



Universidad Científica del Perú - UCP
*Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos,
Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**“FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUDES HACIA
EL SEXO EN ADOLESCENTES CON Y SIN
EMBARAZO, CENTROS POBLADOS RURALES - SAN
JUAN BAUTISTA. 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA:

BACH. PSIC. GRECIA XIOMARA RAMOS MIRANDA

ASESOR:

PSIC. OTTO PEREA TORRES

San Juan Bautista – Maynas - Loreto – 2018

Dedicatoria

A mi madre Carmen, a mi abuela Rene por el tiempo,esfurzo y dedicación invertidos en mi educación.

Agradecimiento

Gracias a Dios y a mi asesor por guiar en cada paso con su conocimiento, tiempo y paciencia durante el proceso del presente trabajo de investigación.

A los padres y adolescentes que voluntariamente colaboraron en la recolección de datos.



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 624-2018-UCP-FCS, del 02 de Agosto del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- ✚ **Psic. Victoria de Jesús Huerta Bardales**
- ✚ **Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila**
- ✚ **Obst. Marivel Vilma Cristóbal Flores, Mg.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:30 am. horas, del día 12 de Febrero del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUDES HACIA EL SEXO EN ADOLESCENTES CON Y SIN EMBARAZO, CENTROS POBLADOS RURALES – SAN JUAN BAUTISTA 2018”**.

Presentado por la sustentante:

GRECIA XIOMARA RAMOS MIRANDA

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *Satisfactoria*

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es:

..... *Aprobado por unanimidad*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

Psic. Victoria de Jesús Huerta Bardales
Presidente

Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro

Obst. Marivel Vilma Cristóbal Flores, Mg.
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

**FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUDES HACIA EL SEXO EN
ADOLESCENTES CON Y SIN EMBARAZO, CENTROS POBLADOS
RURALES - SAN JUAN BAUTISTA. 2018.**

MIEMBROS DEL JURADO



Psic. Victoria Huerta Bardales
Presidente Del Jurado



Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila
Miembro Del Jurado



Obst. Marivel Vilma Cristobal Flores
Miembro Del Jurado



Psic. Otto Perea Torres
Lic. OAsesor Perea Torre
Psicólogo
C.Ps.P. 6093

RESUMEN

Indica el informe que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que el 12,7% de las adolescentes en el país (entre 15 y 19 años) declararon haber estado alguna vez embarazadas. Las tasas más altas de mujeres alguna vez embarazadas se observan en la selva y en las zonas rurales. Loreto encabeza la lista en este rubro. Se estima que 30 de cada 100 adolescentes en la región son madres o están embarazadas por primera vez, la tasa más alta a nivel nacional. Esto difiere lo reportado en regiones como Arequipa o Moquegua, donde menos del 7% de las jóvenes están en la misma situación.”

Se precisa que esta cifra no es un dato aislado. Loreto también ostenta la edad mediana más baja de iniciación sexual (19 años) así como un bajo desempeño en las políticas anticonceptivas. El 30% de mujeres entre 15 y 49 años en la región no adopta métodos de planificación familiar, mientras que el promedio de hijos por mujer es el más alto (3,7 frente al 2,5 promedio en el país).

Por otro lado, la ENDES muestra que la proporción de embarazo adolescente a nivel nacional también se incrementa en las poblaciones más vulnerables, como las mujeres con educación primaria (42,3%) y las que se encuentran en el quintil más pobre de riqueza (23.9%).

ABSTRACT

Indicates the report that the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2016 prepared by the National Institute of Statistics and Informatics (INEI) revealed that 12.7% of adolescents in the country (between 15 and 19 years) reported having been ever pregnant. This figure represents 0.9 percentage points less compared to the previous period. It states that although the results show a slight decline in recent years (only 0.5 percentage points compared to 2013), they also exhibit marked contrasts according to regions and geographical areas. The highest rates of women ever pregnant are observed in the jungle and in rural areas. Loreto heads the list in this area. It is estimated that 30 of every 100 adolescents in the region are mothers or are pregnant for the first time, the highest rate nationwide. This differs from that reported in regions such as Arequipa or Moquegua, where less than 7% of young women are in the same situation.

" It is specified that this figure is not an isolated data. Loreto also has the lowest median age of sexual initiation (19 years) as well as low performance in contraceptive policies. 30% of women between 15 and 49 years old in the region do not adopt family planning methods, while the average number of children per woman is the highest (3.7 compared to 2.5 average in the country).

On the other hand, the ENDES shows that the proportion of adolescent pregnancies at the national level also increases in the most vulnerable populations, such as women with primary education (42.3%) and those who are in the poorest quintile of wealth (23.9%)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. DATOS GENERALES	
II. PLAN DE INVESTIGACIÓN	08
2.1. Título	08
2.2. Planteamiento del problema	08
2.3. Descripción del Problema	08
2.4. Formulación del Problema	14
III. OBJETIVOS	
3.1. Objetivo General	14
3.2. Objetivo Específico	14
IV. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
V. MARCO TEORICO REFERENCIAL	
5.1. Antecedentes del estudio.	17
5.2. Bases Teóricas.	26
5.3. Definición de Términos Básicos	39
VI. VARIABLES	41
6.1. Variables Independiente	41
6.2. Variables Dependiente	41
6.3. Operacionalización de las Variables	42
VII. ASPECTOS METODOLOGICOS	
7.1. Método	43
7.2. Tipo de investigación	43
7.3. Diseño de Investigación	43
7.4. Población y Muestra	44
7.5. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	45
7.6. Procesamiento de la Información.	46
VIII. RESULTADOS	51
9.1 DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
9.2 Discusión	78
9.3 Conclusiones:	81
9.4 Recomendaciones	82
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83
ANEXOS	
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	86
CONSENTIMIENTO INFORMADO	87
MATRIZ DE CONSISTENCIA	88
INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS	89

INTRODUCCIÓN

Se debe tener en cuenta el informe del MINSA, publicado el año 2013 el cual indica que de la población adolescente en el Perú, el 50.7% son varones y el 49.2% son mujeres y de ellas, el 13.2%, están embarazadas o ya son madres, esto representa un problema de salud pública, por ser el embarazo adolescente una de las principales causas de mortalidad materna, debido a la condición precaria de la adolescente y porque muchos de los embarazos terminan en abortos inducidos debido a que se realizan en condiciones clandestinas e inseguras, lo que causa serias lesiones a la madre provocándole la muerte.

En muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para los adolescentes porque no ha sido planificado: se da en parejas que no han iniciado su vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo.

Los factores que intervienen en el embarazo adolescente son diversos y complejos. En la mayoría de casos es por falta de información, consejo especializado, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas culturales. El embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de ellas abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido. Por esta razón antropólogos y sociólogos caracterizan al embarazo precoz como “la puerta hacia la pobreza”. Sin embargo, no debe olvidarse que en algunas regiones pobres del país, un hijo a temprana edad constituye un proyecto de vida para muchas adolescentes que escogen el matrimonio y la maternidad para afirmar su identidad ante sí misma, su familia y la comunidad.

La maternidad adolescente se encuentra estrechamente vinculada con el incumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU Perú -2018):

1. En primer lugar, porque ocurre con mayor frecuencia entre las adolescentes más pobres, situación que tiende a reproducir el círculo de pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente.
2. En segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de morbi-mortalidad materno-neonatal.

3. En tercer lugar, porque se vincula a la deserción educativa. De hecho la segunda principal causa de deserción escolar es debido al embarazo adolescente.

En la siguiente tabla podemos apreciar que la Región Loreto ocupa el primer lugar en cuanto al porcentaje de adolescentes embarazadas.

Tabla 1

REGIONES CON MAYOR PORCENTAJE DE ADOLESCENTES ALGUNA VEZ EMBARAZADAS

REGION	PORCENTAJE
LORETO	32.2
SAN MARTIN	27.2
TUMBES	27
UCAYALI	26.5
AMAZONAS	23.5
CAJAMARCA	19.9
MADRE DE DIOS	19.1
AYACUCHO	18.4
PASCO	17.8

Fuente: Encuesta ENDES (2013)

El Estado Peruano conocedor de la importancia de intervenir en el asunto del embarazo adolescente ha institucionalizado políticas públicas a favor de la prevención del embarazo adolescente. Entre las políticas públicas más importantes destaca el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 aprobado con Decreto Supremo 001-2012-MIMP, cuya cuarta meta emblemática es: Reducir la tasa de maternidad adolescente en un 20%.

El Dr. Alvarez Vita (1994: 16), en "El Derecho a la Salud, como Derecho Humano", sostiene que: "Los tratados concernientes a los Derechos Humanos tienen dos campos de aplicación, el primero es el compromiso del Estado frente a los otros Estados Partes para cumplir con lo estipulado en los tratados. El incumplimiento del mismo ocasionaría una responsabilidad internacional. El segundo campo de aplicación es el compromiso del Estado frente a su pueblo, es decir, el Estado ocurriría en responsabilidad interna si no cumpliera con los Tratados."

Los Artículos VI y VII del Título Preliminar de la Ley General de Salud señalan: “Artículo VI.- Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar. Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.”

En cuanto a los derechos específicos que ampara el Código de los Niños y Adolescentes están: el derecho a que se respete la integridad moral, psíquica y física y el libre desarrollo y bienestar del niño y adolescente, el derecho a la Libertad de expresión, pensamiento, conciencia y religión, el derecho a la atención integral de salud y el derecho a la Educación; el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afecten y por los medios que elijan, incluida la objeción de conciencia, y a que se tenga en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez. En este caso, el código agrega que este derecho lo tiene el niño y el adolescente que estuvieran en condiciones de formarse sus propios juicios.

Sobre en el embarazo adolescente el Artículo 2 del Código de los Niños y Adolescentes disponen: “Artículo 2º. A su atención por el Estado desde su concepción. Es responsabilidad del Estado promover el establecimiento de condiciones adecuadas para la atención de la madre durante las etapas del embarazo, el parto y la fase postnatal. El Estado otorgará atención especializada a la adolescente madre y promoverá la lactancia materna y el establecimiento de centros de cuidado diurno. La sociedad coadyuvará hacer efectivas tales garantías.”

