmisión sexual
 - b) Embarazo no deseado
 - c) VIH/SIDA
 - d) todas las anteriores

- 6) Los métodos anticonceptivos previenen:
- a) Enfermedades de transmisión sexual
 - b) Embarazados no deseados
 - c) Embarazado precoz
 - d) Todas las anteriores
- 7) El embarazo en la adolescencia, trae como consecuencia:
- a) Problemas familiares, abandono escolar y peligro de muerte.
 - b) Prematuridad, desilusión y abandono escolar.
 - c) Abandono familiar, problemas psicológicos e indiferencia.
 - d) Todas las anteriores



Anexo 04

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

APGAR FAMILIAR

Autor: Smilkstein, Arias (1978)

Adaptado: Bach. Chávez, F. (2018)

Bach. Paredes, S. (2018)

Instrucciones: En el siguiente cuestionario, se describe un conjunto de características acerca de la familia, cada una de ella va seguida de cinco alternativas de respuestas que debes calificar. Responda marcando con un aspa (x) la alternativa elegida, teniendo en cuenta los siguientes criterios.

0	1	2	3	4
Nunca	casi nunca	algunas Veces	casi siempre	Siempre

PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo un problema.					
2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi embarazo.					
4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface el tiempo que me dan mis padres para conversar.					

6. Me satisface cuando mis padres prestan atención algún problema o duda que tengo sobre algún tema.					
7. Me satisface cuando mis padres me brindan confianza para hablar de sexo y sexualidad.					
8. Me satisface el afecto que me brindaron mis padres cuando se enteraron de mi embarazo.					
9. Me satisface sentirme sola para resolver problemas.					
10. Me satisface el afecto que mis padres me proporcionan cuando se enteraron de mi embarazo.					
11. Consideras que tu familia te quiere.					
12. Cuando se toman decisiones en familia participan todos los integrantes.					

Anexo 5

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL ALFA DE CRONBACH

CUESTIONARIO FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y FAMILIARES Y EL INICIO DE LAS RELACIONES COITALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Válido	10	100,0
Casos Excluido ^a	0	0,0
Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.85	14

La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems, que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos la magnitud en que miden el mismo constructo.

Este coeficiente que es mayor o igual aproximadamente a 0.8 es bueno si es mayor que 0.9 entonces es excelente.

Anexo 6

RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL ALFA DE CRONBACH

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Válido	10	100,0
Casos Excluido ^a	0	0,0
Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.80	12

La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems, que hacen parte de una escala se correlacionan entre ellos la magnitud en que miden el mismo constructo.

Este coeficiente que es mayor o igual aproximadamente a 0.8 es bueno si es mayor que 0.9 entonces es excelente.