

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE  
AUTOESTIMA ASOCIADOS AL EMBARAZO NO DESEADO  
EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DIFERENCIADO DE ADOLESCENTES DE LA RED  
SANITARIA MOQUEGUA, 2010**

**TESIS**

Presentada por:

**Lic. CARMEN CLORINDA CUAYLA LUIS**

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*) CON  
MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

**TACNA - PERÚ  
2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**


**ESCUELA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**


**FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS Y NIVEL DE AUTOESTIMA  
ASOCIADOS AL EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DIFERENCIADO DE  
ADOLESCENTES DE LA RED  
SANITARIA MOQUEGUA,  
2010**

**TESIS SUSTENTADA Y APROBADA EL 15 DE FEBRERO DEL 2012, ESTANDO EL  
JURADO CALIFICADOR INTEGRADO POR:**

**PRESIDENTE :**   
**Dra. Rina María Álvarez Becerra**

**SECRETARIO :**   
**Dra. Olga Choque Chura**

**MIEMBRO :**   
**Mgr. Gustavo Eliseo Hallasi Tejada**

**ASESOR :**   
**Dra. Nery Rafael Bernabé**

## AGRADECIMIENTO

*A mis padres, por su cariño y confianza*

*A mis maestros por sus sabias enseñanzas y ejemplo*

*A mi familia, por su apoyo incondicional para concretar mi aspiración de continuar superándome.*

## DEDICATORIA

*A Dios por sus bendiciones y fortaleza  
para lograr mis sueños y anhelos.*

*A mis padres y a mi familia, que con amor y paciencia  
en todo momento me alentaron a seguir adelante*

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	i
DEDICATORIA.....	ii
CONTENIDO.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	01

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción del problema.....	03
1.2.Formulación del problema.....	06
1.2.1. Problema general.....	06

1.2.2. Problemas Específicos .....	07
1.3. Objetivos .....	08
1.3.1. Objetivo general .....	08
1.3.2. Objetivos específicos .....	08
1.4. Hipótesis .....	10
1.4.1. Hipótesis General .....	10
1.4.2. Hipótesis Específicas .....	10
1.5. Justificación de la investigación .....	11

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio .....	13
2.2. Bases teóricas .....	18
2.2.1. Embarazo no deseado .....	18
2.2.2. Consecuencias del embarazo no deseado .....	18
2.2.3. Factores biosociodemográficos .....	23
2.2.4. Autoestima .....	29

2.2.5. Definición de términos .....	45
-------------------------------------	----

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo y diseño de investigación .....	47
3.1.1. Tipo de investigación .....	47
3.1.2. Diseño de investigación .....	48
3.2. Población y muestra .....	48
3.2.1. Población .....	48
3.1.2. Muestra .....	49
3.3. Operacionalización de las variables .....	50
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	53
3.5. Procesamiento y análisis de datos .....	60

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. Resultados y discusión .....	63
CONCLUSIONES .....	120
RECOMENDACIONES.....	122
REFERENCIAS .....	125
ANEXOS .....	129

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución por grupo de estudio según edad y grupo etario, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	64
Tabla 2:	Descriptivos de la variable edad según grupo de estudio .Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	65
Tabla 3:	Distribución por grupo de estudio según estado civil en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	72
Tabla 4:	Distribución por grupo de estudio según deseo de embarazarse en adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	75

Tabla 5:	Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima en las adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	78
Tabla 6:	Distribución por grupo de estudio según nivel socioeconómico en las adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	81
Tabla 7:	Distribución por grupo de estudio según dinámica familiar en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	84
Tabla 8:	Distribución por grupo de estudio según edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	87
Tabla 9:	Distribución por grupo de estudio según nivel socio económico de las adolescentes	

	embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	90
Tabla 10:	Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	93
Tabla 11:	Distribución por grupo de estudio según dinámica familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	96
Tabla 12:	Matriz de operaciones auxiliares para el contraste de la hipótesis .....	101
Tabla 13:	Matriz de operaciones auxiliares para el contraste de la hipótesis.....	106
Tabla 14:	Matriz de operaciones auxiliares para el contraste de la hipótesis .....	110

Tabla 15:	Matriz de operaciones auxiliares para el contraste de la hipótesis .....	115
-----------	---	-----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución por grupo de estudio según edad y grupo etario de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	66
Figura 2.	Distribución por grupo de estudio según edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua, 2010 .....	67
Figura 3.	Distribución por grupo de estudio según edad, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	68

Figura 4.	Distribución por grupo de estudio según grupo etario, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	69
Figura 5.	Distribución por grupo de estudio, según estado civil en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	73
Figura 6.	Distribución por grupo de estudio según deseo de embarazarse en adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	76
Figura 7.	Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima en las adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	79

Figura 8.	Distribución por grupo de estudio según nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	82
Figura 9.	Distribución por grupo de estudio según APGAR familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	85
Figura 10.	Distribución por grupo de estudio según edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	88
Figura 11.	Distribución por grupo de estudio según nivel socio económico de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....	91

Figura 12. Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....94

Figura 13. Distribución por grupo de estudio según dinámica familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010 .....97

## ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1: Cuestionario aspectos sociodemográficos de la adolescente
- Anexo 2: Cuestionario valoración del nivel socioeconómico de la adolescente
- Anexo 3: Cuestionario APGAR familiar
- Anexo 4: Escala de autoestima de Rosenberg
- Anexo 5: Grado de concordancia entre los jueces expertos según la prueba binomial

## RESUMEN

El objetivo se centró en identificar si se asocian los factores biosociodemográficos y el nivel de autoestima con el embarazo no deseado en adolescentes que acuden al Servicio Diferenciado de Adolescentes de la Red Sanitaria Moquegua en el año 2010.

Se realizó un estudio no experimental, transversal y de asociación, en el que participaron 250 adolescentes estudiantes, hombres y mujeres entre los 13 y 19 años. Se utilizaron cuatro cuestionarios para medir los aspectos sociodemográficos, el nivel socioeconómico, el APGAR familiar y la autoestima de las adolescentes. Los principales resultados, evidencian que la edad promedio fue de 16 años, todas las adolescentes encuestadas no deseaban el embarazo, tenían mayoritariamente una autoestima baja (50 %), un nivel socioeconómico medio (50 %) y pertenecían a una familia grave (20,83 %) y moderada 29,17 %. Se concluye que existe una asociación significativa entre la edad y nivel de autoestima con el embarazo no deseado ( $P < 0,05$ ).

## INTRODUCCIÓN

Es indudable que los y las adolescentes actualmente presentan un perfil epidemiológico que se enferma poco y que acuden esporádicamente a los establecimientos de salud, pero con una problemática visible, por el riesgo de infectarse de VIH/SIDA, tener un embarazo no deseado, someterse a un aborto en condiciones inseguras, ser víctimas de violencia callejera y de violencia doméstica, adicción a las drogas, alcohol y tabaco, entre otros problemas, los cuales generalmente tienen causas de índole multifactorial y que evidentemente, requieren de una atención diferenciada o de diversa índole, en particular de salud. Sin embargo, la etapa adolescente, también representa una fase en la que el ser humano tiene muchas posibilidades para la productividad, el desarrollo de múltiples potencialidades, de participar en la vida ciudadana, en tanto se les brinden oportunidades de desarrollo personal y colectivo, preferentemente con atención a sus necesidades de educación, participación, recreación y un aspecto quizá soslayado: sus necesidades de salud. Se subraya, que si bien muchas de las necesidades de salud son comunes para los y las adolescentes, algunas

de ellas son específicas y prioritarias según se trata de adolescentes mujeres o varones y según su edad. Así por ejemplo, el embarazo en la adolescencia, estaría revelando una mayor necesidad de este grupo por educación en habilidades psicosociales para postergar el inicio precoz de las relaciones coitales , educación e información sobre el riesgo del inicio precoz , y en las adolescentes activas sexualmente, enfatizar la consejería individual en métodos anticonceptivos . Además , se requiere la identificación de factores protectores y de riesgo psicosocial, aspecto que ha motivado la presente investigación cuyo propósito fue determinar si algunos factores biosociodemográficos y la autoestimada en adolescentes mujeres del nivel secundario de Moquegua se encontraban asociados al embarazo no deseado, ya que la atención integral del adolescente no comprende sólo la evaluación de su crecimiento y desarrollo físico basados en un examen de salud, sino en el conocimiento de otros factores que determinan situaciones de salud o enfermedad.

El presente estudio, consta de cuatro capítulos: el primero constituido por el planteamiento del problema de investigación, el segundo presenta el marco teórico, el tercer capítulo presenta el marco metodológico, el cuarto expone los resultados y la discusión. Finalmente las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción del problema

Según Martín y Reyes (2007) la adolescencia después de la infancia, es la etapa más vulnerable del ciclo vital del ser humano. La adolescencia es una etapa de crisis en el ciclo vital del hombre, debido a los importantes cambios físicos ( modificaciones y cambios anatómicos y psicosociales (cambios en las relaciones interpersonales, interacción social , nivel de autoconciencia, nivel de afrontamiento y resiliencia, entre otros ) y que según el Ministerio de Salud del Perú abarca desde los 10 a los 19 años de edad , ocurriendo en esta etapa trastornos sociales asociados como la homosexualidad, trastornos de la personalidad, embarazos (MINSa,2011), como consecuencia del inicio de la vida sexual activa (Bolivia, *Demographic And Health Survey*,2002 ), al respecto, Martín

y Reyes (2007) señalan que la actividad sexual en los adolescentes se ha convertido en una norma; la mayoría considera que es necesario realizarla – como si fuera una moda – y así tratan de buscar aceptación del grupo.

El inicio sexual más temprano aunado a comportamientos de riesgo ocurridos en las últimas décadas, se ha asociado a embarazos en adolescentes (OPS, OMS, 2001). Es sabido que el embarazo en la etapa de la adolescencia, no sólo constituye un riesgo para la salud de la adolescente, sino que va aunado a problemas emocionales y socioeconómicos, que tienen un impacto psicosocial, lo que incrementa la deserción escolar, fracaso en la relación con la pareja y sobre todo la morbilidad materno – perinatal. Más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes, cada día 41 095 y cada hora 1 712. En América Latina, los países con mayores tasas de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, correspondiendo la tasa de embarazo en adolescentes entre un 15 – 25 % del total de embarazos (Rodríguez, 2005). En el Perú, de todos

los embarazos el 23 % corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años, el 57 % de las mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años, tienen embarazos no planeados o no deseados. *Pathfinder* precisa, que en el Perú, en un 94 % de los embarazos en adolescentes de 12 a 16 años atendidas en la Maternidad de Lima fueron consecuencia de disfunciones del ambiente intrafamiliar (León, 2007) . En el caso particular, en la Región Moquegua el Gobierno Regional Moquegua, informa que existe “un sostenido incremento de adolescentes embarazadas, ya que en los últimos cinco años, el número de embarazos pasó de 2 013 en 1999 a 2 543 en el 2003 (Gobierno Regional Moquegua, 2007). En el departamento de Moquegua, la situación no difiere del panorama nacional según lo expone la Red Sanitaria Moquegua, la cual informa que la incidencia de embarazo en adolescentes tiende a aumentar, ya que la prevalencia en el año 2005 fue de 22,17; en el 2006 de 22,58 %; en el 2007 22,40 %, en el 2008 18,9 % y en el año 2009 de 20,7 % (Red Sanitaria de Moquegua, 2010).

Al respecto , resulta preocupante este comportamiento en el grupo etario de adolescentes en la Red Sanitaria de Moquegua, por lo cual el tema de interés del presente estudio es la

exploración de algunos factores sociodemográficos que estarían asociados al embarazo no deseado , en razón a que el embarazo en esta etapa de vida constituye un problema de salud pública .

En razón a “que el embarazo y la maternidad en la adolescencia estarían vinculados con importantes riesgos biológicos y psicosociales (Burgos & Carreño, 1997), es que se impone un estudio detenido sobre aquellos factores biosociodemográficos que estarían asociados al embarazo indeseado, para adoptar medidas de promoción y prevención de embarazos indeseados.

## **1.2. Formulación del problema**

Vista la incidencia de embarazos en adolescentes, en la Red Sanitaria Moquegua, nos planteamos las siguientes interrogantes como punto de partida de una investigación científica:

### **1.2.1. Problema general**

¿Se asocian los factores biosociodemográficos y el nivel de autoestima con el embarazo no deseado en adolescentes que

acuden al Servicio Diferenciado de Adolescentes de la Red Sanitaria Moquegua en el año 2010?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- a) ¿Cuál es la edad promedio de las adolescentes estudiadas?
- b) ¿Cuáles son los factores sociales como estado civil y nivel socioeconómico que presentan las adolescentes estudiadas?
- c) ¿Cuál es el nivel de autoestima que presentan las adolescentes estudiadas?
- d) ¿Cómo es la dinámica familiar de las adolescentes estudiadas?
- e) ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas?
- f) ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas?

- g) ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas?
- h) ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar si se asocian los factores biosociodemográficos y el nivel de autoestima con el embarazo no deseado en adolescentes que acuden al Servicio Diferenciado de Adolescentes de la Red Sanitaria Moquegua en el año 2010.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar la edad promedio de las adolescentes estudiadas.

2. Identificar los factores sociales como estado civil y nivel socioeconómico que presentan las adolescentes estudiadas.
3. Establecer el nivel de autoestima que presentan las adolescentes estudiadas.
4. Identificar cómo es la dinámica familiar de las adolescentes estudiadas.
5. Establecer si existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.
6. Establecer si existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.
7. Establecer si existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.
8. Establecer si existe asociación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y el

embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.

## **1.4. Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general**

Los factores biosociodemográficos se asocian significativamente con el embarazo no deseado en adolescentes.

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

1. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.
2. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.

3. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.
4. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas.

### **1.5. Justificación de la investigación**

El problema del embarazo no deseado es importante, porque constituye un problema de salud pública ya que tiene un fuerte impacto en la salud y situación social de los adolescentes, tanto en la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia propiamente dicha (15 a 19 años), ya que según el Ministerio de Salud la principal causa de hospitalización de adolescentes está relacionada con la atención de embarazos, partos y puerperio aunado a que la mortalidad de hijos de madres adolescentes es 26 % mayor que la general. De otro lado, si consideramos que la mayor parte de embarazos en la adolescencia se producen sin desearlo esto conlleva a un alto número de abortos, inducidos o clandestinos.