Este es el contexto de la presente investigación la cual se plantea analizar los factores psicosociales y las actitudes hacia el sexo entre adolescentes embarazadas y no embarazadas de Centros Poblados Rurales del Distrito de San Juan Bautista. 2018.

I. DATOS GENERALES**TITULO:**

FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUDES HACIA EL SEXO EN ADOLESCENTES CON Y SIN EMBARAZO, CENTROS POBLADOS RURALES - SAN JUAN BAUTISTA. 2018.

AREA Y LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Área: Psicología
Línea: Psicología Educativa Social

AUTORA: Bach. Psic. Grecia Xiomara Ramos
Miranda

ASESORES: Psic. Otto Denis Perea Torres

COLABORADORES: Centros Poblados Rurales del Distrito de San Juan Bautista:

- Agente Municipal
- Teniente Gobernador
- Coordinadores de la comunidad

TIEMPO DE EJECUCIÓN: Seis (06) meses.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: Recursos Propios.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

2.1.TITULO

FACTORES PSICOSOCIALES Y ACTITUDES HACIA EL SEXO EN ADOLESCENTES CON Y SIN EMBARAZO, CENTROS POBLADOS RURALES - SAN JUAN BAUTISTA. 2018.

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Diario El Comercio (2017) señala que: “El 30,6% de mujeres entre 15 y 19 años están embarazadas o han sido madres, cifra superior al promedio nacional que alcanza el 12,7%. Indica el informe que la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que el 12,7% de las adolescentes en el país (entre 15 y 19 años) declararon haber estado alguna vez embarazadas. Esta cifra representa 0,9 puntos porcentuales menos respecto al periodo anterior. Manifiesta que si bien los resultados muestran un leve retroceso en los últimos años (de solo 0.5 puntos porcentuales respecto al 2013), también exhiben marcados contrastes según regiones y ámbitos geográficos. Las tasas más altas de mujeres alguna vez embarazadas se observan en la selva y en las zonas rurales. Loreto encabeza la lista en este rubro. Se estima que 30 de cada 100 adolescentes en la región son madres o están embarazadas por primera vez, la tasa más alta a nivel nacional. Esto difiere lo reportado en regiones como Arequipa o Moquegua, donde menos del 7% de las jóvenes están en la misma situación.”

Se precisa que esta cifra no es un dato aislado. Loreto también ostenta la edad mediana más baja de iniciación sexual (19 años) así como un bajo desempeño en las políticas anticonceptivas. El 30% de mujeres entre 15 y 49 años en la región no adopta métodos de planificación familiar, mientras que el promedio de hijos por mujer es el más alto (3,7 frente al 2,5 promedio en el país).

Por otro lado, la ENDES muestra que la proporción de embarazo adolescente a nivel nacional también se incrementa en las poblaciones más vulnerables, como las mujeres con educación primaria (42,3%) y las que se encuentran en el quintil más pobre de riqueza (23.9%).

El estudio del embarazo adolescente en nuestro país y, específicamente en la Región Loreto (Departamento con el más alto porcentaje de embarazo adolescente) es muy importante por sus innegables consecuencias negativas en lo personal, social, económicas y educativas, factores psicosociales que el estado no tiene una política clara al respecto.

Mendoza (2013: 5) describiendo las consecuencias negativas del embarazo adolescente señala: “Tanto a nivel individual como colectivo, son múltiples los impactos del embarazo adolescente, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada que, como sabemos, son la mayoría. Algunos de los impactos más estudiados en el Perú, tienen que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades, que afectan los planes de vida y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza (Miranda: 2005). Menos reconocidos, pero no por falta de evidencias, son sus asociaciones de riesgo con la desnutrición infantil y la muerte temprana (de la adolescente y de sus hijos).”

En relación con el primer grupo, directamente vinculado a la pobreza, está la formación del llamado capital humano, fundamentado en una educación y salud de calidad. La evidencia educativa va por doble vía. De un lado, el embarazo adolescente lleva a la deserción escolar, mientras que una educación de mala calidad desalienta la continuidad en la escuela.

En nuestro país, la deserción escolar por causa del embarazo, matrimonio o para cuidar niños varía, pues según los departamentos del 10 al 20% de mujeres de 15 a 24 años dejaron la escuela por alguno de esos motivos. Nueve de cada diez madres adolescentes no asisten a algún centro educativo, y según estudios realizados en América Latina, las más pobres al acceder mayoritariamente a una educación de muy mala calidad, no consideraban que ese acceso vaya a alterar su futuro (Benavides: 2010).

En cuanto a sus efectos sobre la continuidad en la escuela secundaria, los estudios encuentran que en el área urbana el efecto de haber tenido algún parto en los últimos tres años reduce en 33% las posibilidades de progresar en los estudios. En el área rural esa probabilidad alcanza el 39% (INEI: 2009). Nuevamente, la pobre calidad educativa no hace sino reforzar este circuito de exclusiones; además del embarazo, la deserción escolar también puede resultar de uniones formales tempranas, de la baja calidad de la

educación que se ofrece y de expectativas igualmente bajas que tienen las adolescentes para sus propias vidas.

Por lo tanto, las políticas que buscan reducir el embarazo adolescente tendrían que considerar mucho más que solo brindar información sobre los anticonceptivos y facilitar su acceso. Es decir que, sin educación sexual de calidad o el fortalecimiento de las capacidades de asertividad adolescente, es realmente poco lo que se pueda lograr (Mujica: 2011).

En las adolescentes más pobres el embarazo llevará a conseguir un empleo a edades más tempranas, y bajo malas condiciones laborales (Cavero: 2011). Justo en los años en que inician la transición a la vida adulta, apresurada a causa del embarazo, en los que se van asumiendo nuevos roles, dependiente de la situación familiar, etnicidad, pobreza, y acceso a redes de apoyo social.

Se trata de transiciones que, según la distribución de oportunidades, hacen o no posible la inclusión social. En tal sentido, se perpetúan las inequidades en las transiciones a la vida adulta, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos derivados de estos rezagos.

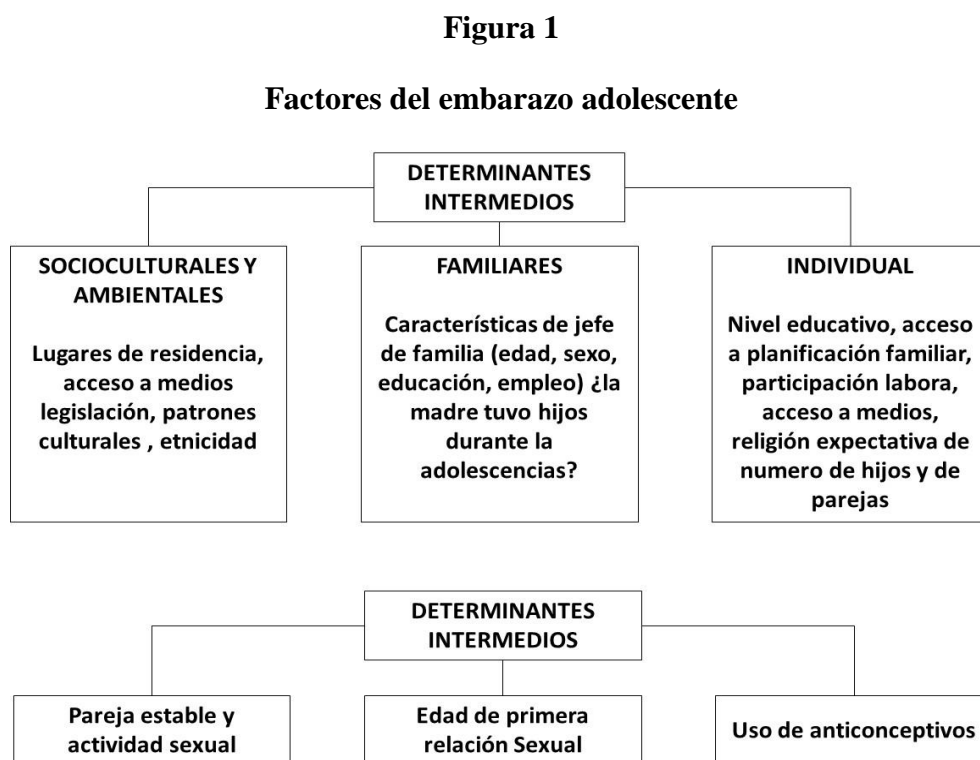
La Secretaría Nacional de la Juventud, en su estudio realizados sobre la juventud... “El impacto sanitario tampoco será menor, sobre todo si consideramos que casi el 60% de los embarazos en adolescentes no fueron planificados. Entonces, ¿Cuántos de ellos terminan como aborto inducido? Según la Primera Encuesta Nacional de la Juventud del 2011, cerca del 30% de adolescentes declaraba “cercanía con algún conocido que se ha realizado un aborto” (Näslund-Hadley: 2010). A su vez, estudios más especializados reportan datos por encima y por debajo a los estimados realizados para el país en estudios internacionales (19,20). Según algunos estudios internacionales, en países como el Perú, evitar cada embarazo no planificado en la adolescencia costaría entre US\$ 43 y US\$ 63 (SENAJU: 2012). Estrechamente vinculado con lo anterior están las muertes maternas evitables, de no haberse producido estos embarazos o de no haberse producido su deterioro.

En las adolescentes de nuestro país las razones de mortalidad maternas (RMM) son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según lo

muestra un estudio de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (Turqui Mamani: 2010).

Estos valores demuestran claramente la inequidad existente, lo que justifica no solo una atención en términos geográficos. Adicionalmente, hay que considerar que, según registros de vigilancia epidemiológica, algunas muertes maternas en este grupo de edad son producidas por suicidios, situación sobre la cual la es escasa la información acerca de su magnitud y contexto.

