



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

PLANES PARA EL FUTURO Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO
ADOLESCENTE: QUÉ SIENTEN Y PIENSAN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS. HOSPITAL “ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO
CHIMBOTE ANCASH. 2019.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

AUTOR: SARA CARMEN REYES ORTIZ: (<http://orcid.org/0000-0003-4708-2392>)

ASESOR: Mg. Meris Abigail Díaz Vargas: (<http://orcid.org/0000-0002-8903-14>)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Trujillo - Perú

2019

DEDICATORIA

Dedicado a mi Madre Sara Juana Ortiz Sotero, la autora de mis más grandes éxitos, a mi padre Ricardo Guillermo Reyes Infante por su guía permanente y a mis hermanos mi motivo para crecer y por supuesto a mi sobrino Alejandro.

Sara Carmen

AGRADECIMIENTO

A mi mentora la Mg. Emma Salazar Salvatierra, por ser mi modelo a seguir.

A mi Asesora la Mg. Meris Abigail Díaz Vargas.

Sara Carmen

PÁGINA DEL JURADO

DRA. KARIN SANTOS REBAZA

Presidente.

DRA. ANA PERALTA IPARRAGUIRRE

Secretario.

MG. MERIS ABIGAIL DÍAZ VARGAS

Vocal.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Sara Carmen Reyes Ortiz con Documento nacional de identidad N° 06142967 a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Obstetricia, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, mayo 2019



.....
Sara Carmen Reyes Ortiz

ÍNDICE

Tabla de contenido

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO	15
2.1. Diseño de Investigación	15
2.2 Escenario de Estudio	15
2.3 Participantes	15
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de datos	15
2.5 Procedimiento	16
2.6. Método de análisis de Información	16
2.7. Aspectos Éticos	17
III. RESULTADOS	18
IV. DISCUSIÓN	21
V. CONCLUSIONES	22
VI. RECOMENDACIONES	23
VIII. PROPUESTA	24
REFERENCIAS	25
ANEXOS	29

RESUMEN

La investigación, se realizó en gestantes adolescentes de 10 a 19 años, de la Jurisdicción del Hospital “Eleazar Guzmán Barrón, durante los meses de enero a marzo del 2019. Corresponde a una investigación cualitativa, de diseño fenomenológico, se aplicó la técnica de los Grupos Focales.

El Objetivo general fue identificar que planes para el futuro tienen las adolescentes que se embarazan, así como los factores motivacionales y oportunidades de superación que presentan. Se encontró que la mayoría de las adolescentes, no querían embarazarse, sin embargo, no usaban un método anticonceptivo, aun habiendo escuchado de ellos. Sus padres eran lo más importante en sus vidas. Todas tenían planes de estudio para el futuro, sin embargo, se embarazaron, porque no había quien apoyara dichos planes. Referían que se comunicaban con sus padres, sin embargo, no había una verdadera comunicación, sobre sus sentimientos y pensamientos. La mayoría vivía con una familia disfuncional, tenían sentimientos de soledad, de independencia, falta de atención y amor, además de condiciones económicas y sociales desfavorables que no les permitió cumplir con sus planes para el futuro, debían dejar los estudios o compartirlos con la responsabilidad del cuidado del hogar. Se concluyó que el embarazo en adolescentes está en relación con la falta de un verdadero plan para el futuro; las adolescentes, prefieren tener sus propios hijos, para no cuidar de sus hermanos. La motivación de su embarazo fue el aspecto emocional, falta de decisiones acertadas, vulnerabilidad emocional, aceptación de la actividad sexual como un medio de escape, cubrir la necesidad de amor y muchas como un medio para obtener beneficios económicos. Aceptan el embarazo como un sueño bonito, sin embargo, no tienen muchas expectativas positivas para su futuro con respecto a su pareja.

Palabras Claves: Embarazo adolescente, Planes para el futuro, sentimientos y pensamientos, factores motivacionales, oportunidades de superación .

ABSTRACT

The research was carried out in pregnant adolescents between 10 to 19 years old, into the Jurisdiction of the Hospital "Eleazar Guzmán Barrón, during January to March 2019. It corresponds to a phenomenological design, and qualitative research. With focus groups technique.

The general objective was to identify which future plans, have the pregnant adolescents, her motivational factors and improvement opportunities. It was found that most of the adolescents didn't want to get pregnant, however, they didn't use a contraceptive, even having heard of them. Her parents were the most important person. All of them, had study plans for the future, nevertheless, they got pregnant, because there was no one who supported such plans. They said that they communicated with their parents, however, there was no real communication, about their feelings and thoughts. The majority lived into a dysfunctional family, they had feelings of loneliness, independence, lack of attention and love, as well as unfavorable economic and social conditions, that did not allow them to fulfill their future plans, they had to leave the studies or share them with home care responsibility. It was concluded that adolescent pregnancy is related to the lack of a true future plan; adolescents, prefer to have their own children, not to take care of their siblings. The main motivation for the pregnancy was emotional, lack of right decisions, emotional vulnerability. Sexual activity was escape means to covering love needs or many as, a means to obtain economic benefits. They accept pregnancy as a beautiful dream, however, they do not have many positive expectations for their future regarding their partner.

Keywords: Teen pregnancy, future plans, feelings and thoughts, motivational factors, improvement opportunities

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por Organización Mundial de la Salud, como un período de crecimiento y desarrollo que le continua a la niñez, se da entre los 10 a 19 años, se caracteriza por ser una etapa de transición, en el que se da el mayor crecimiento de la persona y se presentan grandes cambios, tanto a nivel biológico, psicológico, social, en donde la menarquía marca el inicio. Todas las características y cambios producidos van a variar de acuerdo a la cultura y contexto social en que se desenvuelven las personas. Durante esta etapa los adolescentes no solo experimentan, cambios biológicos y psicológicos, que lo llevan a la madurez física, sino implica la preparación para su vida futura, es decir su independencia social y por supuesto económica. Dentro de los cambios biológicos, se tiene la madurez sexual, para llegar a la capacidad reproductiva, entre los cambios psicológicos, adquieren madurez psicológica, en donde aprenden a reflexionar y tomar decisiones que le dirija a una adecuada vida futura, logrando un pensamiento abstracto. (1).

Además, adquieren actitudes, conductas e identidad personal, tales que le permita establecer relaciones idóneas con las demás personas. Esta nueva etapa implica toma de decisiones, las cuales no siempre son las más acertadas, entre ellas el inicio de la actividad sexual, el proyecto de vida, los estudios a seguir, los amigos y por supuesto la independencia, que no siempre los lleva por la mejor dirección. Es en este despertar, en esta etapa de su vida, que empiezan a entablar nuevas relaciones con adolescentes del sexo opuesto. Inician las salidas con amigas, amigos, experimentar el consumo de licor, cigarrillos o drogas, así como sus relaciones de pareja en la actualidad incluye la actividad sexual. Dicen que los tiempos han cambiado y que deben vivir su sexualidad, sin embargo, no tienen la suficiente madurez para ejercerla responsablemente, llegando a un embarazo muchas veces, solo por experimentar o por presión de la pareja, de los amigos, de la propia familia y las dificultades económicas. Pero ello va a depender del contexto en que se desenvuelven, la idiosincrasia, la cultura, el proyecto de vida que se trazaron, las oportunidades con que cuentan para cumplir sus planes para el futuro, así como la madurez de cada uno de ellos, su autoestima, valores, asertividad, Es en ese contexto que llegan a un embarazo, no siempre esperado y muchas veces inducido inconscientemente, ya que las adolescentes conocen de métodos anticonceptivos, de cómo evitar embarazo, sin embargo, se embarazan. El efecto secundario más difundido de los métodos anticonceptivos, más difundidos entre ellos es el aumento de peso y este es el principal motivo por el que no los usan “para no engordar”.

Según Organización Panamericana de la Salud (2) ,se denomina embarazo en adolescente aquel que se produce dos años después de la menarquia, o según OMS y Ministerio de Salud, el embarazo que se presenta entre los 10 a 19 años. (3).