Asimismo, la situación de adolescentes pobres con un/a hijo/a, se traduce en el establecimiento prematuro de roles de adultos in mayor preparación y condiciones materiales, lo que nos permite una movilidad social ascendente, por el contrario el círculo de pobreza se refuerza. (Ministerio de Salud del Perú, 2005)

La investigación se justifica porque representa un aporte a la generación de información relacionada con la obtención del conocimiento científico en el área de aquellos factores que se relacionan con el embarazo no deseado en adolescentes, lo que permitirá el diseño de estrategias preventivo promocionales y la reorientación de planes y programas dirigido al grupo etario de adolescentes para la reducción de la incidencia de embarazos en la Red Sanitaria Moquegua, en concordancia con los Lineamientos de Política de Salud de los/ las adolescentes del Ministerio de Salud del Perú.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

Reyes N, en el año 2006, realizó la investigación denominada " Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo Comayaguela . Honduras, año 2005". Realizó un estudio descriptivo sobre factores predisponentes al embarazo en adolescente de la Colonia Flor del Campo, con una muestra de 81 adolescentes de 13 a 19 años de edad, y su objetivo principal fue analizar los factores que predisponen la ocurrencia a embarazos en adolescentes de la zona antes mencionada. Los principales resultados son: a) La edad en que predominó la ocurrencia de embarazos fue de 16 a 19 años,;b) El 81 % eran primigestas; c) El 39 % tienen estudios primarios

completos y el 36% estudios secundarios incompletos ; d) El 58 % iniciaron su vida sexual después de los 15 años. ( Reyes, 2006)

Celi R, Hidalgo L, Chedraui P, Gonzaga M , en el año 2007 , investigaron sobre los “ Factores etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas “. El objetivo del estudio fue identificar la asociación de factores etiológicos y epidemiológicos en las adolescentes embarazadas que asistieron al hospital Enrique Sotomayor. El periodo de de estudio comprendió un periodo de tiempo fue de noviembre del 2006 a enero del 2007, la muestra estuvo constituida por 548 gestantes. Principales resultados : a) El 26 % de las adolescentes embarazadas tienen 17 años y el 24 % 18 años ;b) El 47 % proceden de sectores marginales y el 32 % de zonas rurales; c) El 54 % de las adolescente han tenido sólo un compañero sexual, y el 39 % dos compañeros sexuales, d) el 30 % de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual a los 14 años y el 23 % a los 15 años de edad; e) El 36 % de los padres de las adolescentes tienen un estado civil de unión libre y el 30 % son separados; f) El 92 % de las adolescentes afirma no haber utilizado nunca ningún método anticonceptivo ; g) Para el 69 % de las

adolescentes era su primer embarazo, mientras que el 24 % de las gestantes ya tuvieron una gestación previa.

Núñez R, Hernández B, García C, Gonzáles D, Walker D (2002) realizaron la investigación denominada “ Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto”, en la ciudad de Morelos México. La muestra estuvo constituida por 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad. Resultados : Un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)– y embarazo no deseado (RM ajustada= 3,03, IC 95% 1.31, 7). Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales (RM ajustada=2,16, IC 95% 1.08, 4,33). Un 91,3% de las madres

adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84,72% conocía el DIU y 63,68% el condón. Sin embargo, sólo 35 % estaba utilizando semanas posparto. No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43,39 % estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar.

A nivel nacional:

Choque F. (2004) , realizó el estudio Factores de riesgos obstétricos en el embarazo de adolescentes, Hospital Nacional Dos de Mayo. Año 2003. Se trató de un estudio tipo observacional, descriptivo, de prevalencia y retrospectivo. El universo estuvo constituido por embarazadas de 13 a 19 años de edad, que tuvieron su parto en el periodo de enero a diciembre del año 2003. La muestra estuvo conformada por 517 embarazadas adolescentes, y el grupo control por 1231. Los principales resultados son : a) El 88,26 % tuvieron edades de 17 a 19 años; b) Las diferencias porcentuales de los casos frente a los controles, se presentaron para las variables infección urinaria, desprendimiento prematuro de placenta, el

trabajo de parto prolongado, la cesárea, y los recién nacidos con puntaje Apgar menor de siete, siendo, los únicos con significancia estadística, la anemia  $p = 0.014$ , ( $OR = 1.6$ ,  $IC95\%$ ;  $1.100 - 2.386$ ), la infección del tracto urinario  $p = 0.049$ , ( $OR = 1.384$ ,  $IC95\%$ ;  $1.000 - 1.916$ ), el síndrome hipertensivo del embarazo  $p = 0.027$ , ( $OR = 0.027$ ,  $IC95\%$ ;  $1.047- 3.853$ ) y los recién nacidos grandes para la edad gestacional  $p = 0.0001$ , ( $OR = 1.891$ ,  $IC95\%$ ;  $1.347 - 2.655$ ), con un  $p < 0.05$ .

Panduro & Vilchez (2003) , realizaron la investigación denominada "Factores Sociodemográficos y su relación con la Maternidad en adolescentes solteras del Distrito de Belén – Loreto". El objetivo del estudio , se centró en determinar los factores sociodemográficos y su relación con la maternidad en adolescentes solteras . La muestra estuvo conformada por 50 madres solteras adolescentes. Los resultados fueron: a) La edad promedio fue 16 años; b) El 84% tiene escolaridad secundaria incompleta; c) El 86% se crió con presencia paterna; d) El 78% tiene opinión positiva respecto a la virginidad; e) El 76% tuvo antecedentes de madre soltera; f) La experiencia de maternidad es positiva para el 84%, g)

Para la mayoría 96% la maternidad es importante, y h) El 94% tiene un hijo.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Embarazo no deseado**

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, embarazo no querido, embarazo no planeado, embarazo no planificado, embarazo inesperado, embarazo imprevisto o embarazo inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa del progenitor o progenitores. (Wikipedia,2009)

### **2.2.2. Consecuencias del embarazo no deseado**

El embarazo en mujeres de menos de 19 años es común en la región de América Latina y el Caribe ( ALC) (México Consejo Nacional de Población, 2000 ) En América Latina y el Caribe , no se sabe cuántos de los embarazos en adolescentes son deseados. Sin embargo, es de suponer que

una buena proporción de estas madres jóvenes hubieran preferido evitarlos, de haber contado con los recursos para ello. La prevención de un embarazo no deseado en este grupo de edad es aún más trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales, tanto para la madre como para el niño, de los embarazos a edades tempranas:

- Las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años ( Stevens & White, 1993 ; Mc Anarney & Hendee, 1989).

- Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica .( Stevens & White, 1993)

Las opciones que tiene la mujer o las parejas frente a un embarazo no deseado, son básicamente dos:

- Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.
- Continuar con el embarazo no deseado.

(Langer,2002)

Ambas decisiones tienen consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia .Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad.

La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en

ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores.

**a) Aborto inducido:** Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro.

En los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto (Brown & Eisenberg, s/f). Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe, el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35 % de los casos .

La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptado, en otros casos, rechazado con violencia. Es un problema complejo que puede abordarse desde la ética y la filosofía, el derecho, la política, la psicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud. Sin embargo, cuando se estudia el aborto inducido desde

esta última perspectiva, es imprescindible dejar de lado los profundos conflictos que el tema despierta en individuos, parejas y familias y, en general, en la sociedad, para encararlo como uno de los más importantes problemas de salud pública que enfrentamos en la Región. Esta afirmación se sustenta en varias consideraciones. ( Reyes, 1997).

**b) Impacto demográfico:** La reproducción ha sido reconocida como un asunto de derechos humanos y de salud, y sus efectos sobre el crecimiento poblacional ya no se enfatizan, ni tampoco se utilizan metas demográficas como guía para políticas y programas (*Family Care International, 1999*). Sin embargo, es indudable que la fecundidad<sup>4</sup> afecta el perfil demográfico de una población. De hecho, los tres determinantes más importantes del crecimiento poblacional observado en el último siglo han sido la mortalidad, que disminuyó drásticamente como consecuencia de las mejores condiciones sanitarias, las vacunas, los antibióticos y otras intervenciones altamente eficaces; fecundidad, que se mantuvo alta mientras la mortalidad disminuía, y la alta proporción de jóvenes en la estructura demográfica, que determina un elevado número de hijos en la

siguiente generación, incluso cuando la fecundidad individual de cada uno de estos jóvenes es relativamente baja (Bolivia, *Demographic and Health Survey*, 1994).

### **2.2.3. Factores biosociodemográficos**

Juan Issler , precisa que los factores que se vinculan con el embarazo en adolescentes son :  
(Issler, 2001 )

#### **A. – Factores predisponentes**

*Menarca temprana:* otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

*Inicio precoz de relaciones sexuales:* cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

*Familia disfuncional:* uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

*Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola.*

*Bajo nivel educativo:* con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

*Migraciones recientes:* con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

*Pensamientos mágicos:* propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

*Fantasías de esterilidad:* comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

*Falta o distorsión de la información:* es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

*Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:* cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces

los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

*Aumento en número de adolescentes:* alcanzando el 50% de la población femenina.

*Factores socioculturales:* la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

*Menor temor a enfermedades venéreas.*

B. – Factores determinantes

*Relaciones Sin Anticoncepción*

*Abuso Sexual*

*Violación*

C.- Factores de contexto:

*Estratos medio y alto:* la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas, interrumpen la gestación voluntariamente.

*Estratos más bajos:* donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conviene enfatizar, la dinámica familiar como un indicador del funcionamiento familiar y la importancia de éste para un estado adecuado de salud en la familia y sus miembros. Según Ruiz (

1990 ) la familia como un grupo social debe cumplir tres funciones básicas : a ) función biológica b) económica, y c) la educativa , cultural y espiritual. Para valorar el funcionamiento familiar, estos tres indicadores se valoran, en el entendido de que una familia funcional debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como un soporte. Según Herrera (1997, ¶ 7) “el nexo entre los miembros de la familia es tan cercano, que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia.”

Herrera (1997) recomienda los siguientes indicadores para medir el funcionamiento familiar

Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Smilkstein (1988) propone los siguientes parámetros de función familiar:

1) *Adaptación*: Capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda, así como la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.

2) *Participación*: Distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones.

3) *Ganancia o crecimiento*: Logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.

4) *Afecto*: Relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.

5) *Recursos*: Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

#### **2.2.4. Autoestima**

- **Definición:** La autoestima según Marchago, S., es un complejo y dinámico sistema de percepciones, creencias y actitudes de un individuo sobre sí mismo. Es multifacético y posee multidimensiones: auto concepto académico, social, emocional y físico motriz. (Marchago, 1992 )

Maslow (1954) , la define como una necesidad o deseo de una valoración alta de sí mismo, con una base firme y estable y que todas las personas tienen la necesidad de autoestima y de la estima de otros.

Rosenberg( 1965) la define como “una actitud positiva o negativa hacia sí mismo.”

Para Coopersmith (1967) la autoestima es la evaluación que el individuo hace de sí mismo y que mantiene de forma duradera; expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que

el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso.

De acuerdo con Branden (1997) , la autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para sus requerimientos .

Todas las personas desarrollan creencias o imágenes a cerca de quienes son, las cuales componen el concepto de sí mismos, el grado en que se acepta dicho auto concepto constituye la base de la "autoestima", por tanto, cuanto menos se parezca su concepto de sí mismo a lo que ellos consideran como ideal, más bajo será su nivel de autoestima. Los niveles de autoestima varían ampliamente entre los sexos, sin embargo, los sentimientos de baja autoestima suelen ser más frecuentes entre las mujeres, en quienes suele determinarse por factores externos, como la apariencia, la actuación o el comportamiento en relación con los demás y los actos

destinados a conseguir la aprobación de los demás (Ramirez de Olano,2003) .

- **¿ Cómo se forma la autoestima?.** Se forma en gran medida como resultado de las experiencias y mensajes que dentro de la familia y la escuela nos hicieron sentir valiosos e importantes, es por eso que se requiere que los padres educadores comprendan la necesidad que tiene los hijos e hijas de ser reconocidos como personas imprescindibles dentro del núcleo familia (Caja Costarricense de Seguro Social, 2006).

- **Teoría de Branden: Seis pilares de la autoestima**

Branden (1994) define a la autoestima, desde el ángulo de la competencia y las aptitudes y no en el plano de ser. Sostiene que la autoestima es una consecuencia, un producto de prácticas que se generan interiormente, en tal sentido no se puede trabajar directamente sobre la autoestima, sino debe dirigirse a la fuente. Por eso Branden, identificó seis

prácticas , a las que denominó “ los seis pilares de la autoestima”: a) Vivir concientemente, b) La aceptación de sí mismo, c) La responsabilidad de uno mismo, d) La autoafirmación, e) Vivir con un propósito, f) La integridad personal ( Branden, 1994).

**a) *Vivir concientemente***: significa actuar sobre lo que vemos y conocemos. Es hacer las oportunas correcciones cuando actuamos erróneamente, lo contrario es negar el error, afirmando que estoy todavía pensando acerca de la situación. El vivir de manera consciente no significa que mantengamos una conciencia explícita de todo lo que hemos aprendido, lo cual no sería ni posible ni deseable, sino más bien, que el estado mental sea concordante con lo que se está haciendo en el momento, implica un respeto hacia los hechos de la realidad aunque lo que vamos no nos guste, en contraste a “si decido no verlo, no existe”. (Branden, 1994)

**b) La aceptación de sí mismo:** la autoestima es imposible, sin la aceptación de sí mismo, entonces, mientras la autoestima es algo que experimentamos , la aceptación de sí mismo es algo que hacemos. Branden menciona tres niveles de aceptación de sí mismo:

*Primer nivel:* Se refiere a una orientación de la valoración de uno mismo y del compromiso con uno mismo, como consecuencia de saber que se está vivo, es una afirmación de sí mismo, es un derecho innato del ser humano. Sin embargo, es el propio ser humano, quien a veces decide anular este derecho, hay personas que se rechazan a sí mismas a un nivel profundo, para que haya un crecimiento, es necesario abordar y reconocer este problema. El ser humano para solucionar este problema, debe elegir valorarse el mismo, tratarse con respeto y defender el derecho a existir. Este acto primario de autoafirmación es la base sobre la que se desarrolla la autoestima (Branden, 1994).

*Segundo nivel:* es el respeto a la realidad aplicada a uno mismo, la disposición y la elección a admitir las expresiones de uno mismo, a pesar de ser expresiones que nos disgusten, es la negativa a considerar cualquier parte de uno mismo – cuerpo, emociones, pensamientos, sueños, acciones - como algo ajeno, aceptar lo que se está sintiendo y admitir la experiencia (Branden, 1994).

*Tercer nivel:* la aceptación de sí mismo, conlleva la idea de compasión, de ser amigo de mi mismo. Aceptar no significa necesariamente gustar, sino experimentar sin negación o evitación, que los hechos son los hechos ( Branden, 1994).

*La responsabilidad de sí mismo:* Branden identifica la responsabilidad de sí mismo con las siguientes características: (Branden, 1994).

*Yo soy responsable de la consecución de mis deseos, ya que nadie más me debe el que se concedan o no, soy yo quien debe buscar las acciones para conseguirlos.*

*Yo soy responsable de mis elecciones y acciones, como principal agente causal en mi vida y conducta.*

*Yo soy responsable del nivel de conciencia que tengo en mi trabajo, elijo o no, dar en mi trabajo lo mejor que tengo, trabajar con el mínimo de conciencia posible o en un nivel intermedio.*

*Yo soy responsable del nivel de conciencia que apporto a mis relaciones, lo que se vincula con el grado de conciencia con que interactúo con los demás personas, con mi elección de amigos, si me doy cuenta de lo que digo y hago, en cómo esto les afecta a los demás y cómo repercuten mis afirmaciones.*

*Yo soy responsable de mi conducta con los demás, respecto de la forma como hablo, actúo, escucho, cumplo mis promesas, etc. con mi pareja, amigos, hijos, familia y la sociedad en general.*

*Yo soy responsable de la forma en que jerarquizo mi tiempo, ya que somos nosotros quienes decidimos como y en que usar el tiempo. Además, si éstos son congruentes con nuestros valores y afirmaciones, o si distraemos nuestro tiempo.*

*Yo soy responsable de la calidad de mis comunicaciones, de expresar mis sentimientos, con claridad o confusión, de corroborar el mensaje, del respeto que le imprimo y de la forma como expreso mis sentimientos.*

*Yo soy responsable de mi felicidad personal.* Las personas poco maduras suelen responsabilizar en otros su propia felicidad. Pero si asumimos la responsabilidad de nuestra felicidad, nos vigorizamos y promovemos una mayor conciencia en las acciones para concretar este fin.

*Yo soy responsable de aceptar o elegir los valores de acuerdo con los cuales vivo,* lo que apareja el acto de reconocer que las decisiones y elecciones, son fundamentales cuando se adoptan valores, con los cuales queremos vivir, lo que permite hacer una revisión de ellos y modificarlos cuando es necesario.