Mendoza (2013: 6) nos proporciona un esquema aproximativo de los factores asociados al embarazo adolescente:

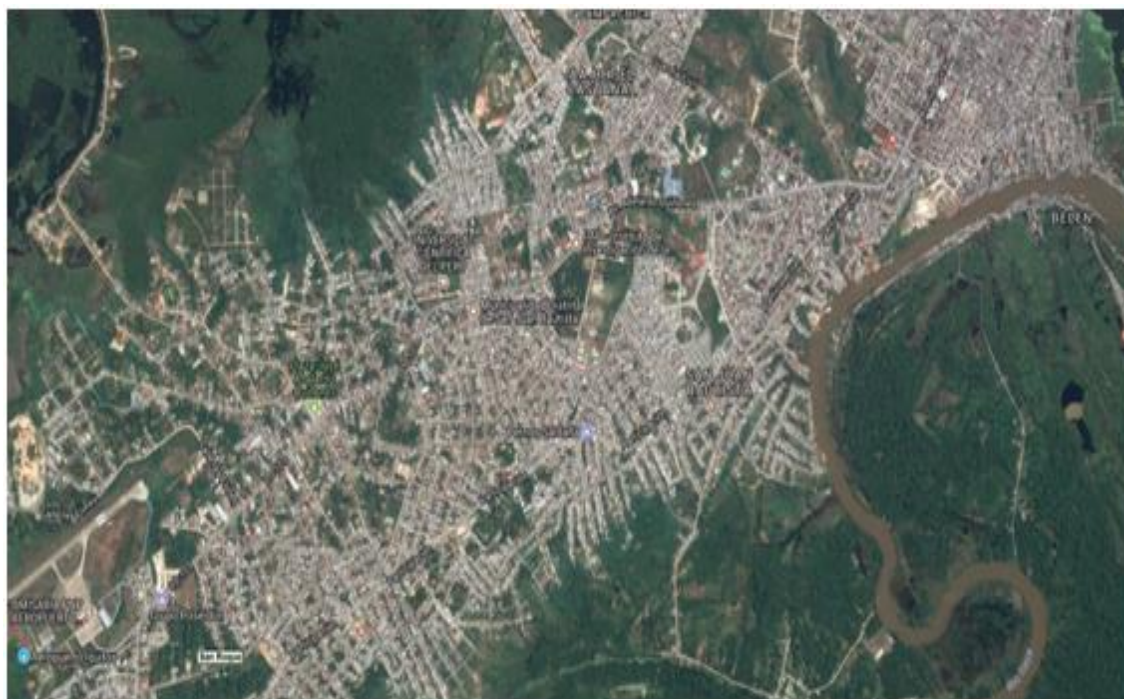


Fuente: Mendoza (2013)

2.3 Descripción del Problema

El Distrito de San Juan Bautista se ubica en el Departamento de Loreto, Provincia de Maynas. El Distrito fue creado por Ley del 5 de noviembre de 1999. Presenta una superficie de 3117.05 km² y una altitud media de 138 m.s.n.m. con una población aproximada de 160,000 habitantes. En el siguiente mapa apreciamos la demarcación del mencionado distrito.

Mapa 1: Distrito de San Juan Bautista



El Diario El Comercio (2011: 11) refiriéndose a la problemática del embarazo adolescente en Loreto señala que: “La mayor cantidad de adolescentes embarazadas está en Loreto. El porcentaje en el país es de 13,5%, pero en esta región llega al 31,8%. El índice de madres jóvenes no ha descendido en diez años. Trece de cada cien adolescentes mujeres de 15 a 19 años están embarazadas. La alerta la dio el Consejo Nacional de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, que ayer pidió al Gobierno Central colocar el tema en agenda pública. Según la organización, esto se puede resolver con la aprobación del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el cual reduciría los casos en un 40% hacia el 2021”

Se indicó que el mayor porcentaje de adolescentes en gestación o que ya son madres primerizas está en Loreto, con el 31,8%; Madre de Dios, con el 28,3%; Amazonas, con el 22,1%, San Martín, con el 21,3% y Ucayali, con el 21,1%. Estas madres adolescentes embarazadas están constantemente en una situación de peligro y vulnerabilidad.

El Distrito de San Juan Bautista cuenta con 155 instituciones educativas y 1561 directivos, docentes y auxiliares, con una urgente necesidad de actualizar la infraestructura, mobiliario, material educativo y capacitación del personal docente para atender adecuadamente a los usuarios.

La municipalidad del Distrito San Juan Bautista (2015: 7) caracteriza la situación educativa del distrito en los siguientes términos:

“La problemática educativa que padece el distrito de San Juan Bautista, como sucede en cualquier ámbito regional y nacional, se caracteriza por presentar los siguientes aspectos: gestión educativa centralizada desde el Ministerio de Educación y la Dirección Regional de Educación de Loreto, ausencia de ofertas de actualización docente acorde con sus necesidades de capacitación, ausencia de acompañamiento al trabajo docente en aula y en la gestión de las instituciones educativas, incumplimiento de funciones docentes en el medio rural, deplorables resultados de aprendizaje (Penúltimo lugar a nivel nacional en capacidades comunicativas y capacidades matemáticas).”

Los problemas educativos priorizados son:

- Ausencia de un Proyecto Educativo Local
- Gestión educativa no participativa
- Ausencia de ofertas de actualización docente acorde con las necesidades de los docentes y directivos.
- Ausencia de acompañamiento al trabajo pedagógico en el aula y a la gestión de los directores.
- Escasez de materiales educativos que sirve como argumento para el cobro de las APAFAs y es motivo de exclusión de niños y niñas que proceden de familias con escasos recursos económicos.
- Deplorables resultados de aprendizaje.
- Incumplimiento de las funciones docentes en la zona rural.

2.4 Formulación del Problema

Problema general

¿Existen diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018?

Problemas específicos

- 1) ¿Existen diferencias significativas en Factores Psicosociales en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018?
- 2) ¿Existen diferencias significativas en Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018?

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar si existen diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.

3.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar si existen diferencias significativas en Factores Psicosociales entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.
- 2) Determinar si existen diferencias significativas en Actitudes hacia el Sexo entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Consideramos que el estudio del embarazo adolescente es de suma importancia porque constituye un problema de índole social, económico y psicológico.

Desde la óptica social, el embarazo adolescente es un problema de salud pública debido a su estrecha relación con los índices de mortalidad materna e infantil, los problemas perinatales, los abortos inducidos y las secuelas post-natales para el niño o niña. En este sentido Salaverry y González (2007: 43) señalan que:

El embarazo en adolescentes trae un sinnúmero de efectos adversos tanto a la madre como al niño, entre los que tenemos los riesgos de labor del parto prolongado, disfunción uterina, pelvis contraída y parto por cesárea debido a la desproporción céfalo-pélvica debido a que el canal del parto es aún inmaduro y, aparte de estos fenómenos médicos, también se encuentran los psico-sociales que tienen onda repercusión posterior.

Las madres jóvenes enfrentan un elevado riesgo de mortalidad debido a que su anatomía no está lo suficientemente desarrollada para asumir un embarazo. Afrontan en particular el riesgo de obstrucción en el parto, debido a que su pelvis aún no se ha desarrollado lo necesario. El conjunto de accidentes patológicos causados por las toxinas que lleva la sangre representan un peligro especial del embarazo entre las chicas muy jóvenes, por la falta de desarrollo del sistema hormonal, la tensión nerviosa propia de estos embarazos tempranos, la alimentación inadecuada y el cuidado prenatal tardío. Finalmente, el embarazo adolescente reduce las reservas nutritivas necesarias para su propio crecimiento y desarrollo físico, aumentando el riesgo de contraer otras enfermedades como la anemia.

Desde la perspectiva económica, el embarazo adolescente genera problemas a este nivel. Hay que tener presente que las madres adolescentes provienen en su gran mayoría de niveles socioeconómicos bajos. Por esta razón sus problemas serán mayores, pues no contarán con los medios necesarios para criar a su hijo y se sentirán muy limitadas en este campo generándose diversas frustraciones. La maternidad precoz es una limitación para mejorar la condición, educativa, económica y social de la mujer. Las chicas embarazadas interrumpen sus estudios y por lo tanto, pierden la oportunidad de lograr una mejor posición en la vida, que definitivamente la hubiera conseguido estudiando. Las madres adolescentes afrontan severas dificultades para

conseguir trabajo. Las chicas que fueron madres antes de tiempo, enfrentan la urgencia de conseguir un trabajo sin estar, casi siempre capacitadas para hacerlo.

Desde la óptica psicológica, muy probablemente, estas madres atribuirán a sus hijos el agravamiento de sus limitaciones económicas y, por tanto, no presentarán actitudes favorables frente a la maternidad y a la crianza de sus hijos lo que de alguna manera influirá negativamente en el posterior desarrollo emocional del niño. Es obvio que las madres adolescentes afrontan dificultades para asumir responsabilidades en el cuidado de sus hijos. Si ellas mismas no terminaron su etapa de aprendizaje como hijas, es natural que encuentren muchas dificultades en asumir sus responsabilidades como madres. Esto es fuente de crisis y depresiones que afectan aún más la autoestima de la madre-adolescente. Presentan dificultades para desarrollar un proyecto de vida que incluye relaciones de pareja estable. Los padres ven como una desgracia el embarazo de una hija adolescente soltera. En algunos casos se sienten culpables por no haber ayudado y orientado a tiempo a su hija; en otros casos lo toman como una desgracia familiar, una "mancha" en su familia. En estos casos, las adolescentes pueden verse atrapadas en matrimonios no previstos y a menudo inestables; o sobrellevar una maternidad solitaria, sin la responsabilidad y presencia del padre, con el riesgo de reincidencia. Cabe señalar que mayoría de los embarazos de las jóvenes adolescentes son no previstos, ni deseados. Así lo confirma el censo de 1993 quien reporta que el 47.3% de las madres de 15 a 19 años manifestaron que tuvieron hijos sin desearlo, el 35.2% hubiera preferido tenerlos después; el 12.1% de ellas no querían tener hijos. Estos datos nos indican que la joven madre rechaza a su hijo, y además es muy probable que la primera parte de su embarazo lo oculte por temor o vergüenza generando en la adolescente, estados de ansiedad agudizando su problema cuando llega a ser censurada en su hogar.

V. MARCO TEORICO REFERENCIAL

5.1. Antecedentes del estudio

5.1.1. Antecedentes internacionales

Sánchez y cols. (2013) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a embarazo en mujeres adolescentes. Se aplicó el método de estudio de casos y controles, con 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas, con hijos o antecedente de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual (AS) sin historia de embarazo.