Este embarazo tiene múltiples connotaciones, cuyo origen multifactorial, lo hace muy complejo, debido a que, en diferentes comunidades, el embarazo en la adolescencia está considerado como un hecho aceptado por la sociedad, e incluso en el mismo dicho de las personas entre las cuales se desenvuelven, se espera que en algún momento se presente. La decisión del embarazo en adolescentes está supeditada entonces, a factores socioculturales de un determinado grupo social y el hecho de que una adolescente no cumpla con lo establecido socialmente, la hace cuestionarla.

El mayor porcentaje de madres adolescentes provienen de comunidades de bajas condiciones socioeconómicas, comunidades rurales, urbano marginales, aunque en la actualidad el número de adolescentes que se embarazan de zonas urbanas, también está incrementando. Además, las adolescentes embarazadas son dependientes de sus padres o familiares y el embarazo agudiza la dependencia. (4).

Existen causas que inducen a las adolescentes a embarazarse, entre ellas la organización familiar, la excesiva información distorsionada, el fomento a la libertad sexual, la promiscuidad, deficiente y parcializada información por los medios de comunicación, la falta de interés de los padres acerca de la vida social de sus hijos.

A pesar de que los jóvenes consideran estar bien informados en materia de sexualidad, se observan determinados mitos, que aún se extienden entre los adolescentes ya que generalmente, éstos se informan de sus amigos, películas o revistas, páginas pornográficas e incluso de maestros que llevan en si éstos mitos.

Según Oraa Baroja Roberto, uno de los mitos que está muy arraigado entre los adolescentes, es que se sienten preparados para mantener relaciones sexuales, pero no, para asumir un embarazo. Para las adolescentes, un embarazo es el fruto de su amor idílico y maravilloso de la adolescencia (5), este también es producto del afán por la búsqueda del riesgo y la baja percepción del mismo, ellas piensan “a mí nunca me va a pasar”.

Desde el nacimiento se atribuye a la mujer el trabajo en el hogar, en los quehaceres de una familia, se les da la responsabilidad de la casa, se les incentiva a ser dóciles, pasivas, dependientes, sensibles y se les dirige hacia la maternidad, pero a pesar de ello se les valora

como inferior y al varón como superior digno de todos los beneficios, privilegios y libertades, esto durante toda la vida; creando, recreando y legitimando las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres, en torno a 4 ejes: la sexualidad, la reproducción, el trabajo y el poder político.

La construcción social indica como los hombres y mujeres se relacionan entre sí. Las mujeres centran su existencia en torno al “ser para los otros”, se especializan cuidar a otros y se les inculca a cultivar de “instinto materno” en cambio el hombre se le internaliza durante su desarrollo el hecho de tener poder y el aprender a experimentar el poder como capacidad para ejercer el control. (6), la forma como se ha ido construyendo este mundo de poder ha dejado mucho sufrimiento no sólo a las mujeres sino también a los hombre “Paradoja del poder”, ya que por un lado gozan de poder y privilegio y por otro han tenido que pagar un precio muy alto, por ello, pues en el proceso de construcción de su masculinidad han tenido que suprimir y esconder muchas de sus emociones y necesidades por estar asociadas con la feminidad.

Esto ha producido un aislamiento afectivo de los hombres, en relación con la familia y con los otros hombres.

Las mujeres desde que nacen son educadas en la pedagogía de la maternidad y la negación de su erotismo, van construyendo el deseo de ser madres, lo que se convierte en un “deben ser”, un destino del que es difícil escapar, se les reprueba su erotismo y son limitadas a la procreación (7), “No viven su propio coito, sino el coito del otro”. Por otro lado, reprime y trivializa su sexualidad condicionándola para negarla y temerla.

Las relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres en cuanto a la sexualidad, obliga a la mujer a aceptar a su rol reproductivo y limita a otras con capacidades y habilidades propias y las induce a la maternidad, a diferencia del hombre tiene la capacidad de producir otro ser de su misma especie”; Esto es una fuente de poder para ellas; sin embargo el orden genérico existente ha generado la necesidad de controlar no sólo su capacidad reproductiva sino también los otros ámbitos donde se realiza su corporalidad: la sexualidad y el trabajo Por tanto, las decisiones reproductivas están fuera de ellas, la maternidad es impuesta, forzada, ya que la decisión y el poder sobre la sexualidad está a cargo del varón. Así por más que la mujer decida usarlo si el hombre no está de acuerdo, rompe las reglas del juego y utiliza al “objeto mujer”.

En esta diferencia de roles, la sociedad “acepta” los rechazos a la paternidad, el abandono de las mujeres embarazadas, los hogares cada vez mayores de madres jefes del hogar y no penaliza a los hombres por el aborto de sus parejas.

Por otro lado las adolescentes, no se atreven a usar métodos anticonceptivos o a solicitar la protección por parte de su pareja por temor a que pensara que ya tuvo relaciones, o porque van a engordar, algo que no exteriorizan, esto la expone a relaciones de riesgo teniendo como consecuencia de un “embarazo no planificado”, pero, que en la mayoría de los casos se asumió o se acepta como responsabilidad, ya que es una idealización de su amor y no hay otra cosa que hacer, que seguir adelante (porque la sociedad lo impone), (8)

Además, algunos consideran los métodos como cosa del momento de las relaciones sexuales y no como algo permanente, otros consideran que no pueden quedar embarazadas por sus fantasías de infertilidad (9). Cuando se indaga en el adolescente los planes para el futuro, la mayoría de las mujeres responden a estudiar, tener una profesión y los varones trabajar, el proyecto de casarse y tener una familia es mayor en las mujeres (37%) que los hombres (24%). Estas respuestas son dadas en adolescentes de niveles socioeconómicos bajo y medio, sin embargo, en la clase media, las mujeres se ven en el futuro con un nivel universitario y los varones ejerciendo una profesión o estudiando en una universidad y las mujeres de clase baja teniendo una familia, esto de acuerdo a sus prioridades. (10)

Entonces el proyecto más frecuente del estrato económico bajo es la familia “estar casados o casados con hijos” y en zona urbana es el segundo proyecto de vida de importancia, en las mujeres, en varones la vida familiar ocupa el tercer lugar después de los proyectos profesionales y trabajo. Por lo que sí tiene que la vida familiar es un proyecto importante en ambos sexos, pero que presentan diferentes representaciones entre ellos (11)

Esto nos lleva a suponer que los planes para el futuro, según las oportunidades de superación y factores motivacionales, tiene relación con la adolescente que se embaraza.

El deseo de ser madres y padres es prácticamente universal 93% de mujeres y 96% de hombres responden que les gustaría tener hijos, y lo justifican en forma estereotipada: le gustan los niños, respuesta más frecuente entre las mujeres que los varones y entre las mujeres de clase baja más que las de clase media. Una parte importante invoca la expectativa de trascendencia ya que “los hijos son la prolongación de la propia vida”, “es dejar algo en el mundo”, “el apellido”, etc. Este tipo de respuesta es muy frecuente entre las mujeres.

Como el matrimonio, la maternidad es parte importante del proyecto de vida de las mujeres, ellas son las que en mayor medida consideran que los hijos: “son la razón de la existencia” y “el futuro del amor”. En las clases bajas está cargada de un valor afectivo y reparador ya que esperan recibir de ellos “amor y compañía”, así como darles lo que a ellas les faltó de niñas. Las adolescentes de clase media expresan en mayor medida su deseo de “experimentar la maternidad”, criar y educar a sus hijos al igual que los varones de esta clase. (12)

En estudios de investigación en adolescentes se encontró con respecto a la salud reproductiva que coexisten discursos y practicas disociadas y contradictorias, así con la identidad femenina se define a través de prescripciones, asociadas al mandato de la pasividad y la represión de la sexualidad, la cual se guarda para la reproducción, se trata de minimizar a las mujeres mediante la valoración de los aspectos de menos protagonismo y patrones de sumisión que permite mantener las relaciones de dominio del varón. (13)

En cambio el varón asienta su masculinidad en base a la negación de lo femenino, rechazando todo lo que se le atribuya a la mujer debilidad, pureza, afecto, sensibilidad, pasividad, romanticismo, cuidado por el otro, etc., por ello el varón se forzado a probar permanentemente su masculinidad teniendo a su merced a la mujer débil, sumisa y pasiva, la cual es abandonada y rechazada cuando no es virgen por la doble moral existente así mismo muchos jóvenes aceptaran que no es importante la virginidad sin embargo en el momento de decidir por una mujer estable prefiere a alguien que no haya tenido relaciones sexuales. (14).

