

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TRABAJO DE TESIS

**“SITUACIÓN PSICOSOCIAL DE 100 MADRES
ADOLESCENTES, ATENDIDAS POR PARTO EN EL AÑO
2004 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA.**

2007”

AUTOR: EDDA LESLIE SALAMANCA PACHECO

ASESOR: MED. PSIQ. JORGE MÁRTIN QUIJADA

TACNA - PERÚ

2009

DEDICATORIA

A Dios por su infinita bondad,
Y la vida que me concedió.

A mis padres por ser el motor y motivo
de mi existencia, por la fe y confianza
depositada en mi.

“Sueña lo que desees soñar,
ve a donde desees ir,
si lo desees será!,
porque solamente tienes una vida,
una oportunidad para hacer las cosas que desees hacer!”.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinita bondad y darme la oportunidad de vivir
y tener una familia maravillosa

A mis padres Edgard y Emma, a quienes les debo todo lo que soy, por guiarme en
mi camino por la vida, por el amor, el cariño, su comprensión, sus cuidados y su
motivación, por su suavidad y dureza al hablarme y ayudarme a ser una mejor
persona.

A mi hermana Guisela por motivarme y devolverme la fe en los momentos
difíciles, por ser mi amiga y confidente que a pesar de nuestras diferencias vence
el amor entre las dos.

A Wiler, por darme su amor, apoyo, confianza y compartir nuevos e inolvidables
momentos en mi vida.

A mi asesores de tesis, M.D. Jorge Martín Quijada y Plg. Edda Berrios Salas por
los conocimientos que compartieron conmigo, por su paciencia y todo el valioso
tiempo dedicado a este trabajo de tesis.

A mis catedráticos que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, con especial cariño al M.D. Víctor Arias Santana, M.D Pedro Cárdenas, M.D. José Revilla, M.D. Andres Collado, M.D. Freddy Zea, Ped. Moreno, ... por su paciencia y enseñanzas.

A mis queridos amigos, Milagros, Nadia, Cynthia, Mariela, Fanny, Jorge, William, Ebmar, Jimena, ... por permitirme ser parte de sus vidas y compartir tantos momentos inolvidables, por su apoyo y fe, por su paciencia, ser como son ... únicos, los quiero un montón y siempre los tendré presente.

A mis amigos y compañeros de estudio, quienes me acompañaron en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 2

1.1 FUNDA MENTACIÓN DEL PROBLEMA 3

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 6

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 6

1.3.1. Objetivo General 6

1.3.2. Objetivos Específicos 7

1.3 JUSTIFICACIÓN 7

1.4 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS 8

CAPÍTULO II 11

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 12

2.2 MARCO TEÓRICO 23

CAPÍTULO III 53

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 54

CAPÍTULO IV 58

4.1 DISEÑO 59

4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	59
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	59
4.4	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
	<u>CAPÍTULO V</u>	61
	RESULTADOS	62
	DISCUSIÓN	90
	<u>CAPÍTULO VI</u>	92
	CONCLUSIONES	93
	RECOMENDACIONES	95
	BIBLIOGRAFÍA	96
	ANEXOS	101

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia, desde hace ya varios años se ha convertido en un problema de salud pública. Se han realizado numerosos trabajos relacionados a su presentación y repercusión en la salud de la madre y el hijo, pero ninguno en el que caractericen los aspectos psicosociales después de un tiempo de su parto. Es así, que nace el interés de realizar el presente trabajo de investigación.

Objetivo: Determinar la situación psicosocial de 100 madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Asimismo, determinar el nivel de autoestima de la madre adolescente y su relación con las principales características psicosociales.

Diseño: Estudio prospectivo, analítico, de corte transversal

Metodología: Se seleccionó una muestra a conveniencia de 100 madres adolescentes, atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2004. La recolección de los datos se realizó mediante visita domiciliaria, para lo cual se utilizó una encuesta semiestructurada y una ficha de valoración de autoestima. La información se consolidó en una base de datos para el análisis de base informática correspondiente.

Resultados: La edad promedio de las madres es de 21 años; la edad de maternidad promedio fue de 17 años, con parejas en ese momento de 20-25 años. El 52% a terminado la secundaria, su proyecto de vida actual incluye como primera opción el trabajar (76%) y sólo el 15% continuar con estudios superiores. En su actual condición, refieren sentirse deprimidas (25%) y ansiosas (26%), sin embargo reconocen como fortalezas sentirse maduras emocionalmente (41%) y capaces de valerse por sí mismas (43%). El 65% cuenta con una pareja en la actualidad, siendo en su mayoría convivientes (55%). El 84% no frecuenta su círculo de amigos, y no

cuenta con ningún tipo de apoyo social (68%) ni seguro de salud (76%), a pesar que estas madres fueron calificadas como categoría-B (pobreza no extrema) durante gestación. El tipo de apoyo familiar recibido es sólo afectivo (63%), el 91% viven junto a su hijo, el 61% cuenta con un empleo remunerado, y el 85% señala que el ser madre adolescente ha sido un impedimento para continuar sus estudios. El nivel de autoestima en la escala “Sí mismo - general” es de nivel medio alto (48%), de nivel medio bajo (44%) en la escala “social pares” y de nivel medio alto en la escala “hogar”.

Conclusiones: Se deja evidencia que las madres que se embarazaron siendo adolescentes, presentan una situación psicosocial menos ventajosa 3 años después de su parto. El nivel de autoestima encontrado es de nivel medio (en las 3 escalas evaluadas); asimismo, los factores asociados al nivel de autoestima son estado civil, núcleo familiar, ocupación, percepción de ser buena madre, destino actual del hijo y percepción de seguir estudios en su actual condición.

Palabras claves: Madres adolescentes, situación psicosocial, parto.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es una situación muy especial, se trata de mujeres que por su configuración psicológica más que anatómica, no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de ser madres.

Según la OMS, cada año pasan a ser madres 14 millones de adolescentes, más del 90% de las cuales viven en países en desarrollo. (3) En Tacna en el año 2006, el porcentaje de embarazo en la adolescencia fue del 18%, cifra muy por encima del promedio nacional, revelando la alta incidencia de este problema en nuestra ciudad.

En la actualidad, es considerado un problema de salud pública, por su gran incidencia en la población adolescente; en los psicosocial, por los resultados y repercusiones adversas que el hecho tiene sobre la propia progenitora y su hijo.

El contenido del presente Trabajo de Investigación, titulado “Situación psicosocial de 100 madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2007” se divide en cinco capítulos.

En el capítulo I, se tratará lo correspondiente al problema de investigación; el capítulo II, estará referido a la revisión bibliográfica; el capítulo III, a las variables y operacionalización de variables; en el capítulo IV, se presenta la metodología de la investigación; y por último el capítulo V, estará referido a los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es un periodo de transición, que corresponde según la OMS entre los 10 y 19 años. (1) Es considerada una etapa compleja para el individuo, debido al doble proceso de ajuste individual y social que tiene lugar a esas edades. (2)

El embarazo, es una experiencia tan profunda en la vida de una mujer, que trae consigo modificaciones no sólo en el cuerpo y ánimo de la gestante, sino también necesidades y prioridades. Representando en la mayoría de los casos, un evento abrumador para la adolescente.

Según la OMS, cada año pasan a ser madres 14 millones de adolescentes, más del 90% de las cuales viven en países en desarrollo. (3)

Según el movimiento Manuela Ramos, la cifra en el Perú en el año 2000 fue de 176000 adolescentes embarazadas, representando el 19.4% de mujeres en edad fértil. (4)

En el 2003, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), el 13% de adolescentes de 10 – 19 años ya eran madres o estaban gestando (5)

Por otra parte, para el año 2006 según el Ministerio de Salud, la población de gestantes adolescentes a nivel nacional fue del 14%. En Tacna, el porcentaje fue del 18%, cifra muy por encima del promedio nacional, revelando la alta incidencia de este problema en nuestra ciudad.

El embarazo en la adolescencia, es un aspecto especialmente sensitivo a los contextos socioculturales, el considerarlo como un problema dependerá de la percepción subjetiva de los y las afectadas, así como de su entorno inmediato. Este evento, considerado por muchos como un fenómeno social, tiene matices distintos según el sector del que se trate, existen lugares donde es aceptado socialmente; sin embargo, en otros contextos es visto como un problema, ya que

usualmente interfiere con el proyecto de vida de la adolescente, en el que se limitan sus expectativas educativas, matrimoniales, de realización personal y prosperidad económica, constituyendo un factor importante en la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Con respecto a la repercusión del embarazo en las adolescentes, tal vez los aspectos psicosociales sean más importantes y de mayor impacto, que los problemas gineco-obstétricos.

Hace ya 29 años, Klein indicaba que la gestación adolescente representaba la iniciación de un síndrome de fracaso personal, alteración y truncamiento de su vida, fracaso para completar su educación, para desarrollar su propia independencia; en definitiva para elegir y perfilar su orientación humana y profesional. (6)

Probablemente las mujeres social y económicamente más favorecidas logren superar su reciente maternidad, evitando otro embarazo en la adolescencia y consiguiendo incorporarse a la sociedad. Sin embargo, para otro colectivo, la realidad es muy distinta, ya que abandonan sus estudios, por lo tanto pierden la capacidad de acceso al mundo laboral y profesional, y en definitiva su autoestima. (7)

En un estudio realizado a los 2 años post parto de madres adolescentes, se observó un distanciamiento de sus amistades en un 13.6%, desconexión total con sus estudios en un 100% y una incorporación al trabajo en un 40% (8)

Por otra parte Grindstaff, refiere que si estas madres se casan, viven un matrimonio de conflictos, tanto en la esfera personal como psicobiológica, culminando muchos de ellos en separaciones, divorcios o agresividad en la pareja. (9)

En un estudio realizado en España, se encontró que el 65% de las madres adolescentes conviven con el padre de su hijo, de las cuales el 57.5% están

casadas; el 32.5% viven con los padres de alguno de los dos, y solo el 2.5% vive sola con su hijo. Más de la mitad de las encuestadas declara haber abandonado sus estudios o trabajo, a causa de la gestación. Asimismo, cabe destacar que el 76.9% refieren haber sufrido un cambio de personalidad, sintiéndose más responsables y maduras. El 78.5% pretende llevar a cabo los planes que tenían antes de quedar embarazada, mientras que el 20.5% manifiesta lo contrario (10)

En Cuba, se encontró que más del 50% de las adolescentes embarazadas sin apoyo familiar, se mantuvo desvinculada del estudio y del trabajo, donde la mayoría de las gestantes eran miembros de una familia disfuncional, concluyéndose que el apoyo familiar a la madre adolescente resulta determinante para el buen desempeño de ésta y para la salud de su hijo (11)

Según Buvinic, el embarazo y la procreación en adolescentes limitan las oportunidades educativas y económicas a disposición de las madres jóvenes, y estrechamente relacionados con niveles bajos de escolaridad en las mujeres. (38) Por ejemplo, en el Caribe, el embarazo es el motivo más común de la deserción escolar. (39)

De acuerdo al estudio hecho por PROPOLI en el 2005 en Lima, el 10.5% de las adolescentes de 15 – 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Dicho porcentaje es superior en un 20% al obtenido en el ENDES 2004 para el área de Lima Metropolitana, según la cual el 8.7% son madres. En los distritos urbano marginales en proceso de consolidación según el ENDES continua 2004, la incidencia es del 11.4% al 13.6%. (12).

Tacna no escapa a esta realidad percibida a nivel nacional, y según el reporte del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (SIP), muestra que los porcentajes de madres adolescentes atendidas el año 2004 fue de 599 (17 %), y de 618 (16.8 %) y 630 (17.9 %) en los años 2005 y 2006 respectivamente. Observando un incremento sostenido, que si bien es visto como

un problema de salud materna por las complicaciones en la atención del parto, se considera como factor determinante que en la mayoría de casos obedece a un factor sociocultural; por tal motivo, es también necesario conocer que sucede en una etapa posterior a su embarazo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Pregunta General:

¿Cuál es la situación psicosocial actual de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?

1.2.2 Preguntas Específicas:

- ¿Cuáles son los factores individuales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuáles son los factores sociales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuáles son los factores familiares actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuáles son los factores ocupacionales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuál es el nivel de autoestima de la madre adolescente y qué relación tiene con las principales características psicosociales?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la situación psicosocial actual de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar los factores individuales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar los factores sociales actuales de madres adolescentes, que fueron atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar los factores familiares actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar los factores ocupacionales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004, en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar el nivel de autoestima de la madre adolescente y su relación con las principales características psicosociales.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia, desde hace ya varios años, se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales; considerándose un problema de salud pública, por la gran incidencia de embarazos en la población adolescente; en lo psicosocial por los resultados y consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la propia madre, su hijo, y su entorno familiar y social, que inciden en el aumento de desigualdades e inequidades en este grupo poblacional.

Según estadísticas locales, la población adolescente representa el 18% de las mujeres embarazadas, lo que revela una alta incidencia sobre todo si lo comparamos al promedio nacional, el cual fue del 14% en el año 2006.

Hasta el momento, tanto a nivel nacional y local, existen numerosos trabajos de investigación relacionados al “Embarazo en la adolescencia”, los cuales se han abocado, sobre todo al estudio de los principales factores psicosociales que

influyen en su presentación, así como en las repercusiones de la gestación en la salud de la madre y el niño; pero no se ha realizado ningún estudio en que se caractericen los aspectos psicosociales de estas madres después de un tiempo de su parto.

Motivada por lo descrito y dada la magnitud del problema, es que surge la inquietud de conocer en nuestra realidad las características psicosociales después del parto en el grupo de estudio, y a la vez comprobar si lo que se señala en trabajos internacionales se aplica también a nuestra ciudad.

El describir el perfil psicosocial de éstas madres después de 3 años de su parto, considero un tiempo prudencial para valorar las reales repercusiones desde el punto de vista individual, social, familiar y ocupacional de éstas mujeres.

Por tal motivo, en busca de contribuir e incentivar a posteriores investigaciones, es que los resultados del presente trabajo tienen como finalidad estimular la generación de programas de inserción, empoderamiento y estabilización socio-familiar de éstas mujeres.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Adolescencia:** Edad entre los 10 y 19 años.
- **Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- **Edad de maternidad:** Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento de una mujer y el día en que se convirtió en madre.
- **Escolaridad:** Años de estudios concluidos por un individuo, dentro del nivel de educación de un país.
- **Estado civil:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Paridad:** Condición de la mujer según el número de partos.
- **Tipo de parto:** Forma de terminación del embarazo.

- **Aborto:** Es la interrupción del proceso fisiológico del embarazo, ya sea de forma intencional o no.
- **Métodos anticonceptivos (MAC):** También llamados métodos de control de la natalidad, referidos a cualquier forma de impedir la fecundación al mantener relaciones sexuales.
- **Proyecto de vida:** Dirección que la persona se marca en su vida.
- **Círculo de amigos:** Agrupación libre de personas unidas por vínculos de amistad.
- **Debilidades:** Aspectos de la forma de ser de un individuo, que lo ubica en desventaja frente a otros.
- **Fortalezas:** Aspectos de la forma de ser de un individuo, que lo ubica en ventaja frente a otros.
- **Pareja:** Relación entre un hombre y una mujer, cuyo grado de duración-intensidad-exclusividad deja bien patente la unión que existe entre ambos.
- **Vida sexual:** Referido al conjunto de comportamientos y acciones de mayor o menor complejidad que realizan 2 ó más personas, de igual o distinto sexo para obtener y producir placer.
- **Apoyo social:** Consiste en la provisión a un individuo de afecto, comprensión y ayuda por parte de otros individuos u organizaciones sociales.
- **Acceso a seguros de salud:** Cobertura de salud de un individuo, el cual le permite un nivel de protección en el caso de sufrir enfermedades o accidentes.
- **Evaluación socioeconómica familiar (SESE-SIS):** Sistema de evaluación socioeconómica familiar (SESE) hecha por el Seguro integral de Salud (SIS), a través del cual se identificará y categorizará a sus beneficiarios, asignando subsidios según su nivel de pobreza.
- **Núcleo familiar:** Referido a la composición familiar.
- **Apoyo familiar:** Consiste en la provisión a un individuo de afecto, comprensión y ayuda por parte de miembros de su familia..
- **Dependencias económica:** Condición que habla sobre la carga económica que recae sobre la porción productiva de una población.

- **Discriminación laboral:** Cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional o condición social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación.
- **Maltrato:** Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto en contra de una persona.
- **Impedimento:** Obstáculo o estorbo para algo.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **INTERNACIONAL**

-Titulo: “REPERCUSIÓN MATERNA DEL EMBARAZO PRECOZ”

Dra. Angela Vázquez Márquez, Dra. Francisca de la Cruz Chávez Dr. Angel M. Almirall Chávez y Dra. Marisbel Sánchez Pérez. Revista cubana de Obstet Ginecol 1995; 21(1)

Metodología: Se muestran los resultados de un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y comparativo de 122 embarazadas adolescentes de 12-19 años, y un grupo control en mayores de 19 años que no tuvieron embarazo en la adolescencia. Esta muestra fue recogida en todos los consultorios del policlínico Comunitario "Bayamo Oeste", de la Ciudad de Bayamo, Granma – Cuba, en el período comprendido desde el 1 de setiembre de 1991 hasta el 31 de agosto de 1992.

Resultados: En este estudio se confeccionó un formulario que incluía diferentes variables, se encontró que en el grupo de adolescentes el 52,5 % eran menores de 18 años, el 17,2 % sólo con nivel primario, el 95.1% no tenían vínculo laboral; asimismo, el 65,6 % eran amas de casa. Predominaron además las pacientes con estado civil no casadas y los bajos ingresos per cápita. El 27,3 % tuvieron parto distócico y de ellos el 16,8 % fueron cesáreas. De 122 embarazadas sólo llegaron al parto 113, ya que 9 casos terminaron en abortos. (13)

-Titulo: “MATERNIDAD Y ADOLESCENCIA. NUEVOS ENFOQUES”

Auchter, Mónica - Balbuena, Mirtha - Galeano, Humberto. Facultad de Medicina - UNNE. Argentina.

Objetivo: Determinar si el nivel de instrucción constituye un factor determinante de maternidad temprana, inadecuado CPN y mayor número de patologías en RN. Asimismo, determinar si la maternidad temprana en una generación adelanta la edad de embarazo en la próxima generación.

-Metodología: Estudio explicativo, retrospectivo, de casos y controles de 380 puérperas inmediatas, 100 casos y 280 controles. En la recolección de los datos se utilizó 01 cuestionario mediante la técnica de la entrevista y se completo con la revisión de las historias clínicas, durante el periodo del 2001-2002 en el Centro Materno-neonatal del Hospital “JR VIDAL”.

-Resultados: El promedio de edad de los casos fue 16 años (entre 13 y 19) y el de los controles 25 años (entre 20 a 41). Todas eran de bajos recursos económicos, teniendo en cuenta el barrio de procedencia, las características de la vivienda, el nivel de ingresos de la familia y el hacinamiento. En este último aspecto, se detectó un 43% de hacinamiento en los casos, que ascendía a 56% en los controles.

La escolaridad alcanzada en ambos grupos fue diferente. El 70% de los casos tenía primaria completa, situación que se dio en el 87% de los controles. El secundario lo iniciaron el 40% de casos y 60% de los controles, habiéndolo finalizado el 4% de los casos y el 42% de los controles.

Al indagar con quien vivían estas madres, se detectó que el 46% de los casos lo hacía con sus padres y sin la pareja; en los controles esto se dio en el 40%. Diferencias entre los grupos se observaron con respecto a si tenían pareja estable, que el 63% de los controles respondió que si, mientras que esto fue positivo en el 83% de los casos.

El número de controles prenatales también fue distinto, con embarazos insuficientemente controlados en el 63% de los casos y en el 42% de los controles.

La repetición intergeneracional de la maternidad adolescente se detectó en el 33% de los casos y en el 29% de los controles. Si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa, se observó una mayor frecuencia de embarazos adolescentes en hijas de madres adolescentes.

-Conclusión: Existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia y que los hijos de madres adolescentes, con precario nivel

de instrucción tienen mayores probabilidades de enfermar o morir en comparación con las madres que completaron sus estudios de secundaria.

Los aportes que estos autores realizan a la problemática de la gestación y la maternidad en adolescentes, señalan la necesidad de encaminar acciones hacia un modelo más integral, que privilegie la promoción y educación para la salud y la prevención de la enfermedad, que le permita a las jóvenes asumir el cuidado de su salud y limitar situaciones o factores que favorezcan o condicionen patologías para ella misma o para su hijo. Esto es particularmente importante cuando la gestación y el parto ocurren en jóvenes incluidas en el grupo de adolescentes tempranas (< 15 años). (14)

-Título: “**MATERNIDAD ADOLESCENTE: VÍNCULO Y DESARROLLO.**”

Vásquez Rafael, Gómez Ana Isabel. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 46 No.3 – 1995. Colombia.

-Objetivo: Revisar publicaciones de literatura nacional y extranjera sobre el embarazo en adolescentes, sus repercusiones emocionales en ambos, madre e hijo, y el desarrollo de la adolescente después del embarazo

-Resultados y conclusiones: En Colombia el promedio de edad para el comienzo de la actividad sexual está situado por debajo de los 16 años; la pobreza empeora las repercusiones Psicosociales del mismo; el hijo padece alteraciones del desarrollo y no hay datos acerca de cómo es el desarrollo de las adolescente.

-Interpretación clínica: El embarazo en adolescentes, es el producto de variables individuales, culturales y socioeconómicas y, aunque se pueda disminuir su frecuencia, cuando se presenta es necesario contar con una estrategia altamente particular para su atención. (15)

-Título: “**EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA**”

Prada Salas, Elena. Tribuna Médica N°88(3):154-163. 1993. Colombia

-Objetivo: Examinar y analizar la situación de los adolescentes colombianos, en especial acerca de la fecundidad.

-Tipo de estudio: Descriptivo

-Resultados y conclusiones: Cada vez hay más adolescentes urbanos que rurales. Cada vez hay menos adolescentes analfabetas. Los adolescentes rurales siguen siendo los que más abandonan sus estudios. A menor escolaridad, más rápido se inicia la sexualidad y por lo tanto mayor índice de maternidad. Entre menos edad tenga una madre, menos escolaridad va a desarrollar.

Interpretación clínica: Notable implicancias psicosociales se tienen en la maternidad adolescente. Mayores riesgos obstétricos, biológicos y psicosociales.
(40)

-Título: “**EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y LA POBREZA.**”

Alatorre Rico, Javier. Atkin , Lucille C. Revista mexicana de Ginecología y Obstetricia. Vol 44 132-140 México.

-Metodología: Observacional.

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio que compara mujeres madres durante la adolescencia y mujeres que fueron madres siendo adultas, cuatro años después de su primer embarazo. Fueron entrevistadas sobre sus condiciones socioeconómicas y patrones reproductivos, también, se evaluó el estado nutricional y el desarrollo psicosocial de los hijos.

Se investigaron las relaciones entre embarazo adolescente y pobreza dentro de cada generación y a través de las generaciones, para determinar si el embarazo adolescente contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza.

-Resultados: Se entrevistaron a dos grupos de mujeres, madres adolescentes y madres adultas.

-Madres adolescentes.- formado por 231 mujeres que dieron a luz antes de los 18 años fuera de algún tipo de unión formal. En el momento de la entrevista solo el 53.1% había estado unida con el padre del bebé. De ellas la mitad estaba viviendo en unión consensual. Todas las adolescentes solas vivían en el hogar de la familia de origen, mientras que el 56% de las unidas vivía con sus suegros.

El 62% de las adolescentes estudiaron hasta la secundaria, el 19% estudió solo la primaria. El 43% abandonó la escuela antes de su primer embarazo. En el momento de la entrevista el 86% de las adolescentes era ama de casa.

De aquellas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, el 36% eran hijas de obreros o empleados, mientras que el 40.1% eran de familias de subempleos o desempleados.

-Madres-adultas.- Las de este grupo tuvieron su primer hijo en el Instituto Nacional de Perinatología cuando tenían entre 21 y 35 años. Fueron seleccionadas por pertenecer a familias de origen socioeconómico equiparables a las familias de las madres adolescentes. De los archivos clínicos del Instituto se tomaron los expedientes de mujeres que parieron entre agosto de 1987 y agosto de 1989, sin historia de infertilidad ni riesgo establecido al ingresar al mismo.

La mitad de las madres adolescentes tuvo su primer embarazo con un hombre de 17 años o menos, mientras que entre las adultas el 99.6% tuvo su primer bebé con un compañero de 18 años o más. La mayor parte de las madres adolescentes (82.4%) y de sus compañeros (62.6) estudiaron secundaria o menos, en comparación con las madres adultas (58%) y sus compañeros (72.4%) que estudiaron más allá de la secundaria.

El haber tenido un embarazo adolescente en la generación de las abuelas hace más probable el embarazo adolescente entre madres de la segunda generación y esta reincidencia del embarazo adolescente en la segunda generación contribuye a la repetición de la pobreza. En contraste un mayor porcentaje de madres adultas (75%) que de madres adolescentes (45.9%) se encontró en condiciones socioeconómicas buenas.

Hasta ahora la investigación sobre embarazo adolescente se ha concentrado sobre las complicaciones médicas durante el embarazo, las causas psicosociales y las consecuencias de la fertilidad adolescente, los cambios demográficos a través del tiempo y las consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. Pero también es necesario llamar la atención sobre las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente sobre los roles alternativos de la mujer y su estatus económico. (16)

-Título: “SCHOOL-AGE MOTHERS: PREDICTORS OF LONG-TERM EDUCATIONAL AND ECONOMIC OUTCOMES”

Horwitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel JF. Pediatrics. 1991; 87:862-868

-Tipo de estudio: Observacional

Estudio de seguimiento a 20 años de madres adolescentes define “éxito a largo plazo” como haber completado los estudios secundarios, conseguir empleo o sosten por parte del marido.

-Resultados y conclusiones: Los factores que se asocian en forma positiva con este éxito a largo plazo incluyen haber terminado la escuela antes de quedar embarazada, participación activa en los programas de madres adolescentes, no volver a quedar embarazada en los 26 meses postparto, un sentido de control de la propia vida, menor aislamiento social y tener sólo 1 ó 2 hijos después del primer embarazo adolescente. (41)

-Título: “ADOLESCENCIA Y EMBARAZO”

Dres J. Pomata; H. García; L.Otheguy; Aspres; T. Fernández; Obst. A. Ballicona; Lic. M. González. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Revista Hosp. N°02. 1997 Argentina.

-Objetivo: Determinar el porcentaje de mujeres parturientas de 16 años o menos, algunas de sus características y la evolución de las mismas en dos periodos de tiempo (1988-1994) asistidas en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

-Tipo de estudio: Observacional

-Resultados y conclusiones: Se incluyeron todas las parturientas de 16 años o menos asistidas al hospital descrito en los años 1988-1994.

De La descripción de las características demográficas y culturales de las embarazadas adolescentes podríamos decir que es un grupo de madres muy jóvenes, de nivel educacional muy bajo con un analfabetismo cercano al 2%. Un 40% tiene que enfrentarse a la maternidad sin pareja.

En 1994 se asistieron 33 embarazadas menores de 14 años que corresponden a un 11% del total de las adolescentes menores de 16 años. En este mismo año el

14.9% de esta población presentó gestas anteriores, cifras que nos parecen alarmantes.

Diferentes autores mencionan un desplazamiento de la fecundidad a edades cada vez menores, pero también estas cifras pueden ser consecuencia de tener un sesgo de muestreo dado por la implementación de un programa de asistencia a la embarazada adolescente en la maternidad Sardá, lo que pudo aumentar la demanda de asistencia por requerimiento espontáneo o por derivación de otras instituciones. Dicho programa no cubre a la totalidad de la población por el momento y muchas de las madres concurren por primera vez a la maternidad en el momento del parto. También puede existir un error aleatorio en el muestreo en 1988, dado que hubo un aumento de los partos de 5.629 en 1988 a 7.190 en 1994, pudiendo modificar las cifras. Se observa un aumento del porcentaje de primeras consultas en el I-II trimestre del embarazo en 1994, en donde también puede existir el sesgo de muestreo mencionado previamente.

En un estudio previo realizado en la maternidad Sardá no se observó que el embarazo en la adolescente constituya un riesgo biológico. Las características de esta población podrían llegar a constituir un futuro riesgo biopsicosocial para el bebé y su mamá, de donde surge como importante la vigilancia continua de ambos. (42)

-Titulo: “EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA: INFLUENCIA DE ALGUNOS ATRIBUTOS SOCIALES”

Tiburcio T, Avila-Rosas H, Quintos-Cardoso RC, García-Cardona M. Perinatol Reprod Hum 1995; 9(1): 37-45.

Resumen: Antecedentes: La incidencia de embarazos a edades tempranas en la población mexicana es alta; tal evento constituye un problema de salud que más allá de los riesgos biológicos, tiene implicaciones de carácter social y cultural, con grandes desventajas para la menor embarazada y las consecuentes repercusiones para su(s) producto(s).

El objetivo de este trabajo es analizar y caracterizar a las mujeres con embarazos a edades tempranas de acuerdo a la asociación de variables sociodemográficas, en comparación con mujeres que no presentaron tal condición.

Material y métodos: Como parte de una investigación de Riesgo Perinatal realizada en la zona urbana del D.F. que comprende 3 colonias populares se seleccionó a un grupo de mujeres (129 en total) que tenían entre 21 y 25 años de edad, que no estaban embarazadas al momento de la entrevista y que contaban con el antecedente de tener al menos un embarazo resuelto, la variable dependiente fue la edad al primer embarazo y como independientes se consideraron la escolaridad y la ocupación de la mujer, el tipo de hogar, la unión, el número de embarazos y el número de hijos vivos; tales variables se analizaron comparativamente entre quienes habían tenido su primer embarazo antes de los 20 años de edad y aquellas que lo tuvieron después.

Resultados y discusión: Los hallazgos obtenidos nos permiten confirmar que la presencia de embarazos a edades tempranas se asocia con un nivel escolar bajo (secundaria o menos), con un limitado acceso al ámbito laboral y con una mayor probabilidad de incrementar la descendencia en un período de tiempo corto; el perfil característico de este grupo es contrastante con el de las mujeres que no tuvieron un embarazo en la adolescencia. (17)

***-Título:* “DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA VALORAR EL ENTORNO PSICOSOCIAL”**

Rosa Mouriño Pérez, Leonardo Viniestra Velásquez. Departamento de epidemiología y de comunidad. Facultad de Medicina Autónoma de México. Vol 33(1): 38-48. Salud pública de México. 1991

-Resumen: Instrumento dirigido a explorar el entorno psicosocial que realiza un inventario exhaustivo de los elementos que constituyen dicho entorno, agrupados en categorías generales que, a partir de tomar como eje central el proceso del estrés, son las siguientes situaciones estresantes, soportes psicosociales y conductas de afrontamiento; expresados en cuatro niveles o esferas: individual, social, familiar y ocupacional. Se buscó satisfacer la necesidad de contar con un

material relativamente sencillo, autoadministrable y ampliamente aplicable que describa de manera integral el entorno psicosocial. se observó que a mayor edad, hay un mayor número de situaciones estresantes y menos número de soportes psicosociales. Se deduce que el instrumento, aunque tiene limitaciones, puede ser ampliamente utilizado. El requisito es que se aplique a individuos de 18 años en adelante, de cualquier sexo y estrato socioeconómico. (30)

-Título: “LA RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LAS INTERACCIONES DE MADRES JUVENILES CON SUS INFANTES: UN META-ANÁLISIS”

Clemmens D-J. Obst el Gynecol Neonatal Nurs. New Haven CT – EEUU. Jul-ago. 30(4) :410-20. 2001

-Objetivo: El propósito de este meta-análisis era resumir los resultados de estudios cuantitativos entre 1980 y 1999, independientes estadísticamente con respecto a la relación entre el apoyo social y las interacciones de madres adolescentes con sus infantes. De una muestra potencial de 31 estudios, se excluyeron 14 porque ellos no se encontraron el criterio probando, y se anularon 4. La muestra final consistió en 13 estudios, en su mayoría de corte transversal. Juntos, los estudios incluyeron una muestra de 823 madres.