Las asociaciones se determinaron mediante Odds Ratio. Para el análisis multivariado se empleó regresión logística (RL). Con las variables de la RL se creó un modelo predictor de embarazo, evaluándose su rendimiento mediante sensibilidad, especificidad y área bajo ROC (Receiver Operating Characteristic, o Característica Operativa del Receptor). Entre los principales resultados merecen señalarse: Hubo asociación significativa con embarazo las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico bajo y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres.

El modelo tuvo sensibilidad 92,1%, especificidad 68,9% y área bajo ROC0, 805. Conclusiones: Las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales. La promoción de la abstinencia es un objetivo válido, especialmente entre adolescentes más jóvenes, sin embargo, la evidencia científica mundial de muestra que no es suficiente para evitar embarazos no deseados.

Baeza y cols, (2011) realizaron un estudio cuyo objetivo fue comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. Como método se aplicó un estudio cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. Para el análisis se utilizó el

programa ATLAS-ti 4,1. Se trianguló por investigador en la ejecución del estudio y análisis de los datos. En cuanto a los resultados caben mencionarse los siguientes: En la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna.

Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida en la dimensión familiar: "familia cuidadora" y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es "sanción social". Entre las conclusiones destacan como FFE relevantes el "amor romántico" y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y "familia cuidadora". Estos elementos debieran ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente. El INJUV (Instituto Nacional de la Juventud (2011) realizó una investigación cuyo objetivo general del estudio corresponde a: Identificar y analizar las principales representaciones y significados que sobre el fenómeno del embarazo adolescente tienen padres y madres de hasta 19 años de edad, dando cuenta de los efectos y consecuencias en sus proyectos de vida, trayectorias, acceso a la educación, inserción en el mercado laboral, entre otros aspectos relevantes. En cuanto al Diseño Metodológico, la estrategia metodológica que orientó el estudio es principalmente cualitativa. No obstante, contó con una fase de análisis cuantitativo a partir del procesamiento de tres bases de datos: VI Encuesta Nacional de la Juventud (INJUV), Encuesta Voz de Mujer (Comunidad Mujer, 2010) y Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2009). El programa utilizado para el procesamiento de datos cuantitativos fue el SPSS 15. La orientación cualitativa consideró como fuentes de información para el estudio:

- Adolescentes padres y madres de hasta 19 años
- Familiares de padres y madres de hasta 19 años
- Pares de padres y madres de hasta 19 años

El trabajo de campo del estudio contempló la realización de 15 relatos de vida a adolescentes padres y madres, 13 grupos focales a adolescentes padres y madres, 16

entrevistas miembros de la familia de adolescentes padres y madres, y 17 entrevistas a pares. Los grupos focales y las entrevistas, una vez transcritas, fueron codificados para su posterior análisis a través del software Atlas.ti 5.0.

Un componente transversal del análisis en el estudio fue la aplicación del enfoque de género. La incorporación de esta perspectiva de análisis se justifica en consideración a las posibles diferencias en las percepciones y significaciones atribuidas por hombres y mujeres a la tenencia de un hijo durante la adolescencia.

Entre los principales hallazgos cabe señalar los más resaltantes:

- Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2009 indican que un 8,1% de los adolescentes entre 15 y 19 años son padres o madres, mientras que la VI Encuesta Nacional de la Juventud, en tanto, revela que un 6,3% de las y los adolescentes tienen hijos. Dentro del fenómeno de la paternidad y maternidad adolescente, un 84,1% de los casos corresponden a mujeres madres mientras que el 15,9% restante es aportado por los varones padres.
 - La misma encuesta indica que cerca de un tercio de los adolescentes padres y madres encuestados no estudian ni trabajan. Tan sólo el 42% dice estar actualmente en alguna institución de educación. El principal motivo para dejar los estudios corresponde a estar presente en el cuidado del hijo. Por su parte, entre las razones para trabajar, el 65,8% de quienes lo hacen, trabaja por la necesidad de mantener a su propia familia. En cuanto al sustento económico, un 63% de los jóvenes viven exclusivamente de los ingresos aportados por otros, sólo un 6,2% es capaz de auto sustentarse. Es significativo además que un alto porcentaje de los adolescentes padres o madres viven con sus padres o cuidadores (73,2%), mientras que sólo un 8,5% vive en una casa propia. Entre quienes aún viven en su hogar de origen, un 72,5% declara que ha pensado en abandonarlo.
 - Aquellas jóvenes que se dedican al trabajo doméstico y de cuidado de forma exclusiva, lo hacen principalmente porque carecen de apoyo formalizado para el cuidado del hijo. En otros casos esta dedicación está motivada por el interés de asumir una maternidad intensiva y de cuidadora a tiempo completo.
 - La permanencia educacional (ya sea en estudios secundarios o terciarios) está avalada por el apoyo familiar o institucional con que cuentan los jóvenes para

cuidar al niño y la motivación por contar con mayores posibilidades laborales a futuro, a fin de brindarle un mejor pasar a su hijo.

- El optar a un trabajo remunerado se encuentra supeditado a las necesidades económicas de los jóvenes, además de contar con apoyo familiar o institucional para el cuidado de los niños que les permitan laborar de forma externa.
- Existe un importante condicionante de género. Mientras las mujeres dejan los estudios para dedicarse a labores domésticas y de cuidado, los hombres lo hacen para trabajar remuneradamente.
- El embarazo en la adolescencia implica consecuencias importantes en las familias. Si bien en la mayoría de los casos se cuenta con el apoyo, y éste se vuelve fundamental para fomentar la nueva responsabilidad y apoyar en la crianza del niño, en algunos casos se produce un distanciamiento con la familia de origen.
- A nivel de pares, se produce un distanciamiento con el grupo de amigos debido a las diferencias en la situación de vida, intereses y responsabilidades de los adolescentes padres y madres
- A nivel de representaciones sobre el embarazo y la maternidad/paternidad, casi un 50% de los adolescentes encuestados considera la juventud como una etapa para tomar decisiones en la vida.
- La mayoría de los adolescentes encuestados considera que los hombres deben involucrarse en el cuidado de los hijos. Por otra parte, un porcentaje sustantivo (52,8%) considera que aún existe discriminación hacia las madres adolescentes.
- En cuanto a la visión de futuro de este grupo, un 78% de los jóvenes que han pasado por una institución de educación y que ahora no estudian tienen planes concretos de volver a estudiar.
- La tenencia de un hijo enfrenta a los adolescentes a un proceso de maduración que los va vinculando desde la niñez a la adultez. En general, no existe en los adolescentes la noción de frustración o fracaso, por el contrario, la existencia de un hijo da un nuevo sentido y dota de nuevas expectativas a sus vidas

- El hecho de ser madres o padres, se convierte también en un componente significativo en la construcción de identidad de estos jóvenes, construyendo esta identidad en función de otro significativo que dejan de ser sus pares y pasa a ser su hijo. La identidad se construye en tanto padres y madres.
- El asumir nuevas responsabilidades implica un cambio de valoraciones al interior de la familia. Si los hombres construyen su masculinidad, por medio de la confirmación de su autoridad y respecto al interior de la familia, las mujeres se sienten más valoradas en tanto su rol de madre preocupada y responsable, capaz de superar los obstáculos que se le presentan.
- En caso de un proyecto de vida previo, este se ve afectado. Los jóvenes posponen o adaptan su proyecto de vida, integrando a su hijo en éste. Si bien asumen mayores obstáculos para lograr sus metas, el embarazo no les significa el haber truncado sus proyectos de vida. Por el contrario, en algunos casos este gatillan nuevas expectativas que se convierten en una meta a lograr.
- En general, existe una actitud positiva hacia el estudio, proyectándose en continuar o retomar sus estudios para brindarle un mejor futuro a su hijo. Su principal meta a futuro refiere a lograr las condiciones de vida óptima tanto para ellos, su hijo y su familia.
- Existe además una motivación importante por consolidar el proyecto familiar, a través de la estabilización de su relación de pareja, y formar su propia familia, con el hijo como elemento central.

5.1.2. Antecedentes nacionales

Calle Salazar (2015) realizó una investigación cuya área de estudio fueron adolescentes con segundo parto atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, ente rector el Ministerio de Salud de Perú. Se realizó un total de 120 entrevistas-encuestas, además se contó con el consentimiento y asentimiento informado en base a las consideraciones éticas para la investigación clínica. Los principales hallazgos obtenidos fueron los siguientes:

1. Factores Biológicos-Individuales: Se comprobó las edades vulnerables de reincidencia del embarazo en adolescentes fueron entre las edades de 16 y 19 años en un 85,8% y un promedio de la edad de 17,75 años lo cual nos indica que el

inicio de relaciones sexuales y el embarazo son más precoces. Se concluyó que la falta de la figura paterna y la falta de cariño, conlleva en las adolescentes a buscar el refugio y la protección en la pareja actual y como consecuencia es la reincidencia del embarazo.