Al analizar los aspectos relacionados a la autorrealización en hombres y mujeres es igual la idea de terminar la secundaria, ser profesional e independizarse económicamente sin embargo es prioritario para las mujeres las labores de casa, ser bonita, casarse, tener un hijo, según Edgardo Seguil de INPPARES (15).

Por ello a pesar de tener planes para el futuro de profesionalización, los adolescentes se embarazan porque según la construcción de géneros están predestinadas para ello, la mayoría de los adolescentes (80%) y la mitad de los varones esperarían una reacción negativa por parte de su figura más cercana al enterarse de que se cuidan.

Por ello, el embarazo adolescente es un tema sobre el que se ha realizado múltiples investigaciones y diferentes intervenciones, sin embargo, el número de adolescentes que se embaraza, no ha podido ser disminuido significativamente. Los factores relacionados son

diversos, y más en función a las condiciones de vulnerabilidad y pobreza (16); sin embargo, existen adolescentes que, aun presentando factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, deciden posponer un embarazo para después, dando prioridad a su realización personal o profesional antes que la familiar.

Por ello creemos necesario conocer que factores motivacionales, oportunidades de superación y planes para el futuro, tienen las adolescentes que se embarazan; características que son necesarias conocer, para determinar específicamente, que intervenciones son más efectivas, para limitar este embarazo.

El presente estudio será realizado en el Hospital “Eleazar Guzmán Barrón” de Nuevo Chimbote, de la Provincia del Santa, del Departamento de Ancash, en los meses de febrero y marzo del presente año.

En Perú la población total, según el XII Censo Nacional de Población, del 2017, es de 31 237,385 habitantes; el Índice de Masculinidad es de 96.8, lo que implica que, aunque en muy mínima proporción, el número de mujeres sigue siendo mayor que la de los hombres. El crecimiento poblacional fue de 0.7%, para el año 2017.

Si analizamos la densidad poblacional, se ha incrementado 4.4 veces ya que para 1940 era de 5.5 habitantes por Km. Y en el 2017 fue 24.3 habitantes/Km (17), siendo Ancash, el segundo departamento de mayor densidad de los 11 más poblados, de la zona Sierra, después de Cajamarca. Si hacemos un análisis sociodemográfico y de la salud sexual y reproductiva de la población, podemos mencionar que Las mujeres en edad fértil a nivel nacional, constituyen el 53.4%, del total de la población femenina (18).

En cuanto al grado de instrucción se tuvo que para el 2012, el 2.4 de Mujeres en Edad Fértil no tenía educación, disminuyendo a un 1.5 en el 2017, algo muy satisfactorio, ya que el grado de instrucción y la necesidad de acceder a la educación, se está incrementando con el paso de los años, aunque no tan aceleradamente como se espera; el porcentaje de MEF con primaria constituye el 7.5% algo que disminuyo en un punto a comparación del 2012, las que contaban con primaria completa fue de 27.7%, y las que ya presentan educación superior representan el 36,4 % , el cual ha incrementado satisfactoriamente en los últimos 5 años, ya que para el año 2012 se tuvo un 28.3%. Cifras alentadoras que veremos si realmente previene el embarazo en adolescente o si este fue un obstáculo para llegar a culminar sus estudios.

Según ENDES 2017 (19) aproximadamente 6 de cada 10 mujeres ya presentaba un estado conyugal, ello representa el 56.6 %, el 19.9 % era casada, un 36.7% conviviente, el 11.8 % era separada y solamente el 0.4 % de las mujeres era divorciada, ello refuerza la idea que el matrimonio afianza la integración familiar y el vínculo de pareja, siendo el 0.4% viuda.

Y si analizamos el uso de algún método anticonceptivo, el 75.4% de las mujeres que en el momento de la encuesta estaban unidas, usaban algún método anticonceptivo, pero si se trata del uso de métodos modernos, solo el 54.5% lo usaba, disminuyendo notablemente en el área rural que era del 47.8%. Es decir, las mujeres en edad reproductiva que habita en el área rural, uso en menor porcentaje un método anticonceptivo moderno. Lo que refuerza la idea de que las zonas de menor educación y mayor pobreza, son las más vulnerables para el embarazo en adultos, exacerbándose el problema en adolescentes.

Al considerar a la edad de la primera relación sexual, nos dice que, en las mujeres de 25 a 49 años, fue de 18.5, en el área rural 17.5 años, aquellas que no tenía educación iniciaron su actividad sexual a los 16.8 años, a diferencia de aquellas que tenían educación superior que iniciaron a los 20.1 años como promedio. Con respecto al quintil de riqueza en el inferior fue de 17.3 y en el cuarto quintil 18.9, afirmando que las personas de menor situación económica, son más vulnerables para iniciar su actividad sexual, algo que puede ser relacionado a otros factores sociales.

La Tasa Global de la Fecundidad (TGF), en nuestro país está disminuyendo, aproximadamente en un 7.7% en relación a la encuesta del 2012. Así para 1986 fue de 4.3 hijos e hijas en comparación con el año 2017 que fue de 2.4 hijos e hijas por mujer, siendo mayor en el área rural 3.2; dicha tasa ha disminuido. Si comparamos las Tasas Específicas de fecundidad (TEF), la edad de 20 a 24 años, es donde más ha disminuido seguida de 25 a 29 años, sin embargo, este descenso no es tan evidente en la Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes la cual solo ha disminuido un 17.7%. (20).

Algo muy importante que va en relación a los nuevos proyectos de vida de las mujeres, es el indicador de Deseo de tener más hijas y/o hijos, que actualmente es de 60.4% en las mujeres unidas, siendo este deseo mayor en el área rural 62.8%.

La población en edad de trabajar es del 74.7% (porcentaje de la población de 14 años a más).

El presente estudio abarca la población adolescente, específicamente las gestantes adolescentes. Según la OMS, este grupo etario, abarca desde los 10 a los 19 años (21). A

nivel nacional la población de 10 a 14 años representa el 8.72% y la población de 15 a 19 años representa el 8.71%, por lo tanto, la población de 10 a 19 años constituye el 17.3 % de la población. (22).

Ello implica que es una población bastante representativa en nuestro país, casi un cuarto de la población total, a través de los cuales se determinan, los principales indicadores sociales, económicos y de salud; por este motivo es que se hace necesario el estudio en este grupo de edad, considerando que el embarazo en adolescentes influye significativamente con el desarrollo o no, de un país.

El crecimiento poblacional de Ancash es del 0.2% y la densidad poblacional es de 30.2 habitantes/Km², habiendo sido de 12.1 en 1940. Ello implica que la densidad poblacional del departamento de Ancash es significativamente alta para nuestro país.

Según INEI La población de Ancash, representa el 7% del total de la población, es decir 1'083,519 habitantes (23) y la provincia de Santa, es una de las 20 provincia más pobladas con 435, 807 habitantes, (24). De ésta población, el 21.5% son adolescentes de 10-19 años; el 11.9% corresponde a adolescentes de 10-14 años y 9.6% a adolescentes de 15-19 años. Siendo la población femenina casi el 50% de la población total (25).

De acuerdo con lo mencionado es importante entonces conocer las características del embarazo en estos grupos de adolescentes, para conocer cuáles son las causas que conllevan a una adolescente a embarazarse.

A nivel nacional el porcentaje de adolescentes que alguna vez se embarazaron fue de 13.2 para el 2012 y de 13.4 entre el 2016 y 2017 (19), siendo estas cifras mucho más preocupantes, debido a que en la zona rural fue del 21.5%, para el 2012 y del 23.2% entre el 2016 y 2017.