Resultados: Se establecieron una relación significativa entre el apoyo social de madres juveniles y sus interacciones con sus infantes. Ninguna diferencia se encontró en la relación cuando el apoyo fue proporcionado por la familia o a través de una red. La edad maternal joven se asoció con el riesgo aumentado de muerte postneonatal. (45)

-Título: “THE RELATIONSHIP OF DEVELOPMENTAL VARIABLES TO MATERNAL BEHAVIOR”

Mercer RT; Research in nursing Health 9:25-33. Ciudad de California – San Francisco – 1986

-Objetivo: El propósito de este trabajo es informar el apoyo social percibido como disponible por las madres adolescentes durante su primer año de maternidad y la

correlación de apoyo social percibido con las variables de logro de papel maternas.

-Metodología y resultados: Estudio de tipo longitudinal, en el cual el apoyo social es una de 11 variables independientes, estudiadas para su impacto en el papel maternal en 3 grupos etáreos de madres: de 15 a 19, de 20 a 29 y de 30 a 42 años. Se categorizó el apoyo social descrito en 4 tipos: informativo, emocional, físico y apreciación de la ayuda. Sesenta y seis adolescentes estaban de acuerdo en participar en el estudio, a quienes se las entrevistó en el hospital durante el postparto inmediato y en sus casas a los uno-cuatro-ocho-doce meses después del nacimiento. Las adolescentes recibieron el apoyo emocional (de los compañeros y de los padres) menos que las mujeres mayores.

El estado de salud de las madres juveniles y sus infantes no difiere grandemente. Asimismo no había ninguna diferencia de grupo en los sentimientos de amor para el infante. (46)

- **NACIONAL**

-Título: **"IDENTIDAD, ESTEREOTIPOS DE GENERO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE EN EL PERU"**

Buitrón Aranda, Aymé. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la Universidad Peruana Cayetano Heredia .

-Resumen: La alta valoración de la maternidad y de las actividades hogareñas por la mujer y toda su familia es característico de la mayor parte de la población en el Perú. Además la gran cantidad de migrantes que viven en Lima (capital del Perú) nos hablan de una fuerte tradición cultural andina en las ciudades, además la modernidad no nos libera necesariamente del machismo. (18)

Los estereotipos de género tradicionales están muy presentes en la socialización. En el estudio que realizó entre madres adolescentes encontró dichos patrones tradicionales. Ellas limpiaron y lavaron las cosas de su casa antes o desde los diez años y aprendieron a cocinar poco a poco desde la niñez. Algunas señalaron haber sufrido abuso sexual de sus padres o padrastros. A los niños varones se les exige el trabajo fuera del hogar por los escasos recursos económicos de sus familias, en

este sentido las madres reciben con mucha alegría el nacimiento de un niño varón. En el estudio se encontró mayores datos sobre la violencia contra las niñas. En dicho ambiente la falta de afecto, la violencia psicológica y algunas veces el abuso sexual son motivo de grandes vacíos que en la adolescencia buscan ser llenados a través de la formación de un hogar de manera muy temprana. (18)

-Para conocer la realidad de los sectores más vulnerables de la población, entre ellos las madres adolescentes, PROPOLI le encargó el año 2005 al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la realización de un censo en los diez distritos de Lima en los que desarrolla su labor. De acuerdo a los resultados de este Censo de Población Vulnerable, el 10.5% de las adolescentes de 15 a 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Dicho porcentaje es superior en un 20% al obtenido en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua del año 2004 para el Área de Lima Metropolitana, según la cual el 8.7% de las adolescentes son madres.

Este promedio del 10.5% de madres adolescentes esconde comportamientos diferenciales, que varían desde un 8% en las zonas urbano marginales de San Juan de Miraflores hasta un 13.6% en Ventanilla. El porcentaje de madres adolescentes está por debajo del promedio (10.5%) en los distritos con zonas urbano marginales relativamente consolidadas, como son los casos de Villa María del Triunfo (9.7%), Villa el Salvador (9.6%) y San Juan de Miraflores (8%). En cambio, ese porcentaje se eleva por encima del promedio en las zonas urbano marginales en proceso de consolidación de los distritos de Puente Piedra (11.4%), Pachacamac (11.9%), Lurín (12.3%) y Ventanilla (13.6%).

Estas cifras revelan que la maternidad precoz es un grave problema, porque afecta el desarrollo de las adolescentes, quienes además de ver afectadas sus posibilidades de continuar estudiando, con las consecuencias negativas que eso tiene para su futuro, deben afrontar una serie de problemas de salud, tanto para ellas como para sus hijos. Esta situación se hace más preocupante cuando este estudio revela que el embarazo precoz en niñas de 12 a 14 años es de 2 por cada 1,000 niñas de esa edad.

El estudio revela también, que a mayores niveles de pobreza se incrementan los casos de embarazos entre las adolescentes. Mientras el 8.1% de las adolescentes con las Necesidades Básicas Satisfechas (NBS) son madres, ese porcentaje se eleva al 16.3% entre las adolescentes que tiene dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Esto revela que entre las adolescentes con las NBI el porcentaje de embarazos es aproximadamente el doble que entre aquellas adolescentes que tienen cubiertas sus necesidades básicas.

En todos los distritos estudiados se repite este comportamiento, según el cual el nivel de embarazos adolescentes aumenta entre los sectores de mayor pobreza. En Ventanilla, el distrito con el mayor índice de embarazos precoces de los diez materia de este estudio, el porcentaje de madres adolescentes con dos o más NBI asciende a 18.6%, mientras que entre aquellas adolescentes con las NBS el porcentaje de maternidad baja al 9.3 por ciento. En San Juan de Miraflores, donde el porcentaje de madres adolescentes es el más bajo de los diez distritos estudiados, el porcentaje de madres adolescentes es del 11.4% entre la población con dos o más NBI, mientras que en los sectores con las NBS desciende a 6.8%. Estas cifras confirman la estrecha relación entre pobreza y maternidad precoz. (19)

2.2 MARCO TEÓRICO

A. ADOLESCENCIA

La OPS y la OMS, definen a la adolescencia como el período de tiempo comprendido entre los 10 y 20 años, es decir hasta los 19 años 11 meses y días, siendo flexibles estos márgenes según variaciones culturales e individuales. (33)

Según el MINSA, La adolescencia comprende a todas las personas que tienen entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. (34)

La adolescencia, es la etapa en que el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos. (35)

La adolescencia desde una perspectiva psicosocial, es un período complejo del desarrollo que se caracteriza por un proceso gradual de búsqueda de individuación y autonomía personal, que lleva a la consolidación de la identidad. Se produce un conjunto de cambios importantes que redefinen el status personal y social de los individuos, presentándose nuevas responsabilidades y retos que asumir, además, la percepción que se tiene de sí mismo y del entorno también se modifica (Blos1985). (36)

- **Perfil de los adolescentes a nivel mundial**

Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años. La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % de las niñas y en 3 a 29 % de los niños. El 10% de los partos acontece en adolescentes.

La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 -29 años. Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo. Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva. (21)

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria. (22)

- **Etapas de la adolescencia**

Florenzano en 1992, en el Manual de Medicina de la Adolescencia, editado por la OPS, clasifica a la adolescencia según su nivel de desarrollo psicológico en:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de

estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes."(20)

Según Bloss en 1985, se trata de una etapa de cambios y confusión, en la que a través de un proceso recíproco de ajuste, se establece entre sí mismo y el entorno, una pauta de interacción que progresivamente va conformando la individualidad y singularidad personal. Parte de este proceso supone muchas veces asumir comportamientos nuevos en un afán por explorarse en diversas situaciones, frente a las cuales sin embargo no se tiene experiencia previa.

Asimismo, como consecuencia del proceso de incorporación al mundo adulto, del logro de autonomía, reconocimiento individual y social, el adolescente esta muy pendiente de las expectativas y demandas sociales atribuidas al nuevo status, y esto influye también en su comportamiento.

La imagen social que los medios de comunicación construyen sobre los adolescentes está la mayoría de las veces relacionada a la conducta transgresora creando así una representación social ligada a dichos comportamientos. (Coleman, 1999). (36)

- **Características de la Adolescencia**

- **-Inestabilidad emocional:**

a) *Afectivo emocional*: Experimenta una inseguridad generalizada. Afectiva o intelectual; oscila en sus sentimientos sin un patrón estabilizador, sin un control eficaz. Puede presentar “reacciones distímicas o improntas” que pueden ser de ansiedad o miedo, de llanto, preocupación excesiva, etc.

- **-Inestabilidad intelectual**

La adolescencia, es el primer período en el que capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia.

El funcionamiento cognoscitivo llega a la etapa de operaciones formales siendo capaz de adquirir capacidades nuevas para la explicación de nuevas situaciones.

El niño es capaz de un razonamiento lógico racional. El adolescente es capaz de un razonamiento hipotético deductivo que le permite abstraer y comparar las hipótesis con los hechos, teniendo varias probabilidades en la solución de problemas.

El pensamiento del niño es concreto, del adolescente es más elaborado (hipotético deductivo, hay abstracción a través del lenguaje).

Por momentos se sentirá genio y en otros se sentirá aturdido y negligente sin la tranquilidad necesaria que requiere la producción intelectual.

-Inseguridad:

Característica psicosocial de como relacionarse con su medio, no asume un rol determinado ni frente a la infancia ni con los adultos.

Fritz Kunkel a través de su teoría explica que socialmente a esta edad lo que ocurre es que el sujeto busca salir de su caparazón egocéntrica.

-Orientación psicosocial:

a) *El extrovertido*: joven que dirige su comportamiento hacia fuera y le gusta comprometerse con los demás en su afán de comprender al adulto se involucra “en participar en una justicia social”, pero por su inseguridad y dependencia puede sentirse incapaz de todo y se le hace difícil lograr su independencia.

b) *El Introvertido*: joven reflexivo que tiende a la meditación y a expresarse en diarios, poemas, acrósticos u otra actividad literaria.

-Sensibilidad a la frustración:

La frustración tiene dos niveles: Un nivel objetivo, la privación o carencia de algo a lo cual se tiene derecho y otro nivel subjetivo: Sentimiento de pérdida que tiene el adolescente.

Tipos de respuesta del joven ante la frustración:

a) *Extrapunitiva*: La frustración es orientada hacia el medio con cargo agresivo.

b) *Intrapunitiva*: La frustración se dirige hacia sí, vivenciando sentimiento de culpa Ej. Intento de suicidio.

c) *Apunitiva*: Se refiere a la respuesta de indiferencia o desinterés. Ejemplo: La zorra y las uvas.

d) Constructiva: Orienta la energía psíquica de la frustración hacia aptitudes positivas.

-Tendencias:

a) Al narcisismo: El adolescente está preocupado por su esquema corporal y estos cambios hacen que esté pendiente de su físico. El rostro y cuerpo son de interés íntimo y el adolescente quiere ser valorado por ello.

b) A la conducta errática o de aventura: La intranquilidad psicológica hace que salga de su medio conocido hacia lugares desconocidos.

c) A la conducta ético rígida: Comienza a apreciar las normas de su grupo social y es posible que la mayoría de las normas le parezcan negativas (esta crítica es a nivel teórico ya que no hay correspondencia en los actos).

d) A la conducta erógena: Conducta orientada a los genitales ya que en el adolescente el sexo es un tema principal de discusión, tiene una actitud de difundir este sentimiento de sexo a todo lo que ve.

e) A la conducta independiente: El adolescente quiere dejar la dependencia hacia los padres, mucho de ello dependerá del factor cultural. Los padres deben asumir una actitud comprensiva ya que el joven debe aprender a valerse por sí mismo.

(43)

• **Adolescencia y madurez psicoafectiva**

El desarrollo de la personalidad según la Teoría de Freud, concede especial importancia a como el individuo satisface el instinto sexual durante la vida. El término psicoafectivo según el “Diccionario Nauta Mayor” expresa conexión con el sistema nervioso, y el término relativo al afecto o a la sensibilidad se refiere a cualquiera de las pasiones del mismo, particularmente en este estudio con el amor o cariño, apego o inclinación.

Las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo involucran cambios somáticos y funcionales; siendo la adolescencia una de las de mayor trascendencia, que desde una visión evolutiva y prospectiva del ser humano, se presentan aspectos relacionados con la maduración psicoafectiva del adolescente. Proceso definido por Zurita y Granadillo (1996), como dinámico y continuo del desarrollo de la

madurez, por el cual los seres vivos obtienen mayor capacidad funcional de sus sistemas y la integración biopsicosocial (p. 21); de ahí que en la etapa de desarrollo del adolescente, éste será capaz desde el punto de vista biológico lograr reproducirse y en el aspecto psíquico lograr aprender y utilizar el conocimiento en forma práctica, proyectando su pensamiento hacia el futuro y desarrollar su filosofía de vida.

En cuanto al desarrollo psicológico, los autores antes mencionados enfocan algunos aspectos cognitivos y psicosociales comunes a esta edad; el sentimiento de no sentirse ni niño ni adulto es lo predominante.

Durante esta etapa sería condición la "elaboración" de tres duelos para arribar a la madurez, que teóricamente son tres: Por el cuerpo infantil; por la identidad y el rol infantil; y por los padres de la infancia.

De allí que se considera que en esta etapa, el adolescente presenta "crisis" que pueden ser de desarrollo (esperables) o circunstanciales (accidentales, inesperadas o imprevisibles). La situación de crisis va a depender de los recursos adaptativos del sujeto, pudiendo aparecer, bien en una situación estresante en la propia evolución del individuo (crisis evolutivas o esperables), o bien en otras en las que un suceso vital estresante las precipita. Estas últimas son las denominadas "crisis accidentales" o crisis inesperadas o imprevisibles, en las que estarían incluidos tanto las crisis cotidianas como separación, pérdidas, muerte, enfermedades corporales, desastres y catástrofes.

En tal sentido la teoría psicodinámica planteada por el médico Sigmund Freud (1957) citado por Toledo, E. (2001), quien fue el creador de la corriente psicológica que abrió una nueva dirección para estudiar el conocimiento humano desde varios instintos inconscientes, es decir, todas las ideas, pensamientos y sentimientos de los cuales normalmente no tenemos conciencia. Entre los instintos de la vida incluyó el sexual, que lo consideró como el factor más decisivo en el desarrollo de la personalidad.

De acuerdo con lo planteado por Sigmund Freud (1957), los aspectos de la madurez psicoafectiva en los adolescentes está conformado por estos llamados instintos, los cuales según Toledo (ob. Cid), se parecen a una caldera hirviente de impulsos y deseos inconscientes, que sin cesar tratan de manifestarse.

El "ello" opera según el principio del placer, intenta conseguir la satisfacción inmediata, busca el placer y evita el dolor. El "yo" controla todas las actividades conexas con el pensamiento y razonamiento por medio de los sentidos, por lo tanto el "yo" conoce el mundo exterior y se basa en el principio de la realidad. En tal sentido, si la personalidad del adolescente está formada sólo por el "yo" y el "ello" en cuanto a los impulsos sexuales, se estarían gobernando sólo por el placer y por algunas formas observadas en la realidad. Al mismo tiempo, Freud señala que la conducta, no sólo está gobernada por la realidad y el placer, sino también por la conciencia individual que la gente va desarrollando al interactuar con sus padres y con la sociedad. A esta conciencia Freud la llamó "Súper yo", al respecto Toledo de A. (ob.cit), señala que el "Súper Yo" no está presente desde el momento del nacimiento, los niños se rigen más por lo placentero; al ir madurando se asimilan o se hacen propios los juicios de los padres, sin embargo con el tiempo lo externo hace que la persona sustituye los juicios internos conformados, así esa conciencia asume la tarea de observar y guiar al "yo". (20)

- **Desarrollo Afectivo**

Los adolescentes están en la etapa de tomar decisiones, desean ser más independientes de sus padres, se resguardan en su grupo de pares con los cuales se sienten más identificados y comienza aquí el proceso de buscar pareja. Los jóvenes sienten tensión al separarse de sus padres y adquirir su propia identidad, sintiendo que terminarán por alejarse del todo

El adolescente es egocéntrico, lo que disminuye alrededor de los 15 a 16 años, cuando es capaz de darse cuenta de que los demás no están preocupados sólo de ellos sino que tienen sus propias preocupaciones. En esta etapa poco a poco va encontrando su identidad personal y sexual, lo que hace que se vincule de una

manera más permanente con los otros, especialmente con individuos del sexo opuesto. (43)

Así mismo algunos autores señalan que existen factores que intervienen en el desarrollo afectivo. La forma que interactúan y el grado en que interviene en cada adolescente.

Los principales conceptos básicos son:

-*Necesidad*: Es la carencia de aspectos fisiológicos y psicológicos.

-*Interés*: Cuando un individuo concentra su atención en un objetivo.

-*Emoción*: Estado afectivo de corta duración, brusco, violento, acompañado de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) y componentes subcorticales.

-*Sentimiento*: Se forma a partir de experiencias emocionales, Es un estado afectivo de larga duración, de menor intensidad, no se acompaña de cambios corporales, casi siempre es consciente y tiene componente cortical.

• **Desarrollo Cognitivo**

Aquí el individuo es capaz de entender y construir temas y conceptos abstractos. Entre los 17 a 18 años la capacidad de inteligencia, llega a su totalidad, o sea el adolescente puede entender todo como un adulto.

Este adquiere varias capacidades importantes:

-Puede tomar sus propias decisiones y razonar acerca de él mismo.

-Ya no soluciona un sólo problema de la vida cotidiana, si no ahora puede solucionar varios a la vez.

-En esta etapa el adolescente puede "pensar pensamientos". Comienza el joven a tener nuevas facultades de pensamiento y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

En esta etapa se desarrolla gradualmente la capacidad de resolver problemas complejos, es por esto, que un filósofo francés Jean Piaget determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento, se define como el pensamiento lógico y deductivo.

Con las siguientes características:

-Inteligencia sometida: Es cuando uno se somete o le da la atención a un problema, como también no puede dársela.

-El razonamiento proporcional: Es cuando el adolescente desarrolla la capacidad para operar con proporciones. Por ejemplo, el razonamiento proporcional permite utilizar las relaciones de los matemáticos, este ejemplo es contemplado desde una perspectiva aritmética.

-El uso de supuestos o proporciones: Son proporciones que se utilizan para representar la realidad, pero la veracidad de esta supuesta representación no existe o no demuestra evidencias claras de ser real.

-La experimentación científica: Al adolescente también en su estado le aparecen experimentaciones científicas. Prueba o ensaya distintas hipótesis, buscando solucionar sus problemas.

-El egocentrismo racional: Aquí empieza a manifestar una interpretación egocéntrica del mundo, se empieza a centrar solamente en sus habilidades, por esto que se le llama egocentrismo racional.

-Los amigos y enemigos: Las funciones desarrolladas del individuo le permite independizarse aún. El adolescente se siente enormemente atado a su grupo, y con mayor razón a sus amigos. (20)

- **Desarrollo psicosocial**

Probablemente, una de las tareas esenciales de la adolescencia es la búsqueda de identidad que se forma a raíz de la personalidad y circunstancias del adolescente. Los jóvenes, entre los 13 y los 19 años, necesitan desarrollar sus valores propios y estar seguros de que no están repitiendo como los suyos las ideas de sus padres. Han descubierto aquello de que son capaces y están orgullosos de sus logros. Desean establecer relaciones estrechas con chicos y chicas de su misma edad; saberse aceptados, amados y respetados por lo que son y por lo que pretenden.

La identidad es la concepción coherente del yo formada por metas, valores y creencias. Se forma al resolver tres problemas principales: Elegir una ocupación,

Adoptar valores en que creer y por que vivir y desarrollar una identidad sexual satisfactoria. Otra tarea importante en la adolescencia es la autonomía, y esta búsqueda está relacionada con la individualización y es parte de los mismos procesos que están implicados en el desarrollo de identidad.

Una de las características del logro de autonomía e identidad es el distanciamiento de los adolescentes de sus padres, y es en la medida que los adolescentes se separan emocionalmente de sus padres en que logran disminuir su resistencia a las presiones de los compañeros (steinberg y Silverberg, 1986). Los adolescentes más desapegados y menos dependientes de sus padres son los más propensos a sucumbir a la presión de los amigos, esta susceptibilidad cada vez mayor a la presión de los compañeros es un reflejo de inseguridad y falta de aceptación por parte de los padres respecto al desapego del adolescente (Ryan y Lynch, 1989). El resultado es que muchos jóvenes intercambian la dependencia de sus padres por un periodo de dependencia de sus compañeros. (44)

En la evolución Psicosocial y emocional de los adolescentes se ha descrito el llamado "síndrome de la adolescencia normal", integrado por una serie de síntomas, características y comportamientos presentes en mayor o menor grado en esta etapa de la vida.

Dichas características que dependen de diferencias individuales y del ambiente cultural son:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Tendencia grupal y necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosa que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario, a menudo hay dificultad de enfocarse en el presente.
- Manifestaciones sexuales que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital manifiesta.

-Actitud social reivindicatoria, con tendencias antisociales o asóciales de diversas intensidad.

-Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta.

-Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos y el establecimiento de su identidad propia.

-Constantes frustraciones del humor y del estado del ánimo.

Las anteriores características son útiles para reconocer las manifestaciones de conductas frecuentes en los adolescentes y además señala la normalidad de dichas manifestaciones e indica la falacia de considerarla como conducta patológica. (20)

El adolescente y su grupo social:

Las dificultades de crecimiento en el adolescente se hacen más soportables mediante el apoyo psicológico que recibe a través de su asociación con otros jóvenes que se enfrentan a las mismas tareas de desarrollo y va cumplir funciones primordiales cuando se incorpora al grupo social que es proporcionar una especie de status social hasta que la transición del estado de niñez se complete en la etapa adulta.

Los grupos se caracterizan por estar constituidos por amigos con los que mantienen relaciones de reciprocidad permanente y estable dentro de un mismo grupo surgen grupos más pequeños, en que los miembros tienen mayor afinidad, por lo general son del mismo sexo, los llamados amigos del alma: son inseparables y se confidencian todas o la gran mayoría de sus vivencias, anhelos o inquietudes.

Relación entre el crecimiento físico y la personalidad:

La reacción de los adolescentes a los marcados cambios físicos dependen en gran medida del contexto psicosocial en el que tiene lugar su pubertad (Paterson, 1955), depende mucho de los patrones y sentimientos sobre la sexualidad que han

tenido en la niñez, de las reacciones que tienen sus padres y compañeros a su cambio de apariencia y las reglas de su cultura.

La edad de la pubertad es importante tanto para los niños como niñas. La preocupación más apremiante es la apariencia; con el estirón y madurez sexual chicos y chicas piensan por vez primera en la relación hombre – mujer; y repentinamente el aspecto físico se vuelve muy importante.

Surge el interés de desarrollar la musculatura o adelgazar y usar cosméticos para mejorar la apariencia, esto tiene relación con el concepto o estimación de si mismo (autoestima).

Lo que lleva muchas veces a la aceptación o rechazo del grupo social al que pertenece el joven. El adolescente equipará su capacidad de establecer relaciones heterosexuales satisfactorias con factores físicos y de su apariencia.

El adolescente que observa que no posee ciertas características que son aprobadas culturalmente tiene un mal concepto de si mismo preocupándose por atraer al sexo opuesto.

Estudios han demostrado que jóvenes que han madurado tarde tenían manifestaciones conductuales para llamar la atención y fueron también menos populares, con menos capacidad de liderazgo que aquellos que alcanzaron la madurez a tiempo. Sienten preocupación por su anomalía y los lleva a una serie de condiciones desadaptativas que tiene como objeto captar la atención y ganar el reconocimiento de los demás.

Desarrollo sexual del adolescente:

La sexualidad en la medida que articula la vida afectiva y social del sujeto, en especial su relación de pareja y su vida en familia es parte esencial de nuestro desarrollo y de nuestra identidad.

Constituye un proceso de comunicación y una forma de expresión de nuestro ser y de nuestros sentimientos más íntimos.

Es por esta razón que una adecuada información en sexualidad debe ser una verdadera educación para el amor en tanto ello exprese la máxima plenitud del desarrollo humano. Siendo la sexualidad parte del núcleo central de la personalidad, es la familia, como agente socializadora, la principal educadora y formadora de la educación sexual de sus hijos. (43)

Identidad sexual:

Es el grado de ajuste que tiene todo individuo al papel sexual correspondiente a su sexo o género. Es verse como ser sexual, controlar los impulsos sexuales y establecer vínculos románticos o sexuales.

La sexualidad es un proceso biológico, sin embargo su expresión está definida en gran parte por la cultura y el entorno de las personas.

La identidad sexual depende de la orientación sexual por la que opte el adolescente, entendiéndose como orientación sexual al foco de interés sexual y romántico que establezca el individuo, ésta puede ser, esta puede ser heterosexual, y homosexual. (43)

B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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

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

• **La adolescencia de las adolescentes embarazadas**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes generalmente pertenecen a sectores sociales más desprotegidos, y en las circunstancias en que ellas crecen su adolescencia tiene

características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (20)

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

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

La respuesta a ésta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, pena, angustia y podría llegar a la depresión.

Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente, dependerán de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de la condición biológica, edad, condición social y significado de este hijo para ella. (23)

- **Actitudes hacia la maternidad**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

-En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

-En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poteroso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

-En la *adolescencia tardía*, luego de los 17 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

- **El padre adolescente**

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "*ser padre*". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

- **Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente**

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. – Consecuencias para la adolescente

-Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

-Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En la mayoría de los casos, el embarazo altera la relación afectiva con el padre de sus hijos y con frecuencia señala el término de esa relación.

-En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

-Produce una interrupción de sus relaciones grupales porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales. las adolescentes dejan de crecer con sus pares y pierden así un elemento de apoyo efectivo muy importante en sus vidas.

-Conduce a una pérdida de autoestima que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creía que había comenzado el camino hacia su independencia.

-Si la adolescente se convierte en madre soltera, en la mayoría de los casos es estigmatizado no solo por su familia sino por su entorno social.

-Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. – Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

-Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación.

- También se ha reportado una mayor incidencia de "*muerte súbita*".
- Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "*extramatrimoniales*" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. – Consecuencias para el padre adolescente

-Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. (20)

• **Prevención**

Existen tres niveles de prevención: (22), (21)

Prevención primaria:

- Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

Prevención secundaria:

- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

Prevención terciaria:

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se halla ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

C. LA FAMILIA

La familia, es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. (37)

Anteriormente, la familia era considerada como el grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. La estructura y el papel de la familia varían según la sociedad. (23)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que por familia se entiende, “a los miembros 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, por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial.” Esta definición está orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos. (37) Actualmente, la familia se define como “un grupo social primario que está formado por individuos quienes están unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interaccionan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.” (37)

La familia es un grupo que funciona a modo de sistema, con unas reglas de juego definidas por la propia historia familiar y por los mitos de lo relacional, que confieren a esta forma de convivencia una identidad particular, específica, diferente de la identidad de otros grupos. La familia es, también, un sistema humano en crisis, es decir, en cambio constante, que influye permanentemente y de forma recíproca en sus miembros.

Desde una visión de la familia entendida como sistema, plantean que ésta desempeña diversas funciones que sirven a dos objetivos:

1. Intrafamiliar: Persigue el desarrollo y protección psicosocial de sus miembros en el proceso de individualización.
2. Extrafamiliar: En cuanto pretende la acomodación a una cultura y su transmisión en el proceso de socialización. (37)

Como la familia es un sistema dinámico que se va adaptando a los cambios que vienen desde el sistema mayor como de quienes la conforman. Existen varias formas de organización familiar:

-Familia nuclear: Compuesta por 2 adultos (que ejercen el papel de padres), y de sus hijos.

-Familias agregadas: La pareja vive junta, pero sin haber formalizado el matrimonio.

-Familias monoparentales: Convivencia de un solo miembro de la pareja (varón o mujer) con hijos no emancipados. En ocasiones, en este tipo de familia, unos de

los hijos desarrolla la otra figura parental. Entre las causas, el divorcio o separación suele ser el motivo más común; el otro padre puede tener o no contacto con ellos. Otras causas pueden ser viudez, madres solteras, ausencia por trabajo, excarcelación, etc.

-Familias mezcladas o reconstituidas: Formadas por uniones en las que al menos unos de los miembros tiene niños de una relación previa. Puede incluir a los niños de ambos.

-Familias nucleares sin hijos: Son las familias que no tienen hijos en el hogar. Se da una mayor oportunidad a la pareja para enfocarse el uno en el otro.

-Familias con abuelos: El incremento de la expectativa de vida de la población, sumado al descenso de la natalidad, han hecho aparecer este tipo de familia, donde pocos hijos o hijas, a menudo sólo unos de ellos se ocupan de sus padres ya mayores o de otros parientes de edad avanzada.

-Familias extensas: Incluye otros parientes aparte de los padres e hijos. Los abuelos, los tíos y los primos son todos parte de una familia extensa. (37)

La familia, es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y por lo tanto es responsable de lograr que su función favorezca un estilo de vida saludable, el que debe promover el bienestar y desarrollo de sus miembros.

Como unidad psicosocial, la familia está sujeta a la influencia de factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Cuando la familia funciona de forma adecuada es uno de los focos de prevención primordial y primaria.

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicarse dentro de su núcleo familiar. A partir de los mensajes emitidos por los diferentes miembros de su familia, el niño aprende ciertas reglas de comunicación que le permitirán posteriormente interactuar dentro de su medio social. El ser humano es socialmente dependiente desde su nacimiento y es la familia en primera instancia la que le ofrece el contexto para crecer, desarrollarse y comunicarse. El recién nacido establece su primera relación con su madre y su padre. Ellos le dan la

oportunidad de sobrevivir procurándole la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como emocionales, lo que le permitirá aprender a expresar su afecto y adquirir un sentido de identidad y de pertenencia, lograr una confianza básica y seguridad para actuar.

Una de las etapas críticas de la familia es la llegada de los hijos a la adolescencia. Muchas familias que hasta entonces habían tenido una comunicación que les permitía un equilibrio familiar, en esta etapa la pierden y no les es fácil recuperarla. Sin embargo, es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada uno, si existe la disposición de las partes en conflicto. El joven debe definirse y tratar de aceptarse como individuo con pensamientos propios, diferentes a los de sus padres. Para lograr esto, puede sentir que sea necesario derribar a los ídolos, lo cual puede ser muy doloroso y poco soportable para los padres. Muchas veces son los padres los que necesitan apoyo, ya que se encuentran tan inestables como los adolescentes, ellos necesitan entender el proceso por el que están atravesando sus hijos. Estas y otras actitudes que se presentan en esta etapa pueden dar origen al conflicto familiar. Cuando no hay posibilidad de solución o negociación, el adolescente puede buscar algo o alguien que lo rescate. Entonces piensa en huir de casa, casarse o embarazarse para satisfacer su necesidad de compañía.

Investigaciones realizadas dentro del área de desarrollo psicosexual han evidenciado consistentemente que muchos padres no hablan abiertamente con sus hijos sobre sexo. La comunicación parece ser especialmente difícil durante la adolescencia cuando los adolescentes están autoafirmando su independencia respecto de sus familiares. Por otro lado se ha encontrado que los adolescentes quieren que se les hable de sexualidad para aclarar sus dudas y les agrada que lo hagan sus padres ya que lo consideran una fuente importante y confiable de información. Estudios realizados en distintos países muestran que la comunicación abierta y clara con los padres sobre el uso de anticonceptivos es un factor que ayuda a que los adolescentes los utilicen de manera responsable. (25)

La vida familiar, es la primera escuela de aprendizaje emocional. Es el modo en que los padres tratan a sus hijos (ya sea con una disciplina estricta o con un desorden notable, con exceso de control o con indiferencia, de modo cordial o brusco, confiado o desconfiado, etc.), tiene unas consecuencias profundas y duraderas en la vida emocional de los hijos, que captan con gran agudeza hasta lo más sutil. (26)

Es así que la estructura y el ambiente familiar, con sus particulares características, pueden contribuir al desarrollo sano del adolescente con factores protectores de la salud integral, o contrariamente determinar factores generadores de daño al adolescente, que se perpetúan en la edad adulta.

Estos factores involucran, según Saenz I (ob.cit):

- Estructura familiar: padres presentes o ausentes.
- Comunicación familiar: frecuencia, amplitud.
- Crisis de la edad adulta: de sus padres y su manejo intrafamiliar.
- Conflictos familiares; violencia, abuso sexual.
- Ejemplo familiar: hábitos, drogas, embarazo en la adolescencia. (27)
- El embarazo adolescente de una hermana
- Madre con historia de embarazo adolescente(25)

D. AUTOESTIMA

Una de las características más importantes del ser humano y una de las que provocan más irregularidades psicológicas es sin lugar a dudas la Autoestima de la persona.

Goethe afirma “La peor desgracia que le puede suceder a un hombre es pensar mal de si mismo”; John Milton, en su libro Paraíso perdido comenta “Nada beneficia más al hombre que su autoestima”.