2. Factor Ausencia de proyecto de vida: En cuanto a la situación educacional, existe el riesgo nuevamente de la deserción escolar, el 82,5% de las adolescentes con reincidencia en el embarazo deciden no estudiar ni trabajar, ampliando las posibilidades de reproducir esquemas de familias pobres que conjugan con los problemas económicos y la falta de interés de trabajar o generar ingresos para satisfacer sus necesidades y las de su hijos/as, las cuales se basan en una distribución tradicional de roles en función del género, en el cual el posicionamiento y rol tradicional de mujer cuidadora está muy interiorizado.
3. Factor de creencias y cultura familiar: Se logró clasificar el promedio del periodo intergenésico en la reincidencia del embarazo es de ≤ 12.5 meses, que es el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. El 78,3% de las adolescentes no quisieron salir embarazadas esta vez, mencionaron que querían seguir con sus estudios y lo cual significa un impedimento para poder desarrollarse como ellas pensaban. Las adolescentes no perciben el riesgo de la reincidencia del embarazo mediante el uso de los métodos anticonceptivos, existe una falta de información y responsabilidad respecto al uso adecuado de los métodos ya que mencionaron que el método anticonceptivo falló o se olvidaron. En otro de los casos las adolescentes perciben la pérdida o aborto de su primer hijo como un sentimiento de culpa de no realizarse como madres y resulta más atractivo planificar otro bebé, con la intención de rectificar y brindar el amor o la atención que no lograron dar a su hijo perdido y así percibir la maternidad como una realización con la pareja y llegar a constituir una familia. La primera sensación percibida por las adolescentes a la reincidencia del embarazo, fue con alegría o felicidad, un sentimiento especial como lo sustentan y en muchos casos la pérdida de un bebé, motivó a que se embaracen nuevamente, transformando así la fantasía de formar una familia y en muchos casos se percibe de una forma distinta al primero cuando el bebé es planificado. En otros casos las adolescentes perciben el miedo nuevamente, ya que la responsabilidad es mayor de tener que cuidar y mantener a dos niños y además el temor por la reacción de

los padres, si las apoyan o no y es cuando deciden ellas mismas demostrar a sus progenitores que pueden salir adelante frente a todo. Las adolescentes aceptan, asumen y actúan de la forma de representación de la mujer-madre, que son asumidas por querer planear, desear y buscar quedar embarazadas. En su recomendaciones, describe los siguientes:

- a) Ampliar conexiones con el Ministerio de Educación, para integrar políticas de educación sexual a la currícula educativa de los colegios emblemáticos, con el objetivo de transmitir las entrevistas y experiencias propias de las adolescentes encuestadas en el estudio, a fin de que sean admitidas, vinculadas y reflexionadas con las propias vivencias de las adolescentes y además puestas en práctica en su vida cotidiana.
- b) Realizar la reconstrucción de la autonomía como género y que los adolescentes cuestionen los roles tradicionales y sexuales que continúan siendo parte de la cultura patriarcal actual.
- c) Implementar mecanismos de sensibilización y asesoría en salud sexual y reproductiva para los padres de familia, de modo que sirva de complemento en la currícula escolar, puesto que la participación de los padres es fundamental con los adolescentes, así servirá la consejería como mecanismo de ayuda y fuente confiable, evitará que los adolescentes tomen conductas y consejos errados de sus pares.

Mendoza (2013) realizó un estudio que muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se proponen alternativas para su atención en el marco de los programas sociales y de la lucha contra la pobreza. Para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Se registra que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú.

Osorio (2013) llevó a cabo un estudio sobre los factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Se considera que el embarazo adolescente es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo. Son pocos los estudios orientados al enfoque de esta situación diversos autores han señalado a la familia, como ente influyente en la aparición del problema, más aun, en la responsable de las complicaciones biopsicosociales de la adolescente embarazada. El objetivo fue determinar los principales factores y características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, en diciembre del 2013. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22, previa elaboración de la base de datos, para las variables de tipo nominal, ordinal e intervalo, se usaron medidas de frecuencia.

Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes que respondieron como sigue;

- El 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad.
- El 80% no planificaron su embarazo.
- El 64% provienen de familias desintegradas.
- El 75% tienen grado de instrucción secundaria.
- El 65% reciben apoyo económico de sus padres.
- El 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad.
- El 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Teniendo en cuenta lo mencionado se llegó a la conclusión que las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

5.1.3. Antecedentes locales

Amasifuen Flores, Magaly y cols. (2015) en su estudio Variables Asociadas al embarazo relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes del “P.S I-2 Zungaro - Cocha; San Juan. UNAP, Iquitos. Ejecutó un estudio no experimental con el objetivo de determinar las Variables asociados al embarazo relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes del I-2 Zungaro-Cocha; San Juan 2015. La muestra seleccionada en forma probabilística estuvo conformada por 44 adolescentes embarazadas o que hayan tenido un embarazo en el año 2014, a quienes se aplicó el cuestionario elaborado por las investigadoras (validez 0,84 confiabilidad 0.81) y el instrumento estandarizado el test de percepción del funcionamiento familiar (validez 0,94 y confiabilidad 0,88). Los hallazgos mostraron que el (82.0%) de las adolescentes presentan una familia funcional y (18%) de las adolescentes tienen una familia disfuncional. En relación a la edad y la funcionalidad familiar encontramos que un (78.0%) tienen mayor edad y una familia funcional, mientras que el (18.0%) que también presentan mayor edad tienen una familia disfuncional. En relación al nivel educativo se observó (66.0%) presentan alto nivel educativo y una familia funcional, mientras que el (12.0%) con bajo nivel educativo presentan familia disfuncional. En relación al estado civil de las adolescentes (66.0%) tienen pareja y una familia funcional, mientras que el (10.0%) no tienen pareja y presentan familia disfuncional. El (80.0%) tienen ocupación remunerada y una familia funcional, asimismo (16.0%) que también tienen ocupación con remuneración y sin embargo presentan familia disfuncional. El (66.0%) de adolescentes que tuvieron sus primera relación sexual a una edad intermedia presentan familia funcional, mientras que el (10.0%) que tuvieron a edad temprana tienen familia disfuncional. El (40.0%) tuvieron su primer embarazo en edad tardía y presentan familia funcional, asimismo un (16.0%) de ellas con edad de embarazo intermedio tienen familia disfuncional. El (80.0%) presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional, asimismo un (14.0%) que están dentro de la categoría menor número de hijos tienen familia disfuncional. El (78.0%) presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional, asimismo un (12.0%) de ellas que también presentan menor número de hijos y sin embargo presentan familia disfuncional. El (64.0%).

5.2. Bases teóricas

5.2.1. Adolescencia y sexo

La adolescencia es la etapa de vida en la que a partir de las experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla el/la adolescente, empieza el proceso de individualización y socialización, marcado por la transformación de sus cuerpos y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva. Durante la adolescencia se construye la identidad personal, a través de la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, tanto en el entorno social como en el marco del hogar y las referencias familiares. En esta etapa de la vida, las personas elaboran nuevas explicaciones que dan sentido a sus vidas. La salud integral de las/los adolescentes implica los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante esta etapa.

La adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales pueden cambiar el perfil epidemiológico del Perú, así como la forma de construir el futuro. Invertir en la salud de los adolescentes no es solo detectar daños y curar las enfermedades de esta población, implica el desarrollo de capacidades y la promoción del capital humano y social que se ha venido cuidando y protegiendo desde la infancia.

El objetivo es generar y restablecer capacidades físicas, psíquicas y sociales, involucrando para ello a toda la comunidad peruana en la protección y promoción de la salud adolescente y a las/los mismos adolescentes como protagonistas del cambio. Dependiendo del entorno - legal, social y familiar - donde se desenvuelve el individuo, se desarrollarán o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no planeado. En este periodo se manifiesta un especial interés por el sexo, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y percepciones sobre la salud sexual y reproductiva. Las decisiones y comportamientos que adopten las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad, serán diferentes según las oportunidades económicas, laborales, educativas, la oferta de métodos anticonceptivos, la situación socioeconómica, las características personales, las normas legales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen (Florez: 2005).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (2012), el 13,2% de las adolescentes de 15 a 19 años habían cursado un embarazo. Según datos del Censo del

2007 en el Perú hay 160,258 madres adolescentes de 12 a 19 años, de las cuales 4,521 tienen edades entre 12 a 14 años y 155, 738 entre 15 a 19 años.

La prevalencia del embarazo en adolescentes se concentra en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas como los grupos indígenas (Luna: 2008). Dicha situación ubica al embarazo en adolescente como un problema de salud pública y derechos humanos por varias razones: el incremento del riesgo en la salud de las adolescentes madres y del recién nacido, la reproducción de familias tempranas, la prevalencia de bajos niveles educativos en las mujeres, la reproducción de la pobreza, así como el impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general. Finalmente, desaprovecha la actual estructura demográfica - denominada bono demográfico u oportunidad demográfica - para que los segmentos de la población en edades potencialmente productivas aporten en el ahorro e inversión y en el crecimiento económico del país.

Las adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado afrontan un número importante de en la dimensión individual, familiar y social como son: el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebé, la limitada capacidad de la adolescente madre para cuidar y criar al niño/a. El inicio a temprana edad de las relaciones sexuales sin protección a su vez coloca a los y las adolescentes en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida.

5.2.2. El embarazo adolescente

El embarazo adolescente es definido por Espaillat (2008) como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza (OPS/OMS: 2004). El incremento de embarazos inoportunos en las jóvenes es un fenómeno observado y registrado en todas las estadísticas mundiales (Silver: 2010).

En nuestro país, a fines de los años cincuenta, una de cada 12 mujeres jóvenes se había unido antes de cumplir los 15 años; actualmente una de cada 40 se encuentra unida antes de cumplir esa edad (INEI: 2006). Esta situación resulta preocupante porque al ser la adolescencia un período de transición entre la niñez y la edad adulta, es una etapa de la vida en la cual las personas aún deberían estar capacitándose para llegar a desarrollarse psicoafectiva, social y laboralmente, lo que significa que en esa edad no se está preparada para asumir las responsabilidades del embarazo y de constituir una pareja.

La maternidad en adolescentes se ha incrementado significativamente en nuestro país, en el transcurso de las últimas décadas, tal como lo indican los datos del Censo Nacional de Población (INEI. 1993). Estudios de la Unicef (1997) señalan que hasta Julio de 1996 se registraron 165,000 mil madres adolescentes que representa el 8% de las mujeres de 12 a 19 años de edad y afirma también que anualmente se producen unos 75,000 mil nacimientos en madres menores de 20 años. Según las cifras del Censo de Población de 1993, los niveles de fecundidad referidos a las mujeres de 12 a 14 años se han mantenido en alrededor de 1 por mil, considerando las tasas sin ajustar. En el caso de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años, en los últimos 25 años ha fluctuado en torno a 60 por mil.

El Censo Nacional de 1993 (INEI. 1993) revela que el 62.5% de madres adolescentes (de 12 a 19 años) procede de hogares no nucleares. El Censo Nacional de 1993 nos informa también que es muy alta la proporción de madres adolescente analfabetas (69%). En lo referente a nivel educativo de las madres adolescentes, el Censo de 1993 encontró que el mayor porcentaje no tiene instrucción de ningún tipo (52%) y que sólo el 29% tenía instrucción Primaria. En lo que atañe a la procedencia geográfica de las madres adolescentes, el Censo de 1993 encontró que el 41% de las mismas son migrantes, es decir, provienen de otra región del país de donde actualmente residen. Asimismo, el Censo de 1993 encontró que el 68% de madres adolescentes presenta orfandad materna.