*Yo soy responsable de elevar mi autoestima,* ya que la autoestima es un proceso personalísimo, de uno mismo, por tanto, se genera desde adentro.

*La autoafirmación*, significa respetar mis deseos, necesidades, valores y buscar la forma de expresión adecuada en una realidad determinada (Branden, 1994).

El *primer acto de autoafirmación*, es el más básico, es la afirmación de la conciencia.

El *segundo acto de autoafirmación*, es comprometerse con nuestro derecho a existir, y que consiste en el conocimiento de que mi vida no le pertenece a nadie, por tanto, no existo para vivir de acuerdo con las expectativas de otra persona, sino que mi vida está en mis propias manos.

El *tercer acto de autoafirmación*, es tener ideas positivas y desarrollarlas, luchar por ellas, y no quedarme como un espectador, lo que significa cambiar la pasividad por la acción.

**c) Vivir con un propósito**, tiene que ver con las metas y objetivos que nos hemos propuesto y con las acciones concretas para obtenerlas.

**d) La integridad personal** consiste en la integración de ideales, convicciones, normas y creencias por una parte, y la conducta por otra. Cuando nuestra conducta es congruente con nuestros valores declarados, cuando concuerdan los ideales y la práctica, tenemos la integridad.

- **Autoestima alta y baja, referida a las propias aptitudes** : Según Monbourquette (2002)

**Quien tiene una fuerte confianza en sí mismo :**      **Quien tiene una débil confianza en sí mismo :**

Tiene una visión positiva y optimista de sus proyectos.	Tiene una visión negativa y derrotista de sus proyectos.
Persevera a pesar de los obstáculos y fracasos.	Abandona todo al menor obstáculo o fracaso.
Mantiene consigo mismo un diálogo optimista y positivo	Mantiene consigo mismo un diálogo pesimista y negativo
Confía en su éxito.	Teme el fracaso.
Asume riesgos.	No asume riesgos.
Recuerda sus éxitos pasados.	Recuerda sus fracasos.
Acepta los cumplidos y felicitaciones ajenas.	Desconfía de cumplidos y felicitaciones.
Confía estar a la altura de las circunstancias.	Teme no poder estar a la altura de las circunstancias.
Pide ayuda y confía en obtenerla.	Le molesta pedir ayuda.
Le gusta arrostrar desafíos, como el de hablar en público.	Teme las miradas y los comentarios del público.
Se siente animado después de sus éxitos.	Se estresa tras alcanzar el éxito.

• **Autoestima alta y baja, referida a la propia persona**

: Según Monbourquette (2002)

<b>Quien tiene una alta autoestima</b>	<b>Quien tiene una baja autoestima</b>
Aprecia su físico.	Se concentra en un defecto.
Aprecia sus cualidades.	Hace hincapié sobre todo, en sus defectos o debilidades.
No tiende a compararse con los demás.	Tiende a compararse con los demás en desmedro suyo.
Se muestra original.	Se contenta con imitar a los demás.
Se considera <i>a priori</i> querido por los demás.	Desconfía de la mirada ajena que juzga hostil <i>a priori</i> .
Realiza observaciones benévolas sobre su persona.	Se muestra muy crítico consigo mismo y se califica despectivamente.
Escucha las críticas ajenas y las juzga pertinentes o no.	Es muy sensible a las críticas ajenas, que le preocupan en exceso.

Se consuela cuando comete errores o sufre fracasos.	Se culpa e injuria por sus errores o fracasos.
Rechaza las falsas identificaciones que se le atribuyen.	Acepta las falsas identificaciones que se le atribuyen.
Se mantiene firme y seguro de sí mismo.	Adopta un aire abatido y deprimido.
Acepta sus emociones y sabe expresarlas.	Se niega a aceptar sus emociones y las reprime.
Sabe tomar buenas decisiones según un método eficaz.	No consigue tomar la más mínima decisión, está siempre indeciso.

**Autoestima alta y baja : Según Branden (1994)**

<b>Autoestima alta</b>	<b>Autoestima baja</b>
Busca objetivos exigentes que lo estimulen y el lograrlos alimenta la autoestima.	Busca la seguridad de lo conocido y poco exigente.
Mejor equipados para enfrentar la adversidad en las profesiones y en la vida personal.	Menos ambición y obtiene menos logros.
Rápido se levanta después de una caída.	Se reduce su resistencia ante los problemas de la vida.
Será más ambicioso en cuanto a lo que espera experimentar en la vida: en el aspecto emocional, espiritual y creativo.	Tiende a dejarse influenciar más por el deseo de evitar el dolor, que por el deseo de evitar el dolor, que por el de experimentar alegría.
Tiende a ser atraído por individuos con alta autoestima.	Tiende a percibir a los demás como una amenaza y el respeto a sí mismo es la base del respeto a los demás.
Más dispuesto a relaciones positivas, a tratar con respeto, generosidad, buena voluntad y justicia hacia los demás y rechazar las nocivas	Más urgente será la necesidad de "probarse" a sí mismo o de olvidarse de sus necesidades viviendo de manera mecánica e inconsciente.

- **Autoestima en la adolescencia**

Según Kail , Cavanaugh y Pescina ( 2006, 341 ) la autoestima es muy grande en los preescolares, pero va disminuyendo gradualmente durante la primaria a medida que los niños se comparan entre sí. En los últimos años de la instrucción elemental, la autoestima suele estabilizarse: ni aumenta ni disminuye. Sin embargo, a veces, la autoestima decae cuando inicia la secundaria o la preparatoria, ya que las comparaciones inician de nuevo y la autoestima sufre un deterioro temporal. Pero vuelve a mejorar, una vez que se familiarizan con la escuela y se adaptan a la nueva jerarquía. El patrón que adopten depende del dominio específico del niño (por ejemplo: académico, deportivo, social, apariencia y conducta) y de su sexo, la cual se va diferenciando al entrar el niño en la adolescencia, por lo que la evaluación que hace el adolescente varían de un dominio a otro.

#### **2.2.5. Definición de términos**

y conducta) y de su sexo, la cual se va diferenciando al entrar el niño en la adolescencia, por lo que la evaluación que hace el adolescente varían de un dominio a otro.

### **2.2.5. Definición de términos**

**Factores biosociodemográficos:** Se refiere a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse: edad, personalidad, recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc., como también aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona: la familia, los amigos y el contexto escolar (Chambilla,2009)

**Embarazo no deseado:** Es un embarazo que se presenta cuando la mujer o la pareja no lo están buscando y por lo tanto no está dentro de los planes de vida de estas personas, lo que puede generar consecuencias negativas para ambos (Profamilia,2009).

**Adolescente:** Hombre o mujer con edades entre 10 a 19 años de edad (Ministerio de Salud del Perú, 2005).

**Autoestima:** Consideración positiva o negativa de uno mismo. (Vásquez, 2001). Del mismo modo, Rosenberg (1965) entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

**APGAR familiar:** Instrumento para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia ( Instituto de Desarrollo Familiar, 2006).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo y diseño de la investigación

##### 3.1.1. Tipo de investigación

Según Sánchez y Reyes (1998) la presente investigación fue de tipo *sustantivo-explicativo*, ya que se buscó descubrir factores que permitan establecer una relación causal con el embarazo no deseado; según Blaxter y cols. (2001) es una investigación de *campo*, porque los datos se obtuvieron directamente de las adolescentes (unidad de análisis), y de acuerdo con Padua (1996) de *encuesta*, porque se obtuvieron auto reportes a partir de un cuestionario estructurado.

### **3.1.2. Diseño de investigación**

El diseño fue no experimental, transversal y de asociación. Según Kerlinger (1975) es no experimental, ya que las variables se observaron y registraron tal como ocurren en forma natural, sin manipulación deliberada de las variables independientes por parte del investigador. Fue transeccional, en razón a que las mediciones se realizaron en un solo momento en el tiempo (Hernández y cols., 1998); y correlacional, debido a que se determinó el grado de relación existente (Sanches y Reyes, 1998) entre los factores biosociodemográficos y el embarazo no deseado.

## **3.2. Población y muestra**

### **3.2.1. Población**

Conformada por los adolescentes de 10 a 19 años de edad, que asistieron a la consulta del Servicio Diferenciado de Adolescentes de la Red Asistencial Moquegua, en el periodo de abril a setiembre del año 2010 de la Provincia de Moquegua.

Criterios de exclusión para el estudio:

- Adolescentes que no deseen participar del estudio.
- Adolescentes que padezcan algún tipo de trastorno del discernimiento que les impida contestar el cuestionario.

Criterios de inclusión: adolescente embarazada

### **3.2.2. Muestra**

- **Tamaño de muestra:** Se ha calculado utilizando la ecuación para poblaciones finitas y proporciones, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 8% y considerando un  $p=0,6$  y  $q=0,4$  como probabilidad de éxito y probabilidad de error.

$$n = 119$$

- **Tipo de muestreo:** Probabilístico, sistemático.

**Unidad de análisis:** Una adolescente de 10 a 19 años de edad.

**Dominios de estudio:** Distrito de Moquegua.

### 3.3. Operacionalización de variables

**Variable independiente:** Factores biosociodemográficas :

**Definición operacional:** Características internas de la adolescente: edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, funcionalidad familiar y nivel de autoestima.

**Variable dependiente:** Embarazo no deseado.

**Definición operacional:** No deseo de tener un hijo (primípara) o no deseo de tener otro hijo (secundípara)

Variable	Dimensiones	Indicadores	Unidad/ Categorías	Escala
Variable independiente	Edad	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta	Años	Ordinal
	Estado civil	Estado civil o marital al momento de la encuesta	Unión Sola	Nominal
Factores socio	Nivel educativo	Escolaridad	Primaria	Ordinal

demográficos

alcanzada al Secundaria  
momento de la  
encuesta

Nivel socioeconómico	Grado de instrucción padre /madre: Analfabeto/a Primaria Secundaria Técnico Superior		
	ocupación del padre /madre: Desocupado/a Obrero/a Empleado/a Independiente Empleador		
	Ingreso familiar /mes: Menos de S/. 450 nuevos soles De S/. 450-1000 nuevos soles. Más de 1000 nuevos soles		
	Vivienda: Material rústico, alquilada o prestada Material rústico propia Material noble alquilada o prestada Material noble propia	Nivel socio económico bajo: 50 – 80 puntos.	Ordinal
	Hacinamiento: Más de 3 personas por dormitorio 3 personas por dormitorio 2 personas por dormitorio 1 persona por dormitorio	Nivel socio económico medio: 81 – 94 puntos.	
	Servicio de agua: Acequia Pozo Pileta pública	Nivel socio económico alto: 95 – 100 puntos.	

	<p>Dentro del edificio Dentro de la vivienda</p> <p>Disposición de excretas: Campo abierto Letrina Servicio higiénico colectivo Desague Red Pública</p> <p>Electricidad: No tiene Grupo electrógeno Red Pública</p>		
Dinámica familiar	<p>Adaptabilidad Participación Crecimiento Afecto Resolución</p>	<p>Disfunción grave : 00-03</p> <p>Disfunción moderada : 04-06</p> <p>Familia funcional : 7-10</p>	Ordinal

Nivel de autoestima

Satisfacción con uno mismo  
-Importante para algo bueno  
-Capacidad de poder hacer cosas  
-Actitud frente a la vida  
-Sentimiento de valía

Autoestima elevada 30 a 40  
Autoestima media: 26-29  
Ordinal Autoestima baja: <25

Ordinal

V. D.: Embarazo no deseado		No deseo de tener un hijo	Si No	Nominal
-------------------------------	--	---------------------------	----------	---------

### **3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

Para proceder a la recolección de datos, previamente se cursó una carta dirigida a las autoridades de la Red Asistencial Moquegua, en la cual se indicó el propósito del estudio y los derechos de las adolescentes de participar libremente en el estudio.

- **Para la variable factores sociodemográficos:** se utilizaron dos cuestionarios para medir las variables dimensionales; a) dinámica familiar y nivel socioeconómico y tres reactivos cerrados para recolectar la información sobre edad, estado civil y nivel educativo.
- **Para la dimensión dinámica familiar :** se seleccionó el cuestionario de dinámica familiar de Smilkstein (1988) .El instrumento mide la adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos familiares:

A) Ficha técnica

Nombre	:	Apgar Familiar
Autor	:	Gabriel Smilkstein
Año	:	1978
Tiempo de administración	:	Aprox. 5 minutos.
Ámbito de aplicación	:	Dirigido a adolescentes
Tipo de instrumento	:	Cuestionario estructurado con escalamiento tipo Likert.
Método de validación	:	Validez de contenido (mediante juicio de expertos).
Confiabilidad	:	Superior a 0,75 (método test – retest)
Finalidad	:	Identificar la dinámica familiar de la adolescente

## B) Estructura

DIMENSIÓN (ÁREA)	ÍTEMS		
	NÚMERO ÍTEMS	IDENT. ITEM	PESO
Adaptabilidad ( <i>Adaptability</i> )	( 1	1	0-2
Cooperación ( <i>Partnertship</i> )	( 1	2	0-2
Desarrollo ( <i>Growth</i> )	( 1	3	0-2
Afectividad ( <i>Affection</i> )	( 1	4	0-2
Capacidad resolutiva ( <i>Resolve</i> )	1	5	0-2
TOTAL ÍTEMS	5	TOTAL PUNTUACIÓN	0-10

## C) Niveles o categorías

El índice se categoriza según se detalla :

ÍNDICE	CATEGORÍA
00 – 03	DISFUNCIÓN GRAVE
04-06	DISFUNCIÓN MODERADA
07-10	FAMILIA FUNCIONAL

- **Para la dimensión valoración socioeconómica :**

Se seleccionó el cuestionario modificado de Amat y León que consta de diez *ítems* que miden: el grado de instrucción del padre y de la madre, ocupación del padre y de la madre, el ingreso familiar, la vivienda, hacinamiento, servicio de agua, disposición de excretas y electricidad.

#### **A) Ficha técnica**

Nombre	: Valoración socioeconómica modificada de Amat y León.
Autor	: Amat y León C.
Año	: 1983
Tiempo de administración	: Aprox. 10 minutos.
Ámbito de aplicación	: Dirigido a adolescentes
Tipo de instrumento	: Cuestionario estructurado.
Método de validación	: Validez de contenido (mediante juicio de expertos).

Finalidad : Identificar el nivel socioeconómico de la adolescente.

**B) Estructura**

DIMENSIÓN (ÁREA)	ÍTEMS		
	NÚMERO ÍTEMS	IDENT. ITEM	PESO
Grado de instrucción /padre	1	1	5-10
Grado de instrucción /madre	1	2	5-10
Ocupación del padre	1	3	4-8
Ocupación de la madre	1	4	4-8
Ingreso familiar/mes	1	5	5-10
Vivienda	1	6	5-9
Hacinamiento	1	7	5-10
Servicio de agua	1	8	8-15
Disposición de excretas	1	9	7-15
Electricidad	1	10	2-5
TOTAL ÍTEMS	10	TOTAL PUNTUACIÓN	50- 100

### C) Niveles o categorías

El índice se categoriza según se detalla :

ÍNDICE	CATEGORÍA
50– 80	NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO
81-94	NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO
95-100	NIVEL SOCIOECONÓMICO ALTO

- **Para la variable nivel de autoestima :**

Se optó por la escala de autoestima de Rosenberg que consta de diez ítems tipo *Lickert* , divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: " creo que tengo un buen número de cualidades " sentimiento negativo: " siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi" ). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde " muy de acuerdo" a " muy en desacuerdo". Cada uno se puntúa de 1 a 4 , habiendo cinco reactivos inversos ( 1,3,4,6 y 7) La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida.