La autoestima es la suma de varios aspectos de competencia y valía, traducidos en la confianza, seguridad y el respeto a uno mismo. Reflejan el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos, comprender y superar los problemas, y tener derecho a ser feliz. Es fundamental para esto, priorizar el

conocimiento de sí mismo, a fin de identificar las potencialidades y desarrollarlas, y el déficit para superarlo. (44)

El concepto de sí mismo es la base de la autoestima. Ésta sería la suma de juicios que una persona tiene de sí misma, es decir, lo que la persona se dice a sí misma sobre sí misma. Es la dimensión afectiva de la imagen personal que se relaciona con datos objetivos, con experiencias vitales y con expectativas. La autoestima, entonces sería el grado de satisfacción consigo mismo, la valorización de uno mismo. (31)

El concepto de autoestima ha sido descrito por Reasoner (1982) como dependiente de los siguientes factores: el sentido de seguridad, el de identidad, el sentimiento de pertenencia, el sentido de propósito y el de competencia personal. (31)

La autoestima, es el medio principal alrededor del cual orbita cada aspecto de nuestras vidas. Según Stanley Coopersmith (1990) Es la evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a sí mismo.

Nathaniel Branden (1998), considera la autoestima como el componente evaluativo de sí mismo, otorgándole dos características afectivas: sentimiento de capacidad y de valía personal. (28)

La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes del individuo respecto de sí mismo. La autoestima es una especie de evaluación que cada individuo hace de sí mismo en diferentes áreas, la misma que puede ir cambiando a lo largo de las distintas etapas de la vida.

La autoestima se relaciona con la aceptación de los padres hacia sus hijos; el ambiente familiar debe propiciar la expresión y la aceptación de los jóvenes para transmitirles la confianza de lo que valen de lo que son y de lo que pueden hacer

por sí mismo, estableciendo un equilibrio razonable entre la protección y el estímulo de la autonomía. (44)

- **Escalera de la autoestima (Por Mauro Rodríguez)**

Es necesario conocer los pasos que se deben seguir para lograr conocer muchos aspectos ocultos y sumergidos en la inconsciencia, y esta se va a lograr a través de un esquema en escalera de todos los conceptos vinculados a la autoestima.



-**Autoconocimiento:** Permite ser consciente de virtudes, 10defectos y sobretodo posibilidades para seguir desarrollándose. Darse cuenta de que la persona tiene habilidades, destrezas y capacidades, pero sobretodo definirse como persona.

-**Autoconcepto:** Es una serie de creencias acerca de uno mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se cree inteligente o apto, actuará como tal.

-**Autoevaluación:** Refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si lo son para el individuo, le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen

sentir bien y le permiten crecer y aprender; y considerarlas como malas, si para la persona lo son, no le satisfacen, le hacen daño y no le permiten crecer.

-Autoaceptación: Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

-Autorespeto: Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo

-Autoestima: Es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. (44)

- **Dimensiones de la autoestima**

a) *Dimensión física:* Sentirse atractivo físicamente

b) *Dimensión social:* Sentimiento De aceptación y pertenencia de su grupo de pares

c) *Dimensión afectiva:* Se refiere a la auto percepción de características de personalidad, como sentirse: - Simpático o antipático- Estable o inestable- valiente o temeroso- Tranquilo o inquieto- De buen o mal carácter

d) *Dimensión académica:* Se refiere a la autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida académica y específicamente a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares.

Incluye también la autovaloración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo y constante, desde el punto de vista intelectual. (44)

- **Componentes positivos de la autoestima (N. Branden)**

a) *Seguridad:* Factor en el cual creemos reconocer más fácilmente nuestro nivel de autoestima. Permitirá la apertura a la comunicación consigo mismo y con los demás, así como da la capacidad para sentirse cómodos ante los riesgos y nuevos retos. Gracias a la seguridad se puede confiar en los demás.

b) Autoconcepto: Es la forma como nos vemos y nos percibimos a nosotros mismos como individuos y como personas.

c) Integración: Lo llamamos también sentido de integración o sentido de pertenencia. Es sentirse cómodo y a gusto con la gente, sentir que formamos parte de un grupo (familiar, de amigos, de trabajo, de diversión, de estudio, etc.).

d) Motivación: Es lo que va a hacer que nuestra actuación nos parezca oportuna, necesaria o inevitable. Intervienen en ello una gran cantidad de factores de juicio a nivel subconsciente que se plasma en diversas frases de aliento o desaliento.

e) Competencia: Es la concienciación de que hemos aprendido, somos capaces de aprender, estamos aprendiendo continuamente y tenemos un potencial sin límites de aprendizaje. (44)

El inventario de autoestima de Stanley Coopersmith adultos – Forma “C” (anexo N° 02):

El inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith Self Esteem Inventory (SEI) forma “C” para adultos en nuestro medio, fue estandarizado por Isabel Panizo (1985, citado por Matos Apulinario, Ruth-1999).

Es una prueba diseñada para medir actitudes valorativas hacia él SI mismo para los sujetos mayores de 15 años de edad, y esta compuesta por 25 ítems. Los ítems se deben responder de acuerdo a sí el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos afirmativos o negativos; los ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas: Sí mismo-general, social-pares y hogar.

-Administración: Es individual o colectiva, tiene un aproximado de 20 minutos, aunque no hay tiempo límite.

-Calificación: El inventario consta de 25 ítems, distribuidos en tres áreas, 13 se refieren a sí mismo, 6 ítems se refieren al área social-pares y 6 ítems al área familiar.

El puntaje máximo es de 100 puntos y no existe escala de mentiras que invaliden la prueba. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando este por cuatro.

-La distribución consiste en colocar los reactivos en este orden:

-Clave de respuestas:

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Sí mismo-general	V		F	V			F			F		F	F		F			F	V					F	F	F
Social-pares			F			V		V						V			F					F				
Hogar						F		V		F					F					V		F				

A. Escala Sí mismo-general:

1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24 y 25 = 13 ítems del test.

B. Escala Social-pares:

2, 5, 8, 14, 17, y 21 = 6 ítems del test.

C. Escala Hogar:

6, 9, 11, 16, 20, y 22 = 6 ítems del test.

Total: 25 ítems (Test de Autoestima)

-Niveles de Autoestima:

Puntaje total	Sí mismo	Social	Hogar	Niveles
0 – 24	0 – 2	0 -1	0- 1	“Nivel Bajo”
25 – 49	3 – 5	2 – 3	2 – 3	“Nivel medio bajo”
50 – 74	6 – 8	4 -5	4 – 5	“Nivel medio alto”
75 – 100	9 – 13	6	6	“Nivel alto”

-Interpretación: Se realiza en base a los cuarteles, donde los extremos miden la alta y baja autoestima, y los cuarteles centrales miden la autoestima media, ya sea esta media-alta o media-baja de la autoestima.

- **Alta autoestima:** Son personas con tendencia a conseguir el éxito tanto académico como social, destacando dinamismo dentro de los grupos sociales. Son poco sensibles a la crítica, siendo así que los sentimientos ansiosos los perturban en menos medida.
- **Autoestima media:** Son personas que se caracterizan por ser optimistas, pero que en su interior sienten inseguridad de su valía personal, tendiendo a la búsqueda de aprobación social y experiencias que le conduzcan al fortalecimiento de su autovaloración.
- **Autoestima baja:** Son personas con sentimientos de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismos. Sujetos convencidos de su inferioridad, teniendo miedo a provocar el enfado de las demás personas en situaciones grupales, mostrándose pasivos y sensibles a la crítica.

-Validez y confiabilidad: Stanley Coopersmith (1967), reportó la confiabilidad del inventario a través del test-retest (0.88). Respecto a la confiabilidad en nuestro medio, en las investigaciones realizadas no se han encontrado antecedentes relacionados a la aplicación de la prueba a parte de la que se realizó en 1986 por María Isabel Panizo (citado por Matos en 1999), quien utilizó el coeficiente de confiabilidad por mitades al azar, obteniendo luego ese procedimiento que la correlación entre ambas mitades fue de 0.78. (32)

CAPÍTULO III

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Factores individuales:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Edad actual	Edad en años al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 16 años 2. 17 años 3. 18 años 4. 19 años 5. 20 años 6. 21 años 7. 22 años 8. 23 años	Ordinal
Edad de Maternidad	Edad en años al momento del embarazo adolescente, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 13 años 2. 14 años 3. 15 años 4. 16 años 5. 17 años 6. 18 años 7. 19 años	Ordinal
Edad del padre del hijo durante gestación adolescente	Edad en años al momento del embarazo adolescente, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 16 – 19 años 2. 20 – 25 años 3. 26 – 30 años 4. 31 – 35 años	Nominal
Escolaridad actual	Años de estudio alcanzados al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 6 años 2. 7 años 3. 8 años 4. 9 años 5. 10 años 6. 11 años 7. \geq 12 años	Ordinal
Estado Civil actual	Tipo de unión al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Separada 5. Viuda	Nominal
Paridad actual	Condición de la mujer según el número de partos al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Primípara 2. Secundípara 3. Multípara	Nominal
Tipo de parto en gestación adolescente	Forma de terminación del embarazo adolescente, obtenido por entrevista y visita	1. Eutócico 2. Cesárea	Ordinal
Número de Abortos	Número de abortos al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Ninguno 2. 1 - 2 3. Más de 2	Nominal
Uso actual de métodos anticonceptivos	Uso de método de control de la natalidad al momento del estudio, obtenido mediante entrevista y	1. Hormonal Oral 2. Hormonal inyectable 3. DIU	Nominal

(MAC)	visita domiciliaria	4.Natural 5.No usa	
Valoración de la autoestima	Valoración de la autoestima según escala de Coopersmith adultos, al momento del estudio por entrevista y visita domiciliaria	1.Autoestima baja 2.Autoestima media baja 3.Autoestima media alta 4.Autoestima alta	Nominal

Factores Sociales:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Proyecto de vida previo a gestación adolescente	Dirección que la persona se marca en su vida, determinado antes del embarazo adolescente. Obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1.Estudiar en la universidad 2.Estudiar en instituto/tecnológico 3.Casarse 4.Ser buena madre 5.Trabajar	Nominal
Proyecto de vida actual	Dirección que la persona se marca en su vida, determinado al momento del estudio y obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Estudiar en la universidad 2. Estudiar en instituto/tecnológico 3. Casarse 4. Ser buena madre 5. Trabajar	Nominal
Permanencia en círculo de amigos (adolescentes)	Incorporación y permanencia en su círculo de amigos, obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria,	1.Si 2.No	Nominal
Percepción de Debilidades y fortalezas en su actual condición	Percepción de Debilidades y fortalezas en su actual condición, obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria	- Debilidades: 1. Deprimida 2. Ansiosa 3. Frustrada - Fortalezas: 1. Segura de ti misma 2. Madura emocionalmente 3. Capaz de valerte por ti misma (trabajo)	Nominal
Antecedente de gestación adolescente en entorno familiar	Antecedente de gestación adolescente en entorno familiar, Obtenido por entrevista y visita domiciliaria.	1. Madre 2. Hermana 3. Otro 4. No tiene	Nominal
Pareja actual	Pareja actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1.Padre del bebé 2.Otra pareja	Nominal

		3.No tiene pareja	
Vida sexual actual	Vida sexual actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Satisfactoria 2. Insatisfactoria 3. No tiene relaciones sexuales.	Nominal
Sistema de apoyo social actual	Sistema de apoyo social que percibe la madre adolescente al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. PROMUDEH 2. Club de madres 3. Vaso de leche 4. Servicio municipal 5. Iglesia y/o religión 6. No tiene	Nominal
Acceso a seguros de salud	Acceso a seguros de salud al momento del estudio, obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria.	1. Asegurado MINSA 2. Asegurado EsSalud 3. Asegurado FFAA/PNP 4. Seguro privado 5. Sin seguro	Nominal
Evaluación socioeconómico-familiar	Evaluación hecha por el Seguro Integral de Salud (SIS) al momento de gestación adolescente, dato obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria	1. Categoría A – No pobre 2. Categoría B – Pobre no extremo 3. Categoría C – Pobre extremo	Nominal
Percepción de maltrato por ser madre adolescente	Percepción de maltrato por ser madre adolescente, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. No 2. Sí. De quién?.....	Nominal

Factores familiares:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Núcleo familiar actual	Núcleo familiar actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Vive sola 2. Vive con pareja 3. Vive con padres 4. Vive con padres y pareja 5. Vive con suegros y pareja 6. Vive con otros familiares y/o tutores	Nominal
Tipo de apoyo familiar en su actual condición	Tipo de apoyo familiar, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Financiero y afectivo 2. No da apoyo 3. Solo financiero 4. Solo afectivo	Nominal
Condición actual de su vivienda	Condición actual de su vivienda al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Propia 2. Alquilada 3. Prestada 4. Vive en casa de padres 5. Vive en casa de	Nominal

		suegros 6. Otra	
Destino actual de su hijo	Destino actual de su hijo, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Con ella 2. Con el padre del bebé 3. Adopción 4. Con abuelos maternos 5. Con abuelos paternos 6. Otro	Nominal

Factores Ocupacionales:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Ocupación actual	Ocupación actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	Estudia Trabaja ama de casa Estudia y trabaja Otro	Nominal
Ser madre adolescente es impedimento para continuar estudios	Ser madre adolescente es impedimento para continuar estudios, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1.Si 2.No	Nominal
Discriminación laboral en su actual condición	Discriminación laboral en su actual condición, obtenido por encuesta y visita domiciliaria	1.Si 2.No	Nominal

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Se trata de un estudio prospectivo, analítico, de corte transversal.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el departamento de Tacna, Provincia Tacna, Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Servicio de Gineco-Obstetricia. Durante el periodo de setiembre a noviembre del 2007.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

El universo de estudio son las adolescentes cuyo parto haya ocurrido el año 2004, atendidas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna.

Muestra:

Se tomó una muestra a conveniencia según criterios de inclusión y exclusión, conformada por 100 madres adolescentes atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2004.

Criterios de Selección:

- Criterios de inclusión:

1. Madres adolescentes cuyo parto se desarrolló en el 2004
2. Madres cuyo domicilio fue ubicable y con permanencia en Tacna
3. Madres adolescentes con atención del parto en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna.

- Criterios de Exclusión:

1. Madres con alguna patología sistémica o enfermedad crónica previa a la gestación.
2. Madres que se encuentren bajo custodia en el hogar del menor (Aldea Infantil San Pedro o INABIF).

3. Madres en las cuales el hijo haya fallecido en el periodo neonatal o perinatal.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un formato semiestructurado (anexo 01), el cual fue validado por juicio de expertos.

Asimismo se contó con una ficha de valoración de la autoestima (anexo 02), validado por Isabel Panizo en 1986 en nuestro país.

Procedimiento:

- a. Se seleccionó del registro informático del servicio Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna la muestra según los criterios de inclusión y exclusión propuestos.
- b. La recolección de la información se realizó mediante búsqueda activa y visita domiciliaria.
- c. En los casos en el que la madre adolescente se encontró bajo tutoría de una persona mayor, se solicitó una autorización explícita para poder realizar el estudio.
- d. La información se consolidó en una base de datos para el análisis de base informática, previo control de calidad de la información por el grupo de asesoría.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 01

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
EDAD ACTUAL	16	1	1.0%
	17	1	1.0%
	18	3	3.0%
	19	5	5.0%
	20	17	17.0%
	21	39	39.0%
	22	24	24.0%
	23	10	10.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 01 se observa la distribución de la muestra según edad.

- La mayor proporción fueron las madres de 21 años (39%) seguido de las de 22 años (24%) y las de 20 años (17%).

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE MATERNIDAD Y EDAD DE PAREJA DURANTE LA GESTACIÓN DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		EDAD DE PAREJA DURANTE GESTACION ADOLESCENTE									
		16 A 19 AÑOS		20 A 25 AÑOS		26 A 30 AÑOS		31 A 35 AÑOS		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD DE MATERNIDAD	13	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
	14	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
	15	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
	16	3	30.0%	4	40.0%	3	30.0%	0	0.0%	10	100.0%
	17	15	41.7%	14	38.9%	5	13.9%	2	5.6%	36	100.0%
	18	2	10.0%	14	70.0%	4	20.0%	0	0.0%	20	100.0%
	19	8	27.6%	14	48.3%	7	24.1%	0	0.0%	29	100.0%
	Total	29	29.0%	50	50.0%	19	19.0%	2	2.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

La tabla N° 02 muestra la distribución de la edad en que las adolescentes se embarazaron según la edad de la pareja en el mismo periodo de tiempo.

- Una adolescente alcanzó la maternidad a los 13 años y para entonces la pareja sexual tenía entre 20 a 25 años.
- Las madres que se embarazaron a los 14, 15 y 16 años, sus parejas estaban comprendidas entre los 20 a 25 años (100%, 50% y 40 % respectivamente).

- A partir de los 17 años, las edades de las parejas se distribuyen en grupo de mayor edad en forma homogénea.
- En el grupo de madres de 17 años, el 41.7% (n=15) tuvo parejas de una edad aproximada a la suya, entre 16 a 19 años. El 38.9% con parejas entre 20 a 25 años y el 13.9% parejas entre 26 a 30 años.
- En el grupo de madres que se embarazaron a los 18 años (mayoría de edad), el 10 % tuvo parejas entre 16 a 19 años, el 70% de 20 a 25 años y el 20% entre 26 a 30 años.
- En el grupo de madres que se embarazaron en el límite superior de la adolescencia (19 años), el 27.6% tuvo parejas de una edad aproximada a la suya, el 48.3% con parejas de 20 a 25 años y el 24.1% tuvo parejas con una edad entre 26 a 30 años.
- La edad de las parejas más frecuente es la de 20 a 25 años. Se observa que la mayor proporción de madres adolescente tuvo una pareja sexual de mayor edad a la suya.

TABLA N° 03

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD ACTUAL
DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE
TACNA. 2007**

		N	%
ESCOLARIDAD ACTUAL	6TO GRADO	3	3.0%
	7MO GRADO	1	1.0%
	8VO GRADO	5	5.0%
	9NO GRADO	5	5.0%
	10mo GRADO	12	12.0%
	11vo GRADO	52	52.0%
	SUPERIOR	22	22.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En tabla N° 03 se observa la distribución de la escolaridad actual del grupo de estudio.

- El 52% alcanzó a terminar la secundaria y el 22% se encuentra en estudios superiores. Un 3% llegó sólo hasta el 6to grado (Educación Primaria).

TABLA N° 04

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL Y ANTECEDENTES OBSTETRICOS ACTUALES DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
ESTADO CIVIL	Soltera	29	29.0%
	Casada	10	10.0%
	Conviviente	55	55.0%
	Separada	6	6.0%
	Viuda	0	0.0%
	Total	100	100.0%
PARIDAD ACTUAL	Primípara	79	79.0%
	Segundípara	19	19.0%
	Múltipara	2	2.0%
	Total	100	100.0%
antecedente de gestación en el entorno familiar	madre	5	5.0%
	hermana	11	11.0%
	otra	17	17.0%
	no tiene	67	67.0%
	Total	100	100.0%
TIPO DE PARTO EN GESTACION ADOLESCENTE	Eutócico	74	74.0%
	Cesárea	26	26.0%
	Total	100	100.0%
NÚMERO DE ABORTOS	ninguno	93	93.0%
	1 - 2	7	7.0%
	> 2	0	0.0%
	Total	100	100.0%
USO ACTUAL DE MAC	Hormonal oral	15	15.0%
	Hormonal inyectable	39	39.0%
	DIU	4	4.0%
	Natural	6	6.0%
	Preservativos	7	7.0%
	No usa	29	29.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 04 se muestra la distribución de frecuencia de estado civil y los principales antecedentes obstétricos del grupo de estudio

- Según estado civil, el 55% de las madres en estudio tiene la condición de conviviente, seguido de un 29% en la condición de soltera. Solo un 10% tiene la condición de casada.
- Según antecedentes obstétricos, el 79% era primípara, pero ya un 19% se encontraba en la condición de segundípara. A pesar de tan corta edad, un 2% (n=2) era multípara.
- Respecto al antecedente de gestación familiar en etapa adolescente, el 5% refiere que su madre tuvo esta condición, el 11% una hermana y el 17% algún otro familiar indirecto.
- Un 67% no tiene el antecedente de algún familiar con embarazo en edad adolescente, condición que las coloca como únicas madres con esta condición dentro de la familia.
- Según tipo de parto, el 74% fue eutócico y el 26% vía cesárea.
- Según número de abortos, el 93% no tenía esta condición. El 7% ya tenía el antecedente de 1 o 2 abortos.
- Actualmente, el 39% es usuaria de anticonceptivos hormonales inyectables, seguido de un 15% con anticoncepción hormonal oral. El 7% prefiere el preservativo. El 6% prefiere el método del ritmo o natural. Un 29% no es usuaria de ningún método anticonceptivo.

TABLA N° 05

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PROYECTO DE VIDA
PREVIO A GESTACION DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES
DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

		N	%
Estudiar en la universidad	No	52	52.0%
	Sí	48	48.0%
	Total	100	100.0%
Estudiar en Instituto/ tecnologico	No	57	57.0%
	Sí	43	43.0%
	Total	100	100.0%
casarse	No	99	99.0%
	Sí	1	1.0%
	Total	100	100.0%
ser buena madre	No	98	98.0%
	Sí	2	2.0%
	Total	100	100.0%
trabajar	No	79	79.0%
	Sí	21	21.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

Se observa en la tabla n° 05 la distribución de las principales opiniones de proyecto de vida antes de producirse el evento de embarazo en la adolescente.

- El 48% deseaba ir a la universidad, el 43% acudir a un instituto tecnológico. El 21% deseaba trabajar. Solo un 1% deseaba el matrimonio y un 2% ser una buena madre.
- Cabe destacar que alguna adolescente tenía más de una opción de deseo.

TABLA N° 06

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PROYECTO DE VIDA ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
Estudiar en la universidad	No	85	85.0%
	Sí	15	15.0%
	Total	100	100.0%
Estudiar en Instituto/ tecnologico	No	85	85.0%
	Sí	15	15.0%
	Total	100	100.0%
casarse	No	97	97.0%
	Sí	3	3.0%
	Total	100	100.0%
ser buena madre	No	75	75.0%
	Sí	25	25.0%
	Total	100	100.0%
trabajar	No	24	24.0%
	Sí	76	76.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N^a 06 se observa el proyecto de vida en la actualidad, ya en la condición de madre adolescente.

- Solo el 15% desea ir a la universidad y el 15% a un instituto tecnológico. El 76% desea trabajar.
- La condición “ser buena madre” es un proyecto de vida del 25% del grupo de estudio. Sólo un 3% desea casarse.

TABLA N° 07

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ENTORNO DE AMIGOS DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
¿Sigues frecuentando a tu círculo de amigos?	Sí	16	16.0%
	No	84	84.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 07 observamos la distribución de frecuencia según si frecuenta las mismas amistades o entorno de amigos que tenían las madres antes de la gestación.

- El 84% refiere que ya no es así. Sólo el 16% refiere que conserva el entorno de amistades que tenía antes de embarazarse.

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE SU ESTADO PSICOLÓGICO Y SEGURIDAD SOBRE SÍ MISMA DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Segura de ti misma					
		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deprimida	No	52	69.3%	23	30.7%	75	100.0%
	Sí	15	60.0%	10	40.0%	25	100.0%
Ansiosa	No	47	63.5%	27	36.5%	74	100.0%
	Sí	20	76.9%	6	23.1%	26	100.0%
Frustrada	No	49	61.3%	31	38.8%	80	100.0%
	Sí	18	90.0%	2	10.0%	20	100.0%
con baja autoestima	No	58	66.7%	29	33.3%	87	100.0%
	Sí	9	69.2%	4	30.8%	13	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 08, observamos la percepción del estado anímico por la propia madre según su percepción de seguridad sobre sí misma dada su condición actual.

- De las madres que refirieron sentirse deprimidas, sólo el 40.0% refiere sentirse segura de sí misma. Un 60.0% suma que siente inseguridad.
- En el grupo que refiere sentirse ansiosa, el 23.1% refiere sentirse segura de sí misma y el 76.9% no.

- En el grupo que se siente frustrada, el 90% no siente seguridad por sí misma y las que refirieron baja autoestima el 69.2% refieren también inseguridad.
- Cabe destacar que una madre puede haber presentado más de una condición.

TABLA N° 09

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE SU ESTADO PSICOLOGICO Y PERCEPCION DE MADUREZ EMOCIONAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		MAdura emocionalmente					
		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deprimida	No	41	54.7%	34	45.3%	75	100.0%
	Sí	18	72.0%	7	28.0%	25	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%
Ansiosa	No	46	62.2%	28	37.8%	74	100.0%
	Sí	13	50.0%	13	50.0%	26	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%
Frustrada	No	49	61.3%	31	38.8%	80	100.0%
	Sí	10	50.0%	10	50.0%	20	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%
con baja autoestima	No	54	62.1%	33	37.9%	87	100.0%
	Sí	5	38.5%	8	61.5%	13	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 09, observamos la percepción del estado anímico por la propia madre según su madurez emocional dada su condición actual.

- El 72% que se siente deprimida no se siente madura emocionalmente.
- De las madres que refieren sentirse ansiosas y frustradas, el 50% refiere sentirse emocionalmente maduras y el 50% no respectivamente.

- Grupo diferente se presenta en las que refirieron baja autoestima, donde el 61.5% refieren sentirse emocionalmente maduras.
- Cabe destacar que una madre puede haber presentado más de una condición.

TABLA N° 10

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE SU ESTADO PSICOLOGICO Y CAPACIDAD PARA VALERCE POR SI MISMA DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Capaz de valerte por ti misma (trabajo)					
		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deprimida	No	46	61.3%	29	38.7%	75	100.0%
	Sí	11	44.0%	14	56.0%	25	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%
Ansiosa	No	40	54.1%	34	45.9%	74	100.0%
	Sí	17	65.4%	9	34.6%	26	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%
Frustrada	No	43	53.8%	37	46.3%	80	100.0%
	Sí	14	70.0%	6	30.0%	20	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%
con baja autoestima	No	48	55.2%	39	44.8%	87	100.0%
	Sí	9	69.2%	4	30.8%	13	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N°10, observamos la percepción del estado anímico por la propia madre según su capacidad de valerse por sí misma dada su condición actual.

- De las madres adolescentes que refieren sentirse deprimidas, el 44.0% refiere que no puede valerse por sí misma y un 56% refiere que sí lo puede hacer.
- De las que refieren sentirse ansiosas, el 65.4% perciben no valerse por sí mismas. Frecuencia mayor que la misma característica descrita en el grupo anterior.

- De las que refieren sentirse frustradas, el 70% refiere además no poderse valerse por sí misma. Frecuencia mayor que las dos anteriores características descritas y similar con las que refieren sentirse con autoestima baja, que refiere sentirse además incapaz de valerse por sí misma en un 69.2%.
- Cabe destacar que una madre puede haber presentado más de una condición.

TABLA N° 11

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PAREJA ACTUAL Y VIDA SEXUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Vida sexual actual							
		Satisfactoria		Insatisfactoria		No tiene relaciones sexuales		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
pareja actual	Padre del bebé	58	93.5%	4	6.5%	0	0.0%	62	100.0%
	Otra pareja	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%
	No tiene pareja	4	11.4%	1	2.9%	30	85.7%	35	100.0%
	Total	64	64.0%	5	5.0%	31	31.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		Vida sexual actual
pareja actual	Chi-cuadrado	77.333
	gl	4
	Sig.	0.000

En la tabla N° 11 se observa la distribución de la muestra, según pareja actual y percepción de satisfacción sexual.

- De las madres que refieren relaciones con padre de su hijo, el 93.5% afirma sentirse satisfechas.
- Del grupo de madres que tienen otra pareja, el 66.7% refiere sentirse satisfecha sexualmente y un 33.3% no ha reiniciado relaciones coitales.
- Del grupo que no tiene pareja sexual, sólo el 11.4% refiere satisfacción sexual, 2.9% insatisfacción y el 85.7% no mantiene una relación sexual activa.
- Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las que cuentan con una pareja y el nivel de satisfacción sexual percibido (p:0.000)

TABLA N° 12

DISTRIBUCION DE CONDICION DE AYUDA SOCIAL Y ACCESO A SEGUROS DE SALUD DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Acceso a seguros de salud (Actualmente)											
		Asegurado - Minsa		Asegurado - EsSalud		Asegurado FFAA/PNP		Seguro Privado		Sin seguro		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sistema de apoyo social actual	PROMUDEH	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	2	2.0%
	Club de madres	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.0%
	Vaso de leche	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	17.1%	17	17.0%
	Iglesia / religión	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.0%
	Otro	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	6	7.9%	9	9.0%
	No tiene	4	30.8%	8	72.7%	0	0.0%	0	0.0%	56	73.7%	68	68.0%
	Total	13	100.0%	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	76	100.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 12, se puede observar la distribución de frecuencia según apoyo social recibido y acceso a seguros de salud actual.

- De las madres con seguro en el MINSA, el 30.8% recibe apoyo social del vaso de leche, seguido de un 15.4% en algún club de madre o Iglesia. Un 30% de este grupo no recibe ningún tipo de apoyo social institucional o de grupo organizado. De madres que se encuentran con seguro de ESSALUD, el 72% no recibe ayuda social de ninguna otra organización y sólo un 27.3% recibe de alguna otra organización no gubernamental o pública.
- La gran mayoría, 76 madres (76%) no cuentan con ningún tipo de seguro de salud; y de este grupo el 73.7% no tiene tampoco apoyo de ninguna organización social, el 17.1% del vaso de leche, el 1.3% de PROMUDEH y 7.9% de alguna otra organización no pública.

TABLA N° 13

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE PERCEPCION DE MALTRATO
POR SER MADRE ADOLESCENTE DE UN GRUPO DE MADRES
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

		N	%
SUFRE MALTRADO POR SER MADRE ADOLESCENTE	No sufre maltrato	80	80.0%
	Padres	10	10.0%
	Hermanos	3	3.0%
	Pareja	2	2.0%
	Vecinos	4	4.0%
	Compañeros de trabajo	1	1.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 13, observamos la percepción de recibir maltrato en su actual condición.

- El 80% refiere no sentirse maltratadas, el 10% perciben maltrato por parte de los padres, el 3% de hermanos y el 2% de pareja sexual. Un 4% refiere percibir maltrato por parte de los vecinos (grupo extrafamiliar).

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN NÚCLEO FAMILIAR ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

	Vive sola	Vive con pareja	Vive con padres	Vive con padres y pareja	Vive con suegros y pareja	Vive con otros familiares	TOTAL
N	4	33	26	20	9	8	100
%	4%	33%	26%	20%	9%	8%	100%

Fuente: Instrumento del investigador

En la tabla N° 14 se observa la distribución de la muestra según núcleo familiar actual

- El 33% de las madres ha formado su propio núcleo familiar al vivir solo con su pareja, el 26% vive con ambos padres. El 20% y 9% viven con padres-pareja y suegros-pareja respectivamente. Cabe resaltar que el 4% de estas madres viven solas.

TABLA N° 15

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN CONDICION ACTUAL DE VIVIENDA, APOYO FAMILIAR Y DESTINO DE HIJO DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		n	%
Condición actual de su vivienda	Propia	15	15.0%
	Alquilada	21	21.0%
	Vive en casa de padres	46	46.0%
	Vive en casa de suegros	11	11.0%
	Otro	7	7.0%
	Total	100	100.0%
Tipo de apoyo familiar en su actual condición	Financiero y afectivo	27	27.0%
	No da apoyo	7	7.0%
	Solo financiero	3	3.0%
	Sólo afectivo	63	63.0%
	Total	100	100.0%
Destino actual de su hijo	Con ella	91	91.0%
	Con el padre de su bebé	4	4.0%
	Adopción	1	1.0%
	Con abuelos maternos	2	2.0%
	Con abuelos paternos	1	1.0%
	Otro	1	1.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 15 observamos la distribución de frecuencia según condición actual de vivienda, apoyo familiar y destino de hijo del grupo en estudio.

- En relación a la condición actual de su vivienda, podemos observar que el 46% vive en casa de padres, el 21% en casa alquilada y el 15% en casa propia.
- Según el tipo de apoyo familiar que recibe el grupo en estudio, el 63% de las madres recibe tan solo apoyo afectivo, el 27 % además de apoyo afectivo también apoyo financiero. El 7% no recibe ningún tipo de apoyo.
- Con respecto al destino actual de su hijo, el 91% de las madres viven junto a su hijo, el 4% de los niños viven sólo con el padre. Un 2% de niños viven con los abuelos maternos y un 1% con abuelos paternos. Un niño fue entregado en adopción.