Un posterior estudio del INEI (1998) arrojó algunas características de las madres adolescentes a nivel nacional:

- La proporción de madres de 12 a 19 años es mayor si residen en hogares con familias no nucleares (8.9%) en relación a las de hogares con familias nucleares, o aquellas conformadas sólo por el jefe de hogar, cónyuge e hijos.
- En las mujeres de 15 a 19 años la fecundidad tiende a ser más elevada entre las que son miembros de hogares cuyo jefe es trabajador familiar u obrero o trabajador independiente. Igualmente la proporción de madres en esos hogares es entre 13 y 15%, mientras que en las de hogares cuyo jefe es empleado, o patrón, varían entre 5 y 6%.
- Acerca de las características individuales de las adolescentes en relación al nivel de educación alcanzado, numerosos estudios muestran que la fecundidad de las mujeres más instruidas es menor que las que alcanzaron niveles bajos de educación. Estas diferencias también se hacen presente en la fecundidad de las adolescentes.
- El análisis multivariado corroboró la importancia de la relación entre las características sociales y económicas del contexto en el que viven, las adolescentes en la determinación de su fecundidad, como por ejemplo, el porcentaje de hogares con hacinamiento de nuevos miembros de la familia.

Por otro lado, a pesar que la edad para contraer matrimonio aumenta paulatinamente en el Perú, es cada vez mayor el número de jóvenes que inicia sus relaciones sexuales a tempranas edades. Lo que antecede al embarazo son las relaciones sexuales con ausencia de anticoncepción, lo que generalmente sucede en las adolescentes cuando inician su vida sexual. Tomando los resultados de ENDES (1998), el 8.8% de mujeres que tenían entre 25 a 49 años al momento de la encuesta, tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad, un 36.6% las tuvo antes de los 18 años y 55% antes de los 20. El nivel educativo establece fuertes diferencias en esta situación; existe una diferencia de seis años en la edad mediana a la primera relación sexual entre las mujeres que no tienen nivel educativo alguno (17.2%) y las que alcanzaron nivel educativo superior (23.5%). Mientras que la diferencia entre las residentes en el área urbana (20.1%) con las que residen el área rural (17.7%) es alrededor de dos años.

La iniciación sexual es un hecho normal, sin embargo las condiciones en las que ocurre tienen trascendencia en la salud de la adolescente, tanto en esta etapa como en su vida futura. Algunos estudios mencionan incluso la violación en las primeras relaciones

sexuales de niñas y adolescentes. En cuanto a maternidad, la ENDES indica que el 11% de mujeres entre 15 a 19 años ya eran madres o estaban gestando por primera vez, en especial las de 18 y 19 años (17.5% y 24.7% respectivamente). Y la proporción de madres era más alta entre las mujeres de 15 a 19 años sin instrucción (38.6%), en las que residían en el área rural (24.7%). Los resultados de la ENDES (2000) señalan que el 13% de las adolescentes de 15 a 19 años tienen un hijo nacido vivo y que el 1% de estas adolescentes tienen 2 hijos.

Resumiendo, podemos señalar que el hecho, concreto y constatado, es que existe un número muy alto de embarazos adolescentes en nuestro medio en particular y en el mundo en general. Numerosos especialistas coinciden en señalar que las actuales condiciones de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. A pesar de este alarmante crecimiento, la comunidad, la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes. La tónica general es el silencio o el disimulo. Ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

Por esta razón los adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales. En referencia a las causas más importantes del embarazo adolescente pueden indicarse las siguientes:

- Iniciación sexual temprana, unidad de falta de información.
- Baja autoestima o incapacidad para hacer valer su opinión al respecto para postergar sus actividades sexuales. Es el caso típico de la chica que acepta tener relaciones sexuales por las presiones de su pareja o del grupo.
- Falta de comunicación en la familia. Muchos de los casos de embarazo precoz se hubieran podido evitar si la chica y sus padres o tutores hubiesen tenido la confianza suficiente para hablar acerca de sus dudas, temores y expectativas en la vida. Un adolescente necesita siempre del guía y orientación de sus mayores.

- Insuficiente educación sexual y programas preventivos que orienten a los jóvenes.
- No exigir a la pareja que se "cuide" usando algún método anticonceptivo por temor a que puedan pensar mal de ella, por temores infundados, creencias o porque la pareja no desea.
- Falta de apoyo, cariño, afecto y comprensión en el hogar empuja al adolescente a tener relaciones con un chico que le ha demostrado algo de interés y afecto. No pocas adolescentes llegan a quedar embarazadas solo porque así podrán "retener para siempre" al enamorado que les ha llenado la cabeza de promesas.
- Los medios de comunicación (cine, radio, diarios, revistas, publicidad, etc.) venden la idea de que el sexo está de moda y que todos los jóvenes deben tener sexo. Por lo general no tienen cerca ningún adulto con capacidad de análisis, que les explique lo que están viendo y escuchando.
- Falta de modelos adecuados a quien poder imitar. Para nadie es un secreto que hoy en día quienes están de moda, son precisamente los antihéroes, aquellos que tienen como objetivo la venganza, la aventura o el placer en sí mismo que carecen de valores y de ética.
- Bajo rendimiento escolar por dedicarle más tiempo a otras actividades (discotecas, los amigos, etc.)
- Incapacidad personal para enfrentar situaciones de riesgo potencial, como el exceso de bebidas alcohólicas o estimulantes en fiestas o reuniones masivas que llevan a un debilitamiento del autocontrol.

La situación anteriormente descrita nos lleva a configurar el "embarazo adolescente" como un problema sumamente complejo y que debe ser abordado interdisciplinariamente. Tal como señala Stern (2007) existen cuatro razones que se esgrimen para definir al embarazo adolescente como problema: a) su incremento; b) su contribución al crecimiento acelerado de la población; c) sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño; y, d) su contribución a la persistencia de la pobreza. Murguía (2010), por su parte, efectúa un importante recuento de las circunstancias que llevan a configurar el embarazo adolescente como un problema:

- El uso temprano del alcohol y / u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco.
- Abandono emocional de las figuras significativas de cada adolescente
- Abandono temprano de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés por la familia y actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Fuerte asociación con ataques o abusos sexuales.
- Desintegración familiar.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales y probabilidad de contraer ETS.

Por tanto, en base a las razones anotadas consideramos de suma importancia estudiar el embarazo adolescente. Es en este contexto que nos planteamos estudiar la posible influencia de las actitudes frente al sexo y de la conducta sexual sobre el embarazo adolescente.

Con relación a la influencia de los factores socio-culturales, dentro de los cuales ubicamos a las actitudes frente al sexo, sobre el embarazo adolescente Murgía (2010) señala:

Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar. Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus

compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional).

Con relación a la influencia de determinados modelos de conducta sexual sobre el embarazo adolescente, un informe del Alan Guttmacher Institute (2009) señala que:

- En el Perú, el 38% de las mujeres entre 15 y 19 años inicia sus relaciones sexuales antes de los 18 años.
- El 73% de las mujeres entre 15 y 19 años no usa ningún método anticonceptivo.
- Un 13% de las mujeres entre 15 y 19 años (165,000 adolescentes) ya son madres.
- La causa mayoritaria del embarazo adolescente es la falta de Educación Sexual.
- La información oficial y escolar sobre sexo y anticonceptivos es escasa y muchas veces errónea.
- Las limitaciones económicas dificultan la posibilidad de acceder a los anticonceptivos u otros métodos.
- Hay que promover estilos de vida sexual responsable entre los jóvenes.
- Hay que evitar actitudes erróneas, prejuicios y creencias sobre la sexualidad adolescente.

5.2.3. Plan nacional para la prevención del embarazo adolescente

El 06 de noviembre del 2013 se promulgó el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 – 2021. Entre los considerandos que sustentaron este plan se mencionan los siguientes:

- Que, el artículo 9º de la Constitución Política del Perú señala que, el Estado determina la Política Nacional de Salud y que corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, así como diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora,
- Que, los artículos II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la protección de la salud es de interés público, siendo la

salud pública responsabilidad primaria del Estado y la salud individual responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado,

- Que, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, establece como una de las Metas Emblemáticas para el desarrollo de la infancia y la adolescencia en el Perú, reducir la tasa de maternidad adolescente en 20%, estableciendo como Objetivo Estratégico N° 3. Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años de edad, señalando como Resultado Esperado N°9. “Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta”,
- Que, las y los adolescentes que enfrentan un embarazo no planificado afrontan un número importante de dificultades en la dimensión individual, familiar y social como son. el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos de morbilidad de la adolescente embarazada y del recién nacido, la limitada capacidad de la adolescente madre para cuidar y criar a su niño/a. Asimismo, el inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección a su vez coloca a los y las adolescentes en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA,

Este plan tiene una sólida propuesta de intervención de política pública y recoge lo más avanzado de la investigación internacional y nacional, a partir del balance de las intervenciones que tienen efecto probado para disminuir embarazo no planificado en adolescentes, y reconoce que solo las intervenciones simultáneas y multisectoriales, nunca aisladas, habrán de tener un efecto sostenible. Su horizonte temporal alcanza el año 2021 (bicentenario), siendo su objetivo general reducir en 20% la prevalencia del embarazo en las adolescentes. Sus objetivos específicos son:

- Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia;
- Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria;

- Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el marco curricular nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI;
- Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres;
- Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