La fecundidad de adolescentes se incrementó ligeramente de 13.2% a 13.4%, en los últimos 5 años. Si consideramos las adolescentes de 15 a 19 años, el 13.4% estuvo alguna vez embarazada, de ellas el 10.6% ya eran madres y el 2.9% estaba gestando por primera vez. Es bastante notorio el incremento de la edad de inicio de la procreación, así tenemos que para las adolescentes de 15 años fue de 2.9% y para las de 19 años fue de 26.4%. Algo que está haciéndose característico en los resultados de las ENDES, es el hecho de que, a menor nivel educativo, se tiene mayor porcentaje de embarazo, así en las adolescentes con primaria fue 44.6% y en las adolescentes con educación superior solamente del 6.8%. Según el lugar de residencia tenemos que en el área rural encontramos un 23.2 de adolescentes que alguna

vez se embarazaron en la Selva 22.6%, a diferencia de las que viven en una zona urbana que fue de 10.7 %; si consideramos el nivel socioeconómico, tenemos que, en aquellas adolescentes, del quintil inferior de riqueza que alguna vez se embarazaron fue del 24.2%, en comparación de las adolescentes del quintil superior de riqueza que fue del 3.9%. (19) De estas evidencias se concluye que, a nivel nacional, los bajos niveles socioeconómicos, la falta de educación, la pobreza y el residir en zonas rurales y marginales incrementa el riesgo de embarazo.

El medio familiar en el que se desenvuelven los adolescentes influye sobre la mayor a menor frecuencia de embarazo, así aquellas que viven en familias no nucleares el porcentaje es mayor (8.9%) que las que viven en familias nucleares (5.4%) (26) ya que la presencia de los padres biológicos en el hogar de la adolescente, disminuye la posibilidad de que haya iniciado su vida sexual y que delegue la responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos en la pareja, esto explicado por el cuidado de los progenitores, que ejerce influencia sobre su conducta sexual, tales como la prescripción de la virginidad, control y represión sobre sus actividades. La convivencia con los padres actúa también a través del afecto y el cuidado, construcción de la autoestima, como facilitadores de la generación de proyectos alternativos a la maternidad, cuando existe buena comunicación entre ellos y sus padres. La ausencia de los padres biológicos actúa como facilitadores de conductas de riesgo para el embarazo en adolescentes, ya que originan sentimientos de soledad, abandono, falta de afecto y baja autoestima. (27)

El cuanto al estado conyugal dos tercios del total de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad (65.8%), es conviviente, 23.6% madre soltera, 7.4% era separada y solamente 3.2 % casada, ello refleja el grado de desprotección e inseguridad que presentan exponiéndolas a todos los riesgos a que ello conlleva, para ella y su hijo tal como el abandono, maltrato, marginación económica y social, cuando no tienen el apoyo de algún familiar, enfermedad, continuar e incluso agudizar el círculo de pobreza en el que se encontraban.

La condición socioeconómica que permiten o no la satisfacción de las necesidades básicas están también en relación al menor o mayor porcentaje de embarazo en adolescentes, así el porcentaje es mayor cuando no cuenta con luz (10.6%), agua (10.4%), desagüe (10.3%) o el piso es de tierra (9.6%) comparado con el 5.4% cuando satisfacen estas necesidades. (28)

Entre 1995 y 1997, el INEI, realizó el estudio del nivel educativo, el cual también es un factor social que se relaciona con el embarazo en la adolescencia, así cuando la adolescente

es analfabeta llega al 15.4% y si sabe leer el porcentaje se reduce a menos de la mitad (6.8%). Si no tiene ninguna instrucción 16.2%, si tiene primaria 8.8%, secundaria 5.6% y superior 2.6%. Es decir, las conductas de riesgo observadas son doblemente frecuentes entre las jóvenes que no asisten a establecimientos de educación formal.

El hecho de que deban realizar algún trabajo remunerado incrementa el porcentaje a 10.2% comparando a las adolescentes que no trabajan (6.8%) (29)

La provincia del Santa abarca la población asignada tanto para la Red pacífico sur como la Red pacífico Norte, en nuestro caso trabajaremos con la población de la Red Pacífico Sur. En Chimbote hay 44816 adolescentes (15.56%). (30)

Todos éstos datos estadísticos nos indican que el contexto familiar desfavorable, el bajo nivel socioeconómico y educativo se relacionan con el embarazo en adolescentes. Muchos estudios han afirmado esto, sin embargo, ¿qué pasa con aquellos adolescentes que aun teniendo estas mismas condiciones negativas no se embarazan y en aquellas que a pesar que su condición socioeconómica familiar y educativas son adecuadas, llegan al embarazo?

Entonces el medio cultural o social y económico en el que se desenvuelven, influyen en el embarazo en adolescentes, y esto se ve marcado por las diferencias de oportunidades y de derechos, que privilegia al varón para la educación, así tenemos que la mediana de años de estudios de los hombres fue de 10.0 y de las mujeres de 8.5, esta diferencia se agudiza aún más, si hablamos de zonas rurales o urbanas, así tenemos que en la zona urbana, la diferencia es mínima comparada con el promedio 10.3, en cambio en la zona rural se tiene 5.3 años para varones y 4.3 años para mujeres. Si hablamos de adolescentes el nivel educativo en adolescentes de 15 a 19 años, solo el 72% estudio secundaria, el 17.4 primaria el 5.3% superior no universitaria y el 3.7 % alcanzo algún año de educación superior, ello implica que existe aún un 2% de adolescentes que no tuvo oportunidad de estudiar. (31)

En estudios estadísticos transversales, realizados en el Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón” en pacientes menores de 20 años que acudieron para su atención de parto de notó un incremento considerable en el porcentaje gestantes en adolescentes, así en 1993 fue de 14.9%, llegando a 20% en el 2001. la menor edad presentada fue 13 años sin embargo en desde 1999 ya se tuvieron casos de niñas de 12 años que terminaron en parto o en aborto, por lo tanto, la edad de embarazo va siendo cada vez menor. En cuanto al tipo de parto se tuvo que el 71.52% terminó en distócico (cesárea, podálico vaginal, Fórceps, o Vacum).

Algo muy serio y preocupante de los datos obtenidos fue que el 21.6% de estas adolescentes de 15 a 19 años ya cursaban su segundo o tercer embarazo o sólo el 6.84% se dedicaban al estudio. El 89.90% eran amas de casa y el resto realizaba algún trabajo remunerado (empleada del hogar, comerciante, agricultora). Algo que llamo la atención fue que el 67.18% de ellas ya eran convivientes y el 17.75% estaban casadas y el 15.17% eran solteras. (32)

Una característica positiva para estas adolescentes es el hecho que el 79.06% recibió control prenatal en algún establecimiento de Salud por lo menos en dos oportunidades y sólo el 20.94% no acudió nunca a controlarse. (33)

Durante el año 2017 y 2018 el % de partos en adolescentes fue de 15.25% y 13.43% del total de partos atendidos en dicha institución, con respecto a la atención Prenatal, el porcentaje de adolescentes que acudió a su atención fue del 98.2%.

Por entrevistas a profundidad realizadas en estas adolescentes y datos estadísticos del INEI se obtuvo que el mayor porcentaje de adolescentes se embarazó después de dejar de estudiar por la falta de medios económicos de los Padres, y por la necesidad de ellas de contribuir con la familia, encargándose del que hacer doméstico (88.9%), la crianza de sus hermanos o trabajar como mano de obra barata por su falta de preparación. (34)

Así mismo un gran porcentaje de ellas venían de zonas rurales y sus parejas eran muchos mayores (entre 20 a 40 años) . Sin embargo, en los últimos años se ha visto un incremento de adolescentes que se embarazaron aun estando en la escuela, teniendo que dejar los estudios ya sea por vergüenza o por presión, estas adolescentes provenían en mayor porcentaje de zonas urbanas o urbano marginales y sus parejas eran generalmente compañeros de estudios o jóvenes de su generación, muchas de estas jovencitas provenían de hogares desestructurados, padres separados o que ambos trabajaban. (35)

Se ha encontrado que el exceso de autoridad paterna, la gran permisividad y la falta de información a partir de una comunicación escasa pero superficial entre la madre y el adolescente, puede conducir también a conductas de riesgo por falta de transmisión de conocimientos y de pautas de cuidado.

Actualmente el embarazo adolescente ya no sólo se representa en zonas rurales como un patrón cultural o social, sino se está incrementando en zonas urbanas y urbanas marginales de nuestra jurisdicción.