TABLA N° 16

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACION ACTUAL DE
DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE
TACNA.
2007**

		n	%
Ocupación actual	Estudia	13	13.0%
	Trabaja	58	58.0%
	Ama de casa	25	25.0%
	Estudia y trabaja	3	3.0%
	otro	1	1.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 16 observamos la distribución de frecuencia según ocupación actual de la madre objetivo del estudio.

- El 58% trabaja actualmente, el 25% se desempeña como ama de casa y el 13% sólo estudia.

TABLA N° 17

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE
POSIBILIDAD DE SEGUIR ESTUDIOS DE UN GRUPO DE MADRES
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

		n	%
¿ El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios?	SÍ	85	85.0%
	NO	15	15.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N°17 observamos la distribución de frecuencia de percepción sobre la posibilidad de seguir estudios en el grupo de estudio.

- El 85% de las madres del estudio reconocen que el ser madre es un impedimento importante para seguir estudios. Un 15% refiere de que no.

TABLA N° 18

NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESFERAS DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		n	%
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	6	6.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	13	13.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	48	48.0%
	NIVEL ALTO	33	33.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	19	19.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	44	44.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	30	30.0%
	NIVEL ALTO	7	7.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	6	6.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	40	40.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	42	42.0%
	NIVEL ALTO	12	12.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

La tabla N° 18 muestra la medición del nivel de autoestima según esferas propuestas por el test utilizado en el presente estudio.

- En la escala “SI MISMO-GENERAL” el 48% presentaba un nivel de autoestima medio alto, seguido de un 33% con un nivel alto de autoestima. Un 13% de madres manifiesta un nivel de autoestima medio a bajo.
- En la escala “SOCIAL PARES”, el 44% se encuentra en un nivel de autoestima medio bajo, seguido del 30% con un nivel de autoestima en esta condición de medio alto. Un considerable 19% se encuentra con un nivel de autoestima bajo.
- En la escala “HOGAR” El 42% se encuentra con un nivel de autoestima medio alto seguido de un 40% con un nivel de medio bajo.

TABLA 19 (Anexos 03, 04, 05)

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESTADO CIVIL, PROYECTO DE VIDA Y APOYO SOCIAL ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		ESTADO CIVIL
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	2.757
	gl	9
	Sig.	0.973
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	17.337
	gl	9
	Sig.	0.044
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	4.794
	gl	9
	Sig.	0.852

* Fuente: Instrumento del investigador

		Estudiar en la universidad	Estudiar en Instituto/tecnológico	casarse	ser buena madre	trabajar
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	1.970	2.133	1.308	5.168	0.210
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.579	0.545	0.727	0.160	0.976
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	2.518	5.250	1.177	7.477	1.797
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.472	0.154	0.759	0.058	0.616
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	1.830	1.363	4.312	9.771	6.511
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.608	0.714	0.230	0.021	0.089

*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Sistema de apoyo social actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	14.058
	gl	15
	Sig.	0.521
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	9.892
	gl	15
	Sig.	0.826
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	9.050
	gl	15
	Sig.	0.875

*

TABLA N° 20 (Anexo 06, 07)

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ANTECEDENTE DE MALTRATO EN SU ACTUAL CONDICIÓN DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA.

2007

		Evaluación socioeconómico familiar por seguro integral de salud (durante gestación adolescente)
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	2.774
	gl	6
	Sig.	0.837
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	5.109
	gl	6
	Sig.	0.530
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	10.994
	gl	6
	Sig.	0.089

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		SUFRE MALTRADO POR SER MADRE ADOLESCENTE
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	19.525
	gl	15
	Sig.	0.191
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	15.030
	gl	15
	Sig.	0.449
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	18.835
	gl	15
	Sig.	0.221

Fuente: Instrumento del investigador

TABLA N° 21 (Anexo 08, 09)

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN NUCLEO FAMILIAR Y DESTINO ACTUAL DEL HIJO DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Nucleo familiar actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	31.407
	gl	15
	Sig.	0.008
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	22.396
	gl	15
	Sig.	0.098
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	17.141
	gl	15
	Sig.	0.311

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Destino actual de su hijo
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	21.509
	gl	15
	Sig.	0.121
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	12.661
	gl	15
	Sig.	0.628
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	37.49
	gl	15
	Sig.	0.001

Fuente: Instrumento del investigador

TABLA N° 22 (Anexo N° 10, 11)

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN OCUPACION ACTUAL E IMPEDIMIENTO PARA SEGUIR ESTUDIOS DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Ocupación actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	18.059
	gl	12
	Sig.	0.114
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	25.744
	gl	12
	Sig.	0.012
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	9.959
	gl	12
	Sig.	0.620

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios?
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	9.338
	gl	3
	Sig.	0.025
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	8.512
	gl	3
	Sig.	0.037
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	14.015
	gl	3
	Sig.	0.003

Fuente: Instrumento del investigador

A partir de la tabla N° 19 a la tabla N° 22 se muestra el contraste de variables para determinar las principales características asociadas a nivel de autoestima.

- Se ha considerado un “p” significativo menor de 0.05 a un intervalo de confianza del 95%, La prueba para determinar asociación fue chi cuadrada.
- Las variables que están asociadas o influenciarían a las escalas de autoestima “SI MISMO-GENERAL” son núcleo familiar actual y la percepción de que el ser madre es un impedimento para seguir estudiando.
- Las variables asociadas a los niveles de autoestima “SOCIAL PARES” son estado civil, el núcleo familiar actual, ocupación actual y la percepción de impedimento a seguir estudios.
- Las variables asociadas a escala “HOGAR” son la percepción de ser buena madre, destino actual del hijo y la percepción de impedimento a seguir estudios.
- La variable “seguir estudios” es una variable asociada en las tres escalas y la que incentivándola podría influenciar positivamente en el nivel de autoestima de las madres en estudio

DISCUSIÓN

- En este estudio se deja en evidencia que el embarazo temprano se asocia con una situación psicosocial menos ventajosa, confirmado también por estudios similares realizados en otros países latinoamericanos (Prada; 1993, Vazquez y col; 1995, Dres y col; 1997).
- La situación psicosocial actual de las madres adolescentes es realmente alarmante; siendo la frustración de sus metas por alcanzar, un indicador muy sensible de este problema, así pues se refleja en este estudio que una gran mayoría de madres adolescentes en nuestra ciudad no continúan con estudios superiores a pesar que tenían proyectado antes de quedar embarazadas hacerlo. En este sentido, se dedican actualmente a trabajar (58%) o a buscar como conseguir un trabajo que pueda cubrir las nuevas necesidades que atañe el traer un hijo al mundo.
- Asimismo, la madre adolescente no se identifica con el problema en el cual esta inmersa, y por este motivo tiene mayor tendencia a quedar nuevamente embarazada (21%), debido a que la despreocupación y la falta de compromiso por sobrellevar esta situación da como resultado que presente relaciones sexuales sin protección (29%), y vuelva nuevamente el problema, en muchos casos eligiendo salidas prácticas y peligrosas como el aborto (7%).
- La familia y el entorno de la adolescente, son en suma cuentas parte del problema, haciendo que la joven madre que se enfrenta a esta situación, no se sienta segura en su propio hogar o en su círculo de amigos, dejando en ella pocas alternativas para enfrentar el día a día como madre de un pequeño ser que pide mucho de ella, frecuente motivo que la hace aferrarse en una pareja que le brinde este apoyo, y involucrase pronto en un problema mayor, la convivencia (55%).

- Este proceso, tiene una base directa en la propia inmadurez (59%) e inseguridad de la adolescente (67%), dando lugar después de quedar embarazada a una autoestima cada vez menor, traducida en muchos casos en ansiedad (26%), depresión (25%) y sobre todo en frustración (20%) al no poder modificar su situación, y por ende conlleva a no quererse como persona, despreocupándose incluso de su propia salud, reflejada ésta última en este trabajo de investigación como la falta de un sistema de apoyo social (68%) y seguro de salud (76%).
- Por otro lado, la metodología de investigación utilizada es también similar a otros estudios (Alatorre;1989), sin ser por ello más simple de resolver, pues todo trabajo desarrollado en campo es complicado por naturaleza, y se necesita de un mayor presupuesto. Asimismo, los esfuerzos por lograr la cobertura propuesta de madres adolescentes estuvieron siempre en creciente a pesar de los avatares del día a día.
- Sobre los resultados obtenidos en este estudio, es relevante mencionar la convergencia de sus conclusiones con los principales trabajos de investigación desarrollados al respecto en el mundo (Tiburcio y col; 1995, Clemmens y col; 2001); confirmando que la presencia de embarazos a edades tempranas se asocia con un nivel escolar bajo (secundaria o menos), con un limitado acceso al ámbito laboral y con una mayor probabilidad de incrementar la descendencia en un período de tiempo corto, iniciando el círculo de la pobreza.
- Algunos factores que se asocian en forma positiva con el éxito a largo plazo, se incluyen de igual manera en este estudio: el culminar con estudios secundarios, el conseguir empleo, no quedar embarazada después de los 26 meses postparto, un sentido de control de la vida reflejada en un elevado autoestima, menor aislamiento social , etc. (Horwitz y col; 1991, Mercer 1986).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA

La edad actual promedio de las madres es de 20.99 ± 1.3 años, siendo además la edad de 21 años la de mayor frecuencia (39%). La edad de maternidad promedio fue de 17.54 ± 1.27 años, con parejas en ese momento de edades comprendidas entre los 20-25 años en el 50% de los casos.

En la actualidad, el 55% son convivientes y sólo el 29% son madres solteras. La escolaridad alcanzada de mayor frecuencia es de nivel secundario completo (52%), presentando estudios superiores sólo el 22%. Asimismo el 79% continúa en su condición de primípara. Son usuarias de algún método anticonceptivo el 71%, siendo el inyectable el más utilizado (39%).

SEGUNDA

Su proyecto de vida actual incluye como primera opción el trabajar (76%) y sólo el 15% continuar con estudios superiores. El 25% refieren sentirse deprimidas (25%) y ansiosas (26%); sin embargo reconocen como fortalezas sentirse maduras emocionalmente (41%) y capaces de valerse por sí mismas (43%). Asimismo perciben a sus padres como sus principales agresores por ser madres adolescentes (10%).

El 65% cuenta con una pareja en la actualidad, siendo en el 95% de los casos el padre de su hijo. El 84% no frecuenta su círculo de amigos; y no cuenta con ningún tipo de apoyo social (68%) ni seguro de salud (76%), a pesar que el 74% de estas madres fueron calificadas como categoría-B (pobreza no extrema) por el SESE durante su gestación.

Cabe resaltar que el 33% presentan antecedentes de gestación adolescente en su entorno familiar, siendo la hermana el familiar directo.

TERCERA

El 33% de estas madres ha formado su propio núcleo familiar. El tipo de apoyo familiar recibido es sólo de tipo afectivo (63%), a pesar que reconocen vivir en la casa de sus padres (46%). Asimismo, el 91% de las madres viven junto a su hijo.

CUARTA

El 61% cuenta con un empleo remunerado y sólo el 13% se dedica exclusivamente a estudiar. Asimismo el 85% señala que el ser madre adolescente ha sido un impedimento para continuar sus estudios.

QUINTA

El nivel de autoestima de estas madres en la escala “SI MISMO-GENERAL” es de nivel medio alto (48%), en la escala “SOCIAL-PARES” de nivel medio bajo (44%) y en la escala “HOGAR” de nivel medio alto.

Las variables que están asociadas o influenciarían a las escalas de autoestima “SI MISMO-GENERAL” son núcleo familiar actual y la percepción de impedimento a seguir estudios. Las variables asociadas a los niveles de autoestima “SOCIAL-PARES” son estado civil, núcleo familiar, ocupación actual y la percepción de impedimento a seguir estudios. Las variables asociadas a escala “HOGAR” son la percepción de ser buena madre, destino actual del hijo y la percepción de impedimento a seguir estudios.

La variable “seguir estudios” es una variable asociada en las tres escalas, y la que incentivándola podría influenciar positivamente en el nivel de autoestima de las madres en estudio.

RECOMENDACIONES

- El presente trabajo de investigación, como estudio piloto podría ser el punto de partida a posteriores trabajos que consideren una mayor población de madres adolescentes, para así determinar la situación psicosocial de este grupo de mujeres, a fin de promover la creación de leyes de protección que las respalde y reincorpore a la sociedad en su nueva condición.
- Coordinar con el Ministerio de Educación programas académicos a nivel nacional, cuyo contenido considere tema de estudio a la madre adolescente. Asimismo, impulsar el diseño de programas educativos dirigidos a éstas madres, con el propósito de que culminen su ciclo educativo básico sin ser objeto de discriminación en su actual condición.
- Impartir cursos informativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado.
- Promover cursos de capacitación dirigidos a este grupo, con el fin de incorporarlo en centros laborales.
- Diseñar estrategias para la creación de proyectos de vida, aumentar el nivel de autoestima y fomentar valores y principios, a través de la implementación de talleres y charlas, en los cuales se incluya testimonios de mujeres que fueron madres adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Salaverry Olga M.** Lima – Perú. “Embarazo en adolescentes de Lima”
<http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>
2. **Peñaherrera Sánchez Edwin.** Arequipa – Perú. “Módulo: Prevención y promoción de la salud mental en la niñez y adolescencia”- Maestría en salud mental del niño, del adolescente y de la familia.
3. **Neelofur-Khan Dina.** Ginebra – Suiza. “Embarazo Adolescente” – Publicación electrónica de la Organización Mundial de la Salud. 2007
http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/ISBN_92_4_159565_0.HTM
4. **Red nacional para el medio ambiente y la supervivencia y el desarrollo infantil.** <http://www.omco.org/macroredperu/scannews1/scan2.htm>
5. **Mujeres hoy (Portal de las mujeres latinoamericanas).** Nota de prensa del 25.11.2005
<http://www.mujereshoy.com/secciones/3466.shtml>
6. **Klein L.** “Antecedents of teenage pregnancy” Clin Obst Gynaecol. 1978, 1151
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
7. **Geronimus At, Korenman S.** “The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered” Research reports. 1990. Population Studies Center
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
8. **De Miguel J.R; Arribas C. y Cols.** “Repercusión social y afectiva del embarazo en la mujer de > 17 años, encuesta realizada a los dos años del parto”. Progresos en Obstetricia y ginecología. 33,5,259-264.
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
9. **Grindstaaf C.F.** “Adolescent Marriage and Childbearing: The long term economic outcome” Canadá. 1987
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
10. **Camacho Diaz Cristina y Cols.** “Embarazo en la adolescencia” Alabacete-España. 1995
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/embaradolesc6.htm>

11. **O'mailly Alfaro Jeanneville.** León -España “Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes” 2001
www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF
12. **PROPOLI - INEI.**
http://www.propoli.org/boletin_desarrollo_frame.php?nota_id=59
13. **Angela Vázquez Márquez, Francisca de la Cruz Chávez y Cols.** “Repercusión materna de el embarazo precoz”. Facultad de Ciencias médicas Filial Bayazo - Rev Cubana Obstet Ginecología 21(1). Cuba - 1995
14. **Auchter, Mónica; Balbuena, Mirtha - Galeano, Humberto.** “Maternidad y adolescencia – Nuevos enfoques”. Facultad de Medicina – UNNE. Argentina - 2002
15. **Rafael Vásquez, Ana Isabel Gómez.** “Maternidad adolescente: Vínculo y Desarrollo” Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 46 No.3. Colombia - 1995
16. **Alatorre Rico, Javier Atkin y cols.** “El embarazo adolescente y la Pobreza”. Revista mexicana de Ginecologia y Obst. Vol.44 132-140. México - 1989
17. **Tiburcio T, Avila Rosas H y Cols.** “Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales”. Perinatol Reprod Hum 9(1): 37-45. 1995
18. **Buitrón Aranda, Aymé y Cols.** “Identidad, estereotipos de género y maternidad adolescente en el Perú”. Departamento de Estadística, humanidades y Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. abuitro@upch.edu.pe
19. **PROPOLI - INEI.**
http://www.propoli.org/boletin_desarrollo_frame.php?nota_id=59
20. **Juan R. Issler.** “Embarazo en la adolescencia”. Revista de postgrado de la cátedra VIa Medicina N°107-Agosto/2001: 11-23
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
21. **Tavara Orozco.** “Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú.” Ginecol Obstet Perú. 2004;50(2):111-122.

22. **Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda.** “Manual de medicina de la adolescencia.” EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
23. **Situación de la adolescente y la maternidad.**
<http://www.monografias.com/trabajos12/adoma/adoma.shtml>
24. **Tipos de familia**
<http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>
25. **Jeanneville O’mally Alfaro Blandón.** “Planificación Familiar Y Algunas Perspectivas De Embarazo En Adolescentes.” Tesis Para Optar Al Título De Especialista En Gineco-Obstetricia. España. Febrero Del 2001
26. **El desarrollo emocional adolescente.**
<http://www.interrogantes.net/includes/documento.php?IdDoc=1283&IdSec=15>
27. **García, naillet, silva Teofila.** “Programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas.”
<http://www.monografias.com/trabajos28/programa-adolescentes/programa-adolescentes.shtml>
28. **Ucañan urtecho sheyla karin, carrillo rubio eliana maritza** “Análisis comparativo de la autoestima en adolescentes aceptados, rechazados y aislados por sus padres en el hogar de cristo de la ciudad de chimbote.”
http://www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS_PS/TESIS/T82.doc
29. **Carla Astudillo, Carolina Díaz, Mónica Cabrera, Angela Muñoz y Ximena Calbacho.** “Autoestima adolescente y estilos de crianza parentales.” Psicología del Desarrollo II, Universidad del Desarrollo, 2000.
<http://www.geocities.com/Heartland/Farm/8810/investig/aecrian2.html>
30. **Rosa Mouriño Pérez , Leonardo Viniegra Velásquez.** “Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial” Departamento de epidemiología y de comunidad. Facultad de Medicina Auntonoma de México.. Vol 33(1): 38-48. Salud pública de México - 1991

31. **Isabel M. Haesussler, Neva Milicia M.** “Confíar en uno mismo: Programa de Autoestima”. Santiago de Chile – Chile. 1994.
32. **Stanley Coopersmith.** “Escala de Autoestima - Adultos”.1975
33. **Unidad de Salud del Niño y del Adolescente Área Salud Familiar y Comunitaria OPS/OMS©.** “Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes.” DRAFT-NOVIEMBRE 2006.
www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf
34. **MINSA** “Promoción de la salud de los y las adolescentes.”
<http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.asp?Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adolescente.asp>
35. **YouthNet/Family Health International y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Guía para la Participación de los Jóvenes: evaluación, planificación e implementación.
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/sa-participacion.htm>
36. **Edwin Peñaherrera Sánchez.** “Maestría en Prevención y promoción de la salud mental en la niñez y adolescencia”. Universidad Católica de Santa María – Escuela de Post grado. Arequipa
37. **Flor Vilchez Velásquez.** “Maestría en Salud mental del niño, adolescente y familia – Bases para el estudio de la problemática familiar”. Universidad Católica de Santa María – Escuela de Post grado. Arequipa
38. **Population Referente Bureau (PRB).** “La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias” PRB. Washington, D.C.-1992.
39. **Buvinic, Mayra.** “Costs of adolescent childbearing in Latin America and the Caribbean. ICEW Working Paper N°05, Washington, d.c.; Internacional Center for Research on Women. octubre de 1997
40. **Prada Salas Elena.** “El contexto demográfico de los adolescentes en Colombia”. Tribuna Médica N°88(3):154-163. Colombia - 1993.
41. **Horwitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel JF.** Pediatrics. “School-age mothers: predictors of long-term educational and economic outcomes”1991; 87:862-868.

42. **Dres J. Pomata; H. García; L.Otheguy; Aspres; T. Fernández; Obst. A. Ballicona; Lic. M. González.** “Adolescencia y embarazo”. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Revista Hosp. N°02. Argentina - 1997
43. **Lic. Gladys Aldana Prima.** “Manual de Psicología del Desarrollo II – Universidad Privada San Martín de Porres”. Semestre II – 2008.
44. **Lic. Tatiana Jenny Ramirez Chacón.** “Manual de Psicología del Desarrollo Afectivo I: Autoestima –Universidad Privada San Martín de Porres”. Semestre II – 2008”.
45. **Clemmens D-J.** “La relación entre el apoyo social y las interacciones de madres juveniles con sus infantes: un meta-análisis”. Obst el Gynecol Neonatal Nurs. Jul-ago. 30(4) :410-20. New Haven CT(Connecticud) – EEUU - 2001
46. **Mercer RT;** “The relationship of developmental variables to maternal behavior”. Research in Nursing Health 9:25-33. Ciudad de California/San Francisco - 1986

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es una situación muy especial, se trata de mujeres que por su configuración psicológica más que anatómica, no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de ser madres.

Según la OMS, cada año pasan a ser madres 14 millones de adolescentes, más del 90% de las cuales viven en países en desarrollo. (3) En Tacna en el año 2006, el porcentaje de embarazo en la adolescencia fue del 18%, cifra muy por encima del promedio nacional, revelando la alta incidencia de este problema en nuestra ciudad.

En la actualidad, es considerado un problema de salud pública, por su gran incidencia en la población adolescente; en los psicosocial, por los resultados y repercusiones adversas que el hecho tiene sobre la propia progenitora y su hijo.

El contenido del presente Trabajo de Investigación, titulado “Situación psicosocial de 100 madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2007” se divide en cinco capítulos.

En el capítulo I, se tratará lo correspondiente al problema de investigación; el capítulo II, estará referido a la revisión bibliográfica; el capítulo III, a las variables y operacionalización de variables; en el capítulo IV, se presenta la metodología de la investigación; y por último el capítulo V, estará referido a los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es un periodo de transición, que corresponde según la OMS entre los 10 y 19 años. (1) Es considerada una etapa compleja para el individuo, debido al doble proceso de ajuste individual y social que tiene lugar a esas edades. (2)

El embarazo, es una experiencia tan profunda en la vida de una mujer, que trae consigo modificaciones no sólo en el cuerpo y ánimo de la gestante, sino también necesidades y prioridades. Representando en la mayoría de los casos, un evento abrumador para la adolescente.

Según la OMS, cada año pasan a ser madres 14 millones de adolescentes, más del 90% de las cuales viven en países en desarrollo. (3)

Según el movimiento Manuela Ramos, la cifra en el Perú en el año 2000 fue de 176000 adolescentes embarazadas, representando el 19.4% de mujeres en edad fértil. (4)

En el 2003, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), el 13% de adolescentes de 10 – 19 años ya eran madres o estaban gestando (5)

Por otra parte, para el año 2006 según el Ministerio de Salud, la población de gestantes adolescentes a nivel nacional fue del 14%. En Tacna, el porcentaje fue del 18%, cifra muy por encima del promedio nacional, revelando la alta incidencia de este problema en nuestra ciudad.

El embarazo en la adolescencia, es un aspecto especialmente sensitivo a los contextos socioculturales, el considerarlo como un problema dependerá de la percepción subjetiva de los y las afectadas, así como de su entorno inmediato. Este evento, considerado por muchos como un fenómeno social, tiene matices distintos según el sector del que se trate, existen lugares donde es aceptado socialmente; sin embargo, en otros contextos es visto como un problema, ya que

usualmente interfiere con el proyecto de vida de la adolescente, en el que se limitan sus expectativas educativas, matrimoniales, de realización personal y prosperidad económica, constituyendo un factor importante en la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Con respecto a la repercusión del embarazo en las adolescentes, tal vez los aspectos psicosociales sean más importantes y de mayor impacto, que los problemas gineco-obstétricos.

Hace ya 29 años, Klein indicaba que la gestación adolescente representaba la iniciación de un síndrome de fracaso personal, alteración y truncamiento de su vida, fracaso para completar su educación, para desarrollar su propia independencia; en definitiva para elegir y perfilar su orientación humana y profesional. (6)

Probablemente las mujeres social y económicamente más favorecidas logren superar su reciente maternidad, evitando otro embarazo en la adolescencia y consiguiendo incorporarse a la sociedad. Sin embargo, para otro colectivo, la realidad es muy distinta, ya que abandonan sus estudios, por lo tanto pierden la capacidad de acceso al mundo laboral y profesional, y en definitiva su autoestima. (7)

En un estudio realizado a los 2 años post parto de madres adolescentes, se observó un distanciamiento de sus amistades en un 13.6%, desconexión total con sus estudios en un 100% y una incorporación al trabajo en un 40% (8)

Por otra parte Grindstaff, refiere que si estas madres se casan, viven un matrimonio de conflictos, tanto en la esfera personal como psicobiológica, culminando muchos de ellos en separaciones, divorcios o agresividad en la pareja. (9)

En un estudio realizado en España, se encontró que el 65% de las madres adolescentes conviven con el padre de su hijo, de las cuales el 57.5% están

casadas; el 32.5% viven con los padres de alguno de los dos, y solo el 2.5% vive sola con su hijo. Más de la mitad de las encuestadas declara haber abandonado sus estudios o trabajo, a causa de la gestación. Asimismo, cabe destacar que el 76.9% refieren haber sufrido un cambio de personalidad, sintiéndose más responsables y maduras. El 78.5% pretende llevar a cabo los planes que tenían antes de quedar embarazada, mientras que el 20.5% manifiesta lo contrario (10)

En Cuba, se encontró que más del 50% de las adolescentes embarazadas sin apoyo familiar, se mantuvo desvinculada del estudio y del trabajo, donde la mayoría de las gestantes eran miembros de una familia disfuncional, concluyéndose que el apoyo familiar a la madre adolescente resulta determinante para el buen desempeño de ésta y para la salud de su hijo (11)

Según Buvinic, el embarazo y la procreación en adolescentes limitan las oportunidades educativas y económicas a disposición de las madres jóvenes, y estrechamente relacionados con niveles bajos de escolaridad en las mujeres. (38) Por ejemplo, en el Caribe, el embarazo es el motivo más común de la deserción escolar. (39)

De acuerdo al estudio hecho por PROPOLI en el 2005 en Lima, el 10.5% de las adolescentes de 15 – 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Dicho porcentaje es superior en un 20% al obtenido en el ENDES 2004 para el área de Lima Metropolitana, según la cual el 8.7% son madres. En los distritos urbano marginales en proceso de consolidación según el ENDES continua 2004, la incidencia es del 11.4% al 13.6%. (12).

Tacna no escapa a esta realidad percibida a nivel nacional, y según el reporte del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (SIP), muestra que los porcentajes de madres adolescentes atendidas el año 2004 fue de 599 (17 %), y de 618 (16.8 %) y 630 (17.9 %) en los años 2005 y 2006 respectivamente. Observando un incremento sostenido, que si bien es visto como

un problema de salud materna por las complicaciones en la atención del parto, se considera como factor determinante que en la mayoría de casos obedece a un factor sociocultural; por tal motivo, es también necesario conocer que sucede en una etapa posterior a su embarazo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Pregunta General:

¿Cuál es la situación psicosocial actual de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?

1.2.2 Preguntas Específicas:

- ¿Cuáles son los factores individuales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuáles son los factores sociales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuáles son los factores familiares actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuáles son los factores ocupacionales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna?
- ¿Cuál es el nivel de autoestima de la madre adolescente y qué relación tiene con las principales características psicosociales?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la situación psicosocial actual de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar los factores individuales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar los factores sociales actuales de madres adolescentes, que fueron atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar los factores familiares actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar los factores ocupacionales actuales de madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004, en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Determinar el nivel de autoestima de la madre adolescente y su relación con las principales características psicosociales.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia, desde hace ya varios años, se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales; considerándose un problema de salud pública, por la gran incidencia de embarazos en la población adolescente; en lo psicosocial por los resultados y consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la propia madre, su hijo, y su entorno familiar y social, que inciden en el aumento de desigualdades e inequidades en este grupo poblacional.

Según estadísticas locales, la población adolescente representa el 18% de las mujeres embarazadas, lo que revela una alta incidencia sobre todo si lo comparamos al promedio nacional, el cual fue del 14% en el año 2006.

Hasta el momento, tanto a nivel nacional y local, existen numerosos trabajos de investigación relacionados al “Embarazo en la adolescencia”, los cuales se han abocado, sobre todo al estudio de los principales factores psicosociales que

influyen en su presentación, así como en las repercusiones de la gestación en la salud de la madre y el niño; pero no se ha realizado ningún estudio en que se caractericen los aspectos psicosociales de estas madres después de un tiempo de su parto.

Motivada por lo descrito y dada la magnitud del problema, es que surge la inquietud de conocer en nuestra realidad las características psicosociales después del parto en el grupo de estudio, y a la vez comprobar si lo que se señala en trabajos internacionales se aplica también a nuestra ciudad.

El describir el perfil psicosocial de éstas madres después de 3 años de su parto, considero un tiempo prudencial para valorar las reales repercusiones desde el punto de vista individual, social, familiar y ocupacional de éstas mujeres.

Por tal motivo, en busca de contribuir e incentivar a posteriores investigaciones, es que los resultados del presente trabajo tienen como finalidad estimular la generación de programas de inserción, empoderamiento y estabilización socio-familiar de éstas mujeres.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Adolescencia:** Edad entre los 10 y 19 años.
- **Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
- **Edad de maternidad:** Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento de una mujer y el día en que se convirtió en madre.
- **Escolaridad:** Años de estudios concluidos por un individuo, dentro del nivel de educación de un país.
- **Estado civil:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Paridad:** Condición de la mujer según el número de partos.
- **Tipo de parto:** Forma de terminación del embarazo.

- **Aborto:** Es la interrupción del proceso fisiológico del embarazo, ya sea de forma intencional o no.
- **Métodos anticonceptivos (MAC):** También llamados métodos de control de la natalidad, referidos a cualquier forma de impedir la fecundación al mantener relaciones sexuales.
- **Proyecto de vida:** Dirección que la persona se marca en su vida.
- **Círculo de amigos:** Agrupación libre de personas unidas por vínculos de amistad.
- **Debilidades:** Aspectos de la forma de ser de un individuo, que lo ubica en desventaja frente a otros.
- **Fortalezas:** Aspectos de la forma de ser de un individuo, que lo ubica en ventaja frente a otros.
- **Pareja:** Relación entre un hombre y una mujer, cuyo grado de duración-intensidad-exclusividad deja bien patente la unión que existe entre ambos.
- **Vida sexual:** Referido al conjunto de comportamientos y acciones de mayor o menor complejidad que realizan 2 ó más personas, de igual o distinto sexo para obtener y producir placer.
- **Apoyo social:** Consiste en la provisión a un individuo de afecto, comprensión y ayuda por parte de otros individuos u organizaciones sociales.
- **Acceso a seguros de salud:** Cobertura de salud de un individuo, el cual le permite un nivel de protección en el caso de sufrir enfermedades o accidentes.
- **Evaluación socioeconómica familiar (SESE-SIS):** Sistema de evaluación socioeconómica familiar (SESE) hecha por el Seguro integral de Salud (SIS), a través del cual se identificará y categorizará a sus beneficiarios, asignando subsidios según su nivel de pobreza.
- **Núcleo familiar:** Referido a la composición familiar.
- **Apoyo familiar:** Consiste en la provisión a un individuo de afecto, comprensión y ayuda por parte de miembros de su familia..
- **Dependencias económica:** Condición que habla sobre la carga económica que recae sobre la porción productiva de una población.

- **Discriminación laboral:** Cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, ascendencia nacional o condición social que tenga por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y la ocupación.
- **Maltrato:** Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto en contra de una persona.
- **Impedimento:** Obstáculo o estorbo para algo.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **INTERNACIONAL**

-Titulo: **“REPERCUSIÓN MATERNA DEL EMBARAZO PRECOZ”**

Dra. Angela Vázquez Márquez, Dra. Francisca de la Cruz Chávez Dr. Angel M. Almirall Chávez y Dra. Marisbel Sánchez Pérez. Revista cubana de Obstet Ginecol 1995; 21(1)

Metodología: Se muestran los resultados de un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y comparativo de 122 embarazadas adolescentes de 12-19 años, y un grupo control en mayores de 19 años que no tuvieron embarazo en la adolescencia. Esta muestra fue recogida en todos los consultorios del policlínico Comunitario "Bayamo Oeste", de la Ciudad de Bayamo, Granma – Cuba, en el período comprendido desde el 1 de setiembre de 1991 hasta el 31 de agosto de 1992.