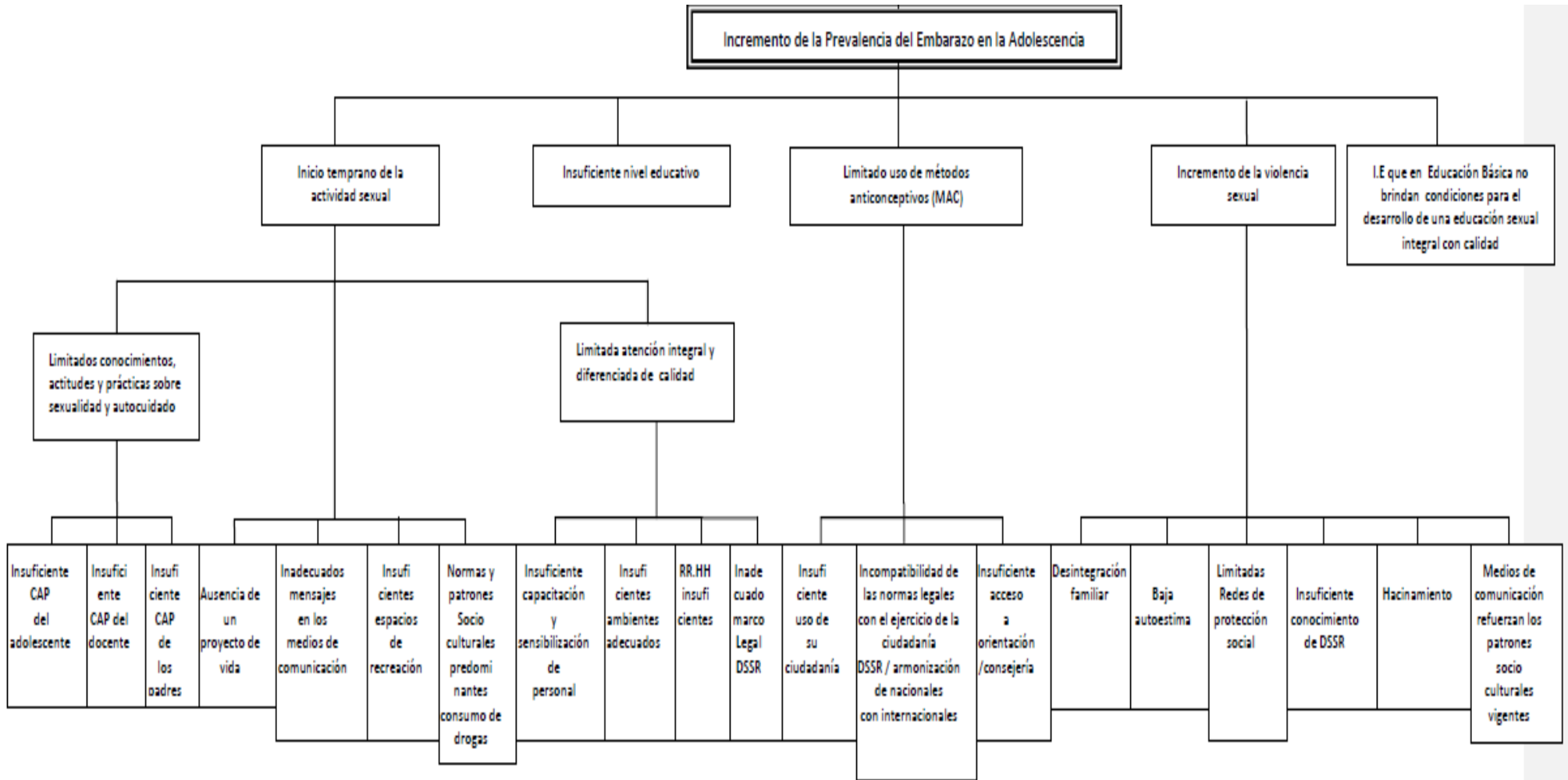
Tratándose de un plan multisectorial requerirá de un sostenido liderazgo del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud, y en menor medida (por el volumen de las acciones) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, y de los gobiernos regionales y locales. Aún no se formaba el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social cuando este plan fue formulado. Sus principales líneas de acción comprenden:

- Acceso a la educación básica;
- Educación sexual integral desde la infancia;
- Entorno familiar y comunitario favorable para el desarrollo integral del adolescente;
- Espacios de recreación y buen uso del tiempo libre para el desarrollo integral de los adolescentes;
- Acceso a servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción para los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres;
- Redes de protección y apoyo social con participación comunitaria;
- Empoderamiento y participación adolescente y joven;
- Comunicación social en la prevención del embarazo adolescente;

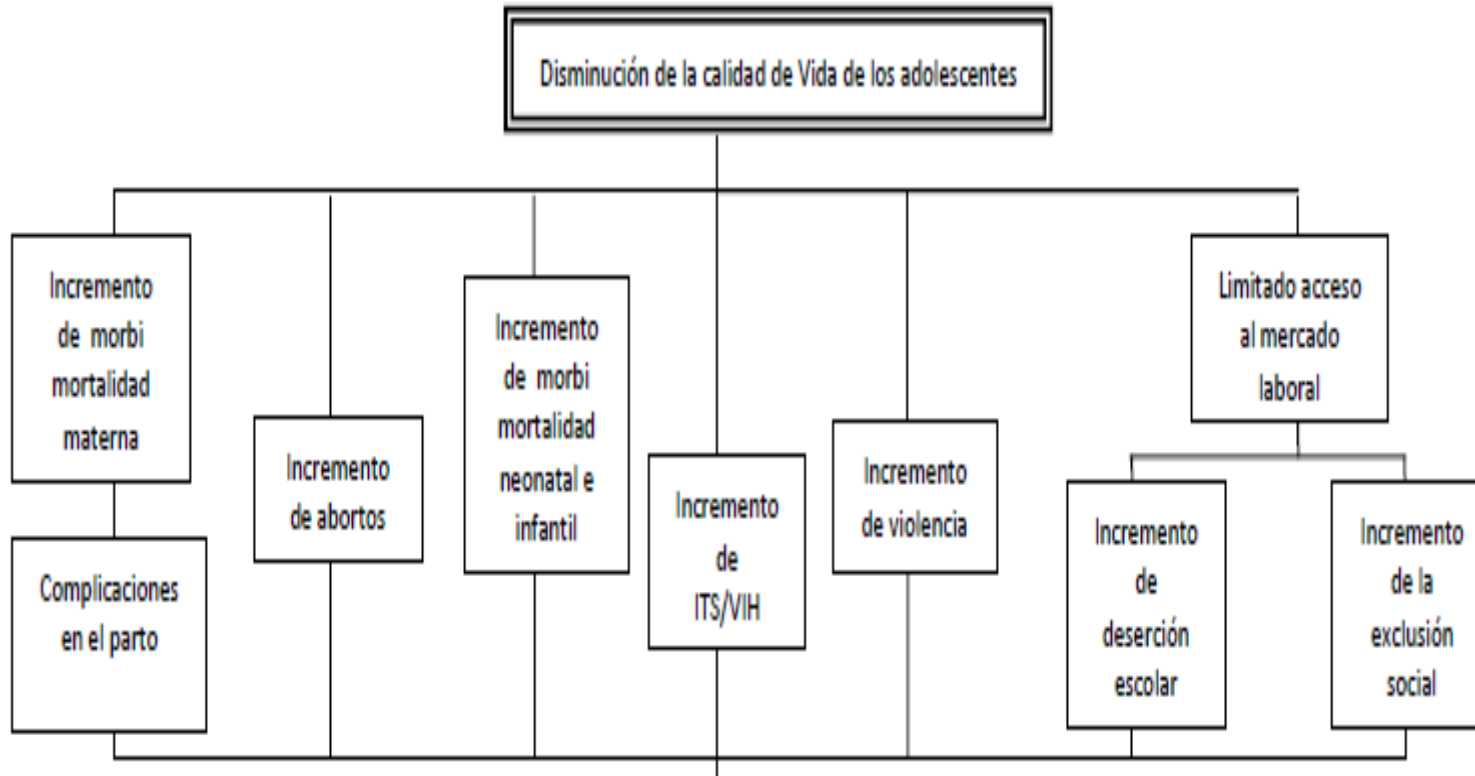
- Orientación vocacional y empleabilidad juvenil;
- Alianzas estratégicas multisectoriales;
- Monitoreo, supervisión, evaluación e investigación operativa.

Además, las políticas y programas en marcha, y por desarrollarse, deberían poder medir su impacto en temas clave como el incremento en el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria; el incremento de la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas, y la disminución de la violencia sexual que afecta a los adolescentes.

El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 – 2021, plantea como los principales factores del Embarazo en Adolescentes los siguientes elementos:



ESTA SITUACIÓN DETERMINA LA SIGUIENTE CONFIGURACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO ADOLESCENTE:



5.3. Definición de términos básicos

- 1) **Adolescencia:** Es una etapa que va del final de la niñez al inicio de la edad adulta. Además de ser un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad del ser humano.
La Adolescente: Es aquella persona que pasa por el periodo comprendido entre 12-18 años aproximadamente. Se refiere al crecimiento y al desarrollo entre la pubertad y el completo desarrollo del cuerpo. Empieza a razonar como un adulta, presenta cambios físicos, curiosidad sexual, se empieza a crear independencia.
- 2) **Control de natalidad:** Son el conjunto de medidas para impedir los embarazos no deseados.
- 3) **Educación sexual:** Es el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que se forma al hombre en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo. Todo ser humano necesita ser educado en materia sexual sobre nuevas formas de vivir nuestra sexualidad, sobre todo en momentos como el embarazo, el cambio de pareja, la menopausia o la vejez.
- 4) **Embarazo:** Es el estado y tiempo que dura el desarrollo de un nuevo bebe dentro del útero de la mujer. Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.
- 5) **Embarazos en Adolescentes:** Ocurre durante la adolescencia de la madre, en el lapso de vida transcurrido entre los 12 y 19 años de edad.
- 6) **Embarazo no deseado:** Es un embarazo que se presenta sin buscarlo y por lo tanto, no está dentro de los planes de vida de la mujer y su pareja.
- 7) **Embarazos involuntarios:** Es el que ocurre inoportunamente, o cuando no se desea. Se producen por la falta del uso de anticonceptivos.
- 8) **Embarazo no planificado:** Se da por el mal uso de los métodos anticonceptivos o porque se han mantenido relaciones sexuales sin protección.

- 9) Embarazo Precoz: Se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.
- 10) Fecundidad: Es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie biológica o incluso en la tierra misma. La fecundidad es controlada tanto por la genética como por el ambiente.
- 11) Gestación: Son los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. Comprende en un período de cuarenta semanas de duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos.
- 12) Métodos anticonceptivos: Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar. Y muchos de estos protegen a los usuarios para no contagiarse de microorganismos y/o enfermedades de transmisión sexual.
- 13) Natalidad: Es la proporción de nacimientos en una población y tiempo determinados.
- 14) Sexo: Es la condición orgánica entre los sujetos que distingue al macho de la hembra. Es un conjunto de individuos que poseen idénticas características genitales.
- 15) Sexualidad: Es la diferenciación genética, morfológica y funcional de una especie en dos tipos sexuales (en los organismos inferiores son a veces más de dos) y, sus relaciones funcionales recíprocas referidas a la procreación. Además es un conjunto de actividades placenteras relacionadas con la actividad genital.
- 16) Tasa de Abortos: Distribución porcentual del número de abortos realizados según cada tipo de centro. Es el número de Centros que han notificado abortos o el número de abortos realizados. Distribución porcentual del número de abortos realizados según motivo de la interrupción.