### A) Ficha técnica

Nombre	:	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)
Autor	:	Rosenberg, M.
Año	:	1965
Tiempo de administración	:	Aprox. 10 minutos.
Ámbito de aplicación	:	Dirigido a adolescentes
Tipo de instrumento	:	Escala tipo Lickert .
Finalidad	:	Identificar el nivel de autoestima personal de la adolescente.

### B) Estructura

DIMENSIÓN (ÁREA)	ÍTEMS		
	NÚMERO ÍTEMS	IDENT. ITEM	PESO
Sentimientos del adolescente sobre él	10	1-10	1-4
TOTAL ÍTEMS	10	TOTAL PUNTUACIÓN	10-40

### C) Niveles o categorías

El índice se categoriza según se detalla :

ÍNDICE	CATEGORÍA
30– 40	AUTOESTIMA ELEVADA O ALTA
26-29	AUTOESTIMA MEDIA
< 25	AUTOESTIMA BAJA

- **Para la variable embarazo no deseado:** Se consideró dos reactivos cerrados, para dos situaciones: a) embarazo no deseado si es el primer hijo; b) embarazo no deseado si es el segundo o más hijos.

### 3.5. Procesamiento y análisis de datos

Las consideraciones éticas al momento de recoger la información, comprendieron los siguientes aspectos: a) No se registró la identidad de las encuestadas, b) El consentimiento de las adolescentes antes de cumplimentar el cuestionario, se obtuvo en forma verbal en concordancia con las convenciones de Helsinki

y su posterior ratificación en Tokio, en 1975 y Edimburgo, Escocia 2000.

El procesamiento de los datos , se hizo de forma automatizada para lo cual se utilizaron medios informáticos, en este caso se optó por el *software SPSS* versión 15 en español, paquete con recursos suficientes para el análisis descriptivo de las variables y para la estimación de medidas inferenciales. Asimismo, se utilizó *Excel y Microsoft Office*, los que ofrecen recursos gráficos y funciones que permiten el ordenamiento de los datos.

Los datos recolectados se vaciaron a una hoja de cálculo Excel para elaborar la base de datos correspondiente, y posteriormente se exportaron al *software SPSS* versión 15, para la elaboración de las tablas de univariadas y bivariadas, para observar el comportamiento conjunto de las variables según sus categorías. Para la presentación de los datos se utilizaron tablas estadísticas, representaciones gráficas lineales, de barras o circulares. La información se trasladó al Word para su presentación final.

Concretamente, para el análisis de los datos se usó estadística descriptiva (Tablas de frecuencia absoluta y relativa y tablas de contingencia) e inferencial con la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$  de Pearson) es una distribución de probabilidad continua con un parámetro k que representa los grados de libertad de la variable aleatoria.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Las tablas y gráficos se han presentado, de acuerdo a un orden lógico y metodológico, según los objetivos del estudio.

**Tabla 1: Distribución por grupo de estudio según edad y grupo etario, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

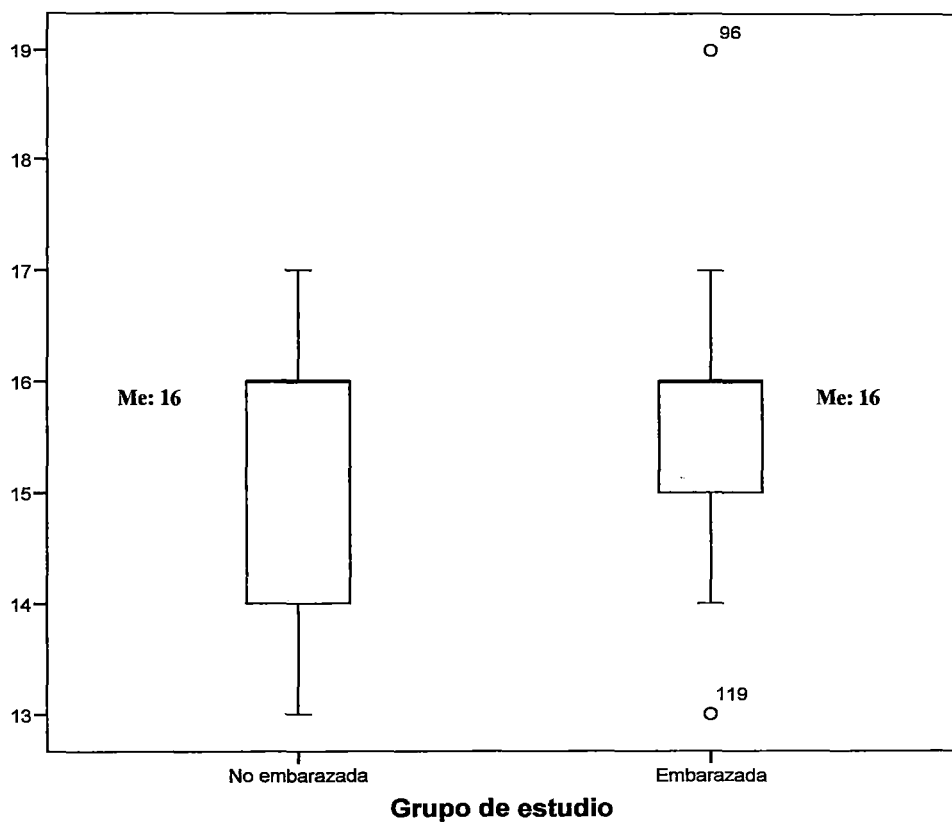
<b>Grupo de estudio</b>	<b>Edad (Años)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Embarazada</b>	13	1	4,17
	14	2	8,33
	15	8	33,33
	16	8	33,33
	17	4	16,67
	19	1	4,17
Media: 15,67 ± 1,239	Mediana: 16	Mínimo : 13	Máximo: 19
<b>Grupo etario</b>			
	De 10 a 14	3	12,50
	De 15 a 19	21	87,50
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>No embarazada</b>	13	3	3,16
	14	22	23,16
	15	21	22,11
	16	45	47,37
	17	4	4,21
Media: 15,26 ± 0,970	Mediana: 16	Mínimo : 13	Máximo: 17
<b>Grupo etario</b>			
	De 10 a 14	25	26,32
	De 15 a 19	70	73,68
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario.

**TABLA 2: Descriptivos de la variable edad según grupo de estudio  
Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

		Estadístico	
No embarazada	Media	15,26	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	15,07
		Límite superior	15,46
	Media recortada al 5%	15,28	
	Mediana	16,00	
	Varianza	0,941	
	Desviación típica	0,970	
	Mínimo	13	
	Máximo	17	
	Rango	4	
	Amplitud intercuartil	2	
	Asimetría	-0,483	
	Curtosis	-.734	
	Embarazada	Media	15,67
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	15,14
		Límite superior	16,19
Media recortada al 5%		15,64	
Mediana		16,00	
Varianza		1,536	
Desviación típica		1,239	
Mínimo		13	
Máximo		19	
Rango		6	
Amplitud intercuartil		1	
Asimetría		0,404	
Curtosis		1,440	

Fuente: Cuestionario



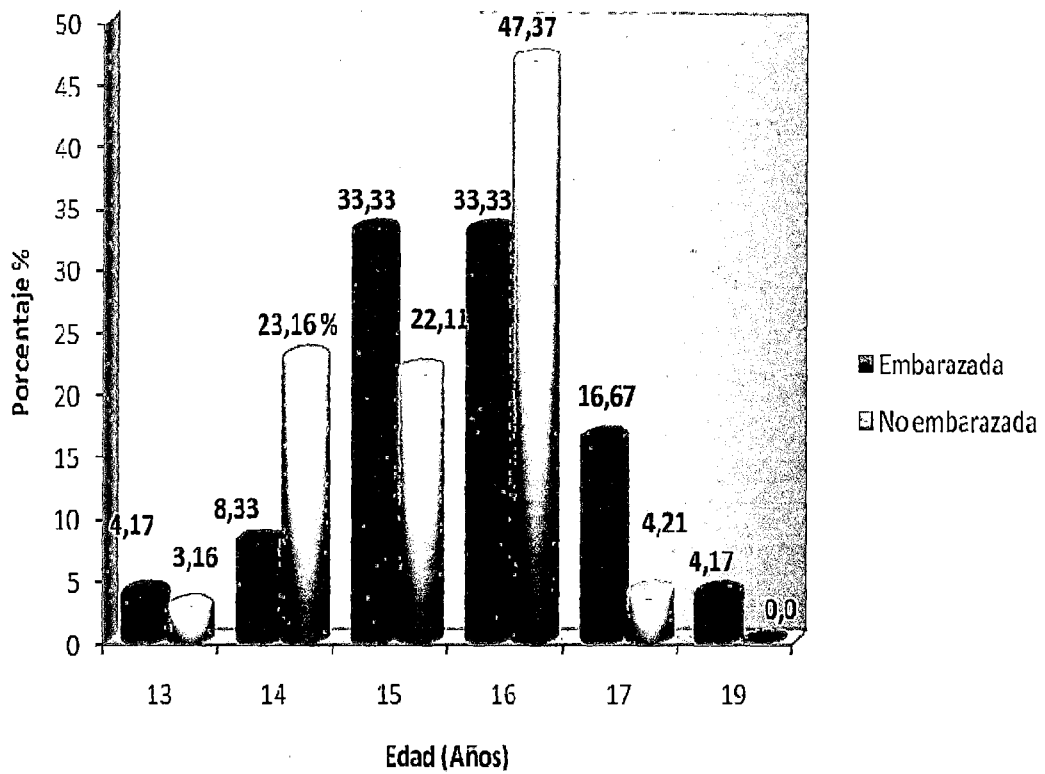
Fuente: Tabla 1

**Figura 1:** Distribución por grupo de estudio según edad y grupo etario, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010

Edad Stem-and-Leaf Plot for Estudio= Embarazada			Edad Stem-and-Leaf Plot for Estudio= No embarazada		
Frequency	Stem	Leaf	Frequency	Stem	Leaf
1.00	Extremes	(=<13.0)	3.00	13	. 000
2.00	14	. 00	.00	13	.
.00	14	.	22.00	14	. 000000000000000000000000
8.00	15	. 00000000	.00	14	.
.00	15	.	21.00	15	. 000000000000000000000000
8.00	16	. 00000000	.00	15	.
.00	16	.	45.00	16	. 000
4.00	17	. 0000	.00	16	.
1.00	Extremes	(>=19.0)	4.00	17	. 0000
Stem width:	1		Stem width:	1	
Each leaf:	1 case(s)		Each leaf:	1 case(s)	

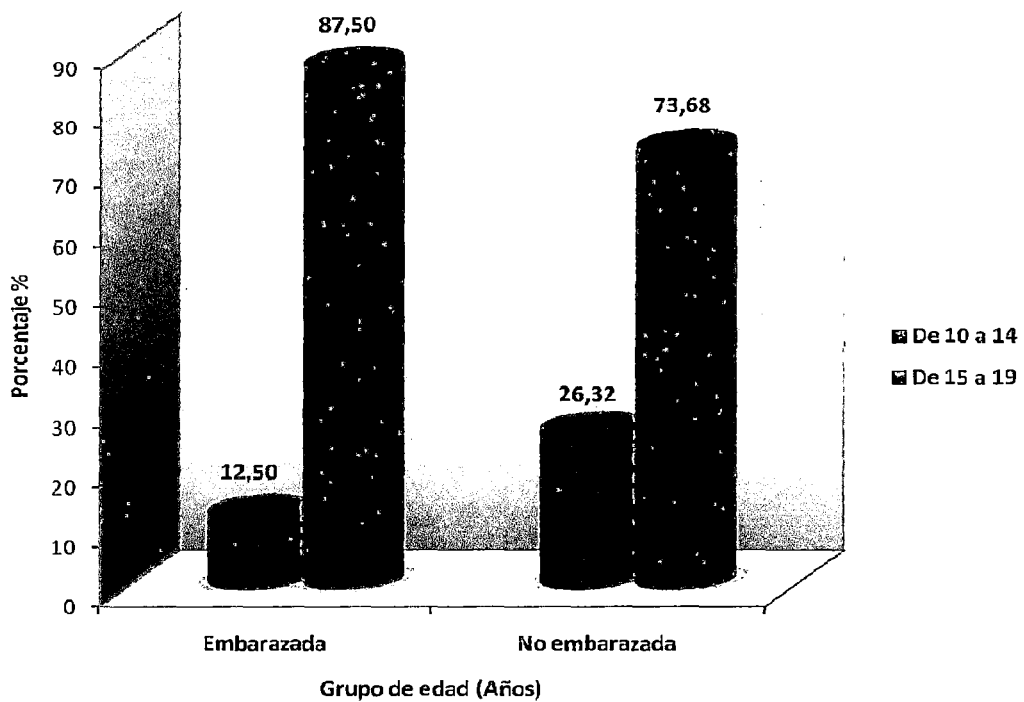
Fuente: Tabla 1

**Figura 2: Distribución por grupo de estudio según edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de La Red Sanitaria de Moquegua, 2010**



Fuente: Tabla 1

**Figura 3:** Distribución por grupo de estudio según edad, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010



Fuente: Tabla 1

**Figura 4:** distribución por grupo de estudio según grupo etario, de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010

## **Interpretación**

Del examen de la Tabla 1 , 2 y de las Figuras 1,2,3 y 4 , se evidencia que un tercio de las embarazadas adolescentes tienen 15 años de edad y otro tercio 16 años, un 16 % tenía 17 años. Un 12,5 % tenían edades de 14 a menos y sólo una adolescente tenía 19 años de edad.

En el grupo de adolescentes no embarazadas, se aprecia que casi la mitad (47,37 %) tenían 16 años de edad, las adolescentes entre 14 y 15 años representan el 45,27 %. Sólo tres adolescentes tenían una edad de 13 años (3,16 %) y cuatro adolescentes 17 años (4,21 %).

En la Figura 1, apreciamos que la mediana de edad para el grupo de adolescentes embarazadas y no embarazadas es de 16, sin embargo, la dispersión de la edad es mayor en el grupo de no embarazadas.

En la Tabla 2 y en la Figura 2, nos permite visualizar que la edad mínima en el grupo de adolescentes embarazadas es de 13 años y la máxima de 19 años, mientras que en el grupo de no embarazadas la edad mínima fue de 13 años y la edad máxima de 17 años.