Resultados: En este estudio se confeccionó un formulario que incluía diferentes variables, se encontró que en el grupo de adolescentes el 52,5 % eran menores de 18 años, el 17,2 % sólo con nivel primario, el 95.1% no tenían vínculo laboral; asimismo, el 65,6 % eran amas de casa. Predominaron además las pacientes con estado civil no casadas y los bajos ingresos per cápita. El 27,3 % tuvieron parto distócico y de ellos el 16,8 % fueron cesáreas. De 122 embarazadas sólo llegaron al parto 113, ya que 9 casos terminaron en abortos. (13)

-Titulo: **“MATERNIDAD Y ADOLESCENCIA. NUEVOS ENFOQUES”**

Auchter, Mónica - Balbuena, Mirtha - Galeano, Humberto. Facultad de Medicina - UNNE. Argentina.

Objetivo: Determinar si el nivel de instrucción constituye un factor determinante de maternidad temprana, inadecuado CPN y mayor número de patologías en RN. Asimismo, determinar si la maternidad temprana en una generación adelanta la edad de embarazo en la próxima generación.

-Metodología: Estudio explicativo, retrospectivo, de casos y controles de 380 puérperas inmediatas, 100 casos y 280 controles. En la recolección de los datos se utilizó 01 cuestionario mediante la técnica de la entrevista y se completo con la revisión de las historias clínicas, durante el periodo del 2001-2002 en el Centro Materno-neonatal del Hospital “JR VIDAL”.

Resultados: El promedio de edad de los casos fue 16 años (entre 13 y 19) y el de los controles 25 años (entre 20 a 41). Todas eran de bajos recursos económicos, teniendo en cuenta el barrio de procedencia, las características de la vivienda, el nivel de ingresos de la familia y el hacinamiento. En este último aspecto, se detectó un 43% de hacinamiento en los casos, que ascendía a 56% en los controles.

La escolaridad alcanzada en ambos grupos fue diferente. El 70% de los casos tenía primaria completa, situación que se dio en el 87% de los controles. El secundario lo iniciaron el 40% de casos y 60% de los controles, habiéndolo finalizado el 4% de los casos y el 42% de los controles.

Al indagar con quien vivían estas madres, se detectó que el 46% de los casos lo hacía con sus padres y sin la pareja; en los controles esto se dio en el 40%. Diferencias entre los grupos se observaron con respecto a si tenían pareja estable, que el 63% de los controles respondió que si, mientras que esto fue positivo en el 83% de los casos.

El número de controles prenatales también fue distinto, con embarazos insuficientemente controlados en el 63% de los casos y en el 42% de los controles.

La repetición intergeneracional de la maternidad adolescente se detectó en el 33% de los casos y en el 29% de los controles. Si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa, se observó una mayor frecuencia de embarazos adolescentes en hijas de madres adolescentes.

-Conclusión: Existe evidencia de que el embarazo temprano se asocia con una situación menos ventajosa en términos de los niveles posteriores de bienestar material de la familia y que los hijos de madres adolescentes, con precario nivel

de instrucción tienen mayores probabilidades de enfermar o morir en comparación con las madres que completaron sus estudios de secundaria.

Los aportes que estos autores realizan a la problemática de la gestación y la maternidad en adolescentes, señalan la necesidad de encaminar acciones hacia un modelo más integral, que privilegie la promoción y educación para la salud y la prevención de la enfermedad, que le permita a las jóvenes asumir el cuidado de su salud y limitar situaciones o factores que favorezcan o condicionen patologías para ella misma o para su hijo. Esto es particularmente importante cuando la gestación y el parto ocurren en jóvenes incluidas en el grupo de adolescentes tempranas (< 15 años). (14)

-Titulo: “**MATERNIDAD ADOLESCENTE: VÍNCULO Y DESARROLLO.**”

Vásquez Rafael, Gómez Ana Isabel. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 46 No.3 – 1995. Colombia.

-Objetivo: Revisar publicaciones de literatura nacional y extranjera sobre el embarazo en adolescentes, sus repercusiones emocionales en ambos, madre e hijo, y el desarrollo de la adolescente después del embarazo

-Resultados y conclusiones: En Colombia el promedio de edad para el comienzo de la actividad sexual está situado por debajo de los 16 años; la pobreza empeora las repercusiones Psicosociales del mismo; el hijo padece alteraciones del desarrollo y no hay datos acerca de cómo es el desarrollo de las adolescente.

-Interpretación clínica: El embarazo en adolescentes, es el producto de variables individuales, culturales y socioeconómicas y, aunque se pueda disminuir su frecuencia, cuando se presenta es necesario contar con una estrategia altamente particular para su atención. (15)

-Titulo: “**EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO DE LOS ADOLESCENTES EN COLOMBIA**”

Prada Salas, Elena. Tribuna Médica N°88(3):154-163. 1993. Colombia

-Objetivo: Examinar y analizar la situación de los adolescentes colombianos, en especial acerca de la fecundidad.

-Tipo de estudio: Descriptivo

-Resultados y conclusiones: Cada vez hay más adolescentes urbanos que rurales. Cada vez hay menos adolescentes analfabetas. Los adolescentes rurales siguen siendo los que más abandonan sus estudios. A menor escolaridad, más rápido se inicia la sexualidad y por lo tanto mayor índice de maternidad. Entre menos edad tenga una madre, menos escolaridad va a desarrollar.

Interpretación clínica: Notable implicancias psicosociales se tienen en la maternidad adolescente. Mayores riesgos obstétricos, biológicos y psicosociales.
(40)

-Título: “**EL EMBARAZO ADOLESCENTE Y LA POBREZA.**”

Alatorre Rico, Javier. Atkin , Lucille C. Revista mexicana de Ginecología y Obstetricia. Vol 44 132-140 México.

-Metodología: Observacional.

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio que compara mujeres madres durante la adolescencia y mujeres que fueron madres siendo adultas, cuatro años después de su primer embarazo. Fueron entrevistadas sobre sus condiciones socioeconómicas y patrones reproductivos, también, se evaluó el estado nutricional y el desarrollo psicosocial de los hijos.

Se investigaron las relaciones entre embarazo adolescente y pobreza dentro de cada generación y a través de las generaciones, para determinar si el embarazo adolescente contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza.

-Resultados: Se entrevistaron a dos grupos de mujeres, madres adolescentes y madres adultas.

-Madres adolescentes.- formado por 231 mujeres que dieron a luz antes de los 18 años fuera de algún tipo de unión formal. En el momento de la entrevista solo el 53.1% había estado unida con el padre del bebé. De ellas la mitad estaba viviendo en unión consensual. Todas las adolescentes solas vivían en el hogar de la familia de origen, mientras que el 56% de las unidas vivía con sus suegros.

El 62% de las adolescentes estudiaron hasta la secundaria, el 19% estudió solo la primaria. El 43% abandonó la escuela antes de su primer embarazo. En el momento de la entrevista el 86% de las adolescentes era ama de casa.

De aquellas pertenecientes a estratos socioeconómicos bajo y medio bajo, el 36% eran hijas de obreros o empleados, mientras que el 40.1% eran de familias de subempleos o desempleados.

-Madres-adultas.- Las de este grupo tuvieron su primer hijo en el Instituto Nacional de Perinatología cuando tenían entre 21 y 35 años. Fueron seleccionadas por pertenecer a familias de origen socioeconómico equiparables a las familias de las madres adolescentes. De los archivos clínicos del Instituto se tomaron los expedientes de mujeres que parieron entre agosto de 1987 y agosto de 1989, sin historia de infertilidad ni riesgo establecido al ingresar al mismo.

La mitad de las madres adolescentes tuvo su primer embarazo con un hombre de 17 años o menos, mientras que entre las adultas el 99.6% tuvo su primer bebé con un compañero de 18 años o más. La mayor parte de las madres adolescentes (82.4%) y de sus compañeros (62.6) estudiaron secundaria o menos, en comparación con las madres adultas (58%) y sus compañeros (72.4%) que estudiaron más allá de la secundaria.

El haber tenido un embarazo adolescente en la generación de las abuelas hace más probable el embarazo adolescente entre madres de la segunda generación y esta reincidencia del embarazo adolescente en la segunda generación contribuye a la repetición de la pobreza. En contraste un mayor porcentaje de madres adultas (75%) que de madres adolescentes (45.9%) se encontró en condiciones socioeconómicas buenas.

Hasta ahora la investigación sobre embarazo adolescente se ha concentrado sobre las complicaciones médicas durante el embarazo, las causas psicosociales y las consecuencias de la fertilidad adolescente, los cambios demográficos a través del tiempo y las consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. Pero también es necesario llamar la atención sobre las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente sobre los roles alternativos de la mujer y su estatus económico. (16)

-Título: “SCHOOL-AGE MOTHERS: PREDICTORS OF LONG-TERM EDUCATIONAL AND ECONOMIC OUTCOMES”

Horwitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel JF. Pediatrics. 1991; 87:862-868

-Tipo de estudio: Observacional

Estudio de seguimiento a 20 años de madres adolescentes define “éxito a largo plazo” como haber completado los estudios secundarios, conseguir empleo o sosten por parte del marido.

-Resultados y conclusiones: Los factores que se asocian en forma positiva con este éxito a largo plazo incluyen haber terminado la escuela antes de quedar embarazada, participación activa en los programas de madres adolescentes, no volver a quedar embarazada en los 26 meses postparto, un sentido de control de la propia vida, menor aislamiento social y tener sólo 1 ó 2 hijos después del primer embarazo adolescente. (41)

-Título: “ADOLESCENCIA Y EMBARAZO”

Dres J. Pomata; H. García; L.Otheguy; Aspres; T. Fernández; Obst. A. Ballicona; Lic. M. González. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Revista Hosp. N°02. 1997 Argentina.

-Objetivo: Determinar el porcentaje de mujeres parturientas de 16 años o menos, algunas de sus características y la evolución de las mismas en dos periodos de tiempo (1988-1994) asistidas en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

-Tipo de estudio: Observacional

-Resultados y conclusiones: Se incluyeron todas las parturientas de 16 años o menos asistidas al hospital descrito en los años 1988-1994.

De La descripción de las características demográficas y culturales de las embarazadas adolescentes podríamos decir que es un grupo de madres muy jóvenes, de nivel educacional muy bajo con un analfabetismo cercano al 2%. Un 40% tiene que enfrentarse a la maternidad sin pareja.

En 1994 se asistieron 33 embarazadas menores de 14 años que corresponden a un 11% del total de las adolescentes menores de 16 años. En este mismo año el

14.9% de esta población presentó gestas anteriores, cifras que nos parecen alarmantes.

Diferentes autores mencionan un desplazamiento de la fecundidad a edades cada vez menores, pero también estas cifras pueden ser consecuencia de tener un sesgo de muestreo dado por la implementación de un programa de asistencia a la embarazada adolescente en la maternidad Sardá, lo que pudo aumentar la demanda de asistencia por requerimiento espontáneo o por derivación de otras instituciones. Dicho programa no cubre a la totalidad de la población por el momento y muchas de las madres concurren por primera vez a la maternidad en el momento del parto. También puede existir un error aleatorio en el muestreo en 1988, dado que hubo un aumento de los partos de 5.629 en 1988 a 7.190 en 1994, pudiendo modificar las cifras. Se observa un aumento del porcentaje de primeras consultas en el I-II trimestre del embarazo en 1994, en donde también puede existir el sesgo de muestreo mencionado previamente.

En un estudio previo realizado en la maternidad Sardá no se observó que el embarazo en la adolescente constituya un riesgo biológico. Las características de esta población podrían llegar a constituir un futuro riesgo biopsicosocial para el bebé y su mamá, de donde surge como importante la vigilancia continua de ambos. (42)

-Titulo: “EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA: INFLUENCIA DE ALGUNOS ATRIBUTOS SOCIALES”

Tiburcio T, Avila-Rosas H, Quintos-Cardoso RC, García-Cardona M. Perinatol Reprod Hum 1995; 9(1): 37-45.

Resumen: Antecedentes: La incidencia de embarazos a edades tempranas en la población mexicana es alta; tal evento constituye un problema de salud que más allá de los riesgos biológicos, tiene implicaciones de carácter social y cultural, con grandes desventajas para la menor embarazada y las consecuentes repercusiones para su(s) producto(s).

El objetivo de este trabajo es analizar y caracterizar a las mujeres con embarazos a edades tempranas de acuerdo a la asociación de variables sociodemográficas, en comparación con mujeres que no presentaron tal condición.

Material y métodos: Como parte de una investigación de Riesgo Perinatal realizada en la zona urbana del D.F. que comprende 3 colonias populares se seleccionó a un grupo de mujeres (129 en total) que tenían entre 21 y 25 años de edad, que no estaban embarazadas al momento de la entrevista y que contaban con el antecedente de tener al menos un embarazo resuelto, la variable dependiente fue la edad al primer embarazo y como independientes se consideraron la escolaridad y la ocupación de la mujer, el tipo de hogar, la unión, el número de embarazos y el número de hijos vivos; tales variables se analizaron comparativamente entre quienes habían tenido su primer embarazo antes de los 20 años de edad y aquellas que lo tuvieron después.

Resultados y discusión: Los hallazgos obtenidos nos permiten confirmar que la presencia de embarazos a edades tempranas se asocia con un nivel escolar bajo (secundaria o menos), con un limitado acceso al ámbito laboral y con una mayor probabilidad de incrementar la descendencia en un período de tiempo corto; el perfil característico de este grupo es contrastante con el de las mujeres que no tuvieron un embarazo en la adolescencia. (17)

***-Título:* “DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA VALORAR EL ENTORNO PSICOSOCIAL”**

Rosa Mouriño Pérez, Leonardo Viniestra Velásquez. Departamento de epidemiología y de comunidad. Facultad de Medicina Autónoma de México. Vol 33(1): 38-48. Salud pública de México. 1991

-Resumen: Instrumento dirigido a explorar el entorno psicosocial que realiza un inventario exhaustivo de los elementos que constituyen dicho entorno, agrupados en categorías generales que, a partir de tomar como eje central el proceso del estrés, son las siguientes situaciones estresantes, soportes psicosociales y conductas de afrontamiento; expresados en cuatro niveles o esferas: individual, social, familiar y ocupacional. Se buscó satisfacer la necesidad de contar con un

material relativamente sencillo, autoadministrable y ampliamente aplicable que describa de manera integral el entorno psicosocial. se observó que a mayor edad, hay un mayor número de situaciones estresantes y menos número de soportes psicosociales. Se deduce que el instrumento, aunque tiene limitaciones, puede ser ampliamente utilizado. El requisito es que se aplique a individuos de 18 años en adelante, de cualquier sexo y estrato socioeconómico. (30)

-Título: “LA RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LAS INTERACCIONES DE MADRES JUVENILES CON SUS INFANTES: UN META-ANÁLISIS”

Clemmens D-J. Obst el Gynecol Neonatal Nurs. New Haven CT – EEUU. Jul-ago. 30(4) :410-20. 2001

-Objetivo: El propósito de este meta-análisis era resumir los resultados de estudios cuantitativos entre 1980 y 1999, independientes estadísticamente con respecto a la relación entre el apoyo social y las interacciones de madres adolescentes con sus infantes. De una muestra potencial de 31 estudios, se excluyeron 14 porque ellos no se encontraron el criterio probando, y se anularon 4. La muestra final consistió en 13 estudios, en su mayoría de corte transversal. Juntos, los estudios incluyeron una muestra de 823 madres.

Resultados: Se establecieron una relación significativa entre el apoyo social de madres juveniles y sus interacciones con sus infantes. Ninguna diferencia se encontró en la relación cuando el apoyo fue proporcionado por la familia o a través de una red. La edad maternal joven se asoció con el riesgo aumentado de muerte postneonatal. (45)

-Título: “THE RELATIONSHIP OF DEVELOPMENTAL VARIABLES TO MATERNAL BEHAVIOR”

Mercer RT; Research in nursing Health 9:25-33. Ciudad de California – San Francisco – 1986

-Objetivo: El propósito de este trabajo es informar el apoyo social percibido como disponible por las madres adolescentes durante su primer año de maternidad y la

correlación de apoyo social percibido con las variables de logro de papel maternas.

-Metodología y resultados: Estudio de tipo longitudinal, en el cual el apoyo social es una de 11 variables independientes, estudiadas para su impacto en el papel maternal en 3 grupos etáreos de madres: de 15 a 19, de 20 a 29 y de 30 a 42 años. Se categorizó el apoyo social descrito en 4 tipos: informativo, emocional, físico y apreciación de la ayuda. Sesenta y seis adolescentes estaban de acuerdo en participar en el estudio, a quienes se las entrevistó en el hospital durante el postparto inmediato y en sus casas a los uno-cuatro-ocho-doce meses después del nacimiento. Las adolescentes recibieron el apoyo emocional (de los compañeros y de los padres) menos que las mujeres mayores.

El estado de salud de las madres juveniles y sus infantes no difiere grandemente. Asimismo no había ninguna diferencia de grupo en los sentimientos de amor para el infante. (46)

- **NACIONAL**

-Título: **"IDENTIDAD, ESTEREOTIPOS DE GENERO Y MATERNIDAD ADOLESCENTE EN EL PERU"**

Buitrón Aranda, Aymé. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la Universidad Peruana Cayetano Heredia .

-Resumen: La alta valoración de la maternidad y de las actividades hogareñas por la mujer y toda su familia es característico de la mayor parte de la población en el Perú. Además la gran cantidad de migrantes que viven en Lima (capital del Perú) nos hablan de una fuerte tradición cultural andina en las ciudades, además la modernidad no nos libera necesariamente del machismo. (18)

Los estereotipos de género tradicionales están muy presentes en la socialización. En el estudio que realizó entre madres adolescentes encontró dichos patrones tradicionales. Ellas limpiaron y lavaron las cosas de su casa antes o desde los diez años y aprendieron a cocinar poco a poco desde la niñez. Algunas señalaron haber sufrido abuso sexual de sus padres o padrastros. A los niños varones se les exige el trabajo fuera del hogar por los escasos recursos económicos de sus familias, en

este sentido las madres reciben con mucha alegría el nacimiento de un niño varón. En el estudio se encontró mayores datos sobre la violencia contra las niñas. En dicho ambiente la falta de afecto, la violencia psicológica y algunas veces el abuso sexual son motivo de grandes vacíos que en la adolescencia buscan ser llenados a través de la formación de un hogar de manera muy temprana. (18)

-Para conocer la realidad de los sectores más vulnerables de la población, entre ellos las madres adolescentes, PROPOLI le encargó el año 2005 al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la realización de un censo en los diez distritos de Lima en los que desarrolla su labor. De acuerdo a los resultados de este Censo de Población Vulnerable, el 10.5% de las adolescentes de 15 a 19 años son madres o están embarazadas por primera vez. Dicho porcentaje es superior en un 20% al obtenido en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua del año 2004 para el Área de Lima Metropolitana, según la cual el 8.7% de las adolescentes son madres.

Este promedio del 10.5% de madres adolescentes esconde comportamientos diferenciales, que varían desde un 8% en las zonas urbano marginales de San Juan de Miraflores hasta un 13.6% en Ventanilla. El porcentaje de madres adolescentes está por debajo del promedio (10.5%) en los distritos con zonas urbano marginales relativamente consolidadas, como son los casos de Villa María del Triunfo (9.7%), Villa el Salvador (9.6%) y San Juan de Miraflores (8%). En cambio, ese porcentaje se eleva por encima del promedio en las zonas urbano marginales en proceso de consolidación de los distritos de Puente Piedra (11.4%), Pachacamac (11.9%), Lurín (12.3%) y Ventanilla (13.6%).

Estas cifras revelan que la maternidad precoz es un grave problema, porque afecta el desarrollo de las adolescentes, quienes además de ver afectadas sus posibilidades de continuar estudiando, con las consecuencias negativas que eso tiene para su futuro, deben afrontar una serie de problemas de salud, tanto para ellas como para sus hijos. Esta situación se hace más preocupante cuando este estudio revela que el embarazo precoz en niñas de 12 a 14 años es de 2 por cada 1,000 niñas de esa edad.

El estudio revela también, que a mayores niveles de pobreza se incrementan los casos de embarazos entre las adolescentes. Mientras el 8.1% de las adolescentes con las Necesidades Básicas Satisfechas (NBS) son madres, ese porcentaje se eleva al 16.3% entre las adolescentes que tiene dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Esto revela que entre las adolescentes con las NBI el porcentaje de embarazos es aproximadamente el doble que entre aquellas adolescentes que tienen cubiertas sus necesidades básicas.

En todos los distritos estudiados se repite este comportamiento, según el cual el nivel de embarazos adolescentes aumenta entre los sectores de mayor pobreza. En Ventanilla, el distrito con el mayor índice de embarazos precoces de los diez materia de este estudio, el porcentaje de madres adolescentes con dos o más NBI asciende a 18.6%, mientras que entre aquellas adolescentes con las NBS el porcentaje de maternidad baja al 9.3 por ciento. En San Juan de Miraflores, donde el porcentaje de madres adolescentes es el más bajo de los diez distritos estudiados, el porcentaje de madres adolescentes es del 11.4% entre la población con dos o más NBI, mientras que en los sectores con las NBS desciende a 6.8%. Estas cifras confirman la estrecha relación entre pobreza y maternidad precoz. (19)

2.2 MARCO TEÓRICO

A. ADOLESCENCIA

La OPS y la OMS, definen a la adolescencia como el período de tiempo comprendido entre los 10 y 20 años, es decir hasta los 19 años 11 meses y días, siendo flexibles estos márgenes según variaciones culturales e individuales. (33)

Según el MINSA, La adolescencia comprende a todas las personas que tienen entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. (34)

La adolescencia, es la etapa en que el individuo debe hacer frente a las tareas de establecer una identidad personal satisfactoria y de forjar lazos interpersonales fuera de la familia, tareas que incluyen formar pareja, aprender a controlar de manera responsable la sexualidad en desarrollo, y promover adecuadamente la capacidad de viabilidad económica a través de la educación, las actitudes y los hábitos. (35)

La adolescencia desde una perspectiva psicosocial, es un período complejo del desarrollo que se caracteriza por un proceso gradual de búsqueda de individuación y autonomía personal, que lleva a la consolidación de la identidad. Se produce un conjunto de cambios importantes que redefinen el status personal y social de los individuos, presentándose nuevas responsabilidades y retos que asumir, además, la percepción que se tiene de sí mismo y del entorno también se modifica (Blos1985). (36)

- **Perfil de los adolescentes a nivel mundial**

Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años. La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % de las niñas y en 3 a 29 % de los niños. El 10% de los partos acontece en adolescentes.

La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 -29 años. Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo. Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto. Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva. (21)

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria. (22)

- **Etapas de la adolescencia**

Florenzano en 1992, en el Manual de Medicina de la Adolescencia, editado por la OPS, clasifica a la adolescencia según su nivel de desarrollo psicológico en:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de

estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes."(20)

Según Bloss en 1985, se trata de una etapa de cambios y confusión, en la que a través de un proceso recíproco de ajuste, se establece entre sí mismo y el entorno, una pauta de interacción que progresivamente va conformando la individualidad y singularidad personal. Parte de este proceso supone muchas veces asumir comportamientos nuevos en un afán por explorarse en diversas situaciones, frente a las cuales sin embargo no se tiene experiencia previa.

Asimismo, como consecuencia del proceso de incorporación al mundo adulto, del logro de autonomía, reconocimiento individual y social, el adolescente está muy pendiente de las expectativas y demandas sociales atribuidas al nuevo status, y esto influye también en su comportamiento.

La imagen social que los medios de comunicación construyen sobre los adolescentes está la mayoría de las veces relacionada a la conducta transgresora creando así una representación social ligada a dichos comportamientos. (Coleman, 1999). (36)

- **Características de la Adolescencia**

- Inestabilidad emocional:**

a) *Afectivo emocional*: Experimenta una inseguridad generalizada. Afectiva o intelectual; oscila en sus sentimientos sin un patrón estabilizador, sin un control eficaz. Puede presentar “reacciones distímicas o improntas” que pueden ser de ansiedad o miedo, de llanto, preocupación excesiva, etc.

- Inestabilidad intelectual**

La adolescencia, es el primer período en el que capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia.

El funcionamiento cognoscitivo llega a la etapa de operaciones formales siendo capaz de adquirir capacidades nuevas para la explicación de nuevas situaciones.

El niño es capaz de un razonamiento lógico racional. El adolescente es capaz de un razonamiento hipotético deductivo que le permite abstraer y comparar las hipótesis con los hechos, teniendo varias probabilidades en la solución de problemas.

El pensamiento del niño es concreto, del adolescente es más elaborado (hipotético deductivo, hay abstracción a través del lenguaje).

Por momentos se sentirá genio y en otros se sentirá aturdido y negligente sin la tranquilidad necesaria que requiere la producción intelectual.

-Inseguridad:

Característica psicosocial de como relacionarse con su medio, no asume un rol determinado ni frente a la infancia ni con los adultos.

Fritz Kunkel a través de su teoría explica que socialmente a esta edad lo que ocurre es que el sujeto busca salir de su caparazón egocéntrica.

-Orientación psicosocial:

a) *El extrovertido*: joven que dirige su comportamiento hacia fuera y le gusta comprometerse con los demás en su afán de comprender al adulto se involucra “en participar en una justicia social”, pero por su inseguridad y dependencia puede sentirse incapaz de todo y se le hace difícil lograr su independencia.

b) *El Introvertido*: joven reflexivo que tiende a la meditación y a expresarse en diarios, poemas, acrósticos u otra actividad literaria.

-Sensibilidad a la frustración:

La frustración tiene dos niveles: Un nivel objetivo, la privación o carencia de algo a lo cual se tiene derecho y otro nivel subjetivo: Sentimiento de pérdida que tiene el adolescente.

Tipos de respuesta del joven ante la frustración:

a) *Extrapunitiva*: La frustración es orientada hacia el medio con cargo agresivo.

b) *Intrapunitiva*: La frustración se dirige hacia sí, vivenciando sentimiento de culpa Ej. Intento de suicidio.

c) *Apunitiva*: Se refiere a la respuesta de indiferencia o desinterés. Ejemplo: La zorra y las uvas.

d) Constructiva: Orienta la energía psíquica de la frustración hacia aptitudes positivas.

-Tendencias:

a) Al narcisismo: El adolescente está preocupado por su esquema corporal y estos cambios hacen que esté pendiente de su físico. El rostro y cuerpo son de interés íntimo y el adolescente quiere ser valorado por ello.

b) A la conducta errática o de aventura: La intranquilidad psicológica hace que salga de su medio conocido hacia lugares desconocidos.

c) A la conducta ético rígida: Comienza a apreciar las normas de su grupo social y es posible que la mayoría de las normas le parezcan negativas (esta crítica es a nivel teórico ya que no hay correspondencia en los actos).

d) A la conducta erógena: Conducta orientada a los genitales ya que en el adolescente el sexo es un tema principal de discusión, tiene una actitud de difundir este sentimiento de sexo a todo lo que ve.

e) A la conducta independiente: El adolescente quiere dejar la dependencia hacia los padres, mucho de ello dependerá del factor cultural. Los padres deben asumir una actitud comprensiva ya que el joven debe aprender a valerse por sí mismo.

(43)

• **Adolescencia y madurez psicoafectiva**

El desarrollo de la personalidad según la Teoría de Freud, concede especial importancia a como el individuo satisface el instinto sexual durante la vida. El término psicoafectivo según el “Diccionario Nauta Mayor” expresa conexión con el sistema nervioso, y el término relativo al afecto o a la sensibilidad se refiere a cualquiera de las pasiones del mismo, particularmente en este estudio con el amor o cariño, apego o inclinación.

Las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo involucran cambios somáticos y funcionales; siendo la adolescencia una de las de mayor trascendencia, que desde una visión evolutiva y prospectiva del ser humano, se presentan aspectos relacionados con la maduración psicoafectiva del adolescente. Proceso definido por Zurita y Granadillo (1996), como dinámico y continuo del desarrollo de la

madurez, por el cual los seres vivos obtienen mayor capacidad funcional de sus sistemas y la integración biopsicosocial (p. 21); de ahí que en la etapa de desarrollo del adolescente, éste será capaz desde el punto de vista biológico lograr reproducirse y en el aspecto psíquico lograr aprender y utilizar el conocimiento en forma práctica, proyectando su pensamiento hacia el futuro y desarrollar su filosofía de vida.

En cuanto al desarrollo psicológico, los autores antes mencionados enfocan algunos aspectos cognitivos y psicosociales comunes a esta edad; el sentimiento de no sentirse ni niño ni adulto es lo predominante.

Durante esta etapa sería condición la "elaboración" de tres duelos para arribar a la madurez, que teóricamente son tres: Por el cuerpo infantil; por la identidad y el rol infantil; y por los padres de la infancia.

De allí que se considera que en esta etapa, el adolescente presenta "crisis" que pueden ser de desarrollo (esperables) o circunstanciales (accidentales, inesperadas o imprevisibles). La situación de crisis va a depender de los recursos adaptativos del sujeto, pudiendo aparecer, bien en una situación estresante en la propia evolución del individuo (crisis evolutivas o esperables), o bien en otras en las que un suceso vital estresante las precipita. Estas últimas son las denominadas "crisis accidentales" o crisis inesperadas o imprevisibles, en las que estarían incluidos tanto las crisis cotidianas como separación, pérdidas, muerte, enfermedades corporales, desastres y catástrofes.

En tal sentido la teoría psicodinámica planteada por el médico Sigmund Freud (1957) citado por Toledo, E. (2001), quien fue el creador de la corriente psicológica que abrió una nueva dirección para estudiar el conocimiento humano desde varios instintos inconscientes, es decir, todas las ideas, pensamientos y sentimientos de los cuales normalmente no tenemos conciencia. Entre los instintos de la vida incluyó el sexual, que lo consideró como el factor más decisivo en el desarrollo de la personalidad.

De acuerdo con lo planteado por Sigmund Freud (1957), los aspectos de la madurez psicoafectiva en los adolescentes está conformado por estos llamados instintos, los cuales según Toledo (ob. Cid), se parecen a una caldera hirviente de impulsos y deseos inconscientes, que sin cesar tratan de manifestarse.

El "ello" opera según el principio del placer, intenta conseguir la satisfacción inmediata, busca el placer y evita el dolor. El "yo" controla todas las actividades conexas con el pensamiento y razonamiento por medio de los sentidos, por lo tanto el "yo" conoce el mundo exterior y se basa en el principio de la realidad. En tal sentido, si la personalidad del adolescente está formada sólo por el "yo" y el "ello" en cuanto a los impulsos sexuales, se estarían gobernando sólo por el placer y por algunas formas observadas en la realidad. Al mismo tiempo, Freud señala que la conducta, no sólo está gobernada por la realidad y el placer, sino también por la conciencia individual que la gente va desarrollando al interactuar con sus padres y con la sociedad. A esta conciencia Freud la llamó "Súper yo", al respecto Toledo de A. (ob.cit), señala que el "Súper Yo" no está presente desde el momento del nacimiento, los niños se rigen más por lo placentero; al ir madurando se asimilan o se hacen propios los juicios de los padres, sin embargo con el tiempo lo externo hace que la persona sustituye los juicios internos conformados, así esa conciencia asume la tarea de observar y guiar al "yo". (20)

- **Desarrollo Afectivo**

Los adolescentes están en la etapa de tomar decisiones, desean ser más independientes de sus padres, se resguardan en su grupo de pares con los cuales se sienten más identificados y comienza aquí el proceso de buscar pareja. Los jóvenes sienten tensión al separarse de sus padres y adquirir su propia identidad, sintiendo que terminarán por alejarse del todo

El adolescente es egocéntrico, lo que disminuye alrededor de los 15 a 16 años, cuando es capaz de darse cuenta de que los demás no están preocupados sólo de ellos sino que tienen sus propias preocupaciones. En esta etapa poco a poco va encontrando su identidad personal y sexual, lo que hace que se vincule de una

manera más permanente con los otros, especialmente con individuos del sexo opuesto. (43)

Así mismo algunos autores señalan que existen factores que intervienen en el desarrollo afectivo. La forma que interactúan y el grado en que interviene en cada adolescente.

Los principales conceptos básicos son:

-*Necesidad*: Es la carencia de aspectos fisiológicos y psicológicos.

-*Interés*: Cuando un individuo concentra su atención en un objetivo.

-*Emoción*: Estado afectivo de corta duración, brusco, violento, acompañado de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) y componentes subcorticales.

-*Sentimiento*: Se forma a partir de experiencias emocionales, Es un estado afectivo de larga duración, de menor intensidad, no se acompaña de cambios corporales, casi siempre es consciente y tiene componente cortical.