A nivel nacional se ha planteado estrategias de inversión para prevenir el embarazo en adolescentes, sin embargo, estas no han sido suficientes, ya que cada grupo de adolescentes tienen características diferentes (motivaciones, perspectiva de futuro, oportunidades de realización). Así el Dr. Eleodoro Freyre fue uno de los pioneros en instalar la atención diferenciada de gestantes adolescentes, además existen proyectos que capacitan profesionales para intervenir en esta problemática. Liliana La Rosa, UPCH. IES, OPCION

El Ministerio de Salud ha instalado Centros de atención integral para adolescentes (C.A.I.A). y en algunos hospitales como el Instituto Materno Perinatal, Santa Rosas, Regional de Chimbote se han implementado consultorios diferentes de gestantes adolescentes, de esta manera se abarcan los diferentes niveles de atención en ellas.

En Chimbote la problemática del embarazo en la adolescente es prioritaria por su número cada vez mayor , 20% en el 2001, según las estadísticas del SIP del Hospital Regional, (36). que difiere muy poco de las cifras nacionales (21%), por la complejidad de sus causas biológica, culturales, sociales, psicológicas, afectivas y económicas y por la tendencia a seguir incrementándose sino se modifican los factores que lo predisponen y se promueven los que la protegen, tales como el contexto que rodea a la adolescente, su nivel socioeconómico, las oportunidades laborales y de estudio, las motivaciones que la llevan a tener profesión o a buscar un embarazo.

Hasta hace un par de años el embarazo en adolescentes se circunscribía a zonas rurales y urbano marginales sin embargo actualmente se ve un incremento notorio, en aquellas adolescentes de zonas urbanas y de diferentes condiciones socio-económicas, también se ha visto un aumento considerable en adolescentes que estudian (37) .

Entonces, este es un problema que involucra a las adolescentes de todas las zonas rurales y urbanas de diferentes medios socio-económicos y educativos.

Esta investigación nos permitirá conocer si existe relación entre los planes para el futuro y el embarazo en la adolescencia, además de los factores motivacionales y oportunidades de superación que tienen las adolescentes que se embarazan y si el embarazo cambia o no su proyecto de vida. Nos permitirá también tener una línea de base para prevenir el embarazo en adolescentes ya que al conocer sus factores motivacionales y oportunidades de superación se pueden reforzar éstos para que cumplan planes para el futuro de profesionalización y mediante un trabajo integrado y multisectorial contribuir a mejorar su situación

socioeconómica por ende la de su familia y salir así del círculo de pobreza en que se encuentran, contribuir también a que la decisión de embarazo se de en el momento más conveniente y oportuno para ella su pareja y su familia, por voluntad y decisión propia sin presión de ninguna clase.

Además, contribuirá tanto a los Programas materno-Perinatales, Planificación Familiar y PSEA, para que se planteen alternativas de solución que estén de acuerdo a la realidad y a las necesidades propias de los adolescentes de nuestra jurisdicción, logrando un trabajo integral y coordinado entre éstos y permitirá integrar actividades con los sectores de Educación, Trabajo, Gobiernos locales y otras entidades públicas y privadas.

El embarazo en adolescente es considerado como un problema de salud pública, que además trae consecuencias sociales y demográficas.

Recordemos que aquellas adolescentes de menores condiciones socioeconómicas bajas, que no han iniciado o concluido sus estudios, que viven en zonas de pobreza, marginales y rurales, de mayor riesgo en sierra y selva, ya que su cultura e idiosincrasia, favorece y muchas veces condiciona al embarazo, ya sea por costumbre o por falta de medios económicos. Además, la afecto y protección de la familia, poca o ninguna comunicación con sus padres, donde no tienen oportunidad de estudio y deben dedicarse a alguna actividad remunerativa a temprana edad o simplemente a cuidar de los hermanos ya que la madre y el padre trabajan.

Todas estas características las lleva a una gran vulnerabilidad, para iniciar su actividad sexual, por falta de afecto o desconocimiento, quizás inducidas por sus propios familiares por sus escasos recursos económicos. Los sentimientos de autosuficiencia, al pensar que a ellas no les va a pasar, motivo por el cual, a pesar de conocer de métodos anticonceptivos, no los usan; las llevar a embarazarse.

Es por este motivo, que creemos relevante nuestra investigación debido a que con ella sabremos a profundidad lo que las lleva a embarazarse y así poder contrarrestar este hecho, ya que quiérase o no, el embarazo si bien es cierto es una gran bendición, también es cierto que retrasa a las adolescentes, en sus estudios, sus planes para el futuro y lo hace más difícil poder cumplirlos.

Cabe señalar, que agudiza la situación de pobreza en la que se encuentran inmersas, al no estar preparadas para asumir su rol de madres y trabajar a la vez y si lo hicieren su trabajo no sería remunerado adecuadamente por su inexperiencia laboral y falta de capacitación.

La realización del proyecto, permitirá conocer los sentimientos y pensamientos de las adolescentes, ya que, en el discurso, ellas mencionan ser muy felices y haber decidido su embarazo, sin embargo, al realizar la técnica de los Grupos Focales, tendremos respuestas más reales y fidedignas para tomar en cuenta al momento de construir estrategias que mejoren las condiciones de las adolescentes y retrasen el inicio de la actividad sexual y el embarazo para después.

El Objetivo de realizar la investigación fue el de Identificar que planes para el futuro tienen las adolescentes que se embarazan, así como los factores motivacionales y oportunidades de superación que presentan, en el Hospital “Eleazar Guzmán Barrón”, Nuevo Chimbote, Santa, Ancash. 2019.

Toda esta información obtenida nos lleva a reflexionar acerca de la situación actual de las adolescentes y por la cual nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Qué factores motivacionales tienen los adolescentes que se embarazan?

¿Qué planes para el futuro tienen?

¿Con que oportunidades de superación cuentan?

¿El embarazo cambio sus planes para el futuro?

II. MÉTODO

2.1. Diseño de Investigación

- Se utilizó el enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, con respecto a las experiencias vividas respecto al embarazo en este grupo etario.

2.2 Escenario de Estudio

La investigación se realizó en el consultorio de Psicoprofilaxis y el servicio de Obstetricia, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, en la Av. Brasil. del distrito de Nuevo Chimbote, de la Provincia del Santa. Departamento de Ancash.

2.3 Participantes

Las adolescentes que participarán son gestantes de 10 a 19 años (tal como lo define la OPS), que acuden al Área Mujer del Hospital Eleazar Guzmán Barrón para su atención Prenatal en el Hospital, La jurisdicción del Hospital, tiene zonas urbanas, urbana marginal y rural, por lo que se cuenta con adolescentes de estas localidades.

2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de datos

Se procederá a la utilización de la técnica de grupos focales que consiste en un aparente dialogo informal entre el facilitador y un pequeño grupo de gestantes adolescentes, pero que en realidad responde al seguimiento de una serie de temas contenidos en una guía, conducentes a la obtención de la información requerida para lograr los objetivos planteados.

Los grupos serán homogéneos por sus características de grado de instrucción y procedencia para evitar sesgos ya que según los grupos focales pilotos realizados las adolescentes de mayor grado de instrucción tienen mayor facilidad de expresarse y esto hace que el resto no exprese lo que piensa sesgando así la investigación.

Se realizarán los grupos focales en el consultorio de Psicoprofilaxis y el servicio de obstetricia del Hospital Regional “EGB” y se reunirán a las gestantes adolescentes según sus características.

Se grabará el desarrollo del mismo y se analizarán las respuestas obtenidas después de volcarlas a una matriz pre establecida.

2.5 Procedimiento

Se procederá a la utilización de la técnica de grupos focales que consiste en un aparente dialogo informal entre el facilitador y un pequeño grupo de gestantes adolescentes, pero que en realidad responde al seguimiento de una serie de temas contenidos en una guía, conducentes a la obtención de la información requerida para lograr los objetivos planteados.

Los grupos serán homogéneos por sus características de grado de instrucción y procedencia para evitar sesgos ya que según los grupos focales pilotos realizados las adolescentes de mayor grado de instrucción tienen mayor facilidad de expresarse y esto hace que el resto no exprese lo que piensa sesgando así la investigación.