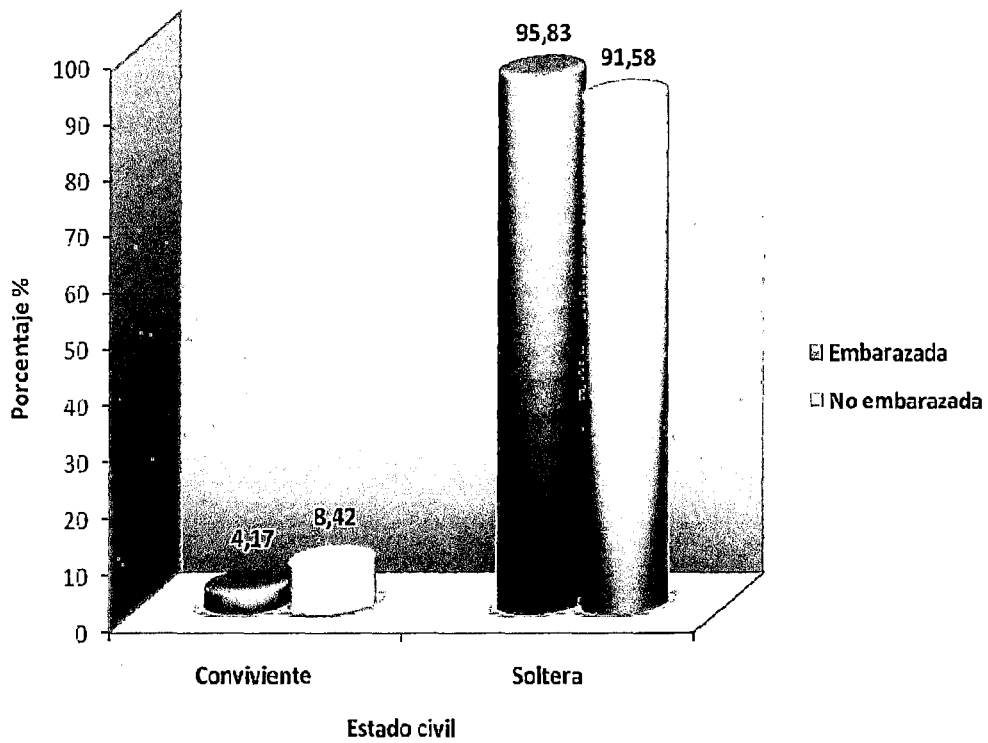
La distribución de los datos de edad en el grupo de adolescentes no embarazadas forman una curva platicúrtica y presentan un sesgo a la izquierda o negativo, lo que denota que la edad tiende a ser menor. Dado que la curtosis mide el grado en que las observaciones están agrupadas en torno al punto central en relación con una distribución de referencia (normal), se aprecia que la edad en que se concentran los datos es de 14,15 y 16 años.

En el grupo de adolescentes embarazadas, la distribución de los datos de la edad forma una curva leptocúrtica y presentan un sesgo a la derecha, lo que denota que la edad tiende a ser mayor. Dado que la curtosis mide el grado en que las observaciones están agrupadas en torno al punto central en relación con una distribución de referencia (normal), se aprecia que la edad en que se concentran los datos es de 15 y 16 años.

**Tabla 3: Distribución por grupo de estudio según estado civil en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Grupo de estudio</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Embarazada</b>	Conviviente	1	4,17
	Soltera	23	95,83
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>No embarazada</b>	Conviviente	8	8,42
	Soltera	87	91,58
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 3

**Figura 5: Distribución por grupo de estudio, según estado civil en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

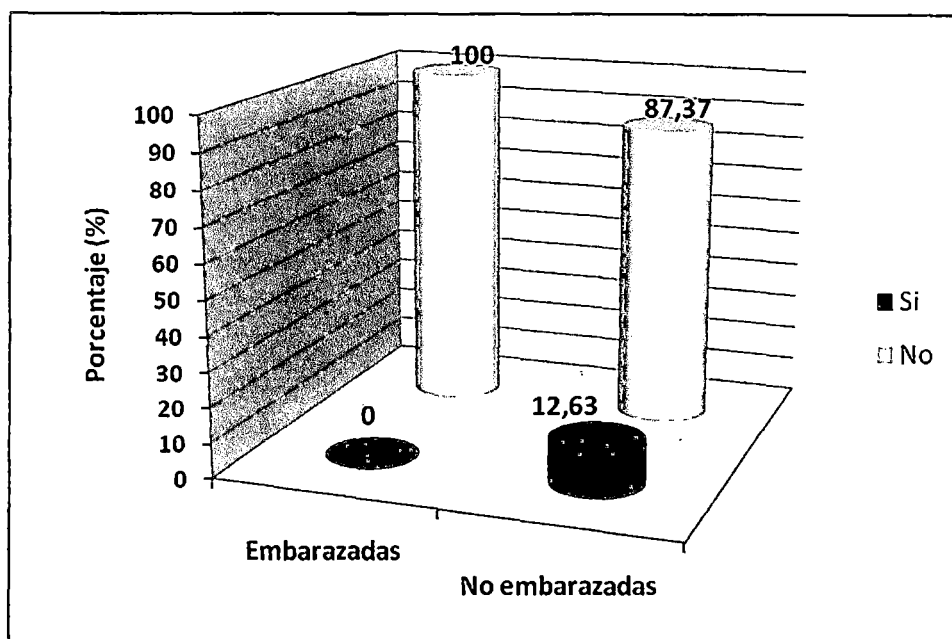
## **Interpretación**

En la Tabla 3 y en la Figura 5 se muestra que en ambos grupos el estado civil que presentan las adolescentes predominantemente es de "solteras" (embarazadas y no embarazadas con un 91,58 % y 95,83 % respectivamente).

**Tabla 4: distribución por grupo de estudio según deseo de embarazarse en adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Deseo de embarazarse</b>				
	<b>Embarazada</b>		<b>No embarazada</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	0	0,00	12	12,63
<b>No</b>	24	100,00	83	87,37
<b>Total</b>	24	100,00	95	100,00

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 4

**Figura 6: Distribución por grupo de estudio según deseo de embarazarse en adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

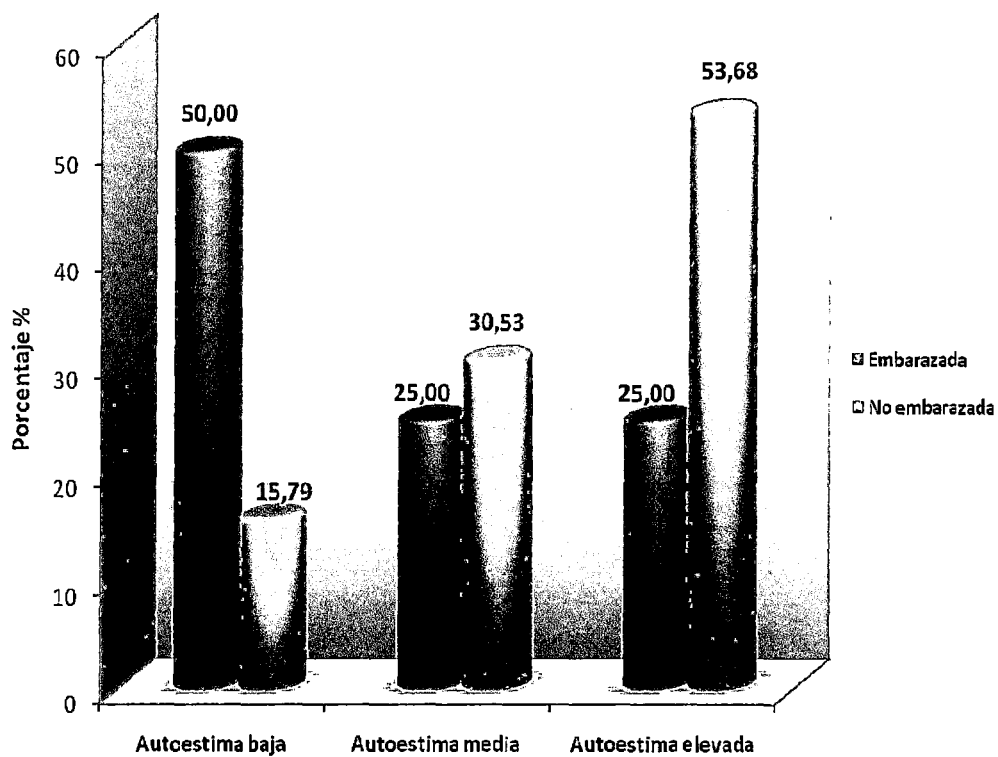
## **Interpretación**

En la Tabla 4 y en la Figura 6, se evidencia que todas las adolescentes embarazadas (100%) no deseaban el embarazo, a diferencia de una minoría de las no embarazadas, quienes manifestaron que en el supuesto caso de embarazarse lo hubiesen deseado.

**Tabla 5: Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima en las adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Grupo de estudio</b>	<b>Nivel de Autoestima</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Embarazada</b>	Autoestima baja	12	50,00
	Autoestima media	6	25,00
	Autoestima elevada	6	25,00
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>No embarazada</b>	Autoestima baja	15	15,79
	Autoestima media	29	30,53
	Autoestima elevada	51	53,68
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 5

**Figura 7: Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima en las adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

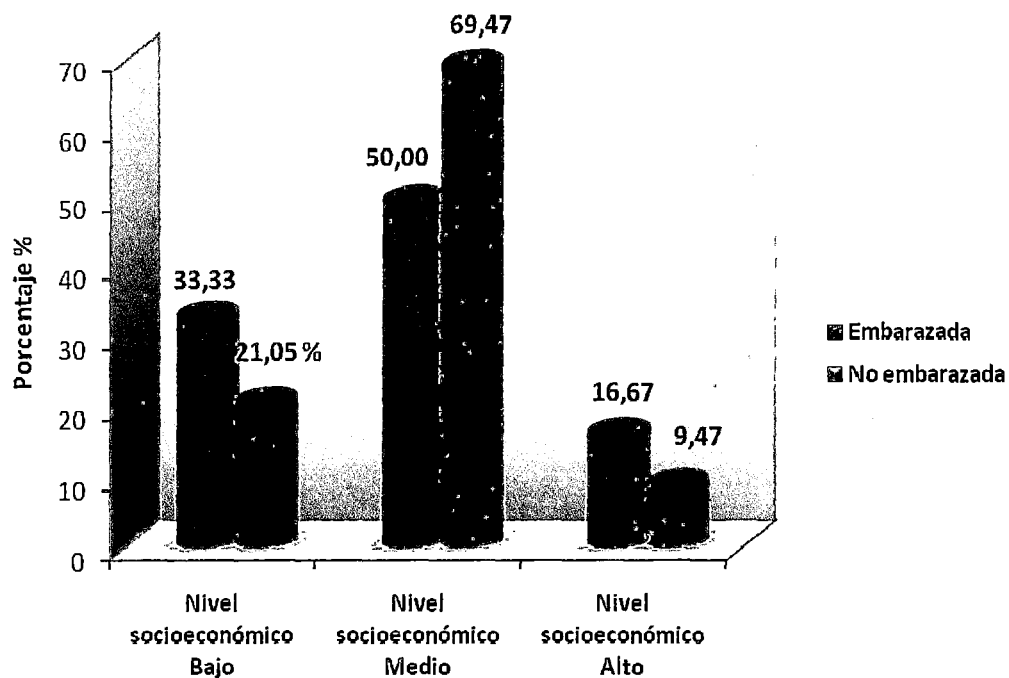
## **Interpretación**

En la Tabla 5 y en la Figura 7, se aprecia que la mitad las adolescentes embarazadas (50 %) presentan una autoestima baja, frente al 15,79 % de las adolescentes no embarazadas. De igual forma, la proporción de adolescentes embarazadas con autoestima media (25 %) y elevada (25%) es menor frente al grupo de adolescentes no embarazadas, ya que un 30 % presenta una autoestima media y más de la mitad (53,68 %) autoestima elevada.

**Tabla 6: Distribución por grupo de estudio según nivel socioeconómico en las adolescentes de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Grupo de estudio</b>	<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Embarazada</b>	Nivel socioeconómico Bajo	8	33,33
	Nivel socioeconómico Medio	12	50,00
	Nivel socioeconómico Alto	4	16,67
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>No embarazada</b>	Nivel socioeconómico Bajo	20	21,05
	Nivel socioeconómico Medio	66	69,47
	Nivel socioeconómico Alto	9	9,47
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente : Tabla 6

**Figura 8: Distribución por grupo de estudio según nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

## **Interpretación**

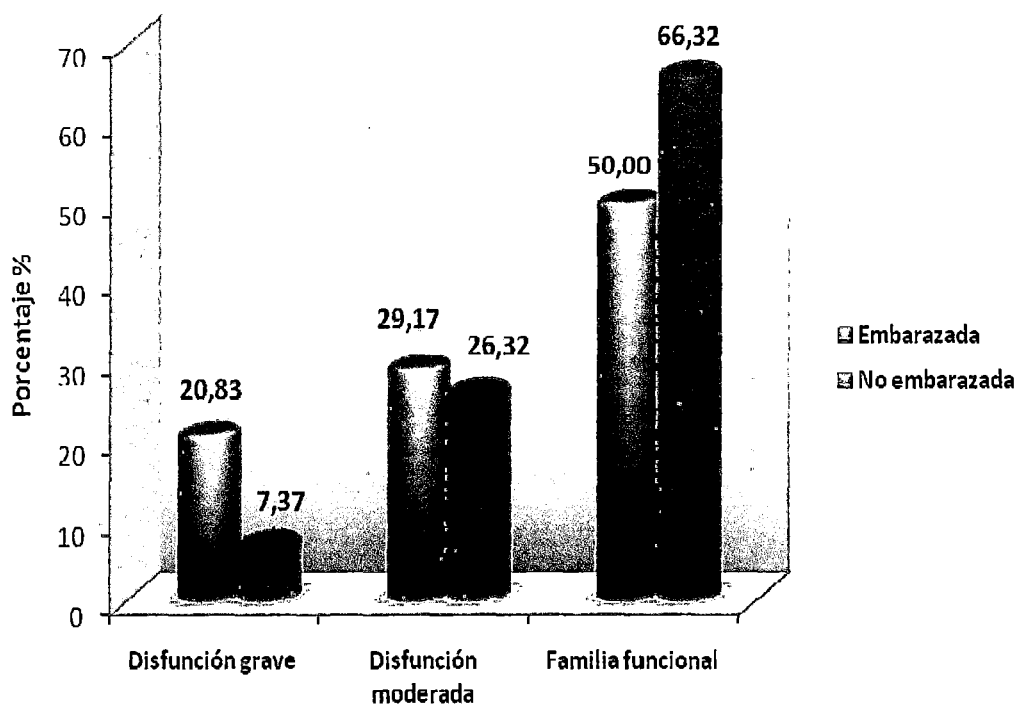
Es de observar en la Tabla 6 y en la Figura 8, que la mitad adolescentes embarazadas (50 %) presentan un nivel socioeconómico medio y un 16,67 % un nivel socioeconómico alto, mientras que una tercera parte tienen un nivel socioeconómico bajo ( 33 %).

En contraste, las adolescentes no embarazadas más de la mitad tienen un nivel socioeconómico medio, prácticamente la quinta parte (21 %) un nivel socioeconómico bajo y un 9,47% nivel socioeconómico alto.