• **Desarrollo Cognitivo**

Aquí el individuo es capaz de entender y construir temas y conceptos abstractos. Entre los 17 a 18 años la capacidad de inteligencia, llega a su totalidad, o sea el adolescente puede entender todo como un adulto.

Este adquiere varias capacidades importantes:

-Puede tomar sus propias decisiones y razonar acerca de él mismo.

-Ya no soluciona un sólo problema de la vida cotidiana, si no ahora puede solucionar varios a la vez.

-En esta etapa el adolescente puede "pensar pensamientos". Comienza el joven a tener nuevas facultades de pensamiento y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

En esta etapa se desarrolla gradualmente la capacidad de resolver problemas complejos, es por esto, que un filósofo francés Jean Piaget determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento, se define como el pensamiento lógico y deductivo.

Con las siguientes características:

-Inteligencia sometida: Es cuando uno se somete o le da la atención a un problema, como también no puede dársela.

-El razonamiento proporcional: Es cuando el adolescente desarrolla la capacidad para operar con proporciones. Por ejemplo, el razonamiento proporcional permite utilizar las relaciones de los matemáticos, este ejemplo es contemplado desde una perspectiva aritmética.

-El uso de supuestos o proporciones: Son proporciones que se utilizan para representar la realidad, pero la veracidad de esta supuesta representación no existe o no demuestra evidencias claras de ser real.

-La experimentación científica: Al adolescente también en su estado le aparecen experimentaciones científicas. Prueba o ensaya distintas hipótesis, buscando solucionar sus problemas.

-El egocentrismo racional: Aquí empieza a manifestar una interpretación egocéntrica del mundo, se empieza a centrar solamente en sus habilidades, por esto que se le llama egocentrismo racional.

-Los amigos y enemigos: Las funciones desarrolladas del individuo le permite independizarse aún. El adolescente se siente enormemente atado a su grupo, y con mayor razón a sus amigos. (20)

- **Desarrollo psicosocial**

Probablemente, una de las tareas esenciales de la adolescencia es la búsqueda de identidad que se forma a raíz de la personalidad y circunstancias del adolescente. Los jóvenes, entre los 13 y los 19 años, necesitan desarrollar sus valores propios y estar seguros de que no están repitiendo como los de sus padres. Han descubierto aquello de que son capaces y están orgullosos de sus logros. Desean establecer relaciones estrechas con chicos y chicas de su misma edad; saberse aceptados, amados y respetados por lo que son y por lo que pretenden.

La identidad es la concepción coherente del yo formada por metas, valores y creencias. Se forma al resolver tres problemas principales: Elegir una ocupación,

Adoptar valores en que creer y por que vivir y desarrollar una identidad sexual satisfactoria. Otra tarea importante en la adolescencia es la autonomía, y esta búsqueda está relacionada con la individualización y es parte de los mismos procesos que están implicados en el desarrollo de identidad.

Una de las características del logro de autonomía e identidad es el distanciamiento de los adolescentes de sus padres, y es en la medida que los adolescentes se separan emocionalmente de sus padres en que logran disminuir su resistencia a las presiones de los compañeros (steinberg y Silverberg, 1986). Los adolescentes más desapegados y menos dependientes de sus padres son los más propensos a sucumbir a la presión de los amigos, esta susceptibilidad cada vez mayor a la presión de los compañeros es un reflejo de inseguridad y falta de aceptación por parte de los padres respecto al desapego del adolescente (Ryan y Lynch, 1989). El resultado es que muchos jóvenes intercambian la dependencia de sus padres por un periodo de dependencia de sus compañeros. (44)

En la evolución Psicosocial y emocional de los adolescentes se ha descrito el llamado "síndrome de la adolescencia normal", integrado por una serie de síntomas, características y comportamientos presentes en mayor o menor grado en esta etapa de la vida.

Dichas características que dependen de diferencias individuales y del ambiente cultural son:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Tendencia grupal y necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosa que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario, a menudo hay dificultad de enfocarse en el presente.
- Manifestaciones sexuales que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital manifiesta.

-Actitud social reivindicatoria, con tendencias antisociales o asóciales de diversas intensidad.

-Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta.

-Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos y el establecimiento de su identidad propia.

-Constantes frustraciones del humor y del estado del ánimo.

Las anteriores características son útiles para reconocer las manifestaciones de conductas frecuentes en los adolescentes y además señala la normalidad de dichas manifestaciones e indica la falacia de considerarla como conducta patológica. (20)

El adolescente y su grupo social:

Las dificultades de crecimiento en el adolescente se hacen más soportables mediante el apoyo psicológico que recibe a través de su asociación con otros jóvenes que se enfrentan a las mismas tareas de desarrollo y va cumplir funciones primordiales cuando se incorpora al grupo social que es proporcionar una especie de status social hasta que la transición del estado de niñez se complete en la etapa adulta.

Los grupos se caracterizan por estar constituidos por amigos con los que mantienen relaciones de reciprocidad permanente y estable dentro de un mismo grupo surgen grupos más pequeños, en que los miembros tienen mayor afinidad, por lo general son del mismo sexo, los llamados amigos del alma: son inseparables y se confidencian todas o la gran mayoría de sus vivencias, anhelos o inquietudes.

Relación entre el crecimiento físico y la personalidad:

La reacción de los adolescentes a los marcados cambios físicos dependen en gran medida del contexto psicosocial en el que tiene lugar su pubertad (Paterson, 1955), depende mucho de los patrones y sentimientos sobre la sexualidad que han

tenido en la niñez, de las reacciones que tienen sus padres y compañeros a su cambio de apariencia y las reglas de su cultura.

La edad de la pubertad es importante tanto para los niños como niñas. La preocupación más apremiante es la apariencia; con el estirón y madurez sexual chicos y chicas piensan por vez primera en la relación hombre – mujer; y repentinamente el aspecto físico se vuelve muy importante.

Surge el interés de desarrollar la musculatura o adelgazar y usar cosméticos para mejorar la apariencia, esto tiene relación con el concepto o estimación de si mismo (autoestima).

Lo que lleva muchas veces a la aceptación o rechazo del grupo social al que pertenece el joven. El adolescente equipará su capacidad de establecer relaciones heterosexuales satisfactorias con factores físicos y de su apariencia.

El adolescente que observa que no posee ciertas características que son aprobadas culturalmente tiene un mal concepto de si mismo preocupándose por atraer al sexo opuesto.

Estudios han demostrado que jóvenes que han madurado tarde tenían manifestaciones conductuales para llamar la atención y fueron también menos populares, con menos capacidad de liderazgo que aquellos que alcanzaron la madurez a tiempo. Sienten preocupación por su anomalía y los lleva a una serie de condiciones desadaptativas que tiene como objeto captar la atención y ganar el reconocimiento de los demás.

Desarrollo sexual del adolescente:

La sexualidad en la medida que articula la vida afectiva y social del sujeto, en especial su relación de pareja y su vida en familia es parte esencial de nuestro desarrollo y de nuestra identidad.

Constituye un proceso de comunicación y una forma de expresión de nuestro ser y de nuestros sentimientos más íntimos.

Es por esta razón que una adecuada información en sexualidad debe ser una verdadera educación para el amor en tanto ello exprese la máxima plenitud del desarrollo humano. Siendo la sexualidad parte del núcleo central de la personalidad, es la familia, como agente socializadora, la principal educadora y formadora de la educación sexual de sus hijos. (43)

Identidad sexual:

Es el grado de ajuste que tiene todo individuo al papel sexual correspondiente a su sexo o género. Es verse como ser sexual, controlar los impulsos sexuales y establecer vínculos románticos o sexuales.

La sexualidad es un proceso biológico, sin embargo su expresión está definida en gran parte por la cultura y el entorno de las personas.

La identidad sexual depende de la orientación sexual por la que opte el adolescente, entendiéndose como orientación sexual al foco de interés sexual y romántico que establezca el individuo, ésta puede ser, esta puede ser heterosexual, y homosexual. (43)

B. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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

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

• **La adolescencia de las adolescentes embarazadas**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes generalmente pertenecen a sectores sociales más desprotegidos, y en las circunstancias en que ellas crecen su adolescencia tiene

características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (20)

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

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

La respuesta a ésta tensión puede producir desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, pena, angustia y podría llegar a la depresión.

Los efectos traumáticos del embarazo no deseado en una adolescente, dependerán de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de la condición biológica, edad, condición social y significado de este hijo para ella. (23)

- **Actitudes hacia la maternidad**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

-En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

-En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poteroso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

-En la *adolescencia tardía*, luego de los 17 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

- **El padre adolescente**

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "*ser padre*". Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

- **Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente**

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. – Consecuencias para la adolescente

-Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

-Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En la mayoría de los casos, el embarazo altera la relación afectiva con el padre de sus hijos y con frecuencia señala el término de esa relación.

-En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

-Produce una interrupción de sus relaciones grupales porque generalmente se ven incapacitadas de continuar sus actividades escolares o laborales. las adolescentes dejan de crecer con sus pares y pierden así un elemento de apoyo efectivo muy importante en sus vidas.

-Conduce a una pérdida de autoestima que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de sus padres, cuando ya creía que había comenzado el camino hacia su independencia.

-Si la adolescente se convierte en madre soltera, en la mayoría de los casos es estigmatizado no solo por su familia sino por su entorno social.

-Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. – Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

-Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación.

- También se ha reportado una mayor incidencia de "*muerte súbita*".
- Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "*extramatrimoniales*" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. – Consecuencias para el padre adolescente

-Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. (20)

• **Prevención**

Existen tres niveles de prevención: (22), (21)

Prevención primaria:

- Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

Prevención secundaria:

- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

Prevención terciaria:

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se halla ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

C. LA FAMILIA

La familia, es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época. (37)

Anteriormente, la familia era considerada como el grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. La estructura y el papel de la familia varían según la sociedad. (23)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que por familia se entiende, “a los miembros 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, por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial.” Esta definición está orientada fundamentalmente hacia cierto tipo de estudios demográficos y epidemiológicos. (37) Actualmente, la familia se define como “un grupo social primario que está formado por individuos quienes están unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interaccionan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.” (37)

La familia es un grupo que funciona a modo de sistema, con unas reglas de juego definidas por la propia historia familiar y por los mitos de lo relacional, que confieren a esta forma de convivencia una identidad particular, específica, diferente de la identidad de otros grupos. La familia es, también, un sistema humano en crisis, es decir, en cambio constante, que influye permanentemente y de forma recíproca en sus miembros.

Desde una visión de la familia entendida como sistema, plantean que ésta desempeña diversas funciones que sirven a dos objetivos:

1. Intrafamiliar: Persigue el desarrollo y protección psicosocial de sus miembros en el proceso de individualización.
2. Extrafamiliar: En cuanto pretende la acomodación a una cultura y su transmisión en el proceso de socialización. (37)

Como la familia es un sistema dinámico que se va adaptando a los cambios que vienen desde el sistema mayor como de quienes la conforman. Existen varias formas de organización familiar:

-Familia nuclear: Compuesta por 2 adultos (que ejercen el papel de padres), y de sus hijos.

-Familias agregadas: La pareja vive junta, pero sin haber formalizado el matrimonio.

-Familias monoparentales: Convivencia de un solo miembro de la pareja (varón o mujer) con hijos no emancipados. En ocasiones, en este tipo de familia, unos de

los hijos desarrolla la otra figura parental. Entre las causas, el divorcio o separación suele ser el motivo más común; el otro padre puede tener o no contacto con ellos. Otras causas pueden ser viudez, madres solteras, ausencia por trabajo, excarcelación, etc.

-Familias mezcladas o reconstituidas: Formadas por uniones en las que al menos unos de los miembros tiene niños de una relación previa. Puede incluir a los niños de ambos.

-Familias nucleares sin hijos: Son las familias que no tienen hijos en el hogar. Se da una mayor oportunidad a la pareja para enfocarse el uno en el otro.

-Familias con abuelos: El incremento de la expectativa de vida de la población, sumado al descenso de la natalidad, han hecho aparecer este tipo de familia, donde pocos hijos o hijas, a menudo sólo unos de ellos se ocupan de sus padres ya mayores o de otros parientes de edad avanzada.

-Familias extensas: Incluye otros parientes aparte de los padres e hijos. Los abuelos, los tíos y los primos son todos parte de una familia extensa. (37)

La familia, es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y por lo tanto es responsable de lograr que su función favorezca un estilo de vida saludable, el que debe promover el bienestar y desarrollo de sus miembros.

Como unidad psicosocial, la familia está sujeta a la influencia de factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Cuando la familia funciona de forma adecuada es uno de los focos de prevención primordial y primaria.

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicarse dentro de su núcleo familiar. A partir de los mensajes emitidos por los diferentes miembros de su familia, el niño aprende ciertas reglas de comunicación que le permitirán posteriormente interactuar dentro de su medio social. El ser humano es socialmente dependiente desde su nacimiento y es la familia en primera instancia la que le ofrece el contexto para crecer, desarrollarse y comunicarse. El recién nacido establece su primera relación con su madre y su padre. Ellos le dan la

oportunidad de sobrevivir procurándole la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como emocionales, lo que le permitirá aprender a expresar su afecto y adquirir un sentido de identidad y de pertenencia, lograr una confianza básica y seguridad para actuar.

Una de las etapas críticas de la familia es la llegada de los hijos a la adolescencia. Muchas familias que hasta entonces habían tenido una comunicación que les permitía un equilibrio familiar, en esta etapa la pierden y no les es fácil recuperarla. Sin embargo, es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita la independencia de cada uno, si existe la disposición de las partes en conflicto. El joven debe definirse y tratar de aceptarse como individuo con pensamientos propios, diferentes a los de sus padres. Para lograr esto, puede sentir que sea necesario derribar a los ídolos, lo cual puede ser muy doloroso y poco soportable para los padres. Muchas veces son los padres los que necesitan apoyo, ya que se encuentran tan inestables como los adolescentes, ellos necesitan entender el proceso por el que están atravesando sus hijos. Estas y otras actitudes que se presentan en esta etapa pueden dar origen al conflicto familiar. Cuando no hay posibilidad de solución o negociación, el adolescente puede buscar algo o alguien que lo rescate. Entonces piensa en huir de casa, casarse o embarazarse para satisfacer su necesidad de compañía.

Investigaciones realizadas dentro del área de desarrollo psicosexual han evidenciado consistentemente que muchos padres no hablan abiertamente con sus hijos sobre sexo. La comunicación parece ser especialmente difícil durante la adolescencia cuando los adolescentes están autoafirmando su independencia respecto de sus familiares. Por otro lado se ha encontrado que los adolescentes quieren que se les hable de sexualidad para aclarar sus dudas y les agrada que lo hagan sus padres ya que lo consideran una fuente importante y confiable de información. Estudios realizados en distintos países muestran que la comunicación abierta y clara con los padres sobre el uso de anticonceptivos es un factor que ayuda a que los adolescentes los utilicen de manera responsable. (25)

La vida familiar, es la primera escuela de aprendizaje emocional. Es el modo en que los padres tratan a sus hijos (ya sea con una disciplina estricta o con un desorden notable, con exceso de control o con indiferencia, de modo cordial o brusco, confiado o desconfiado, etc.), tiene unas consecuencias profundas y duraderas en la vida emocional de los hijos, que captan con gran agudeza hasta lo más sutil. (26)

Es así que la estructura y el ambiente familiar, con sus particulares características, pueden contribuir al desarrollo sano del adolescente con factores protectores de la salud integral, o contrariamente determinar factores generadores de daño al adolescente, que se perpetúan en la edad adulta.

Estos factores involucran, según Saenz I (ob.cit):

- Estructura familiar: padres presentes o ausentes.
- Comunicación familiar: frecuencia, amplitud.
- Crisis de la edad adulta: de sus padres y su manejo intrafamiliar.
- Conflictos familiares; violencia, abuso sexual.
- Ejemplo familiar: hábitos, drogas, embarazo en la adolescencia. (27)
- El embarazo adolescente de una hermana
- Madre con historia de embarazo adolescente(25)

D. AUTOESTIMA

Una de las características más importantes del ser humano y una de las que provocan más irregularidades psicológicas es sin lugar a dudas la Autoestima de la persona.

Goethe afirma “La peor desgracia que le puede suceder a un hombre es pensar mal de si mismo”; John Milton, en su libro Paraíso perdido comenta “Nada beneficia más al hombre que su autoestima”.

La autoestima es la suma de varios aspectos de competencia y valía, traducidos en la confianza, seguridad y el respeto a uno mismo. Reflejan el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos, comprender y superar los problemas, y tener derecho a ser feliz. Es fundamental para esto, priorizar el

conocimiento de sí mismo, a fin de identificar las potencialidades y desarrollarlas, y el déficit para superarlo. (44)

El concepto de sí mismo es la base de la autoestima. Ésta sería la suma de juicios que una persona tiene de sí misma, es decir, lo que la persona se dice a sí misma sobre sí misma. Es la dimensión afectiva de la imagen personal que se relaciona con datos objetivos, con experiencias vitales y con expectativas. La autoestima, entonces sería el grado de satisfacción consigo mismo, la valorización de uno mismo. (31)

El concepto de autoestima ha sido descrito por Reasoner (1982) como dependiente de los siguientes factores: el sentido de seguridad, el de identidad, el sentimiento de pertenencia, el sentido de propósito y el de competencia personal. (31)

La autoestima, es el medio principal alrededor del cual orbita cada aspecto de nuestras vidas. Según Stanley Coopersmith (1990) Es la evaluación que una persona hace y comúnmente mantiene con respecto a sí mismo.

Nathaniel Branden (1998), considera la autoestima como el componente evaluativo de sí mismo, otorgándole dos características afectivas: sentimiento de capacidad y de valía personal. (28)

La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes del individuo respecto de sí mismo. La autoestima es una especie de evaluación que cada individuo hace de sí mismo en diferentes áreas, la misma que puede ir cambiando a lo largo de las distintas etapas de la vida.

La autoestima se relaciona con la aceptación de los padres hacia sus hijos; el ambiente familiar debe propiciar la expresión y la aceptación de los jóvenes para transmitirles la confianza de lo que valen de lo que son y de lo que pueden hacer

por sí mismo, estableciendo un equilibrio razonable entre la protección y el estímulo de la autonomía. (44)

- **Escalera de la autoestima (Por Mauro Rodríguez)**

Es necesario conocer los pasos que se deben seguir para lograr conocer muchos aspectos ocultos y sumergidos en la inconsciencia, y esta se va a lograr a través de un esquema en escalera de todos los conceptos vinculados a la autoestima.



-**Autoconocimiento:** Permite ser consciente de virtudes, 10defectos y sobretodo posibilidades para seguir desarrollándose. Darse cuenta de que la persona tiene habilidades, destrezas y capacidades, pero sobretodo definirse como persona.

-**Autoconcepto:** Es una serie de creencias acerca de uno mismo, que se manifiestan en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se cree inteligente o apto, actuará como tal.

-**Autoevaluación:** Refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si lo son para el individuo, le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen

sentir bien y le permiten crecer y aprender; y considerarlas como malas, si para la persona lo son, no le satisfacen, le hacen daño y no le permiten crecer.

-Autoaceptación: Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

-Autorespeto: Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo

-Autoestima: Es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. (44)

- **Dimensiones de la autoestima**

a) *Dimensión física:* Sentirse atractivo físicamente

b) *Dimensión social:* Sentimiento De aceptación y pertenencia de su grupo de pares

c) *Dimensión afectiva:* Se refiere a la auto percepción de características de personalidad, como sentirse: - Simpático o antipático- Estable o inestable- valiente o temeroso- Tranquilo o inquieto- De buen o mal carácter

d) *Dimensión académica:* Se refiere a la autopercepción de la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida académica y específicamente a la capacidad de rendir bien y ajustarse a las exigencias escolares.

Incluye también la autovaloración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo y constante, desde el punto de vista intelectual. (44)

- **Componentes positivos de la autoestima (N. Branden)**

a) *Seguridad:* Factor en el cual creemos reconocer más fácilmente nuestro nivel de autoestima. Permitirá la apertura a la comunicación consigo mismo y con los demás, así como da la capacidad para sentirse cómodos ante los riesgos y nuevos retos. Gracias a la seguridad se puede confiar en los demás.

b) Autoconcepto: Es la forma como nos vemos y nos percibimos a nosotros mismos como individuos y como personas.

c) Integración: Lo llamamos también sentido de integración o sentido de pertenencia. Es sentirse cómodo y a gusto con la gente, sentir que formamos parte de un grupo (familiar, de amigos, de trabajo, de diversión, de estudio, etc.).

d) Motivación: Es lo que va a hacer que nuestra actuación nos parezca oportuna, necesaria o inevitable. Intervienen en ello una gran cantidad de factores de juicio a nivel subconsciente que se plasma en diversas frases de aliento o desaliento.

e) Competencia: Es la concienciación de que hemos aprendido, somos capaces de aprender, estamos aprendiendo continuamente y tenemos un potencial sin límites de aprendizaje. (44)

El inventario de autoestima de Stanley Coopersmith adultos – Forma “C” (anexo N° 02):

El inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith Self Esteem Inventory (SEI) forma “C” para adultos en nuestro medio, fue estandarizado por Isabel Panizo (1985, citado por Matos Apulinario, Ruth-1999).

Es una prueba diseñada para medir actitudes valorativas hacia él SI mismo para los sujetos mayores de 15 años de edad, y esta compuesta por 25 ítems. Los ítems se deben responder de acuerdo a sí el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos afirmativos o negativos; los ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas: Sí mismo-general, social-pares y hogar.

-Administración: Es individual o colectiva, tiene un aproximado de 20 minutos, aunque no hay tiempo límite.

-Calificación: El inventario consta de 25 ítems, distribuidos en tres áreas, 13 se refieren a sí mismo, 6 ítems se refieren al área social-pares y 6 ítems al área familiar.

El puntaje máximo es de 100 puntos y no existe escala de mentiras que invaliden la prueba. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondido en forma correcta (de acuerdo a la clave) y multiplicando este por cuatro.

-La distribución consiste en colocar los reactivos en este orden:

-Clave de respuestas:

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Sí mismo-general	V		F	V			F			F		F	F		F			F	V					F	F	F
Social-pares			F			V		V						V			F					F				
Hogar						F		V		F					F					V		F				

A. Escala Sí mismo-general:

1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24 y 25 = 13 ítems del test.

B. Escala Social-pares:

2, 5, 8, 14, 17, y 21 = 6 ítems del test.

C. Escala Hogar:

6, 9, 11, 16, 20, y 22 = 6 ítems del test.

Total: 25 ítems (Test de Autoestima)

-Niveles de Autoestima:

Puntaje total	Sí mismo	Social	Hogar	Niveles
0 – 24	0 – 2	0 -1	0- 1	“Nivel Bajo”
25 – 49	3 – 5	2 – 3	2 – 3	“Nivel medio bajo”
50 – 74	6 – 8	4 -5	4 – 5	“Nivel medio alto”
75 – 100	9 – 13	6	6	“Nivel alto”

-Interpretación: Se realiza en base a los cuarteles, donde los extremos miden la alta y baja autoestima, y los cuarteles centrales miden la autoestima media, ya sea esta media-alta o media-baja de la autoestima.

- **Alta autoestima:** Son personas con tendencia a conseguir el éxito tanto académico como social, destacando dinamismo dentro de los grupos sociales. Son poco sensibles a la crítica, siendo así que los sentimientos ansiosos los perturban en menos medida.
- **Autoestima media:** Son personas que se caracterizan por ser optimistas, pero que en su interior sienten inseguridad de su valía personal, tendiendo a la búsqueda de aprobación social y experiencias que le conduzcan al fortalecimiento de su autovaloración.
- **Autoestima baja:** Son personas con sentimientos de insatisfacción y carencia de respeto por sí mismos. Sujetos convencidos de su inferioridad, teniendo miedo a provocar el enfado de las demás personas en situaciones grupales, mostrándose pasivos y sensibles a la crítica.

-Validez y confiabilidad: Stanley Coopersmith (1967), reportó la confiabilidad del inventario a través del test-retest (0.88). Respecto a la confiabilidad en nuestro medio, en las investigaciones realizadas no se han encontrado antecedentes relacionados a la aplicación de la prueba a parte de la que se realizó en 1986 por María Isabel Panizo (citado por Matos en 1999), quien utilizó el coeficiente de confiabilidad por mitades al azar, obteniendo luego ese procedimiento que la correlación entre ambas mitades fue de 0.78. (32)

CAPÍTULO III

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Factores individuales:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Edad actual	Edad en años al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 16 años 2. 17 años 3. 18 años 4. 19 años 5. 20 años 6. 21 años 7. 22 años 8. 23 años	Ordinal
Edad de Maternidad	Edad en años al momento del embarazo adolescente, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 13 años 2. 14 años 3. 15 años 4. 16 años 5. 17 años 6. 18 años 7. 19 años	Ordinal
Edad del padre del hijo durante gestación adolescente	Edad en años al momento del embarazo adolescente, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 16 – 19 años 2. 20 – 25 años 3. 26 – 30 años 4. 31 – 35 años	Nominal
Escolaridad actual	Años de estudio alcanzados al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. 6 años 2. 7 años 3. 8 años 4. 9 años 5. 10 años 6. 11 años 7. \geq 12 años	Ordinal
Estado Civil actual	Tipo de unión al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Separada 5. Viuda	Nominal
Paridad actual	Condición de la mujer según el número de partos al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Primípara 2. Secundípara 3. Multípara	Nominal
Tipo de parto en gestación adolescente	Forma de terminación del embarazo adolescente, obtenido por entrevista y visita	1. Eutócico 2. Cesárea	Ordinal
Número de Abortos	Número de abortos al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Ninguno 2. 1 - 2 3. Más de 2	Nominal
Uso actual de métodos anticonceptivos	Uso de método de control de la natalidad al momento del estudio, obtenido mediante entrevista y	1. Hormonal Oral 2. Hormonal inyectable 3. DIU	Nominal

(MAC)	visita domiciliaria	4.Natural 5.No usa	
Valoración de la autoestima	Valoración de la autoestima según escala de Coopersmith adultos, al momento del estudio por entrevista y visita domiciliaria	1.Autoestima baja 2.Autoestima media baja 3.Autoestima media alta 4.Autoestima alta	Nominal

Factores Sociales:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Proyecto de vida previo a gestación adolescente	Dirección que la persona se marca en su vida, determinado antes del embarazo adolescente. Obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1.Estudiar en la universidad 2.Estudiar en instituto/tecnológico 3.Casarse 4.Ser buena madre 5.Trabajar	Nominal
Proyecto de vida actual	Dirección que la persona se marca en su vida, determinado al momento del estudio y obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Estudiar en la universidad 2. Estudiar en instituto/tecnológico 3. Casarse 4. Ser buena madre 5. Trabajar	Nominal
Permanencia en círculo de amigos (adolescentes)	Incorporación y permanencia en su círculo de amigos, obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria,	1.Si 2.No	Nominal
Percepción de Debilidades y fortalezas en su actual condición	Percepción de Debilidades y fortalezas en su actual condición, obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria	- Debilidades: 1. Deprimida 2. Ansiosa 3. Frustrada - Fortalezas: 1. Segura de ti misma 2. Madura emocionalmente 3. Capaz de valerte por ti misma (trabajo)	Nominal
Antecedente de gestación adolescente en entorno familiar	Antecedente de gestación adolescente en entorno familiar, Obtenido por entrevista y visita domiciliaria.	1. Madre 2. Hermana 3. Otro 4. No tiene	Nominal
Pareja actual	Pareja actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1.Padre del bebé 2.Otra pareja	Nominal

		3.No tiene pareja	
Vida sexual actual	Vida sexual actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Satisfactoria 2. Insatisfactoria 3. No tiene relaciones sexuales.	Nominal
Sistema de apoyo social actual	Sistema de apoyo social que percibe la madre adolescente al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. PROMUDEH 2. Club de madres 3. Vaso de leche 4. Servicio municipal 5. Iglesia y/o religión 6. No tiene	Nominal
Acceso a seguros de salud	Acceso a seguros de salud al momento del estudio, obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria.	1. Asegurado MINSA 2. Asegurado EsSalud 3. Asegurado FFAA/PNP 4. Seguro privado 5. Sin seguro	Nominal
Evaluación socioeconómico-familiar	Evaluación hecha por el Seguro Integral de Salud (SIS) al momento de gestación adolescente, dato obtenido mediante entrevista y visita domiciliaria	1. Categoría A – No pobre 2. Categoría B – Pobre no extremo 3. Categoría C – Pobre extremo	Nominal
Percepción de maltrato por ser madre adolescente	Percepción de maltrato por ser madre adolescente, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. No 2. Sí. De quién?.....	Nominal

Factores familiares:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Núcleo familiar actual	Núcleo familiar actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Vive sola 2. Vive con pareja 3. Vive con padres 4. Vive con padres y pareja 5. Vive con suegros y pareja 6. Vive con otros familiares y/o tutores	Nominal
Tipo de apoyo familiar en su actual condición	Tipo de apoyo familiar, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Financiero y afectivo 2. No da apoyo 3. Solo financiero 4. Solo afectivo	Nominal
Condición actual de su vivienda	Condición actual de su vivienda al momento del estudio, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Propia 2. Alquilada 3. Prestada 4. Vive en casa de padres 5. Vive en casa de	Nominal

		suegros 6. Otra	
Destino actual de su hijo	Destino actual de su hijo, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1. Con ella 2. Con el padre del bebé 3. Adopción 4. Con abuelos maternos 5. Con abuelos paternos 6. Otro	Nominal

Factores Ocupacionales:

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Ocupación actual	Ocupación actual, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	Estudia Trabaja ama de casa Estudia y trabaja Otro	Nominal
Ser madre adolescente es impedimento para continuar estudios	Ser madre adolescente es impedimento para continuar estudios, obtenido por entrevista y visita domiciliaria	1.Si 2.No	Nominal
Discriminación laboral en su actual condición	Discriminación laboral en su actual condición, obtenido por encuesta y visita domiciliaria	1.Si 2.No	Nominal

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Se trata de un estudio prospectivo, analítico, de corte transversal.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en el departamento de Tacna, Provincia Tacna, Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Servicio de Gineco-Obstetricia. Durante el periodo de setiembre a noviembre del 2007.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

El universo de estudio son las adolescentes cuyo parto haya ocurrido el año 2004, atendidas en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna.

Muestra:

Se tomó una muestra a conveniencia según criterios de inclusión y exclusión, conformada por 100 madres adolescentes atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2004.

Criterios de Selección:

- Criterios de inclusión:

1. Madres adolescentes cuyo parto se desarrolló en el 2004
2. Madres cuyo domicilio fue ubicable y con permanencia en Tacna
3. Madres adolescentes con atención del parto en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna.

- Criterios de Exclusión:

1. Madres con alguna patología sistémica o enfermedad crónica previa a la gestación.
2. Madres que se encuentren bajo custodia en el hogar del menor (Aldea Infantil San Pedro o INABIF).

3. Madres en las cuales el hijo haya fallecido en el periodo neonatal o perinatal.

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un formato semiestructurado (anexo 01), el cual fue validado por juicio de expertos.

Asimismo se contó con una ficha de valoración de la autoestima (anexo 02), validado por Isabel Panizo en 1986 en nuestro país.

Procedimiento:

- a. Se seleccionó del registro informático del servicio Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna la muestra según los criterios de inclusión y exclusión propuestos.
- b. La recolección de la información se realizó mediante búsqueda activa y visita domiciliaria.
- c. En los casos en el que la madre adolescente se encontró bajo tutoría de una persona mayor, se solicitó una autorización explícita para poder realizar el estudio.
- d. La información se consolidó en una base de datos para el análisis de base informática, previo control de calidad de la información por el grupo de asesoría.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 01

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
EDAD ACTUAL	16	1	1.0%
	17	1	1.0%
	18	3	3.0%
	19	5	5.0%
	20	17	17.0%
	21	39	39.0%
	22	24	24.0%
	23	10	10.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 01 se observa la distribución de la muestra según edad.

- La mayor proporción fueron las madres de 21 años (39%) seguido de las de 22 años (24%) y las de 20 años (17%).