Se realizó los grupos focales en el consultorio de Psicoprofilaxis y el servicio de Obstetricia, del Hospital Regional “EGB” y se reunió a las gestantes adolescentes según sus características.

Se grabó el desarrollo del mismo y se analizó las respuestas obtenidas después de volcarlas a una matriz pre establecida

2.6. Método de análisis de Información

Como procedimiento para el análisis se utilizó las técnicas del Análisis del Contenido que se suele usar para el análisis sistemático de las entrevistas, así como la inducción analítica la cual concluye con la confirmación de la hipótesis

Proceso dinámico, interactivo, reflexivo, creativo, metódico y sistemático. Requiere organizar el material disponible y los datos recolectados. La profundidad del análisis depende si se trata de estudios exploratorios, descriptivos o interpretativos. El Proceso básico comprende múltiples lecturas, transcripción, codificación, categorización, comparación constante de los datos emergentes para detectar similitudes o divergencias, empleo de diagramas pueden ayudar al investigador a un análisis reflexivo de los testimonios, discursos, etc. Por otra parte, los mapas conceptuales permiten develar el fenómeno de estudio y alcanzar las consideraciones finales.

Este análisis se trabajó de manera inductiva iniciando de manera individual con cada testimonio; luego se continuo con el análisis grupal, en base a una matriz preestablecida, lo cual nos lleva a la comprensión total del fenómeno de estudio.

2.7. Aspectos Éticos

Las adolescentes participaron voluntariamente, se les explicó de manera previa los objetivos y procedimiento de la investigación solicitando la aceptación verbal y voluntaria de las participantes y la autorización verbal de sus padres cuando eran menores de 14 años. Se les explicó que toda su participación era anónima y que las sesiones serían grabadas, para la realización del análisis de la misma.

III. RESULTADOS

Se explicó a las participantes de los objetivos de la investigación y en qué consistía el trabajo, dejándolas en libertad de participar o no.

Durante la aplicación del grupo focal piloto, al preguntar a las adolescentes si tenían idea de lo que era Proyecto de vida, ellas simplemente se miraban y no contestaban, sin embargo, cuando se le explicaba el posible significado (deseo para el futuro, que quieren para el futuro) obtuvimos las siguientes respuestas:

“.....Lo que piensan para el futuro”.

“.....Lo que vas a hacer más adelante”.

Por este motivo se decidió cambiar el término de PROYECTO DE VIDA por el de PLANES PARA EL FUTURO.

El orden en que se formuló las preguntas tuvo que ser modificado durante el desarrollo para una lograr una mejor predisposición y confianza para responder.

Hubo dificultad en las adolescentes para contestar algunas preguntas así, al preguntarles que entendían por relaciones sexuales contestaban:

“....Entrega por completo a una persona”.

“....Tratar bien a las personas que se aman..., que le respetan”.

“....Estar de acuerdo.

Amándose

Es decir, respondieron sobre EL SIGNIFICADO QUE LAS RELACIONES SEXUALES.

En cuanto a las primeras conclusiones a las que se llegó se tiene:

El embarazo para la adolescente es vivido con sentimientos contradictorios de felicidad y tensión y temor.

Generalmente los Planes para el futuro de las adolescentes son de estudiar y tener una profesión:

”.....quería terminar mi secundaria y estudiar alguna carrera pero salí embarazada, ahora sólo pienso en mi hijo”.

Al quedar embarazadas no tiene otra salida que asumir su embarazo porque son responsables”. Entonces estamos frente a lo que afirman Pantelides, Geldstemim e Infesto, por las diferencias de oportunidades en las mujeres, el plan para el futuro, de mayor importancia para ellas incocientemente, es el de ser madre.

Es que acaso por la construcción social del género en la que la mujer debe asumir su rol de maternidad sumisión y cuidado de los demás, estas aceptan el embarazo y postergan sus planes de estudio para después (un después que no está muy claro para mucha de ellas)

CAMBIAN LOS PLANES CON EL EMBARAZO

“....no, voy a estudiar después... no sé cuándo.... primero que crezca mi hijo”.

“....Si hay economía se puede seguir estudiando”

“....Si tiene apoyo de tus padres”, de tú esposo”.

Es decir, las adolescentes embarazadas supeditan el cumplimiento de sus planes a factores económicos y al apoyo de sus padres, familiares o de la pareja. Son importantes entonces los factores motivacionales y las oportunidades de superación con que cuentan.

Cuando se les pregunta QUE SIGNIFICA TENER UN HIJO

.....”es bonito”

...”es darle lo que no tuve”,

“darles estudios”,

“dar de todo”

Nuevamente salen a la luz las diferencias de oportunidades y los roles establecidos por la sociedad: la mujer maternal, preocupada por los demás.

Se sienten felices, contentas a pesar que sus planes tienen que ser postergados para después o para nunca.

Así también existen grandes coincidencias entre lo que piensan estas adolescentes y los estudios realizados con otros grupos como los de “Alicia Quintana Sánchez”.

Para la mujer los hijos son la

.....“razón de la existencia”

“.....”El punto del amor” y

“.....”darles lo que a ella le faltó de niña” .

En Cuanto a los SENTIMIENTOS Y OPORTUNIDADES DE SUPERACIÓN, las adolescentes respondieron:

“.....debía ayudar a mi mamá, en la cocina, cuidar a mis hermanitos.....”

“.....me sentía sola, salía a pasear.....”

“.....no salía, me quedaba siempre en casa”

“.....mis padres no podía ayudarme, deje de estudiar.....”

“.....prefiero mi propio hijo.....”

Cuando se le pregunto acerca del EMBARAZO Y LAS OPORTUNIDADES DE SUPERACIÓN respondieron:

“.....hay más dificultad en estos tiempos.....”

“.....nos corta etapas....”

“.....nos perjudica.....”

IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, coinciden con las investigaciones realizadas en nuestro país y otras regiones. El embarazo en adolescentes se da mayormente en zonas rurales y de pobreza en mayor escala, sin embargo se está incrementando más en las zonas urbanas y de clase media, debido al sentimiento de soledad e independencia de la adolescente, en cuanto a los factores motivacionales, en el discurso los padres motivan a los hijos a estudiar, sin embargo, la realidad es otra, deben cuidar a sus hermanos, no tienen quién les ayude con los deberes escolares, no tienen estímulo de superación, no le dan el cariño y amor necesarios para elevar su autoestima y ayudarles a cumplir sus planes para el futuro.

En cuanto a los planes para el futuro, todas las adolescentes quieren estudiar, tener una profesión, ninguna pensó en ser madres, pero las circunstancias, el medio social en que se desenvolvían, sus pocas habilidades sociales, le llevaron a un embarazo sin pensarlo.

Las oportunidades de superación se están incrementando en las adolescentes, sin embargo, ellas no saben aprovecharlas, debido a que no hay quien las dirija en este fin.

En cuanto a la familia como un factor motivacional de superación, el hecho de encontrarse solas, sin una buena comunicación con sus padres o familiares, sin tener quién los apoye a salir adelante en sus estudios, limita la realización de sus planes para el futuro.

Las adolescentes no piensan siquiera en embarazarse, solo se embarazan y ya sin un verdadero sentido de sus planes para el futuro.

Se encontró algo que no se habla abiertamente y que trae a colación el tipo de crianza, la práctica de principios y valores, ya que muchas de las adolescentes embarazadas, iniciaron la actividad sexual, con la finalidad de tener alguien que les apoyará emocionalmente, pero también económicamente, no considerando la posibilidad de que al no tener estabilidad en la relación podrían ser abandonadas, incrementando la vulnerabilidad y su círculo de pobreza.

V. CONCLUSIONES

La familia para las adolescentes tiene un gran significado de pertenencia y protección.

El embarazo en adolescentes se relaciona con la falta de oportunidades de superación y de un verdadero plan para el futuro, existe una contradicción entre ellos, ya que las adolescentes pueden tener planes para el futuro, deseos de superación, querer estudiar; sin embargo, por pertenecer a una familia desintegrada, disfuncional, no contar con el apoyo económico, moral, emocional y espiritual necesario para cumplir con estos planes trazados, terminan en un embarazo.