**Tabla 7: Distribución por grupo de estudio según dinámica familiar en las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Grupo de estudio</b>	<b>Dinámica Familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Embarazada</b>	Disfunción grave	5	20,83
	Disfunción moderada	7	29,17
	Familia funcional	12	50,00
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>No embarazada</b>	Disfunción grave	7	7,37
	Disfunción moderada	25	26,32
	Familia funcional	63	66,32
	<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 7

**Figura 9:** Distribución por grupo de estudio según APGAR familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010

## **Interpretación**

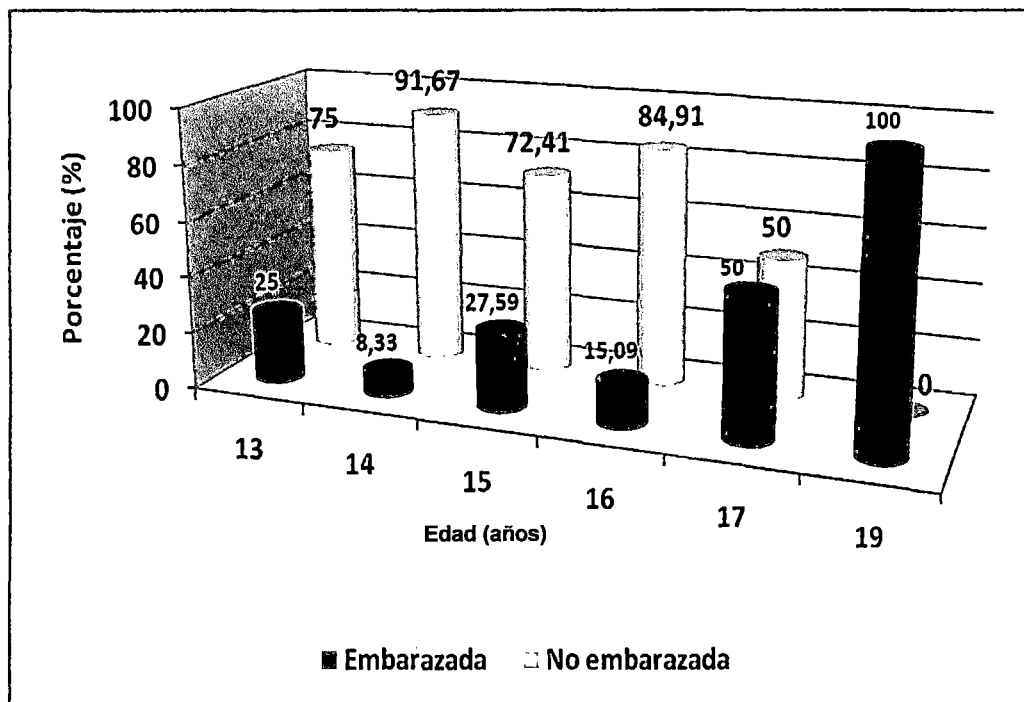
Según se aprecia en la Tabla 7 y en la Figura 9, en ambos grupos las adolescentes pertenecen a familias funcionales, sin embargo, sólo la mitad (50 %) de las adolescentes embarazadas pertenecen a una familia funcional, mientras que en el grupo de no embarazadas la proporción de las adolescentes que pertenecen a una familia funcional es más elevada (66,32 %). De otro lado, prácticamente la quinta parte de las embarazadas pertenecen a familias con una disfunción grave (20,83 %), frente a un 7 % de no embarazadas.

En la categoría de familias con disfunción moderada, se encuentra el 29 % de adolescentes embarazadas y el 26,32 % de no embarazadas.

**Tabla 8: Distribución por grupo de estudio según edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

Edad	Grupo de estudio				Total	
	Embarazada		No embarazada		n	%
	n	%	n	%		
13	1	25,00	3	75,00	4	100,00
14	2	8,33	22	91,67	24	100,00
15	8	27,59	21	72,41	29	100,00
16	8	15,09	45	84,91	53	100,00
17	4	50,00	4	50,00	8	100,00
19	1	100,00	0	0,00	1	100,00

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 8

**Figura 10: Distribución por grupo de estudio según edad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la red sanitaria de Moquegua en el año 2010**

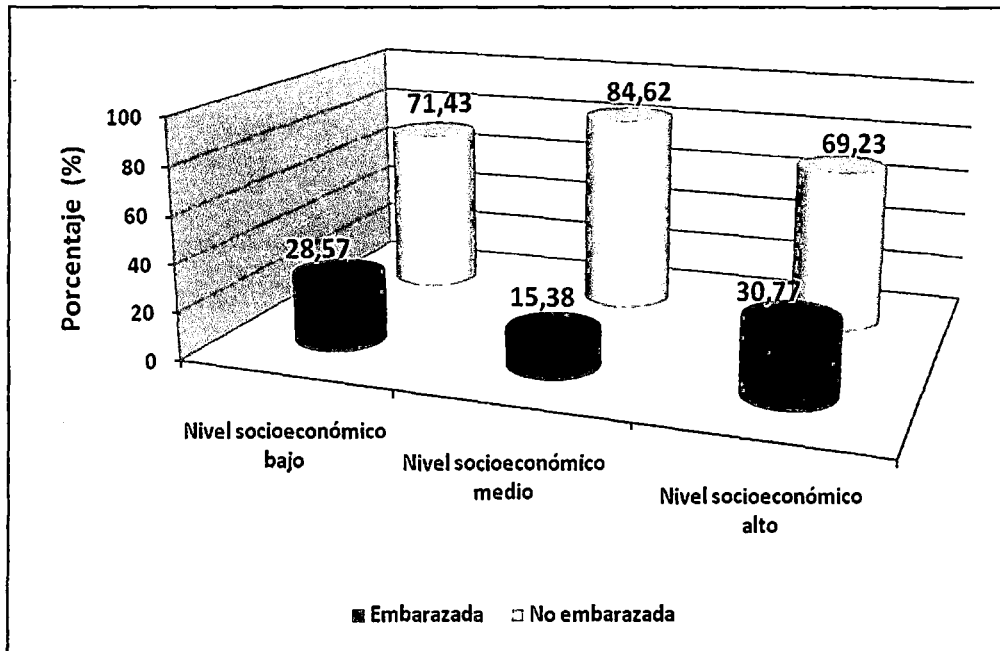
## **Interpretación**

Es de observar en la Tabla 8 y en la Figura 10, que de las adolescentes que tienen 13, 14, 15 y 16 años, la mayoría (75 %, 91,67%, 72,41 % y 84,91 %) no está embarazada. A diferencia de las adolescentes que tienen 17 años de edad, en las que el 50 % están embarazadas, sólo una adolescente tenía 19 años y estaba embarazada.

**Tabla 9: Distribución por grupo de estudio según nivel socio económico de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Grupo de estudio</b>				<b>Total</b>	
	<b>Embarazada</b>		<b>No embarazada</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Nivel socioeconómico Bajo	8	28,57	20	71,43	28	100,00
Nivel socioeconómico Medio	12	15,38	66	84,62	78	100,00
Nivel socioeconómico Alto	4	30,77	9	69,23	13	100,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>20,17</b>	<b>95</b>	<b>79,83</b>	<b>119</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 9

**Figura 11: Distribución por grupo de estudio según nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

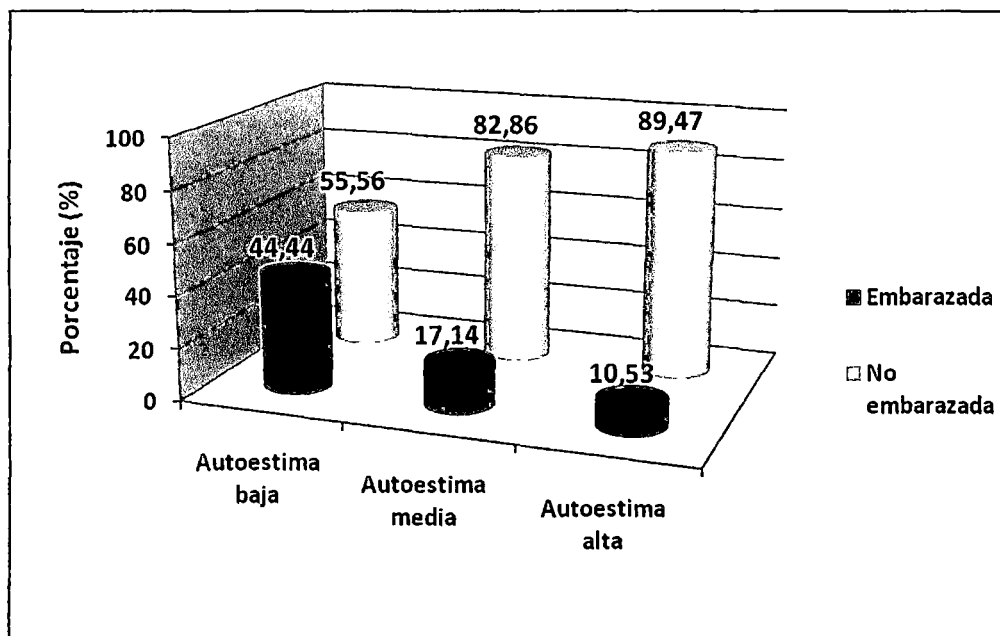
## **Interpretación**

Se aprecia en la Tabla 9 y en la Figura 11, que tenían un nivel socioeconómico bajo, un 28,57 % está embarazada, la diferencia no lo está. De las que presentan un nivel socioeconómico medio, el 15,38 % presenta un embarazo, mientras que de las adolescentes con un nivel socioeconómico alto el 30,77 % está embarazada, la diferencia no lo está.

**Tabla 10: Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Nivel de autoestima</b>	<b>Grupo de estudio</b>				<b>Total</b>	
	<b>Embarazada</b>		<b>No embarazada</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Autoestima baja	12	44,44	15	55,56	27	100,00
Autoestima media	6	17,14	29	82,86	35	100,00
Autoestima alta	6	10,53	51	89,47	57	100,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>20,17</b>	<b>95</b>	<b>79,83</b>	<b>119</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 10

**Figura 12: Distribución por grupo de estudio según nivel de autoestima de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

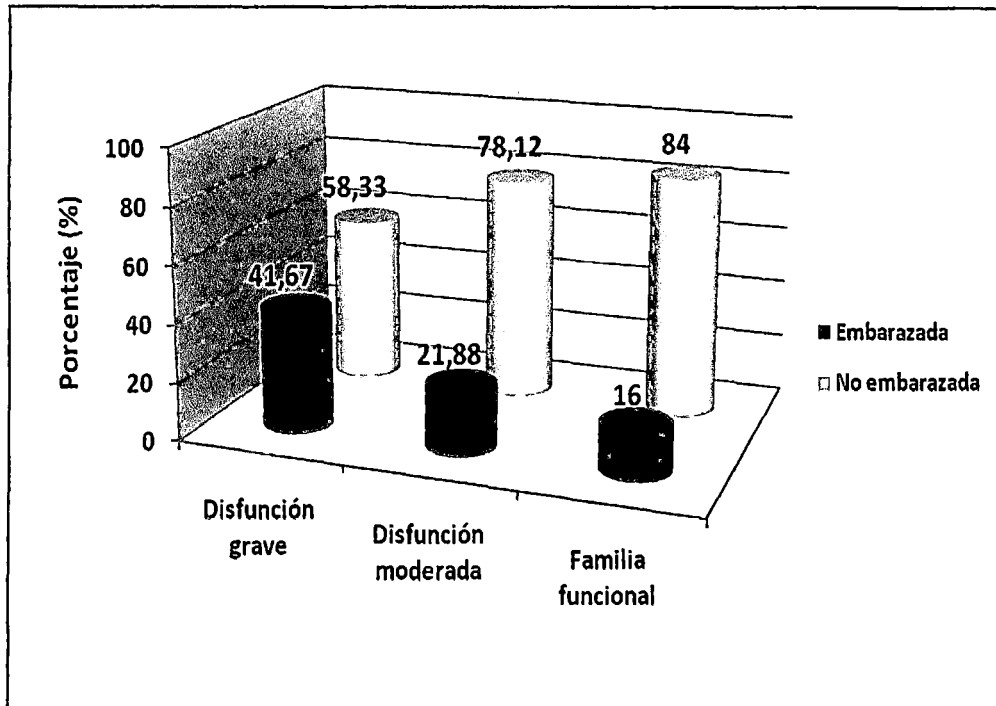
## **Interpretación**

Según la Tabla 10 y la Figura 12, de las adolescentes que tenían un nivel de autoestima bajo, el 44,44 % presentan un embarazo, la diferencia no lo está. La proporción es menor en la categoría de nivel de autoestima media, de las cuáles el 17,14 % está embarazada, y desciende aún más en la categoría de autoestima alta, en la cual se presentan 10,53 % de adolescentes embarazadas. En todos los casos, la diferencia son adolescentes que no están embarazadas.

**Tabla 11: Distribución por grupo de estudio según dinámica familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

<b>Dinámica familiar</b>	<b>Grupo de estudio</b>				<b>Total</b>	
	<b>Embarazada</b>		<b>No embarazada</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Disfunción grave	5	41,67	7	58,33	12	100,00
Disfunción moderada	7	21,88	25	78,13	32	100,00
Familia funcional	12	16,00	63	84,00	75	100,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>20,17</b>	<b>95</b>	<b>79,83</b>	<b>119</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario



Fuente: Tabla 11

**Figura 13: Distribución por grupo de estudio según dinámica familiar de las adolescentes embarazadas y no embarazadas de la Red Sanitaria de Moquegua en el año 2010**

Se evidencia en la Tabla 11 y en la Figura 13, que de las adolescentes que provienen de familias con una disfunción grave, el 41,67 % están embarazadas, la diferencia no lo está. La proporción de adolescentes embarazadas es menor cuando ésta pertenece a familias con una disfunción moderada, casi la mitad (21,88 %). La proporción de adolescentes embarazadas aún es menor, si ésta tiene una familia funcional (16 %).

○ **Prueba de hipótesis**

- **Asociación entre la variable edad y el embarazo no deseado**

**Prueba estadística “JI” cuadrado**

- **Formulación de las hipótesis estadísticas:**

H<sub>0</sub>: La edad es independiente del embarazo no deseado.

H<sub>1</sub>: La edad es dependiente del embarazo no deseado.

- **Nivel de significación de la prueba.**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba.**

Utilizaremos la distribución muestral “JI” cuadrado.

- **Los grados de libertad son: ( C-1 ) ( F-1 ).**

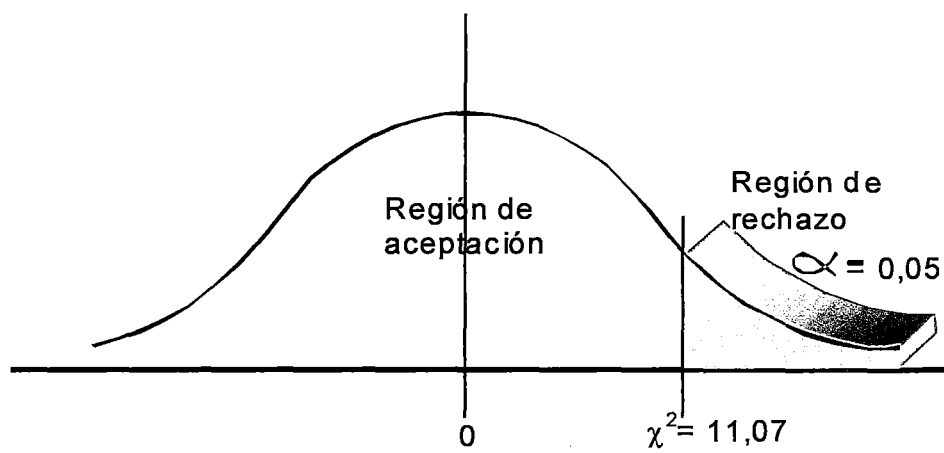
$$Gl. = (2-1) (6-1)$$

$$Gl = 5$$

- Estadístico "JI" en tablas.

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2_{(8)} = 11,07$$

- Esquema Figura de la prueba.



**Tabla 12: Matriz de operaciones auxiliares  
para el contraste de la hipótesis**

Edad	Grupo			
	Embarazada		No embarazada	
	FO	FE	FO	FE
13	1	0,8	3	3,2
14	2	4,8	22	19,2
15	8	5,8	21	23,2
16	8	10,7	45	42,3
17	4	1,6	4	6,4
19	1	0,2	0	0,8
Total	24	24,0	95	95,0

Fuente: Procesamiento con SPSS versión 18

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 12,365$$

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_t = 11,07$$

$$\chi^2_c = 12,365$$

- **De la Tabla 12 se tiene que :**

P = 0,030 (Prueba chi cuadrado de Pearson)

P= 0,049 (Prueba chi cuadrado de máxima verosimilitud)

- **Regla de decisión**

$$\chi^2_c < \chi^2_t \quad \text{Se acepta la } H_0$$

$$\chi^2_c > \chi^2_t \quad \text{Se rechaza la } H_0$$

**Decisión estadística:**

Como el estadístico "JI" calculado ( $\chi^2_c$ ) es mayor que el "JI" de tablas ( $\chi^2_t$ ) ( $11,07 > 12,365$ ), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Este resultado nos permite comprobar con un

nivel de confianza del 95 %, que la edad se asocia con el embarazo no deseado que expresan las adolescentes embarazadas.