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE MATERNIDAD Y EDAD DE PAREJA DURANTE LA GESTACIÓN DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		EDAD DE PAREJA DURANTE GESTACION ADOLESCENTE									
		16 A 19 AÑOS		20 A 25 AÑOS		26 A 30 AÑOS		31 A 35 AÑOS		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD DE MATERNIDAD	13	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
	14	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
	15	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
	16	3	30.0%	4	40.0%	3	30.0%	0	0.0%	10	100.0%
	17	15	41.7%	14	38.9%	5	13.9%	2	5.6%	36	100.0%
	18	2	10.0%	14	70.0%	4	20.0%	0	0.0%	20	100.0%
	19	8	27.6%	14	48.3%	7	24.1%	0	0.0%	29	100.0%
	Total	29	29.0%	50	50.0%	19	19.0%	2	2.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

La tabla N° 02 muestra la distribución de la edad en que las adolescentes se embarazaron según la edad de la pareja en el mismo periodo de tiempo.

- Una adolescente alcanzó la maternidad a los 13 años y para entonces la pareja sexual tenía entre 20 a 25 años.
- Las madres que se embarazaron a los 14, 15 y 16 años, sus parejas estaban comprendidas entre los 20 a 25 años (100%, 50% y 40 % respectivamente).

- A partir de los 17 años, las edades de las parejas se distribuyen en grupo de mayor edad en forma homogénea.
- En el grupo de madres de 17 años, el 41.7% (n=15) tuvo parejas de una edad aproximada a la suya, entre 16 a 19 años. El 38.9% con parejas entre 20 a 25 años y el 13.9% parejas entre 26 a 30 años.
- En el grupo de madres que se embarazaron a los 18 años (mayoría de edad), el 10 % tuvo parejas entre 16 a 19 años, el 70% de 20 a 25 años y el 20% entre 26 a 30 años.
- En el grupo de madres que se embarazaron en el límite superior de la adolescencia (19 años), el 27.6% tuvo parejas de una edad aproximada a la suya, el 48.3% con parejas de 20 a 25 años y el 24.1% tuvo parejas con una edad entre 26 a 30 años.
- La edad de las parejas más frecuente es la de 20 a 25 años. Se observa que la mayor proporción de madres adolescente tuvo una pareja sexual de mayor edad a la suya.

TABLA N° 03

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD ACTUAL
DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE
TACNA. 2007**

		N	%
ESCOLARIDAD ACTUAL	6TO GRADO	3	3.0%
	7MO GRADO	1	1.0%
	8VO GRADO	5	5.0%
	9NO GRADO	5	5.0%
	10mo GRADO	12	12.0%
	11vo GRADO	52	52.0%
	SUPERIOR	22	22.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En tabla N° 03 se observa la distribución de la escolaridad actual del grupo de estudio.

- El 52% alcanzó a terminar la secundaria y el 22% se encuentra en estudios superiores. Un 3% llegó sólo hasta el 6to grado (Educación Primaria).

TABLA N° 04

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ESTADO CIVIL Y ANTECEDENTES OBSTETRICOS ACTUALES DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
ESTADO CIVIL	Soltera	29	29.0%
	Casada	10	10.0%
	Conviviente	55	55.0%
	Separada	6	6.0%
	Viuda	0	0.0%
	Total	100	100.0%
PARIDAD ACTUAL	Primípara	79	79.0%
	Segundípara	19	19.0%
	Múltipara	2	2.0%
	Total	100	100.0%
antecedente de gestación en el entorno familiar	madre	5	5.0%
	hermana	11	11.0%
	otra	17	17.0%
	no tiene	67	67.0%
	Total	100	100.0%
TIPO DE PARTO EN GESTACION ADOLESCENTE	Eutócico	74	74.0%
	Cesárea	26	26.0%
	Total	100	100.0%
NÚMERO DE ABORTOS	ninguno	93	93.0%
	1 - 2	7	7.0%
	> 2	0	0.0%
	Total	100	100.0%
USO ACTUAL DE MAC	Hormonal oral	15	15.0%
	Hormonal inyectable	39	39.0%
	DIU	4	4.0%
	Natural	6	6.0%
	Preservativos	7	7.0%
	No usa	29	29.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 04 se muestra la distribución de frecuencia de estado civil y los principales antecedentes obstétricos del grupo de estudio

- Según estado civil, el 55% de las madres en estudio tiene la condición de conviviente, seguido de un 29% en la condición de soltera. Solo un 10% tiene la condición de casada.
- Según antecedentes obstétricos, el 79% era primípara, pero ya un 19% se encontraba en la condición de secundípara. A pesar de tan corta edad, un 2% (n=2) era multípara.
- Respecto al antecedente de gestación familiar en etapa adolescente, el 5% refiere que su madre tuvo esta condición, el 11% una hermana y el 17% algún otro familiar indirecto.
- Un 67% no tiene el antecedente de algún familiar con embarazo en edad adolescente, condición que las coloca como únicas madres con esta condición dentro de la familia.
- Según tipo de parto, el 74% fue eutócico y el 26% vía cesárea.
- Según número de abortos, el 93% no tenía esta condición. El 7% ya tenía el antecedente de 1 o 2 abortos.
- Actualmente, el 39% es usuaria de anticonceptivos hormonales inyectables, seguido de un 15% con anticoncepción hormonal oral. El 7% prefiere el preservativo. El 6% prefiere el método del ritmo o natural. Un 29% no es usuaria de ningún método anticonceptivo.

TABLA N° 05

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PROYECTO DE VIDA
PREVIO A GESTACION DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES
DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

		N	%
Estudiar en la universidad	No	52	52.0%
	Sí	48	48.0%
	Total	100	100.0%
Estudiar en Instituto/ tecnologico	No	57	57.0%
	Sí	43	43.0%
	Total	100	100.0%
casarse	No	99	99.0%
	Sí	1	1.0%
	Total	100	100.0%
ser buena madre	No	98	98.0%
	Sí	2	2.0%
	Total	100	100.0%
trabajar	No	79	79.0%
	Sí	21	21.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

Se observa en la tabla n° 05 la distribución de las principales opiniones de proyecto de vida antes de producirse el evento de embarazo en la adolescente.

- El 48% deseaba ir a la universidad, el 43% acudir a un instituto tecnológico. El 21% deseaba trabajar. Solo un 1% deseaba el matrimonio y un 2% ser una buena madre.
- Cabe destacar que alguna adolescente tenía más de una opción de deseo.

TABLA N° 06

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PROYECTO DE VIDA ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
Estudiar en la universidad	No	85	85.0%
	Sí	15	15.0%
	Total	100	100.0%
Estudiar en Instituto/ tecnologico	No	85	85.0%
	Sí	15	15.0%
	Total	100	100.0%
casarse	No	97	97.0%
	Sí	3	3.0%
	Total	100	100.0%
ser buena madre	No	75	75.0%
	Sí	25	25.0%
	Total	100	100.0%
trabajar	No	24	24.0%
	Sí	76	76.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N^a 06 se observa el proyecto de vida en la actualidad, ya en la condición de madre adolescente.

- Solo el 15% desea ir a la universidad y el 15% a un instituto tecnológico. El 76% desea trabajar.
- La condición “ser buena madre” es un proyecto de vida del 25% del grupo de estudio. Sólo un 3% desea casarse.

TABLA N° 07

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN ENTORNO DE AMIGOS DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		N	%
¿Sigues frecuentando a tu círculo de amigos?	Sí	16	16.0%
	No	84	84.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 07 observamos la distribución de frecuencia según si frecuenta las mismas amistades o entorno de amigos que tenían las madres antes de la gestación.

- El 84% refiere que ya no es así. Sólo el 16% refiere que conserva el entorno de amistades que tenía antes de embarazarse.

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE SU ESTADO PSICOLÓGICO Y SEGURIDAD SOBRE SÍ MISMA DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Segura de ti misma					
		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deprimida	No	52	69.3%	23	30.7%	75	100.0%
	Sí	15	60.0%	10	40.0%	25	100.0%
Ansiosa	No	47	63.5%	27	36.5%	74	100.0%
	Sí	20	76.9%	6	23.1%	26	100.0%
Frustrada	No	49	61.3%	31	38.8%	80	100.0%
	Sí	18	90.0%	2	10.0%	20	100.0%
con baja autoestima	No	58	66.7%	29	33.3%	87	100.0%
	Sí	9	69.2%	4	30.8%	13	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 08, observamos la percepción del estado anímico por la propia madre según su percepción de seguridad sobre sí misma dada su condición actual.

- De las madres que refirieron sentirse deprimidas, sólo el 40.0% refiere sentirse segura de sí misma. Un 60.0% suma que siente inseguridad.
- En el grupo que refiere sentirse ansiosa, el 23.1% refiere sentirse segura de sí misma y el 76.9% no.

- En el grupo que se siente frustrada, el 90% no siente seguridad por sí misma y las que refirieron baja autoestima el 69.2% refieren también inseguridad.
- Cabe destacar que una madre puede haber presentado más de una condición.

TABLA N° 09

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE SU ESTADO PSICOLOGICO Y PERCEPCION DE MADUREZ EMOCIONAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		MAdura emocionalmente					
		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deprimida	No	41	54.7%	34	45.3%	75	100.0%
	Sí	18	72.0%	7	28.0%	25	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%
Ansiosa	No	46	62.2%	28	37.8%	74	100.0%
	Sí	13	50.0%	13	50.0%	26	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%
Frustrada	No	49	61.3%	31	38.8%	80	100.0%
	Sí	10	50.0%	10	50.0%	20	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%
con baja autoestima	No	54	62.1%	33	37.9%	87	100.0%
	Sí	5	38.5%	8	61.5%	13	100.0%
	Total	59	59.0%	41	41.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 09, observamos la percepción del estado anímico por la propia madre según su madurez emocional dada su condición actual.

- El 72% que se siente deprimida no se siente madura emocionalmente.
- De las madres que refieren sentirse ansiosas y frustradas, el 50% refiere sentirse emocionalmente maduras y el 50% no respectivamente.

- Grupo diferente se presenta en las que refirieron baja autoestima, donde el 61.5% refieren sentirse emocionalmente maduras.
- Cabe destacar que una madre puede haber presentado más de una condición.

TABLA N° 10

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE SU ESTADO PSICOLOGICO Y CAPACIDAD PARA VALERCE POR SI MISMA DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Capaz de valerte por ti misma (trabajo)					
		No		Sí		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deprimida	No	46	61.3%	29	38.7%	75	100.0%
	Sí	11	44.0%	14	56.0%	25	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%
Ansiosa	No	40	54.1%	34	45.9%	74	100.0%
	Sí	17	65.4%	9	34.6%	26	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%
Frustrada	No	43	53.8%	37	46.3%	80	100.0%
	Sí	14	70.0%	6	30.0%	20	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%
con baja autoestima	No	48	55.2%	39	44.8%	87	100.0%
	Sí	9	69.2%	4	30.8%	13	100.0%
	Total	57	57.0%	43	43.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N°10, observamos la percepción del estado anímico por la propia madre según su capacidad de valerse por sí misma dada su condición actual.

- De las madres adolescentes que refieren sentirse deprimidas, el 44.0% refiere que no puede valerse por sí misma y un 56% refiere que sí lo puede hacer.
- De las que refieren sentirse ansiosas, el 65.4% perciben no valerse por sí mismas. Frecuencia mayor que la misma característica descrita en el grupo anterior.

- De las que refieren sentirse frustradas, el 70% refiere además no poderse valerse por sí misma. Frecuencia mayor que las dos anteriores características descritas y similar con las que refieren sentirse con autoestima baja, que refiere sentirse además incapaz de valerse por sí misma en un 69.2%.
- Cabe destacar que una madre puede haber presentado más de una condición.

TABLA N° 11

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PAREJA ACTUAL Y VIDA SEXUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Vida sexual actual							
		Satisfactoria		Insatisfactoria		No tiene relaciones sexuales		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
pareja actual	Padre del bebé	58	93.5%	4	6.5%	0	0.0%	62	100.0%
	Otra pareja	2	66.7%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%
	No tiene pareja	4	11.4%	1	2.9%	30	85.7%	35	100.0%
	Total	64	64.0%	5	5.0%	31	31.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		Vida sexual actual
pareja actual	Chi-cuadrado	77.333
	gl	4
	Sig.	0.000

En la tabla N° 11 se observa la distribución de la muestra, según pareja actual y percepción de satisfacción sexual.

- De las madres que refieren relaciones con padre de su hijo, el 93.5% afirma sentirse satisfechas.
- Del grupo de madres que tienen otra pareja, el 66.7% refiere sentirse satisfecha sexualmente y un 33.3% no ha reiniciado relaciones coitales.
- Del grupo que no tiene pareja sexual, sólo el 11.4% refiere satisfacción sexual, 2.9% insatisfacción y el 85.7% no mantiene una relación sexual activa.
- Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las que cuentan con una pareja y el nivel de satisfacción sexual percibido (p:0.000)

TABLA N° 12

DISTRIBUCION DE CONDICION DE AYUDA SOCIAL Y ACCESO A SEGUROS DE SALUD DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		Acceso a seguros de salud (Actualmente)											
		Asegurado - Minsa		Asegurado - EsSalud		Asegurado FFAA/PNP		Seguro Privado		Sin seguro		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sistema de apoyo social actual	PROMUDEH	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%	2	2.0%
	Club de madres	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.0%
	Vaso de leche	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	17.1%	17	17.0%
	Iglesia / religión	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.0%
	Otro	0	0.0%	3	27.3%	0	0.0%	0	0.0%	6	7.9%	9	9.0%
	No tiene	4	30.8%	8	72.7%	0	0.0%	0	0.0%	56	73.7%	68	68.0%
	Total	13	100.0%	11	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	76	100.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 12, se puede observar la distribución de frecuencia según apoyo social recibido y acceso a seguros de salud actual.

- De las madres con seguro en el MINSA, el 30.8% recibe apoyo social del vaso de leche, seguido de un 15.4% en algún club de madre o Iglesia. Un 30% de este grupo no recibe ningún tipo de apoyo social institucional o de grupo organizado. De madres que se encuentran con seguro de ESSALUD, el 72% no recibe ayuda social de ninguna otra organización y sólo un 27.3% recibe de alguna otra organización no gubernamental o pública.
- La gran mayoría, 76 madres (76%) no cuentan con ningún tipo de seguro de salud; y de este grupo el 73.7% no tiene tampoco apoyo de ninguna organización social, el 17.1% del vaso de leche, el 1.3% de PROMUDEH y 7.9% de alguna otra organización no pública.

TABLA N° 13

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE PERCEPCION DE MALTRATO
POR SER MADRE ADOLESCENTE DE UN GRUPO DE MADRES
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

		N	%
SUFRE MALTRADO POR SER MADRE ADOLESCENTE	No sufre maltrato	80	80.0%
	Padres	10	10.0%
	Hermanos	3	3.0%
	Pareja	2	2.0%
	Vecinos	4	4.0%
	Compañeros de trabajo	1	1.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 13, observamos la percepción de recibir maltrato en su actual condición.

- El 80% refiere no sentirse maltratadas, el 10% perciben maltrato por parte de los padres, el 3% de hermanos y el 2% de pareja sexual. Un 4% refiere percibir maltrato por parte de los vecinos (grupo extrafamiliar).

TABLA N° 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN NÚCLEO FAMILIAR ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

	Vive sola	Vive con pareja	Vive con padres	Vive con padres y pareja	Vive con suegros y pareja	Vive con otros familiares	TOTAL
N	4	33	26	20	9	8	100
%	4%	33%	26%	20%	9%	8%	100%

Fuente: Instrumento del investigador

En la tabla N° 14 se observa la distribución de la muestra según núcleo familiar actual

- El 33% de las madres ha formado su propio núcleo familiar al vivir solo con su pareja, el 26% vive con ambos padres. El 20% y 9% viven con padres-pareja y suegros-pareja respectivamente. Cabe resaltar que el 4% de estas madres viven solas.

TABLA N° 15

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN CONDICION ACTUAL DE VIVIENDA, APOYO FAMILIAR Y DESTINO DE HIJO DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		n	%
Condición actual de su vivienda	Propia	15	15.0%
	Alquilada	21	21.0%
	Vive en casa de padres	46	46.0%
	Vive en casa de suegros	11	11.0%
	Otro	7	7.0%
	Total	100	100.0%
Tipo de apoyo familiar en su actual condición	Financiero y afectivo	27	27.0%
	No da apoyo	7	7.0%
	Solo financiero	3	3.0%
	Sólo afectivo	63	63.0%
	Total	100	100.0%
Destino actual de su hijo	Con ella	91	91.0%
	Con el padre de su bebé	4	4.0%
	Adopción	1	1.0%
	Con abuelos maternos	2	2.0%
	Con abuelos paternos	1	1.0%
	Otro	1	1.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 15 observamos la distribución de frecuencia según condición actual de vivienda, apoyo familiar y destino de hijo del grupo en estudio.

- En relación a la condición actual de su vivienda, podemos observar que el 46% vive en casa de padres, el 21% en casa alquilada y el 15% en casa propia.
- Según el tipo de apoyo familiar que recibe el grupo en estudio, el 63% de las madres recibe tan solo apoyo afectivo, el 27 % además de apoyo afectivo también apoyo financiero. El 7% no recibe ningún tipo de apoyo.
- Con respecto al destino actual de su hijo, el 91% de las madres viven junto a su hijo, el 4% de los niños viven sólo con el padre. Un 2% de niños viven con los abuelos maternos y un 1% con abuelos paternos. Un niño fue entregado en adopción.

TABLA N° 16

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN OCUPACION ACTUAL DE
DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE
TACNA.
2007**

		n	%
Ocupación actual	Estudia	13	13.0%
	Trabaja	58	58.0%
	Ama de casa	25	25.0%
	Estudia y trabaja	3	3.0%
	otro	1	1.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N° 16 observamos la distribución de frecuencia según ocupación actual de la madre objetivo del estudio.

- El 58% trabaja actualmente, el 25% se desempeña como ama de casa y el 13% sólo estudia.

TABLA N° 17

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SEGÚN PERCEPCION DE
POSIBILIDAD DE SEGUIR ESTUDIOS DE UN GRUPO DE MADRES
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

		n	%
¿ El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios?	SÍ	85	85.0%
	NO	15	15.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

En la tabla N°17 observamos la distribución de frecuencia de percepción sobre la posibilidad de seguir estudios en el grupo de estudio.

- El 85% de las madres del estudio reconocen que el ser madre es un impedimento importante para seguir estudios. Un 15% refiere de que no.

TABLA N° 18

NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESFERAS DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

		n	%
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	6	6.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	13	13.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	48	48.0%
	NIVEL ALTO	33	33.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	19	19.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	44	44.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	30	30.0%
	NIVEL ALTO	7	7.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	6	6.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	40	40.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	42	42.0%
	NIVEL ALTO	12	12.0%

Fuente: Instrumento del Investigador

La tabla N° 18 muestra la medición del nivel de autoestima según esferas propuestas por el test utilizado en el presente estudio.

- En la escala “SI MISMO-GENERAL” el 48% presentaba un nivel de autoestima medio alto, seguido de un 33% con un nivel alto de autoestima. Un 13% de madres manifiesta un nivel de autoestima medio a bajo.
- En la escala “SOCIAL PARES”, el 44% se encuentra en un nivel de autoestima medio bajo, seguido del 30% con un nivel de autoestima en esta condición de medio alto. Un considerable 19% se encuentra con un nivel de autoestima bajo.
- En la escala “HOGAR” El 42% se encuentra con un nivel de autoestima medio alto seguido de un 40% con un nivel de medio bajo.

TABLA 19 (Anexos 03, 04, 05)

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN ESTADO CIVIL, PROYECTO DE VIDA Y APOYO SOCIAL ACTUAL DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		ESTADO CIVIL
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	2.757
	gl	9
	Sig.	0.973
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	17.337
	gl	9
	Sig.	0.044
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	4.794
	gl	9
	Sig.	0.852

* Fuente: Instrumento del investigador

		Estudiar en la universidad	Estudiar en Instituto/ tecnológico	casarse	ser buena madre	trabajar
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	1.970	2.133	1.308	5.168	0.210
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.579	0.545	0.727	0.160	0.976
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	2.518	5.250	1.177	7.477	1.797
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.472	0.154	0.759	0.058	0.616
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	1.830	1.363	4.312	9.771	6.511
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.608	0.714	0.230	0.021	0.089

*

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Sistema de apoyo social actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	14.058
	gl	15
	Sig.	0.521
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	9.892
	gl	15
	Sig.	0.826
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	9.050
	gl	15
	Sig.	0.875

*

TABLA N° 20 (Anexo 06, 07)

FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y ANTECEDENTE DE MALTRATO EN SU ACTUAL CONDICIÓN DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA.

2007

		Evaluación socioeconómico familiar por seguro integral de salud (durante gestación adolescente)
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	2.774
	gl	6
	Sig.	0.837
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	5.109
	gl	6
	Sig.	0.530
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	10.994
	gl	6
	Sig.	0.089

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		SUFRE MALTRADO POR SER MADRE ADOLESCENTE
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	19.525
	gl	15
	Sig.	0.191
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	15.030
	gl	15
	Sig.	0.449
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	18.835
	gl	15
	Sig.	0.221

Fuente: Instrumento del investigador

TABLA N° 21 (Anexo 08, 09)

**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN
NUCLEO FAMILIAR Y DESTINO ACTUAL DEL HIJO DE UN GRUPO
DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE TACNA. 2007**

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Nucleo familiar actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	31.407
	gl	15
	Sig.	0.008
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	22.396
	gl	15
	Sig.	0.098
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	17.141
	gl	15
	Sig.	0.311

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Destino actual de su hijo
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	21.509
	gl	15
	Sig.	0.121
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	12.661
	gl	15
	Sig.	0.628
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	37.49
	gl	15
	Sig.	0.001

Fuente: Instrumento del investigador

TABLA N° 22 (Anexo N° 10, 11)

**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN
OCUPACION ACTUAL E IMPEDIMIENTO PARA SEGUIR ESTUDIOS
DE UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE
TACNA. 2007**

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Ocupación actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	18.059
	gl	12
	Sig.	0.114
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	25.744
	gl	12
	Sig.	0.012
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	9.959
	gl	12
	Sig.	0.620

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios?
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	9.338
	gl	3
	Sig.	0.025
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	8.512
	gl	3
	Sig.	0.037
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	14.015
	gl	3
	Sig.	0.003

Fuente: Instrumento del investigador

A partir de la tabla N° 19 a la tabla N° 22 se muestra el contraste de variables para determinar las principales características asociadas a nivel de autoestima.

- Se ha considerado un “p” significativo menor de 0.05 a un intervalo de confianza del 95%, La prueba para determinar asociación fue chi cuadrada.
- Las variables que están asociadas o influenciarían a las escalas de autoestima “SI MISMO-GENERAL” son núcleo familiar actual y la percepción de que el ser madre es un impedimento para seguir estudiando.
- Las variables asociadas a los niveles de autoestima “SOCIAL PARES” son estado civil, el núcleo familiar actual, ocupación actual y la percepción de impedimento a seguir estudios.
- Las variables asociadas a escala “HOGAR” son la percepción de ser buena madre, destino actual del hijo y la percepción de impedimento a seguir estudios.
- La variable “seguir estudios” es una variable asociada en las tres escalas y la que incentivándola podría influenciar positivamente en el nivel de autoestima de las madres en estudio

DISCUSIÓN

- En este estudio se deja en evidencia que el embarazo temprano se asocia con una situación psicosocial menos ventajosa, confirmado también por estudios similares realizados en otros países latinoamericanos (Prada; 1993, Vazquez y col; 1995, Dres y col; 1997).
- La situación psicosocial actual de las madres adolescentes es realmente alarmante; siendo la frustración de sus metas por alcanzar, un indicador muy sensible de este problema, así pues se refleja en este estudio que una gran mayoría de madres adolescentes en nuestra ciudad no continúan con estudios superiores a pesar que tenían proyectado antes de quedar embarazadas hacerlo. En este sentido, se dedican actualmente a trabajar (58%) o a buscar como conseguir un trabajo que pueda cubrir las nuevas necesidades que atañe el traer un hijo al mundo.
- Asimismo, la madre adolescente no se identifica con el problema en el cual esta inmersa, y por este motivo tiene mayor tendencia a quedar nuevamente embarazada (21%), debido a que la despreocupación y la falta de compromiso por sobrellevar esta situación da como resultado que presente relaciones sexuales sin protección (29%), y vuelva nuevamente el problema, en muchos casos eligiendo salidas prácticas y peligrosas como el aborto (7%).
- La familia y el entorno de la adolescente, son en suma cuentas parte del problema, haciendo que la joven madre que se enfrenta a esta situación, no se sienta segura en su propio hogar o en su círculo de amigos, dejando en ella pocas alternativas para enfrentar el día a día como madre de un pequeño ser que pide mucho de ella, frecuente motivo que la hace aferrarse en una pareja que le brinde este apoyo, y involucrase pronto en un problema mayor, la convivencia (55%).

- Este proceso, tiene una base directa en la propia inmadurez (59%) e inseguridad de la adolescente (67%), dando lugar después de quedar embarazada a una autoestima cada vez menor, traducida en muchos casos en ansiedad (26%), depresión (25%) y sobre todo en frustración (20%) al no poder modificar su situación, y por ende conlleva a no quererse como persona, despreocupándose incluso de su propia salud, reflejada ésta última en este trabajo de investigación como la falta de un sistema de apoyo social (68%) y seguro de salud (76%).
- Por otro lado, la metodología de investigación utilizada es también similar a otros estudios (Alatorre;1989), sin ser por ello más simple de resolver, pues todo trabajo desarrollado en campo es complicado por naturaleza, y se necesita de un mayor presupuesto. Asimismo, los esfuerzos por lograr la cobertura propuesta de madres adolescentes estuvieron siempre en creciente a pesar de los avatares del día a día.
- Sobre los resultados obtenidos en este estudio, es relevante mencionar la convergencia de sus conclusiones con los principales trabajos de investigación desarrollados al respecto en el mundo (Tiburcio y col; 1995, Clemmens y col; 2001); confirmando que la presencia de embarazos a edades tempranas se asocia con un nivel escolar bajo (secundaria o menos), con un limitado acceso al ámbito laboral y con una mayor probabilidad de incrementar la descendencia en un período de tiempo corto, iniciando el círculo de la pobreza.
- Algunos factores que se asocian en forma positiva con el éxito a largo plazo, se incluyen de igual manera en este estudio: el culminar con estudios secundarios, el conseguir empleo, no quedar embarazada después de los 26 meses postparto, un sentido de control de la vida reflejada en un elevado autoestima, menor aislamiento social , etc. (Horwitz y col; 1991, Mercer 1986).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA

La edad actual promedio de las madres es de 20.99 ± 1.3 años, siendo además la edad de 21 años la de mayor frecuencia (39%). La edad de maternidad promedio fue de 17.54 ± 1.27 años, con parejas en ese momento de edades comprendidas entre los 20-25 años en el 50% de los casos.

En la actualidad, el 55% son convivientes y sólo el 29% son madres solteras. La escolaridad alcanzada de mayor frecuencia es de nivel secundario completo (52%), presentando estudios superiores sólo el 22%. Asimismo el 79% continúa en su condición de primípara. Son usuarias de algún método anticonceptivo el 71%, siendo el inyectable el más utilizado (39%).

SEGUNDA

Su proyecto de vida actual incluye como primera opción el trabajar (76%) y sólo el 15% continuar con estudios superiores. El 25% refieren sentirse deprimidas (25%) y ansiosas (26%); sin embargo reconocen como fortalezas sentirse maduras emocionalmente (41%) y capaces de valerse por sí mismas (43%). Asimismo perciben a sus padres como sus principales agresores por ser madres adolescentes (10%).

El 65% cuenta con una pareja en la actualidad, siendo en el 95% de los casos el padre de su hijo. El 84% no frecuenta su círculo de amigos; y no cuenta con ningún tipo de apoyo social (68%) ni seguro de salud (76%), a pesar que el 74% de estas madres fueron calificadas como categoría-B (pobreza no extrema) por el SESE durante su gestación.

Cabe resaltar que el 33% presentan antecedentes de gestación adolescente en su entorno familiar, siendo la hermana el familiar directo.

TERCERA

El 33% de estas madres ha formado su propio núcleo familiar. El tipo de apoyo familiar recibido es sólo de tipo afectivo (63%), a pesar que reconocen vivir en la casa de sus padres (46%). Asimismo, el 91% de las madres viven junto a su hijo.

CUARTA

El 61% cuenta con un empleo remunerado y sólo el 13% se dedica exclusivamente a estudiar. Asimismo el 85% señala que el ser madre adolescente ha sido un impedimento para continuar sus estudios.

QUINTA

El nivel de autoestima de estas madres en la escala “SI MISMO-GENERAL” es de nivel medio alto (48%), en la escala “SOCIAL-PARES” de nivel medio bajo (44%) y en la escala “HOGAR” de nivel medio alto.

Las variables que están asociadas o influenciarían a las escalas de autoestima “SI MISMO-GENERAL” son núcleo familiar actual y la percepción de impedimento a seguir estudios. Las variables asociadas a los niveles de autoestima “SOCIAL-PARES” son estado civil, núcleo familiar, ocupación actual y la percepción de impedimento a seguir estudios. Las variables asociadas a escala “HOGAR” son la percepción de ser buena madre, destino actual del hijo y la percepción de impedimento a seguir estudios.

La variable “seguir estudios” es una variable asociada en las tres escalas, y la que incentivándola podría influenciar positivamente en el nivel de autoestima de las madres en estudio.

RECOMENDACIONES

- El presente trabajo de investigación, como estudio piloto podría ser el punto de partida a posteriores trabajos que consideren una mayor población de madres adolescentes, para así determinar la situación psicosocial de este grupo de mujeres, a fin de promover la creación de leyes de protección que las respalde y reincorpore a la sociedad en su nueva condición.
- Coordinar con el Ministerio de Educación programas académicos a nivel nacional, cuyo contenido considere tema de estudio a la madre adolescente. Asimismo, impulsar el diseño de programas educativos dirigidos a éstas madres, con el propósito de que culminen su ciclo educativo básico sin ser objeto de discriminación en su actual condición.
- Impartir cursos informativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado.
- Promover cursos de capacitación dirigidos a este grupo, con el fin de incorporarlo en centros laborales.
- Diseñar estrategias para la creación de proyectos de vida, aumentar el nivel de autoestima y fomentar valores y principios, a través de la implementación de talleres y charlas, en los cuales se incluya testimonios de mujeres que fueron madres adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Salaverry Olga M.** Lima – Perú. “Embarazo en adolescentes de Lima”
<http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html>
2. **Peñaherrera Sánchez Edwin.** Arequipa – Perú. “Módulo: Prevención y promoción de la salud mental en la niñez y adolescencia”- Maestría en salud mental del niño, del adolescente y de la familia.
3. **Neelofur-Khan Dina.** Ginebra – Suiza. “Embarazo Adolescente” – Publicación electrónica de la Organización Mundial de la Salud. 2007
http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/ISBN_92_4_159565_0.HTM
4. **Red nacional para el medio ambiente y la supervivencia y el desarrollo infantil.** <http://www.omco.org/macroredperu/scannews1/scan2.htm>
5. **Mujeres hoy (Portal de las mujeres latinoamericanas).** Nota de prensa del 25.11.2005
<http://www.mujereshoy.com/secciones/3466.shtml>
6. **Klein L.** “Antecedents of teenage pregnancy” Clin Obst Gynaecol. 1978, 1151
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
7. **Geronimus At, Korenman S.** “The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered” Research reports. 1990. Population Studies Center
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
8. **De Miguel J.R; Arribas C. y Cols.** “Repercusión social y afectiva del embarazo en la mujer de > 17 años, encuesta realizada a los dos años del parto”. Progresos en Obstetricia y ginecología. 33,5,259-264.
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
9. **Grindstaaf C.F.** “Adolescent Marriage and Childbearing: The long term economic outcome” Canadá. 1987
www.sec.es/publicaciones/congresos/Vcongreso/libro/p9b.pdf
10. **Camacho Diaz Cristina y Cols.** “Embarazo en la adolescencia” Alabacete-España. 1995
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%206/embaradolesc6.htm>

11. **O'mailly Alfaro jeannevive.** León -España “Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes” 2001
www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificaci%F3n%20familiar.PDF
12. **PROPOLI - INEI.**
http://www.propoli.org/boletin_desarrollo_frame.php?nota_id=59
13. **Angela Vázquez Márquez, Francisca de la Cruz Chávez y Cols.** “Repercusión materna de el embarazo precoz”. Facultad de Ciencias médicas Filial Bayazo - Rev Cubana Obstet Ginecología 21(1). Cuba - 1995
14. **Auchter, Mónica; Balbuena, Mirtha - Galeano, Humberto.** “Maternidad y adolescencia – Nuevos enfoques”. Facultad de Medicina – UNNE. Argentina - 2002
15. **Rafael Vásquez, Ana Isabel Gómez.** “Maternidad adolescente: Vínculo y Desarrollo” Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 46 No.3. Colombia - 1995
16. **Alatorre Rico, Javier Atkin y cols.** “El embarazo adolescente y la Pobreza”. Revista mexicana de Ginecologia y Obst. Vol.44 132-140. México - 1989
17. **Tiburcio T, Avila Rosas H y Cols.** “Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales”. Perinatol Reprod Hum 9(1): 37-45. 1995
18. **Buitrón Aranda, Aymé y Cols.** “Identidad, estereotipos de género y maternidad adolescente en el Perú”. Departamento de Estadística, humanidades y Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. abuitro@upch.edu.pe
19. **PROPOLI - INEI.**
http://www.propoli.org/boletin_desarrollo_frame.php?nota_id=59
20. **Juan R. Issler.** “Embarazo en la adolescencia”. Revista de postgrado de la cátedra VIa Medicina N°107-Agosto/2001: 11-23
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
21. **Tavara Orozco.** “Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú.” Ginecol Obstet Perú. 2004;50(2):111-122.