Además, esta misma situación de disfuncionalidad, lleva a la adolescente a sentimientos de soledad y abandono, de deficiente apoyo emocional y la falta de comunicación, las hace recurrir a una pareja para cubrir estas necesidades de amor, protección.

Esta decisión puede llevarlas al abandono por parte de su pareja, ya que generalmente ellos tienen su misma edad o son personas adultas que tienen ya constituida su vida.

La motivación para llegar a un embarazo es el deseo de ser madres para, el pensar que la pareja la va a “proteger”, “respetar”, la carencia de afecto, la va a llevar a buscar cariño y amor en sus enamorados y la ilusión de una pareja.

Los planes para el futuro después del embarazo, son los de criar a su hijo y postergar sus estudios o dedicarse a estudiar y ser madres.

VI. RECOMENDACIONES

- 6.1. Se debe reforzar la integración familiar y la comunicación entre sus miembros
- 6.2. Los adolescentes deben ser motivados por los familiares para seguir sus planes para el futuro y no quedar en el intento.
- 6.3. Se debe reforzar las habilidades sociales, desde la niñez para que las adolescentes tengan una elevada autoestima, asertividad y tomen decisiones adecuadas.
- 6.4. Los padres deben dar oportunidades de superación a los hijos, no solamente diciéndoles que estudien sino apoyándoles en sus decisiones y enseñándoles a cumplir sus planes para el futuro.
- 6.5. La sexualidad no es un tabú, pero no se trata de libertinaje, los adolescentes deben encontrar el sentido y la importancia del inicio de la actividad sexual.
- 6.6. La crianza de los hijos debe ser en igualdad de oportunidades y de derechos.

VIII. PROPUESTA

Es necesario el trabajo multisectorial, para la prevención del embarazo en adolescente, constituir un PLAN MULTISECTORIAL REGIONAL, que permita abarcar la problemática de manera integral, es decir abarcar aspectos de salud, sociales, de integración familiar, oportunidades de estudio y trabajo, para así contribuir al desarrollo de los adolescentes en el distrito, la provincia y la región en general.

REFERENCIAS

1. OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2019.
Available from: http://origin.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. OPS. Manual de Medicina de la Adolescencia Washington D.C.: OPS; 1992.
3. MINSA. PLAN MULTIESCTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES 2013-2021.
LIMA - PERU.; 2013.
4. SALAVERRY OM. ACTUALIDAD PSICOLÓGICA. [Online].; 2010 [cited 2019 MARZO 31].
Available from: <http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>.
- 5 Roberto OB. Disfuncione sexuales. ASEXORATE. 2003;(20).
6. Kaufman M. Addressing and Involving Men and Boys. To Promote Gender Equality and End Gender Discrimination and Violence. 2003 marzo..
7. MARCELA L. CÁTEDRA UNESCO DH. [Online].; 1996 [cited 2019 ABRIL 09. Available from:
https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHVMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf.
8. CARPINTERO RAIMÚNDEZ E. DIALNET. [Online].; 1996 [cited 2019 MAYO 24].
Available from: <https://dialnet.unirioja.es/>.
9. MARCELA L. SOBRE LA CATEGORIA GENERO. UNA INTRODUCCION TEÓRICO METODOLÓGICA.
In Género y Feminismo, Dearrollo Humano en Democracia. España: Horas y HORAS; 1993. p. 13 al 38.
10. PANTELIDES EA, MANZELL H. RESEARCHGATE. [Online].; 2003 [cited 2019 MAYO 24. Available from:
http://www.researchgate.net/publication/265509292_Investigacion_reciente_sobre_sexualidad_y_salud_reproductiva_de_laslos_adolescentes_en_America
11. CHECA S. IMPLICANCIAS DEL GENERO EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE.
ANALES DE LA EDUCACIÓN COMÚN. 2018;(ADOLESCENCIA Y JUVENTUD).
- 12 RIZO PATRON OSTOJA P. PUCP. [Online].; 2015 [cited 2019 MAYO 24].
Available from: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6470>.
- 13 QUINTANA SANCHEZ A. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE. 1st ed. IES , editor.
LIMA: IES; 1999.

- 14 FULLER N. IDENTIDADES MASCULINAS. 1st ed. PUCP , editor. LIMA: FONDOS EDITORIALES; 1997.
15. EDGARDO S. ANDINA AGENCIA PERUANA DE NOTICIAS. [Online]. Lima:
Andina Agencia Peruana de Noticias; 2013 [cited 2019 JULIO 09
[<https://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=465058>].
Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=465058>.
16. Pantelides EA, Binstock. La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI.
SCIELO. 2007 JULIO-DICIEMBRE; 5(9).
- 17 INEI. PERÚ: CRECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, 2017. 1st ed. APONTE FC, editor.
LIMA: INEI; 2018.
- 18 INEI. PERÚ: FECUNDIDAD ADOLESCENTE. 1st ed. LOZA MARTINEZ G, editor. LIMA: INEI; 2016.
- 19 INEI. PERÚ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES 2017. 1st ed. FRANCISCO CA, editor.
LIMA: PACKINGRAF Y SERVICIOS GENERALES SAC; 2017.
- 20 MINSA. MINSA. [Online].; 2017 [cited 2019 MAYO 25].
Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>.
- 21 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2019 [cited 2019 FEBRERO 12].
Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- 22 INEI. INEI. [Online].; 2019 [cited 2019 FEBRERO 12].
Available from: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>.
- 23 INEI. INEI. [Online].; 2018 [cited 2019 ENERO 24].
Available from: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>.
24. INEI. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. [Online].; 2018 [cited 2019 ENERO 12].
Available from:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1539/libro.pdf
- 25 INEI. ANCASH ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR -
ENDES 2013. 1st ed. INEI , editor. LIMA: RAPIMAGEN S.A.; 2013.

- 26 INEI. INE.GOB.PE. [Online].; 2013 [cited 2019 FEBRERO 24].
Available from: <http://censos.inei.gob.pe/bcoCuadros/bancocuadro.asp?p=01>.
27. GELDSTEIN RN, PANTELIDES EA. Research Gate. [Online].; 2000 [cited 2017 FEBRERO 19].
Available from:
https://www.researchgate.net/publication/265467552_Riesgo_reproductivo_en_la_adolescencia_desigualdad_social_y_asimetria_de_genero.
- 28 [Online].
- 29 INEI. INE.GOB.PE. [Online].; 1997 [cited 2017 mayo 31].
- 30 INEI. INEI. [Online].; 2018 [cited 2019 MAYO 25].
Available from: <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>.
- 31 INEI. PERÚ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES. 1st ed. INEI ,
editor. LIMA: INEI; 2017.
- 32 Chimbote HEGBN. Libro de Partos. 1999.
Fuente oficial para la obtención de datos estadísticos de la institución.
- 33 2000 S. Estadística Básica Partos Adolescentes. Anual.
Lima: Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Ancash; 2003.
34. Saavedra P. Proyecto de Atención y Prevención de Embarazo en Adolescentes.
Resultados preliminares de la encuesta a adolescentes y madres embarazadas.
Rincón Grande de Pavas. San José: COOPSALUD R.L./UNICEF, Costa Rica; 1997.
- 35 PSEA. Informe estadístico embarazo en adolescente.
Informe Anual. Ancash: Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Gineco-Obstetricia; 2003.
- 36 Ortiz SCR. Embarazo y Parto en adolescentes.
Informe anual Estrategía Etapa de Vida adolescente. Nuevo Chimbote:
Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Ancahs; 2001.
- 37 Ortiz SCR. Informe anual SEGURO ESCOLAR DE SALUD. Informe anual.
Nuevo Chimobote: Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Ancash; 1993.