- **Asociación entre la variable nivel socioeconómico y el embarazo no deseado**

### **Prueba estadística “JI” cuadrado**

- **Formulación de las hipótesis estadísticas:**

$H_0$ : El nivel socioeconómico es independiente del embarazo no deseado.

$H_1$ : El nivel socioeconómico es dependiente del embarazo no deseado.

- **Nivel de significación de la prueba**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba**

Utilizaremos la distribución muestral “JI” cuadrado.

- **Los grados de libertad son: ( C-1 ) ( F-1 ).**

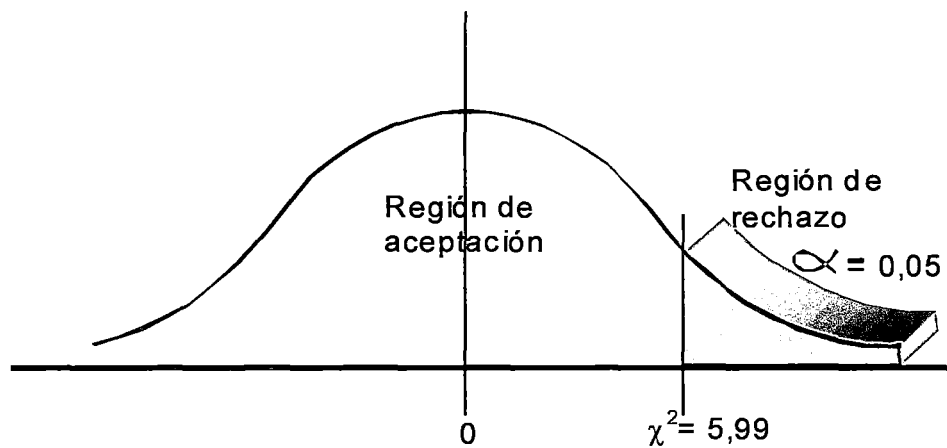
$$Gl. = (2-1) (3-1)$$

$$Gl = 2$$

- Estadístico “JI” en tablas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2_{(8)} = 5,99$$

- Esquema Figura de la prueba



**Tabla 13: Matriz de operaciones auxiliares  
para el contraste de la hipótesis**

	Estudio			
	Embarazada		No embarazada	
	FO	FE	FO	FE
Nivel socioeconómico Bajo	8	5,6	20	22,4
Nivel socioeconómico Medio	12	15,7	66	62,3
Nivel socioeconómico Alto	4	2,6	9	10,4
Total	24	24,0	95	95,0

Fuente: Procesamiento con SPSS versión 18

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 3,244$$

• **Contraste de resultados.**

$$\chi^2_t = 5,99$$

$$\chi^2_c = 3,244$$

- De la Tabla 13 se tiene :

P = 0,198 (Prueba chi cuadrado de Pearson)

P= 0,210 (Prueba chi cuadrado de máxima verosimilitud)

- Regla de decisión.

$\chi^2_c < \chi^2_t$  Se acepta la Ho

$\chi^2_c > \chi^2_t$  Se rechaza la Ho

#### Decisión estadística:

Como el estadístico "JI" calculado ( $\chi^2_c$ ) es menor que el "JI" de tablas ( $\chi^2_t$ ) ( $3,244 < 5,99$ ), entonces no se rechaza la hipótesis nula. Este resultado nos permite afirmar con un nivel de confianza del 95 %, que no se encontró evidencia a favor de una asociación entre la variable nivel socioeconómico y el embarazo no deseado que presentan las adolescentes embarazadas.

## **Asociación entre la variable autoestima y el embarazo no deseado**

### **Prueba estadística “JI” cuadrado**

- **Formulación de las hipótesis estadísticas:**

H<sub>0</sub>: El nivel de autoestima es independiente del embarazo no deseado.

H<sub>1</sub>: El nivel de autoestima es dependiente del embarazo no deseado.

- **Nivel de significación de la prueba.**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba.**

Utilizaremos la distribución muestral “JI” cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

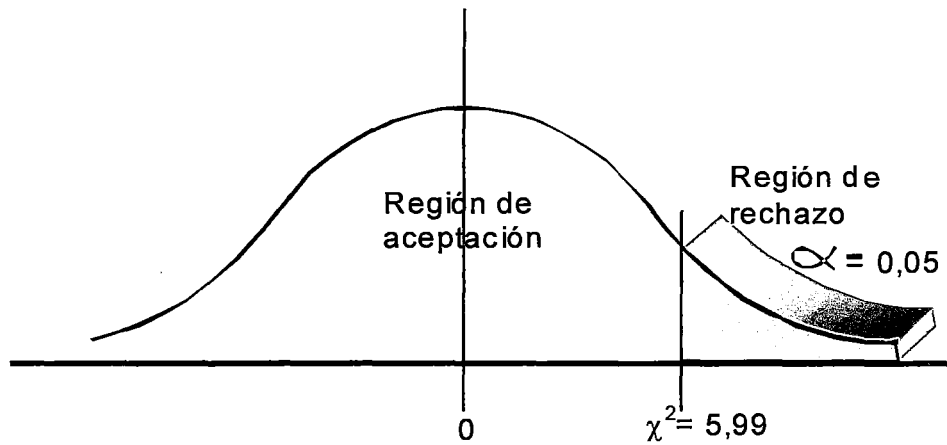
$$Gl. = (2-1) (3-1)$$

$$Gl = 2$$

- Estadístico “JI” en tablas

$$\alpha = 0,05 ; \chi^2_{(8)} = 5,99$$

- Esquema Figura de la prueba



**Tabla 14: Matriz de operaciones auxiliares para el contraste de la hipótesis**

Nivel	Grupo			
	Embarazada		No embarazada	
	FO	FE	FO	FE
Autoestima baja	12	5,4	15	21,6
Autoestima media	6	7,1	29	27,9
Autoestima elevada	6	11,5	51	45,5
Total	24	24,0	95	95,0

Fuente: Procesamiento con SPSS versión 18

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 13,373$$

- **Contraste de resultados.**

$$\chi^2_t = 5,99$$

$$\chi^2_c = 13,373$$

- **De la Tabla 14 se tiene:**

P = 0,001 (Prueba chi cuadrado de Pearson)

P= 0,002 (Prueba chi cuadrado de máxima verosimilitud)

- **Regla de decisión.**

$\chi^2_c < \chi^2_t$  Se acepta la Ho

$\chi^2_c > \chi^2_t$  Se rechaza la Ho

**Decisión estadística:**

Como el estadístico "JI" calculado ( $\chi^2_c$ ) es mayor que el "JI" de tablas ( $\chi^2_t$ ) ( $13,373 > 5,99$ ), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95 %, que el nivel de autoestima se asocia con el embarazo no deseado que presentan las adolescentes embarazadas.

- **Asociación entre la variable dinámica familiar y el embarazo no deseado**

### **Prueba estadística “JI” cuadrado**

- **Formulación de las hipótesis estadísticas:**

H<sub>0</sub>: La dinámica familiar es independiente del embarazo no deseado.

H<sub>1</sub>: La dinámica familiar es dependiente del embarazo no deseado.

- **Nivel de significación de la prueba.**

Se asume el nivel de significación del 5 %.

- **Distribución apropiada para la prueba.**

Utilizaremos la distribución muestral “JI” cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1).**

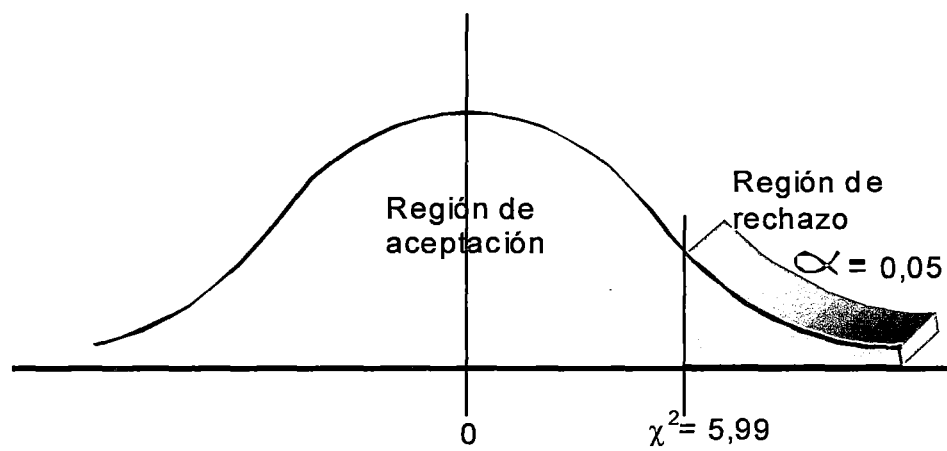
$$Gl. = (2-1) (3-1)$$

$$Gl = 2$$

- Estadístico "JI" en tablas.

$$\alpha = 0,05; \quad \chi^2_{(8)} = 5,99$$

- Esquema Figura de la prueba.



**Tabla 15 : Matriz de operaciones auxiliares  
para el contraste de la hipótesis**

Dinámica Familiar	Estudio			
	Embarazada		No embarazada	
	FO	FE	FO	FE
Disfunción grave	5	2,4	7	9,6
Disfunción moderada	7	6,5	25	25,5
Familia funcional	12	15,1	63	59,9
Total	24	24,0	95	95,0

Fuente: Procesamiento con SPSS versión 18

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 4,312$$

• **Contraste de resultados.**

$$\chi^2_t = 5,99$$

$$\chi^2_c = 4,312$$

- **De la Tabla 15 se tiene :**

P = 0,116 (Prueba Chi cuadrado de *Pearson*)

P= 0,151 (Prueba Chi cuadrado de máxima verosimilitud)

- **Regla de decisión.**

$\chi^2_c < \chi^2_t$  Se acepta la Ho

$\chi^2_c > \chi^2_t$  Se rechaza la Ho

#### **Decisión estadística:**

Como el estadístico "JI" calculado ( $\chi^2_c$ ) es menor que el "JI" de tablas ( $\chi^2_t$ ) ( $4,312 < 5,99$ ), entonces no se rechaza la hipótesis nula. Este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95 %, que no se encontró evidencia a favor de una asociación entre la variable dinámica familiar y el embarazo no deseado que presentan las adolescentes embarazadas.

- **Discusión**

Respecto a la edad, hallamos que predomina la edad de 15 y 19 años (66,66 %) entre las adolescentes embarazadas, resultados concordantes con los de Reyes (2006), quien en Honduras encontró que la edad en que predominó la ocurrencia de embarazos fue de 16 a 19 años y con los hallazgos de Choque (2004) quien también encontró que la edad que predominó en el grupo de embarazadas adolescentes fue de 17 a 19 años, es decir, la frecuencia en nuestro medio también se presenta en edades tempranas. Pero discordante con las evidencias que presenta Celi, Hidalgo, Chedraui & Gonzaga (2007), en el que el 25 % de las embarazadas tiene 17 años, en nuestro caso una proporción mayor (33,33 %) tiene la misma edad. La edad promedio hallada fue de 15,67 %, similar a los resultados de Panduro & Vilchez (2003) quienes también encontraron entre las embarazadas adolescente una edad promedio de 16 años de edad.

En cuanto a los factores asociados, cabe destacar que fueron la edad (predominio de edad entre 15 y 19 años) y la autoestima (

50 % de embarazadas presentaron autoestima baja ) los que se asociaron significativamente con la variable embarazo no deseado (  $P > 0,05$ ).

Sin embargo, a pesar que no se halló una relación significativa, encontramos que del total de adolescentes embarazadas el 41 % pertenece a una familia con una disfunción familiar grave, similares resultados hallaron Alarcón, Coello, Cabrera & Monier (2008) , ya que el 52 % de los casos pertenecían a familiar en la que la relación con sus padres era inadecuada. En lo que concierne al nivel socioeconómico, en el grupo de embarazadas se encontró una proporción baja respecto a las adolescente embarazadas, más no se halló una asociación significativa.

Encontramos que el 100 % manifestaron que no desearon el embarazo, lo que no coincide con los hallazgos de Nuñez, Hernández , García , Gonzáles & Walker (2002) en el que menos de la cuarta parte con un 22,73 % declararon que su embarazo fue no deseado.

**Consecuencias teóricas:**

Las asociaciones significativas entre la variable edad y autoestima, resultan congruentes con los planteamientos teóricos sobre factores que se asocian al embarazo, ya que según Rivera(2003)

"Dentro de los factores de orden psicológico que se asocian a la actividad sexual en la adolescencia se encuentra la baja autoestima, la inseguridad , el temor al rechazo, bajas aspiraciones en la vida o un déficit importante en el nivel de control de emociones, la mala relación con los padres y la carencia de creencias y compromisos religiosos . La baja autoestima y el sentimiento de rechazo por el grupo de amigos se asocian a una mayor probabilidad de embarazado no deseado en la adolescencia."

Resulta importante resaltar que la sexualidad es una dimensión fundamental en la vida de los seres humanos, sin embargo, es necesario establecer una diferencia entre la función sexual que permite un ejercicio pleno al derecho de ser feliz y la función reproductiva a la necesidad natural de perpetuar la especie y socialmente de formar una familia, la cual se ejercita muchas veces, sobre todo en los y las adolescentes, sin el deseo conciente de ejercerla para tal fin, lo que explicaría que en la muestra de casos , todas las adolescentes manifestaron que *no desearon el embarazo.*

## CONCLUSIONES

1. La edad promedio de las adolescentes en estudio fue de 16 años.
2. Las adolescentes embarazadas mayormente presentan un estado civil de solteras (91,58 %).
3. El nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas es preferentemente medio (50 %).
4. El nivel de autoestima que presentan las adolescentes embarazadas es predominantemente bajo (50 %).
5. La dinámica familiar en el grupo de adolescentes embarazadas, se corresponde con una familia funcional en el 50 % de los casos.
6. Existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas ( $P=0,030$ ).

7. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable nivel socioeconómico y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas ( $P= 0,198$ ).
  
8. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas ( $P=0,001$ ).
  
9. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la dinámica familiar y el embarazo no deseado en las adolescentes estudiadas ( $P=0,116$ ).
  
10. El embarazo no deseado estaría asociado con los factores edad y autoestima en adolescentes que acuden al Servicio Diferenciado de Adolescentes de la Red Sanitaria Moquegua en el año 2010.

## **RECOMENDACIONES**

### **a) Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud:**

Los resultados evidencian que la autoestima y la edad de la adolescente se relacionan con el embarazo no deseado, en tal sentido, las autoridades del Ministerio de Salud requiere que su personal desarrolle competencias en el área humanística , trato humanizado e individualizado, habilidades comunicativas para garantizar una comunicación empática para ofrecer una consejería y atención integral a la adolescente, de tal forma , las acciones de prevención y promoción de la salud brindadas, tengan un impacto real en la conducta y actitudes de las adolescentes frente a su salud sexual y reproductiva.

### **b) Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Educación :**

Promover un red de apoyo social sostenible para las adolescentes , que cuente con la participación de personal de salud capacitado y competente para brindar una consejería y orientación sobre aspectos de sexualidad y reproducción en forma oportuna a

los y las adolescentes , destinada preferentemente a abordar las dificultades que se presentan en una etapa trascendental de la vida del ser humano – la adolescencia – especialmente destinadas a lograr habilidades en las adolescentes frente a las conductas de riesgo para la salud y el embarazo no deseado.