22. **Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda.** “Manual de medicina de la adolescencia.” EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
23. **Situación de la adolescente y la maternidad.**
<http://www.monografias.com/trabajos12/adoma/adoma.shtml>
24. **Tipos de familia**
<http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml#tipos>
25. **Jeanneville O'mally Alfaro Blandón.** “Planificación Familiar Y Algunas Perspectivas De Embarazo En Adolescentes.” Tesis Para Optar Al Título De Especialista En Gineco-Obstetricia. España. Febrero Del 2001
26. **El desarrollo emocional adolescente.**
<http://www.interrogantes.net/includes/documento.php?IdDoc=1283&IdSec=15>
27. **García, naillet, silva Teofila.** “Programa educativo sobre madurez psicoafectiva en adolescentes embarazadas.”
<http://www.monografias.com/trabajos28/programa-adolescentes/programa-adolescentes.shtml>
28. **Ucañan urtecho sheyla karin, carrillo rubio eliana maritza** “Análisis comparativo de la autoestima en adolescentes aceptados, rechazados y aislados por sus padres en el hogar de cristo de la ciudad de chimbote.”
http://www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS_PS/TESIS/T82.doc
29. **Carla Astudillo, Carolina Díaz, Mónica Cabrera, Angela Muñoz y Ximena Calbacho.** “Autoestima adolescente y estilos de crianza parentales.” Psicología del Desarrollo II, Universidad del Desarrollo, 2000.
<http://www.geocities.com/Heartland/Farm/8810/investig/aecrian2.html>
30. **Rosa Mouriño Pérez , Leonardo Viniegra Velásquez.** “Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial” Departamento de epidemiología y de comunidad. Facultad de Medicina Auntonoma de México.. Vol 33(1): 38-48. Salud pública de México - 1991

31. **Isabel M. Haesussler, Neva Milicia M.** “Confíar en uno mismo: Programa de Autoestima”. Santiago de Chile – Chile. 1994.
32. **Stanley Coopersmith.** “Escala de Autoestima - Adultos”.1975
33. **Unidad de Salud del Niño y del Adolescente Área Salud Familiar y Comunitaria OPS/OMS©.** “Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes.” DRAFT-NOVIEMBRE 2006.
www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf
34. **MINSA** “Promoción de la salud de los y las adolescentes.”
<http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.asp?Servicios/SuSaludEsPrimero/Adol escente/adolescente.asp>
35. **YouthNet/Family Health International y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).** Guía para la Participación de los Jóvenes: evaluación, planificación e implementación.
<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/sa-participacion.htm>
36. **Edwin Peñaherrera Sánchez.** “Maestría en Prevención y promoción de la salud mental en la niñez y adolescencia”. Universidad Católica de Santa María – Escuela de Post grado. Arequipa
37. **Flor Vilchez Velásquez.** “Maestría en Salud mental del niño, adolescente y familia – Bases para el estudio de la problemática familiar”. Universidad Católica de Santa María – Escuela de Post grado. Arequipa
38. **Population Referente Bureau (PRB).** “La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias” PRB. Washington, D.C.-1992.
39. **Buvinic, Mayra.** “Costs of adolescent childbearing in Latin America and the Caribbean. ICEW Working Paper N°05, Washington, d.c.; Internacional Center for Research on Women. octubre de 1997
40. **Prada Salas Elena.** “El contexto demográfico de los adolescentes en Colombia”. Tribuna Médica N°88(3):154-163. Colombia - 1993.
41. **Horwitz SM, Klerman LV, Kuo HS, Jekel JF.** Pediatrics. “School-age mothers: predictors of long-term educational and economic outcomes”1991; 87:862-868.

42. **Dres J. Pomata; H. García; L.Otheguy; Aspres; T. Fernández; Obst. A. Ballicona; Lic. M. González.** “Adolescencia y embarazo”. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Revista Hosp. N°02. Argentina - 1997
43. **Lic. Gladys Aldana Prima.** “Manual de Psicología del Desarrollo II – Universidad Privada San Martín de Porres”. Semestre II – 2008.
44. **Lic. Tatiana Jenny Ramirez Chacón.** “Manual de Psicología del Desarrollo Afectivo I: Autoestima –Universidad Privada San Martín de Porres”. Semestre II – 2008”.
45. **Clemmens D-J.** “La relación entre el apoyo social y las interacciones de madres juveniles con sus infantes: un meta-análisis”. Obst el Gynecol Neonatal Nurs. Jul-ago. 30(4) :410-20. New Haven CT(Connecticud) – EEUU - 2001
46. **Mercer RT;** “The relationship of developmental variables to maternal behavior”. Research in Nursing Health 9:25-33. Ciudad de California/San Francisco - 1986

ANEXOS

Estimada señora, se esta llevando a cabo un trabajo de investigación sobre la “**Situación psicosocial de 100 madres adolescentes, atendidas por parto en el año 2004 en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna. 2007**”, para ello le pedimos su colaboración contestando con sinceridad a las siguientes preguntas.

I. FACTORES INDIVIDUALES

1. Edad actual:
2. Edad de maternidad:
3. Edad del padre del hijo (durante gestación adolescente):
4. Escolaridad actual: años
5. Estado civil actual:
 1. Soltera
 2. Casada
 3. Conviviente
 4. Separada
 5. Viuda
6. Paridad actual:
 1. Primípara
 2. Secundípara
 3. Multípara
7. Tipo de parto en gestación adolescente:
 1. Eutócico
 2. Cesárea
8. N° de abortos (actualmente):
 1. Ninguno
 2. 1- 2
 3. > 2
9. Uso actual de MAC:
 1. Hormonal oral
 2. Hormonal inyectable
 3. DIU
 4. Natural
 5. No usa

II. FACTORES SOCIALES

1. Proyecto de vida previo a gestación adolescente:
 1. Estudiar en la universidad
 2. Estudiar en Instituto/Tecnológico
 3. Casarse
 4. Ser buena madre
 5. Trabajar
 6. Otro:
2. Proyecto de vida actual:
 1. Estudiar en la universidad
 2. Estudiar en Instituto/Tecnológico
 3. Casarse
 4. Ser buena madre
 5. Trabajar
 6. Otro:
3. Sigues frecuentando a tu círculo de amigos:
 1. Si
 2. No
4. Cómo te sientes emocionalmente en tu actual condición?
-Debilidades:
 1. Deprimida
 2. Ansiosa

3. Frustrada
 4. Con baja autoestima
 5. Otro:
- Fortalezas:
1. Segura de ti misma
 2. Madura emocionalmente
 3. Capaz de valerte por ti misma (trabajo)
 4. Con autoestima adecuada
 5. Otro:
5. Antecedente de gestación adolescente en entorno familiar:
 1. Madre
 2. Hermana
 3. Otro
 4. No tiene
 6. Pareja actual:
 1. Padre del bebé
 2. Otra pareja
 3. No tiene pareja. Porque:
 7. Vida sexual actual:
 1. Satisfactoria
 2. Insatisfactoria
 3. No tiene relaciones sexuales
 8. Sistema de apoyo social actual:
 1. PROMUDEH
 2. Club de madres
 3. Vaso de leche
 4. Iglesia y/o religión
 5. Otro
 6. No tiene
 9. Acceso a seguros de salud (actualmente):
 1. Asegurado – Minsa
 2. Asegurado – EsSalud
 3. Asegurado FFAA/PNP
 4. Seguro privado
 5. Sin seguro
 10. Evaluación socioeconómico-familiar por Seguro Integral de Salud (durante gestación adolescente):
 6. Categoría A – No pobre
 7. Categoría B – Pobre no extremo
 8. Categoría C – Pobre extremo
 10. Percepción de maltrato por ser madre adolescente:
 1. No
 2. Sí. De quien?

III. FACTORES FAMILIARES

1. Núcleo familiar actual:
 1. Vive sola
 2. Vive con pareja
 3. Vive con padres
 4. Vive con padres y pareja
 5. Vive con suegros y pareja
 6. Vive con otros familiares y/o tutores
2. Tipo de apoyo familiar en su actual condición:
 1. Financiero y afectivo
 2. No da apoyo
 3. Solo financiero
 4. Solo afectivo
3. Condición actual de su vivienda:
 1. Propia

2. Alquilada
 3. Vive en casa de padres
 4. Vive en casa de suegros
 5. Otro
4. Destino actual de su hijo:
1. Con ella
 2. Con el padre del bebé
 3. Adopción
 4. Con abuelos maternos
 5. Con abuelos paternos
 6. Otro

IV. FACTORES OCUPACIONALES

1. Ocupación actual:

 1. Estudia
 2. Trabaja
 3. Ama de casa
 4. Estudia y trabaja
 5. Otro

2. El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios:.....

 1. Si
 2. No

3. Discriminación laboral en su actual condición:

 1. Si
 2. No
 3. No trabaja

INVENTARIO DE AUTOESTIMA (anexo N° 02)

-Si la declaración describe cómo te sientes usualmente pon una “x” en la columna V (verdadero).

-Si la declaración no describe como te sientes usualmente, pon una “x” en la columna B.

Número	Afirmación	V	F
01	Las cosas generalmente no me preocupan		
02	Me resulta difícil hablar frente a la clase u otras personas		
03	Hay cosas sobre mi mismo que cambiaría si pudiera		
04	Puedo tomar decisiones sin dificultades		
05	Soy una persona entretenida, alegre		
06	En mi casa me fastidio fácilmente		
07	Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo		
08	Soy popular entre las personas de mi edad		
09	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mis padres esperan demasiado de mí		
12	Es bastante difícil ser yo misma		
13	Mi vida es un enredo		
14	Las personas generalmente aceptan mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión de mi misma		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
17	Generalmente me siento fastidiada en mi entorno		
18	Físicamente no soy tan simpática como la mayoría de personas		
19	Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20	Mis padres me comprenden		
21	La mayoría de las personas me caen mejor de lo que yo les caigo a ellas		
22	Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando		
23	Generalmente me siento desmoralizada en mi entorno		
24	Generalmente desearía ser otra persona		
25	No sé puede confiar en mí		

TABLA N° 23 (anexo N° 03)

		ESTADO CIVIL											
		Soltera		Casada		Conviviente		Separada		Viuda		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	2	33.3%	0	0.0%	4	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	3	23.1%	1	7.7%	8	61.5%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	14	29.2%	6	12.5%	26	54.2%	2	4.2%	0	0.0%	48	100.0%
	NIVEL ALTO	10	30.3%	3	9.1%	17	51.5%	3	9.1%	0	0.0%	33	100.0%
	Total	29	29.0%	10	10.0%	55	55.0%	6	6.0%	0	0.0%	100	100.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	5	26.3%	2	10.5%	10	52.6%	2	10.5%	0	0.0%	19	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	16	36.4%	2	4.5%	26	59.1%	0	0.0%	0	0.0%	44	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	5	16.7%	5	16.7%	18	60.0%	2	6.7%	0	0.0%	30	100.0%
	NIVEL ALTO	3	42.9%	1	14.3%	1	14.3%	2	28.6%	0	0.0%	7	100.0%
	Total	29	29.0%	10	10.0%	55	55.0%	6	6.0%	0	0.0%	100	100.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	1	16.7%	0	0.0%	4	66.7%	1	16.7%	0	0.0%	6	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	12	30.0%	3	7.5%	24	60.0%	1	2.5%	0	0.0%	40	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	12	28.6%	6	14.3%	21	50.0%	3	7.1%	0	0.0%	42	100.0%
	NIVEL ALTO	4	33.3%	1	8.3%	6	50.0%	1	8.3%	0	0.0%	12	100.0%
	Total	29	29.0%	10	10.0%	55	55.0%	6	6.0%	0	0.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		ESTADO CIVIL
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	2.757
	gl	9
	Sig.	0.973
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	17.337
	gl	9
	Sig.	0.044
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	4.794
	gl	9
	Sig.	0.852

TABLA N° 24 (anexo N° 04)

		Estudiar en la universidad			Estudiar en Instituto/			casarse			ser buena madre			trabajar			
		No	Sí	Total	No	Sí	Total	No	Sí	Total	No	Sí	Total	No	Sí	Total	
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	6	0	6	4	2	6	6	0	6	6	0	6	1	5	6
		%	100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	16.7%	83.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	12	1	13	12	1	13	12	1	13	12	1	13	3	10	13
		%	92.3%	7.7%	100.0%	92.3%	7.7%	100.0%	92.3%	7.7%	100.0%	92.3%	7.7%	100.0%	23.1%	76.9%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	40	8	48	41	7	48	47	1	48	33	15	48	12	36	48
		%	83.3%	16.7%	100.0%	85.4%	14.6%	100.0%	97.9%	2.1%	100.0%	68.8%	31.3%	100.0%	25.0%	75.0%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	27	6	33	28	5	33	32	1	33	24	9	33	8	25	33
		%	81.8%	18.2%	100.0%	84.8%	15.2%	100.0%	97.0%	3.0%	100.0%	72.7%	27.3%	100.0%	24.2%	75.8%	100.0%
	Total	n	85	15	100	85	15	100	97	3	100	75	25	100	24	76	100
		%	85.0%	15.0%	100.0%	85.0%	15.0%	100.0%	97.0%	3.0%	100.0%	75.0%	25.0%	100.0%	24.0%	76.0%	100.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	18	1	19	16	3	19	19	0	19	18	1	19	4	15	19
		%	94.7%	5.3%	100.0%	84.2%	15.8%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	94.7%	5.3%	100.0%	21.1%	78.9%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	37	7	44	35	9	44	42	2	44	29	15	44	13	31	44
		%	84.1%	15.9%	100.0%	79.5%	20.5%	100.0%	95.5%	4.5%	100.0%	65.9%	34.1%	100.0%	29.5%	70.5%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	25	5	30	29	1	30	29	1	30	24	6	30	5	25	30
		%	83.3%	16.7%	100.0%	96.7%	3.3%	100.0%	96.7%	3.3%	100.0%	80.0%	20.0%	100.0%	16.7%	83.3%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	5	2	7	5	2	7	7	0	7	4	3	7	2	5	7
		%	71.4%	28.6%	100.0%	71.4%	28.6%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	57.1%	42.9%	100.0%	28.6%	71.4%	100.0%
	Total	n	85	15	100	85	15	100	97	3	100	75	25	100	24	76	100
		%	85.0%	15.0%	100.0%	85.0%	15.0%	100.0%	97.0%	3.0%	100.0%	75.0%	25.0%	100.0%	24.0%	76.0%	100.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	5	1	6	5	1	6	5	1	6	6	0	6	2	4	6
		%	83.3%	16.7%	100.0%	83.3%	16.7%	100.0%	83.3%	16.7%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	33.3%	66.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	36	4	40	36	4	40	39	1	40	27	13	40	6	34	40
		%	90.0%	10.0%	100.0%	90.0%	10.0%	100.0%	97.5%	2.5%	100.0%	67.5%	32.5%	100.0%	15.0%	85.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	35	7	42	34	8	42	41	1	42	36	6	42	10	32	42
		%	83.3%	16.7%	100.0%	81.0%	19.0%	100.0%	97.6%	2.4%	100.0%	85.7%	14.3%	100.0%	23.8%	76.2%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	9	3	12	10	2	12	12	0	12	6	6	12	6	6	12
		%	75.0%	25.0%	100.0%	83.3%	16.7%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	100.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	Total	n	85	15	100	85	15	100	97	3	100	75	25	100	24	76	100
		%	85.0%	15.0%	100.0%	85.0%	15.0%	100.0%	97.0%	3.0%	100.0%	75.0%	25.0%	100.0%	24.0%	76.0%	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

		Estudiar en la universidad	Estudiar en Instituto/ tecnologico	casarse	ser buena madre	trabajar
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	1.970	2.133	1.308	5.168	0.210
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.579	0.545	0.727	0.160	0.976
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	2.518	5.250	1.177	7.477	1.797
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.472	0.154	0.759	0.058	0.616
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	1.830	1.363	4.312	9.771	6.511
	gl	3	3	3	3	3
	Sig.	0.608	0.714	0.230	0.021	0.089

TABLA N° 25 (anexo N° 05)

			Sistema de apoyo social actual						
			PROMUDEH	Club de madres	Vaso de leche	Iglesia / religión	Otro	No tiene	Total
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	0	1	0	0	0	5	6
		%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	83.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	0	0	3	0	2	8	13
		%	0.0%	0.0%	23.1%	0.0%	15.4%	61.5%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	2	0	9	1	5	31	48
		%	4.2%	0.0%	18.8%	2.1%	10.4%	64.6%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	0	1	5	1	2	24	33
		%	0.0%	3.0%	15.2%	3.0%	6.1%	72.7%	100.0%
	Total	n	2	2	17	2	9	68	100
		%	2.0%	2.0%	17.0%	2.0%	9.0%	68.0%	100.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	1	1	3	0	2	12	19
		%	5.3%	5.3%	15.8%	0.0%	10.5%	63.2%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	1	0	5	1	6	31	44
		%	2.3%	0.0%	11.4%	2.3%	13.6%	70.5%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	0	1	7	1	1	20	30
		%	0.0%	3.3%	23.3%	3.3%	3.3%	66.7%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	0	0	2	0	0	5	7
		%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	71.4%	100.0%
	Total	n	2	2	17	2	9	68	100
		%	2.0%	2.0%	17.0%	2.0%	9.0%	68.0%	100.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	0	0	2	0	1	3	6
		%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	16.7%	50.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	0	1	7	0	4	28	40
		%	0.0%	2.5%	17.5%	0.0%	10.0%	70.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	2	1	7	1	3	28	42
		%	4.8%	2.4%	16.7%	2.4%	7.1%	66.7%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	0	0	1	1	1	9	12
		%	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	8.3%	75.0%	100.0%
	Total	n	2	2	17	2	9	68	100
		%	2.0%	2.0%	17.0%	2.0%	9.0%	68.0%	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

	Sistema de apoyo social actual	
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	14.058
	gl	15
	Sig.	0.521
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	9.892
	gl	15
	Sig.	0.826
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	9.050
	gl	15
	Sig.	0.875

TABLA N° 26 (anexo N° 06)

			Evaluación socioeconómico familiar por seguro integral de salud (durante gestación adolescente)			
			Categoría A - No pobre	Categoría B - Pobre no extremo	Categoría C - Pobre extremo	Total
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	0	5	1	6
		%	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	1	9	3	13
		%	7.7%	69.2%	23.1%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	4	38	6	48
		%	8.3%	79.2%	12.5%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	3	22	8	33
		%	9.1%	66.7%	24.2%	100.0%
	Total	n	8	74	18	100
		%	8.0%	74.0%	18.0%	100.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	1	13	5	19
		%	5.3%	68.4%	26.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	5	33	6	44
		%	11.4%	75.0%	13.6%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	1	22	7	30
		%	3.3%	73.3%	23.3%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	1	6	0	7
		%	14.3%	85.7%	0.0%	100.0%
	Total	n	8	74	18	100
		%	8.0%	74.0%	18.0%	100.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	0	2	4	6
		%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	4	30	6	40
		%	10.0%	75.0%	15.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	3	32	7	42
		%	7.1%	76.2%	16.7%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	1	10	1	12
		%	8.3%	83.3%	8.3%	100.0%
	Total	n	8	74	18	100
		%	8.0%	74.0%	18.0%	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

		Evaluación socioeconómico familiar por seguro integral de salud (durante gestación adolescente)
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	2.774
	gl	6
	Sig.	0.837
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	5.109
	gl	6
	Sig.	0.530
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	10.994
	gl	6
	Sig.	0.089

TABLA N° 27 (anexo N° 07)

			SUFRE MALTRADO POR SER MADRE ADOLESCENTE					
			NO SUFRE MALTRATO	Padres	Hermanos	Pareja	Vecinos	Compañeros de trabajo
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	5	1	0	0	0	6
		%	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	7	2	1	1	1	13
		%	53.8%	15.4%	7.7%	7.7%	7.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	37	6	2	0	3	48
		%	77.1%	12.5%	4.2%	0.0%	6.3%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	31	1	0	1	0	33
		%	93.9%	3.0%	0.0%	3.0%	0.0%	100.0%
Total	n	80	10	3	2	4	100	
	%	80.0%	10.0%	3.0%	2.0%	4.0%	100.0%	
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	12	4	0	1	1	19
		%	63.2%	21.1%	0.0%	5.3%	5.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	35	4	2	0	3	44
		%	79.5%	9.1%	4.5%	0.0%	6.8%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	27	1	1	1	0	30
		%	90.0%	3.3%	3.3%	3.3%	0.0%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	6	1	0	0	0	7
		%	85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	n	80	10	3	2	4	100	
	%	80.0%	10.0%	3.0%	2.0%	4.0%	100.0%	
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	4	1	0	1	0	6
		%	66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	35	3	0	0	2	40
		%	87.5%	7.5%	0.0%	0.0%	5.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	31	6	2	0	2	42
		%	73.8%	14.3%	4.8%	0.0%	4.8%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	10	0	1	1	0	12
		%	83.3%	0.0%	8.3%	8.3%	0.0%	100.0%
Total	n	80	10	3	2	4	100	
	%	80.0%	10.0%	3.0%	2.0%	4.0%	100.0%	

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		SUFRE MALTRADO POR SER MADRE ADOLESCENTE
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	19.525
	gl	15
	Sig.	0.191
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	15.030
	gl	15
	Sig.	0.449
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	18.835
	gl	15
	Sig.	0.221

TABLA N° 28 (anexo N° 08)

			Actualmente				
			Vive con ambos padres	Vive sólo con la madre	Vive sólo con el padre	Vive con otro familiar y/o tutor	Solo con pareja
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	1	4	0	1	0
		%	16.7%	66.7%	0.0%	16.7%	0.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	4	6	0	3	0
		%	30.8%	46.2%	0.0%	23.1%	0.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	18	15	0	14	1
		%	37.5%	31.3%	0.0%	29.2%	2.1%
	NIVEL ALTO	n	15	11	2	4	1
		%	45.5%	33.3%	6.1%	12.1%	3.0%
	Total	n	38	36	2	22	2
		%	38.0%	36.0%	2.0%	22.0%	2.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	2	10	0	6	1
		%	10.5%	52.6%	0.0%	31.6%	5.3%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	17	15	0	12	0
		%	38.6%	34.1%	0.0%	27.3%	0.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	17	8	0	4	1
		%	56.7%	26.7%	0.0%	13.3%	3.3%
	NIVEL ALTO	n	2	3	2	0	0
		%	28.6%	42.9%	28.6%	0.0%	0.0%
	Total	n	38	36	2	22	2
		%	38.0%	36.0%	2.0%	22.0%	2.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	1	4	0	1	0
		%	16.7%	66.7%	0.0%	16.7%	0.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	16	11	1	12	0
		%	40.0%	27.5%	2.5%	30.0%	0.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	20	11	1	9	1
		%	47.6%	26.2%	2.4%	21.4%	2.4%
	NIVEL ALTO	n	1	10	0	0	1
		%	8.3%	83.3%	0.0%	0.0%	8.3%
	Total	n	38	36	2	22	2
		%	38.0%	36.0%	2.0%	22.0%	2.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Actualmente
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	10.975
	gl	12
	Sig.	0.531
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	41.798
	gl	12
	Sig.	0.000
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	23.209
	gl	12
	Sig.	0.026

TABLA N° 29 (anexo N° 09)

			Destino actual de su hijo						
			Con ella	Con el padre de su bebé	Adopción	Con abuelos maternos	Con abuelos paternos	Otro	Total
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	6	0	0	0	0	0	6
		%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	10	1	1	0	0	1	13
		%	76.9%	7.7%	7.7%	0.0%	0.0%	7.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	44	3	0	0	1	0	48
		%	91.7%	6.3%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	31	0	0	2	0	0	33
		%	93.9%	0.0%	0.0%	6.1%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	n	91	4	1	2	1	1	100
		%	91.0%	4.0%	1.0%	2.0%	1.0%	1.0%	100.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	17	0	1	0	0	1	19
		%	89.5%	0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	5.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	39	3	0	1	1	0	44
		%	88.6%	6.8%	0.0%	2.3%	2.3%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	28	1	0	1	0	0	30
		%	93.3%	3.3%	0.0%	3.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	7	0	0	0	0	0	7
		%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	n	91	4	1	2	1	1	100
		%	91.0%	4.0%	1.0%	2.0%	1.0%	1.0%	100.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	4	0	1	0	0	1	6
		%	66.7%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	16.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	37	2	0	0	1	0	40
		%	92.5%	5.0%	0.0%	0.0%	2.5%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	39	2	0	1	0	0	42
		%	92.9%	4.8%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	11	0	0	1	0	0	12
		%	91.7%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	n	91	4	1	2	1	1	100
		%	91.0%	4.0%	1.0%	2.0%	1.0%	1.0%	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Destino actual de su hijo
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	21.509
	gl	15
	Sig.	0.121
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	12.661
	gl	15
	Sig.	0.628
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	37.49
	gl	15
	Sig.	0.001

TABLA N° 30 (anexo N° 10)

			Ocupación actual					
			Estudia	Trabaja	Ama de casa	Estudia y trabaja	otro	Total
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	2	1	3	0	0	6
		%	33.3%	16.7%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	2	7	4	0	0	13
		%	15.4%	53.8%	30.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	4	28	15	0	1	48
		%	8.3%	58.3%	31.3%	0.0%	2.1%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	5	22	3	3	0	33
		%	15.2%	66.7%	9.1%	9.1%	0.0%	100.0%
	Total	n	13	58	25	3	1	100
		%	13.0%	58.0%	25.0%	3.0%	1.0%	100.0%
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	5	5	9	0	0	19
		%	26.3%	26.3%	47.4%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	2	32	9	0	1	44
		%	4.5%	72.7%	20.5%	0.0%	2.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	5	15	7	3	0	30
		%	16.7%	50.0%	23.3%	10.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	1	6	0	0	0	7
		%	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	n	13	58	25	3	1	100
		%	13.0%	58.0%	25.0%	3.0%	1.0%	100.0%
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	0	4	2	0	0	6
		%	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	2	27	10	1	0	40
		%	5.0%	67.5%	25.0%	2.5%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	9	20	11	1	1	42
		%	21.4%	47.6%	26.2%	2.4%	2.4%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	2	7	2	1	0	12
		%	16.7%	58.3%	16.7%	8.3%	0.0%	100.0%
	Total	n	13	58	25	3	1	100
		%	13.0%	58.0%	25.0%	3.0%	1.0%	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Ocupación actual
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	18.059
	gl	12
	Sig.	0.114
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	25.744
	gl	12
	Sig.	0.012
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	9.959
	gl	12
	Sig.	0.620

TABLA N° 31 (anexo N° 11)

			El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios?		
			SÍ	NO	Total
ESCALA SI MISMO - GENERAL	NIVEL BAJO	n	6	0	6
		%	100.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	12	1	13
		%	92.3%	7.7%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	44	4	48
		%	91.7%	8.3%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	23	10	33
		%	69.7%	30.3%	100.0%
Total	n	85	15	100	
	%	85.0%	15.0%	100.0%	
ESCALA SOCIAL PARES	NIVEL BAJO	n	18	1	19
		%	94.7%	5.3%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	40	4	44
		%	90.9%	9.1%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	23	7	30
		%	76.7%	23.3%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	4	3	7
		%	57.1%	42.9%	100.0%
Total	n	85	15	100	
	%	85.0%	15.0%	100.0%	
ESCALA HOGAR	NIVEL BAJO	n	6	0	6
		%	100.0%	0.0%	100.0%
	NIVEL MEDIO BAJO	n	39	1	40
		%	97.5%	2.5%	100.0%
	NIVEL MEDIO ALTO	n	33	9	42
		%	78.6%	21.4%	100.0%
	NIVEL ALTO	n	7	5	12
		%	58.3%	41.7%	100.0%
Total	n	85	15	100	
	%	85.0%	15.0%	100.0%	

Fuente: Instrumento del investigador

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		El ser madre adolescente es impedimento para continuar tus estudios?
ESCALA SI MISMO - GENERAL	Chi-cuadrado	9.338
	gl	3
	Sig.	0.025
ESCALA SOCIAL PARES	Chi-cuadrado	8.512
	gl	3
	Sig.	0.037
ESCALA HOGAR	Chi-cuadrado	14.015
	gl	3
	Sig.	0.003

TABLA N° 32 (anexo N° 12)

		n	%
Las cosas generalmente no me preocupan	Falso	74	74.0%
	Verdadero	26	26.0%
	Total	100	100.0%
Me resulta difícil hablar frente a la clase u otras personas	Falso	50	50.0%
	Verdadero	50	50.0%
	Total	100	100.0%
Hay cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera	Falso	65	65.0%
	Verdadero	35	35.0%
	Total	100	100.0%
Puedo tomar decisiones sin dificultades	Falso	57	57.0%
	Verdadero	43	43.0%
	Total	100	100.0%
Soy un apersona entretenida, alegre	Falso	38	38.0%
	Verdadero	62	62.0%
	Total	100	100.0%
En mi casa me fastidio facilmente	Falso	43	43.0%
	Verdadero	57	57.0%
	Total	100	100.0%
Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo	Falso	58	58.0%
	Verdadero	42	42.0%
	Total	100	100.0%
Soy popular en tre las personas de mi edad	Falso	61	61.0%
	Verdadero	39	39.0%
	Total	100	100.0%
Mis padres generalmente toman en cuenta mis mis sentimientos	Falso	47	47.0%
	Verdadero	53	53.0%
	Total	100	100.0%
me rindo fácilmente	Falso	25	25.0%
	Verdadero	75	75.0%
	Total	100	100.0%
mis padres esperan demasiado de mí	Falso	47	47.0%
	Verdadero	53	53.0%
	Total	100	100.0%
es bastante difícil ser yo misma	Falso	47	47.0%
	Verdadero	53	53.0%
	Total	100	100.0%
Mi vida es un enredo	Falso	32	32.0%
	Verdadero	68	68.0%
	Total	100	100.0%
Las personas generalmente aceptan mis ideas	Falso	51	51.0%
	Verdadero	49	49.0%
	Total	100	100.0%
Tengo una pobre opinión de mí misma	Falso	34	34.0%
	Verdadero	66	66.0%
	Total	100	100.0%
Muchas veces me gustaría irme de mi casa	Falso	34	34.0%
	Verdadero	66	66.0%
	Total	100	100.0%
Generalmente me siento fastidiada en mi entorno	Falso	36	36.0%
	Verdadero	64	64.0%
	Total	100	100.0%
Físicamente no soy tan simpática como la mayoría de personas	Falso	39	39.0%
	Verdadero	61	61.0%
	Total	100	100.0%
Si tengo algo que decir generalmente lo digo	Falso	34	34.0%
	Verdadero	66	66.0%
	Total	100	100.0%
Mis padres me comprenden	Falso	42	42.0%
	Verdadero	58	58.0%
	Total	100	100.0%
La mayoría de las personas me caen mejor de lo que yo les caigo a ellas	Falso	54	54.0%
	Verdadero	46	46.0%
	Total	100	100.0%
Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando	Falso	22	22.0%
	Verdadero	78	78.0%
	Total	100	100.0%
Generalmente me siento desmoralizada en mi entorno	Falso	31	31.0%
	Verdadero	69	69.0%
	Total	100	100.0%
Generalmente desearía ser otra persona	Falso	59	59.0%
	Verdadero	41	41.0%
	Total	100	100.0%
no se puede confiar en mí	Falso	7	7.0%
	Verdadero	93	93.0%
	Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento del investigador