- 38 MARCELA L. SOBRE LA CATEGORIA GENERO. UNA INTRODUCCION TEÓRICO METODOLÓGICA.
DEBATES EN SOCIOLOGÍA: GENERO Y FEMENISMO, DESARROLLO HUMANO Y. 1993;(18).
- 39 SUSANA C. IMPLICANCIAS DEL GENERO EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE.
ANALES DE LA EDUCACIÓN COMÚN. ;(ADOLESCENCIA Y JUVENTUD).
- 40 INEI. PERÚ ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES 2017
LIMA: Packingraf y Servicios Generales SAC; 2019.
- 41 Hospital "ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN". SCRIBD. [Online].; 2013 [cited 2019 MARZO 11].
Available from: <https://es.scribd.com/document/248375138/ASIS-EGB-2013-2014-V1>.
- 42 INEI. INEI.GOB.PE. [Online].; 2017 [cited 2019 MARZO 15].
Available from: <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam>.
- 43 FERNANDEZ RIVERA J. HABLA COMO HOMBRE:
EL PAPEL DEL DOCENTE EN LA ONSTRUCCIÓN DE MASCULINIDAD EN LA ESCUELA. LA COLMENA. 2016;(9).

ANEXOS
ANEXO I
PLANES PARA EL FUTURO Y EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES: QUE PIENSAN Y SIENTEN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo acepto voluntariamente sin presión alguna participar en el grupo focal a realizar habiendo sido informado de la importancia de este estudio para el futuro de los adolescentes y teniendo la plena seguridad que las opiniones vertidas en esta conversación serán utilizados sólo para fines de investigación sabiendo también que mis opiniones permitirán ayudar a otros adolescentes.

SE LE DIO LECTURA A ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, ACEPTANDO VOLUNTARIAMENTE LA PARTICIPACIÓN EN LOS GRUPOS FOCALES.

ANEXO II
FACTORES MOTIVACIONALES

PLANES PARA EL FUTURO Y EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES: QUE PIENSAN Y SIENTEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. ANCASH. 2019

GUIA GRUPO FOCAL

FAMILIA

1. *¿Qué significa la Familia para Uds.?*
2. *¿Su familia, les motivaba a tener algún Plan de futuro?*
3. *¿Los varones de la familia contribuían en los quehaceres del hogar?*

EDUCACIÓN, TRABAJO

4. *¿Sus padres o familiares les apoyaban en la realización de sus tareas?,*
5. *¿Hubo algún motivo que les motivo a dejar de estudiar, cuando eran adolescentes?,*
6. *¿Por qué se vieron en la necesidad de trabajar?*

SEXUALIDAD

7. *¿Qué cosas se comparte: con un amigo,
.....con un enamorado,

.....con un novio,

.....con un esposo?*
8. *¿Qué piensan del matrimonio?*
9. *¿Que los motivo a iniciar sus relaciones sexuales?,*
10. *¿Se sentían preparados para afrontar las consecuencias de tener relaciones sexuales?,*
11. *¿Es importante o necesario tener relaciones sexuales, entre enamorados?*

PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS

12. *¿Cómo eran antes de embarazarse?*
13. *¿Cuándo eran adolescentes, se sentían queridas por sus padres?*
14. *¿Cómo estaba su autoestima?*
15. *¿Por qué se sentían valoradas por sus padres,*
.....familiares,
.....amigos?
16. *¿Pensaban que el trato de sus padres, era amoroso?*
.....¿había maltrato?
17. *¿Qué piensan de su embarazo?*
18. *¿Cómo se sienten con su embarazo?*

ANEXO III
OPORTUNIDADES DE SUPERACION

PLANES PARA EL FUTURO Y EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES: QUE PIENSAN Y SIENTEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, ANCASH. 2019

19. *¿Contaban con oportunidades para estudiar?*
20. *¿Para una adolescente, es más importante tener hijos, antes de tener una profesión?*
21. *¿Cómo madres adolescentes, están preparadas para trabajar?*
22. *¿Podrán tener un buen sueldo?*
23. *¿Tenían apoyo económico de sus familiares?*
24. *¿Qué necesitan para hacer realidad sus planes para el futuro?,*
25. *¿Qué oportunidades deben tener para cumplir sus planes futuros?*

ANEXO IV

PLANES PARA EL FUTURO

PLANES PARA EL FUTURO Y EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES: QUE PIENSAN Y SIENTEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, ANCASH. 2019

26. *¿Cuándo eran adolescentes, qué planes para el futuro tenían?*

27. *¿Tenían oportunidad de cumplir sus planes para el futuro?*

PLANES PARA EL FUTURO Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO ADOLESCENTE

28. *¿En qué cambia el embarazo, los planes para el futuro?*

29. *¿Qué significa para Uds. tener un hijo?*

30. *¿Cómo les afecta el embarazo?*

31. *¿Piensan que el embarazo es una ventaja? ¿Por qué?*

32. *¿Piensan que el embarazo es una desventaja? ¿Por qué?*

33. *¿Qué planes para el futuro tienen ahora?*

ANEXO V
FORMATO PARA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO
PLANES PARA EL FUTURO Y EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES: QUE PIENSAN Y SIENTEN LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE,
ANCASH. 2019

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: Solís Villanueva Amelia Nelly

Número de colegiatura: 7147

Profesión: Obstetra

Lugar de trabajo: Hospital La Caleta / ULADECH CATÓLICA

Cargo que desempeña: Obstetra asistencial / Docente investigadora de la EPO Obstetricia

Área: Departamento de Gineco obstetricia / VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

VARIABLE	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
FACTORES MOTIVACIONALES Y OPORTUNIDADES DE SUPERACIÓN	1 - 23		X		Reducir el número de preguntas
PLANES PARA EL FUTURO	24 - 31		X		

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE-ITEMS

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO



Mg. Nelly Solís Villanueva

C.O.P. 7147

ANEXO VI
FORMATO PARA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO
PLANES PARA EL FUTURO Y EN LAS ADOLESCENTES: QUE PIENSAN Y SIENTEN LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE,
ANCASH. 2019

Datos del Evaluador:

Apellidos y nombres: **Acosta Yparraguirre Linda Rocío.**

Número de colegiatura: **3680.**

Profesión: **Obstetra. Doctora en Salud Pública.**

Lugar de trabajo: **Universidad San Pedro.**

Cargo que desempeña: **Docente Nombrada de la Facultad de Ciencias de la Salud.**

Área: **Escuela de Obstetricia.**

VARIABLE	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
FACTORES MOTIVACIONALES Y OPORTUNIDADES DE SUPERACIÓN	1 - 23		X		Mejorar la redacción de los ítems N° 11, 14, 16, 22 y 23: separar en dos las preguntas formuladas. El ítem N°5 contiene 4 sub-preguntas y el ítem N°20 contiene 3 sub-preguntas.
PLANES PARA EL FUTURO	24 - 31	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE–ITEMS

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO**
- B. DE ACUERDO**
- C. DESACUERDO**



.....
Acosta Yparraguirre Linda Rocío
COP. 3680

ANEXO VII:
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
Reunión con responsable del servicio de Psicoprofilaxis



Grupos Focales



ANEXO VIII

AUTORIZACIÓN DEL DPTO. GINECOOBSTETRICIA PARA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"



CONSTANCIA

El jefe del Dpto. de Gineco- Obstetricia, del Hospital "Eleazar Guzmán Barrón" del distrito de Nuevo Chimbote, de la Provincia del Santa, hace constar que la Obstetra Sara Carmen Reyes Ortiz, Magister en educación; ha realizado su investigación: **"Planes para el futuro, y su relación con el Embarazo: Adolescente. Qué sienten y piensan las adolescentes Embarazadas.** En el Consultorio de Psicoprofilaxis Obstétrica y en los ambientes de hospitalización, con gestantes adolescentes entre 10 a 19 años de edad, durante diferentes periodos de tiempo, entre el 1993-2012 y en el año 2019.

Los resultados de su investigación, servirán al Dpto. para conocer la problemática de dicho grupo de edad, tan vulnerable, por los múltiples y constantes cambios biopsicosociales, que incrementan el riesgo de enfermar o morir. Así mismo, nos será útil para plantear las estrategias de Intervención en la Prevención del Embarazo Adolescente.

Se expide la presente constancia, para los trámites que estime conveniente, en el desarrollo de su tesis.

DIOS GUARDE A UD.


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL
"ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN"
Dr. Raymundo Gutiérrez León
GINECO OBSTETRA
C.M.P. 22414 R.N.E. 11304
JEFE DPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