Garantizar que las adolescentes , desarrollen habilidades para la vida, de carácter social, cognitivas y para el control de las emociones, así como talleres para mejorar o fortalecer la autoestima , la comunicación asertiva , el manejo de las relaciones interpersonal, la toma de decisiones y el desarrollo de un pensamiento crítico y reflexivo respecto al ejercicio de su sexualidad, a través de educadores pares con un tutor adulto.

**c) Se recomienda a nivel de los profesionales de salud, integrantes del equipo de salud:**

Realizar investigaciones de carácter científico que permitan obtener información sistematizada y fiable en el grupo etario de adolescentes, especialmente sobre conocimientos, actitudes y prácticas de su sexualidad.

## REFERENCIAS

### Bibliográficas

Amat y León C & León H (1983) *Niveles de vida y grupos sociales en el Perú*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima :Fundación Friedrich Ebert.

Blaxter, L.; Hughes, C. & Tight, M. (2001). *How to research* [Cómo investigar]. (2nd Ed). England: Open University Press.

Branden, N. (1994) *Seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.

\_\_\_\_\_ (1997) *Cómo llegar a ser auto responsable. Hacia una vida autónoma e independiente* . México : Paidós.

Kail R., Cavanaugh J., Pecina J., (2006 ) *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital* p 341 3s ed México : International Thomson.

Kerlinger, F. H. (1975) *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Nueva Editorial Interamericana.

Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1999) *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Maslow, A. (1954) *Motivación y personalidad*. Madrid : Díaz de Santos

México ,Consejo Nacional de Población (2000) *Cuadernos de Salud Reproductiva*. México,DF: Consejo Nacional de Población.

Monbourquette, J. ,(2002) *De la autoestima a la estima del yo profundo*. México: Salterra.

Padua, J (1996) *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. México: El Colegio de México y FCE

Reyes S (1997) *Mortalidad materna en México*.México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self image*. New Jersey: Princeton.

Sánchez, H. & Reyes, C. (1998). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Mantaro.

Vázquez B (2001.) *Bases educativas de la actividad física y el deporte.*, Edit. Síntesis ,Madrid.

Welkowitz J.,Ewen R & Cohen J., (1986 ) *Estadística aplicada a las Ciencias de la Educación* , Madrid : Santillana Aula XXI.

Coopersmith, S. (1967) *The antecedents of self-esteem USA*: Consulting Psychologists press.

Páginas WEB

Alan Guttmacher Institute (1994) *El aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Edit. The Alan Guttmacher Institute Nueva York;

citado por Langer A ( 2002 ) El embarazo no deseado : impacto sobre la salud y la sociedad [ en línea ] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>[ Consulta 23.04.2010].

Alarcón R, Coello J, Cabrera J & Monier G (2008) Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia [ en línea ] Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf071\\_209.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm) [ Consulta 23.05.2010].

Brown S & Elsenberg L (eds.). *The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families/Committee on Unintended Pregnancy. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences; 1995.* Citado por Langer A ( 2002 ) El embarazo no deseado : impacto sobre la salud y la sociedad [ en línea ] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>[ Consulta 23.04.2010].

Caja Costarricense de Seguro Social . Programa de atención integral del adolescente (2006) *Autoestima* [ en línea ] Disponible en

<http://www.binasss.sa.cr/poblacion/autoestima.htm> [ Consulta 11.02.2011].

Celi R, Hidalgo L, Chedraui P & Gonzaga M ( 2007 ) *Factores etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas* [ en línea ] Disponible en [ Consulta 23.04.2010].

Choque F (2004 ) *Factores de riesgos obstétricos en el embarazo de adolescentes*, Hospital Nacional Dos de Mayo. Año 2003 [ en línea ] Disponible en [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/choque\\_mf/html/index.htm](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/choque_mf/html/index.htm) [ Consulta 23.04.2010].

Gobierno Regional Moquegua ( 2007 ) *Plan Regional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2004-2010* [ en línea ] Disponible [http://ruby.mimdes.gob.pe/dgnna/pnaia/plocal\\_moquegua.pdf](http://ruby.mimdes.gob.pe/dgnna/pnaia/plocal_moquegua.pdf) [ Consulta 21.04.2010`.

Herrera, P. (1997) *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud* [en línea] Disponible en

[http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_6\\_97/mgi13697.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi13697.htm) [Consulta 23.03.2011].

Langer A (2002 ) *El embarazo no deseado : impacto sobre la salud y la sociedad* [ en línea ] Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf> [ Consulta 23.04.2010].

León Y ( 2007 ) *Embarazo en la adolescencia en el Perú* [ en línea ] Disponible en <http://www.guamanpoma.org/escuela%20lideres/II%20Congreso/embarazo.pdf> [ Consulta 23..04.2010].

Marchago S (1992) *El autoconcepto como factor condicionante de la eficacia en el rendimiento*. En revista de psicología social, Universidad de las Palmas , pp. 196-197 citado por VILDOSO GONZALES, V. en . Vildoso Gonzales, Virgilio Simón (2003). *Influencia de los hábitos de estudio y la autoestima en el rendimiento académico de los estudiantes de la Escuela Profesional de Agronomía de la Universidad Nacional Jorge*

Basadre Grohmann.. Universidad Nacional Mayor de San Marcos,  
Lima, Perú [en línea]:  
[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/vildoso\\_gv/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/vildoso_gv/html/index-frames.html) [Consulta: 29 de abril 2007].

Ministerio de Salud del Perú (2005) *Lineamientos de Política de Salud de los/ las adolescentes* [ en línea ] Disponible en  
<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/LinPolAdolescentes.pdf> [ Consulta 17.04.2010].

Ministerio de Salud del Perú ( 2005 ) *Norma Técnica para la atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente* [ en línea ]  
Disponible en  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/131\\_NTAISADOL.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/131_NTAISADOL.pdf) [ Consulta 23.04.2010].

Ministerio de Salud del Perú ( 2011) *Promoción de Salud de los y las adolescentes* [ En línea] Disponible en

<http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adolescente/adol-promocion.asp> [Consulta 12.01.2012].

Núñez R, Hernández B, García C, Gonzáles D & Walker D ( 2002 ) *Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto* [ en línea ] Disponible en [http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1\\_12.pdf](http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_12.pdf) [ Consulta 22.04.2010].

Panduro A & Vilchez R (2003) *Factores sociodemográficos y su relación con la maternidad en adolescentes solteras del Distrito de Belén – Loreto* [ en línea ] Disponible en <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2025-30.pdf> [ Consulta 15.04.2010].

PROFAMILIA ( 2009 ) *Embarazo no deseado* [ en línea] Disponible en [http://www.profamilia.org.co/004\\_servicios/preguntas.php?categoria\\_id=47&pregunta\\_id=85](http://www.profamilia.org.co/004_servicios/preguntas.php?categoria_id=47&pregunta_id=85) [ Consulta 2.04.2010].

Ramírez I (2003) *La realidad del mito. Un apunte sociológico sobre la anorexia* En

<http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Articulo/La%20relaidad%20del%20mito.%20Un%20apunte%20sociol%C3%B3gico%20sobre%20la%20anorexia.%20Art%C3%ADculo.%20Monograf%C3%ADas.com.doc>. [Consulta: 27 de abril 2007].

Rivera, S. (2003) *Embarazo en adolescentes. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural* [En línea] Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf> [Consulta 23.012.2011].

Rojas-Barahona C; Zegers B & Forster C (2009) *La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Rev. méd. Chile [online]. 2009, vol.137, n.6 [citado 2011-04-20], pp. 791-800 . Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es&nrm=iso). ISSN 0034-9887. doi: 10.4067/S0034-98872009000600009.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965. Instituto de Desarrollo Familiar (2006) El

*Apgar Familiar* [ En línea] Disponible en [http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/cadec2\\_6.html](http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/cadec2_6.html) [Consulta 23.07.2011].

Smilkstein G. *The patient, the family and the biopsychosocial model*. *Fam Med* 1988; 6: 7 citado por Arias E, Herrera J . El APGAR familiar en el cuidado primario de salud [ en Internet ] 1988 Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol25No1/apgar.html> [Consulta 13.06.2011].

Martín Albo, J.; Núñez, J. L.; Navarro, J. G.; Grijalvo, F.: *The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students*. *The Spanish Journal of Psychology* 2007; 10(2):458–467

Wikipedia . *Enciclopedia libre* ( 2009) Embarazo no deseado [ en línea ] Disponible en [http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo\\_no\\_deseado](http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_no_deseado) [ Consulta 12.04.2010].

## **Hemerográficas**

Bolivia, Demographic and Health Survey (2002) Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bolivia. Calverton, MD: Macro Internacional.

Burgos L & Carreño S (1997) Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas Adolescentes Nulíparas, Argentina , 1997, XVI , Número3.

Chambilla F ( 2009) Factores Sociodemográficas y Actitudes Asociados al Consumo De Drogas en la Población Escolar de Secundaria de la Provincia de Tacna en el Año 2007 , Tesis para optar el grado de Magíster en Salud Pública, UNJBG.

Family Care International (1999) Meeting the Cairo Challenge. A Summary Report,1999. *New York: Family Care International.*

Martín, L. & Reyes, Z. (2007) Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana de Salud Pública.* 29(2), 183-187.

Mcanarney E & Hendee W. (1989) Adolescent pregnancy and its consequences. *JAMA*1989;262:74–77.

OPS & OMS (2001). Salud sexual y reproductiva. En: Comunicación para la Salud N° 8. Washington: OPS & OMS.

Reyes N ( 2006) Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes . Colonia Flor del Campo. Comayagua . Honduras. Año 2005. Tesis para optar el título de Master en Salud Pública [En línea ] Disponible en [ Consulta 26.04.2010].

Ruiz Rodríguez G. La familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6.

Stevens-Simon C & White M (1993) Adolescent sexual behaviors and related health outcomes. *Public Health Rep*1993;108(supl 1):31–36.

Red Sanitaria Moquegua ( ) Informe , Moquegua.

Rodríguez L. (2005) *Diplomado de atención a la niña y a la adolescente.*

Ciego de Ávila: Policlínica Norte.

Issler J ( 2001) embarazo en la adolescencia . Revista de Posgrado de la

Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23.

# **ANEXOS**

- ANEXO 1: CUESTIONARIO “ ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA ADOLESCENTE
- ANEXO 2: CUESTIONARIO VALORACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA ADOLESCENTE
- ANEXO 3 : CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR
- ANEXO 4 : ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG
- ANEXO 5 : GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

## **ANEXO 1 : CUESTIONARIO “ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer algunos aspectos sociodemográficos de las adolescentes. Por favor te pedimos responder en forma INDIVIDUAL Y ANÓNIMA, ya que los resultados nos permitirán mejorar la atención de salud que te brindamos. Muchas gracias.

Centro educativo en que estudia\_\_\_\_\_

Edad en años cumplidos\_\_\_\_\_

Estado civil :Unión : casada o conviviente (  ) Sola: solteras, viudas y divorciadas (  )

Nivel educativo : primaria (  ) secundaria (  )

Si su embarazo es el primero: “¿antes de este embarazo quería usted tener un hijo o hija?” Si (  ) No (  )

Si su embarazo es el segundo o más : “¿antes de este último embarazo usted quería tener un (otro) hijo o hija? Si (  ) No (  )

**ANEXO 2: VALORACION SOCIO ECONOMICA MODIFICADA DE  
AMAT Y LEON**

**Marque con una ( X ) donde corresponda.**

**1.GRADO DE INSTRUCCIÓN / PADRE    2. GRADO DE INSTRUCCIÓN/  
MADRE**

Analfabeto	( 5 )	Analfabeto	( 5 )
Primaria	( 7 )	Primaria	( 7 )
Secundaria	( 8 )	Secundaria	( 8 )
Técnico	( 9 )	Técnico	( 9 )
Superior	( 10 )	Superior	( 10 )

**3.OCUPACION DEL PADRE  
MADRE**

**4.OCUPACION DE LA**

Desocupado	( 4 )	Desocupada	( 4 )
Obrero ( 5 )	( 5 )	Obrero	
Empleado	( 6 )	Empleado	( 6 )
Independiente	( 7 )	Independiente	( 7 )
Empleador	( 8 )	Empleador	( 8 )

**5.INGRESO FAMILIAR / MES**

**6.VIVIENDA**

Menos de s/. 450 ( 5 )	Mat. Rústico alquilada o prestada ( 5 )
De s/.450 – 1000 ( 8 )	Mat. Rústico propia ( 6 )
Más de s/.1000 ( 10 )	Mat. Noble alquilada o prestada ( 8 )
	Mat. Noble propia ( 9 )

### 7.HACINAMIENTO

### 8.SERVICIO DE AGUA

Mas de 3 personas por dormitorio ( 5 )	Acequia ( 8 )	Pozo ( 8 )
3 personas por dormitorio ( 7 )	Pileta publica (10)	
2 personas por dormitorio ( 8 )	Dentro del edificio (12)	
1 persona por dormitorio ( 10 )	Dentro de la vivienda (15)	

### 9.DISPOSICION DE EXCRETAS

### 10.ELECTRICIDAD

Campo abierto ( 7 )	No tiene ( 2 )
Letrina ( 8 )	Grupo electrógeno ( 4 )
Serv. Higiénico colectivo (10)	Red pública ( 5 )
Desagüe red publica ( 15)	

**Ponderación :**

Nivel socio económico bajo: 50 – 80 puntos.

Nivel socio económico medio: 81 – 94 puntos.

Nivel socio económico alto: 95 – 100 puntos.

### ANEXO 3 . CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	<b>Casi siempre ( 2 puntos )</b>	<b>Algunas veces ( 1 punto)</b>	<b>Casi nunca ( 0 puntos )</b>
<p><b>Adaptabilidad</b></p> <p>¿ Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?</p>			
<p><b>Participación</b></p> <p>¿ Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?</p>			
<p><b>Crecimiento</b></p> <p>¿ Encuentra que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos , ya sean de bienestar o malestar</p>			
<p><b>Afecto</b></p> <p>¿ Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos , ya sean de bienestar o malestar?</p>			
<p><b>Resolución</b></p> <p>¿ Le satisface la cantidad de tiempo que Ud y su familia pasan juntos ?</p>			

**Ponderación:**

Con la suma de la puntuación obtenida se puede obtener las siguientes puntuaciones :

Disfunción grave : 00-03

Disfunción moderada : 04-06

Familia funcional : 7-10

#### **ANEXO 4 : ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG**

El cuestionario tiene 10 preguntas. Por favor, contéstelas todas.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.En general, estoy satisfecha conmigo misma				
2 A veces pienso que no soy buena en nada.				
3 Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5 Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				
6 A veces me siento				

realmente inútil.				
7 Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8 Ojalá me respetara más a mí misma.				
9 En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasada.				
10 Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

**Ponderación:**

- DE 30 a 40 puntos: autoestima elevada (3)
- DE 26 a 29 puntos: autoestima media (2)
- Menos de 25 puntos: autoestima baja (1)

Las preguntas 1,3,4,7,10 se calificaran del 4 al 1

Las preguntas 2,5,6,8,9 se calificaran del 1 al 4

**ANEXO 5: GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES  
EXPERTOS SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL**

	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	Concordancia
<i>Ítems</i>								
1	1	1	1	1	1	1	1	0,008
2	1	1	1	1	1	1	1	0,008
3	1	1	1	1	1	1	1	0,008
4	1	1	1	1	1	1	1	0,008
5	1	1	1	1	1	1	1	0,008
6	1	1	1	1	1	1	1	0,008
25	1	1	1	1	1	1	1	0,008
26	1	1	1	1	1	1	1	0,008

Fuente: Ficha de validación

Si la P es menor que 0,05 el grado de concordancia es significativo. De acuerdo con los resultados obtenidos por cada juez experto, en los cuales los resultados son menores de 0,05 los ítems se conservaron para el cuestionario "aspectos sociodemográficos" definitivo.