VI. VARIABLES

Variables Independientes	Variable Dependiente	Definiciones Operacionales
Factores psicosociales.	Embarazo adolescente	Factores psicosociales.
Actitudes frente al sexo.		Actitudes frente al sexo.
		Embarazo adolescente

CUADRO NO. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS	INSTRUMENTOS
<u>VARIABLES Independientes</u> Factores psicosociales del embarazo adolescente	Factores facilitadores para incurrir en el embarazo precoz de la adolescente.	Percepción de invulnerabilidad Baja autoestima Bajas aspiraciones educacionales Impulsividad Mala relación con los padres Carencia de compromiso religioso Uso de drogas Amistades permisivas en conducta sexual Uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos Disfunción Familiar Estilos violentos de resolución de Conflictos Permisividad Madre poco accesible o con embarazo en la adolescencia Padre ausente Carencias afectivas Exclusión Social Erotización de los medios de comunicación Bajo nivel socioeconómico Hacinamiento Vivir en área rural Mitos y tabúes sobre la sexualidad Marginación	Nominal	Caso	Escala de Likert
Actitudes frente al sexo	Las actitudes sexuales son la predisposición que manifiesta una persona a percibir, pensar y sentir en relación con la sexualidad humana.	Se consideran “actitudes frente al sexo” a las respuestas proporcionadas en la Escala de Actitudes Frente al Sexo por las adolescentes embarazadas y no embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.	Intervalo (Numérica)	Caso y Grupo	Escala de Actitudes frente al Sexo
<u>Variable Dependiente</u> Embarazo Adolescente	Gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental...	Se considera “adolescente embarazada” a toda aquella adolescente de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra que evidencia un estado de gestación. Se considera “adolescente embarazada” a toda aquella adolescente de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra que no evidencia un estado de gestación.	Nominal	Caso	Se determinará mediante revisión de los documentos de asistencia obstétrica o médico respectiva así como de las pruebas ginecológicas correlativas. Se usará ficha diseñada para el estudio.

VII. ASPECTOS METODOLÓGICOS

7.1. Método de investigación

El método utilizado será el método hipotético-deductivo.

Este método, según Bunge (2006) sigue el siguiente proceso: A través de observaciones realizadas de un caso particular se plantea un problema; Se formula una hipótesis explicativa; A través de un razonamiento deductivo se intenta validar la hipótesis empíricamente (cuantitativamente).

Su enfoque es cuantitativo, ya que procesa los datos de manera numérica, con procesamientos estadísticos. En nuestro caso las variables independientes fueron los factores psicosociales asociados al embarazo adolescente y las actitudes frente al sexo, mientras que la variable dependiente será el embarazo adolescente y la unidad de observación las adolescentes embarazadas y no embarazadas que conforman la muestra.

El nivel de la investigación será descriptivo explicativa. Es descriptiva porque se describirán frecuencias y/o promedios; y se estimarán parámetros con intervalos de confianza. Es explicativa porque explica el comportamiento de una variable en función de otra(s).

7.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación es la “investigación básica”. Sánchez Carlessi (2005:13) señala al respecto: “la investigación básica nos lleva a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación. Mantiene como propósito recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico, orientándonos al descubrimiento de principio y leyes”.

7.3. Diseño de investigación.

La investigación asume un diseño “descriptivo – comparativo”. Según Hernández Sampieri (2010) la investigación descriptiva comparativa consiste en recolectar en dos o más muestras con el propósito de observar el comportamiento de una variable, tratando de “controlar” estadísticamente otras variables que se considera pueden afectar la variable estudiada (variable dependiente).

Este estudio lo podemos diagramar de la manera siguiente:

M1	O1	x y
M2	O2	x y

En donde M1 y M2 son las muestras de trabajo (Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista) y O1 y O2 son las observaciones o mediciones realizadas en Factores psicosociales y actitudes hacia el sexo; mientras que xy representan las comparaciones entre las variables de ambos grupos.

La idea es comprobar si existen o no diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista de Iquitos.

7.4. Población y Muestra

Población: Adolescentes Embarazadas y Adolescentes No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista).

Muestra: Población total general: 56 adolescentes. Se trata de un Censo.

Unidad de análisis: Unidad de análisis: Cada una de las adolescentes que participarán en el estudio y que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión: Adolescentes embarazadas y no embarazadas registradas en los Centros Poblados Rurales (CPR) Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra del Distrito de San Juan Bautista.

Criterios de Exclusión: Adolescentes embarazadas y no embarazadas no registradas en los Centros Poblados Rurales (CPR) Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra del Distrito de San Juan Bautista.

7.5. Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos

La técnica que se empleará en la presente investigación es la “observación por encuesta”. Según García Ferrando (1993: 142) la encuesta es: Una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características.

Complementariamente, Sierra Bravo (1994: 83) señala que: La observación por encuesta, consiste en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad, es el procedimiento sociológico de investigación más importante y el más empleado.

El instrumento que se utilizará en la investigación es la Escala de Actitudes hacia el sexo de Laimez. Este instrumento será respondido tanto por las adolescentes embarazadas como no embarazadas de la muestra.

Ficha técnica del instrumento Escala de Actitudes hacia el sexo

Título: Escala de actitudes hacia el sexo.

Autor: J. Laimez (2009)

Objetivo: Evaluar las actitudes frente a la sexualidad

Presentación: Cuestionario tipo Likert con 32 ítems.

Calificación:

- TD : Totalmente en desacuerdo (1)
- ED : En Desacuerdo (2)
- DA : De acuerdo (3)
- TA : Totalmente de Acuerdo (4)

Forma de aplicación: Individual y/o grupal

Duración: 10 - 15 minutos.

Validez: El autor Laimez (2009) reporta que su validez ha sido establecida por criterio de jueces (expertos).

Confiabilidad: El autor Laimez (2009) reporta que su confiabilidad ha sido establecida por el método Alpha de Cronbach.

7.6. Procesamiento de la información

Para el análisis estadístico de los datos se procedió a aplicar estadística descriptiva simple a nivel de frecuencias y porcentajes, por otro lado se utilizó medidas de tendencia central como promedio, medidas de dispersión como la varianza y desviación estándar.

A fin de establecer comparaciones entre el grupo y comprobar las hipótesis planteadas, se determinó inicialmente el tipo de distribución que presenten las variables mediante el Test de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste. A partir de los resultados obtenidos se determinó el uso de estadísticos de comparación paramétrica: T de Student o el Análisis de Varianza.

Es decir, las comparaciones entre ambos grupos (Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas) en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo se llevarán a cabo aplicando el estadístico Razón “t” de Student.

Estadística Descriptiva

a) Fórmula de la Media (Medida de Tendencia Central):

$$\bar{x} = \frac{\sum X}{n}$$

b) Fórmula de la Desviación Estándar (Medida de Variabilidad):

$$s = \frac{\sqrt{\frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{n}}{n - 1}}}{n - 1}$$

Se utilizó la Razón “t” de Student como estadístico asumiéndose un nivel de probabilidad de 0.05 para la comprobación de las hipótesis. La fórmula empleada es la Razón “t” para muestras grandes independientes:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{s(X_1 - X_2)}$$

En donde:

X_1 = Media del Grupo de Pacientes estatales

X_2 = Media del Grupo de Pacientes privados

$s(X_1 - X_2)$ = Error estándar de la Diferencia de Medias

VIII. RESULTADOS

- 1) Identificar las diferencias en los Factores Psicosociales entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.

Tabla 01

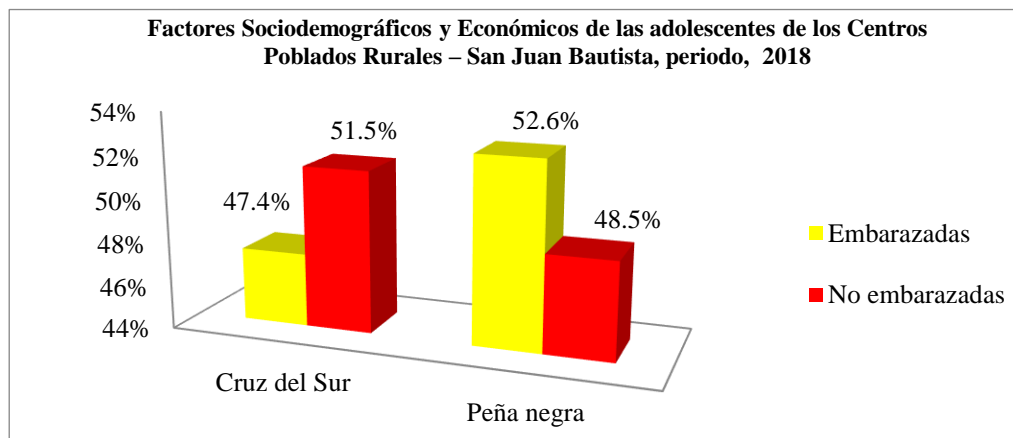
Factores Sociodemográficos y Económicos de las adolescentes de los CENTROS POBLADOS RURALES – SAN JUAN BAUTISTA, periodo, 2018.

Lugar de procedencia	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Cruz del Sur	9	47.4	17	51.5
Peña negra	10	52.6	16	48.5
Total	19	100.0	33	100.0

Fuente: Matriz de datos: $p = 1,000 > 0.005$

En cuanto al **lugar de procedencia** de las adolescentes, en el Centro Poblado Rural Peña negra el grupo de embarazadas, 52,6%, superó al de no embarazadas, 48,5%, y en el Centro Poblado Rural Cruz del Sur el grupo de no embarazadas, 51,5%, superó al de embarazadas, 47,4%; es decir, *no existe diferencia significativa* entre el grupo de adolescentes embarazadas procedentes de Peña Negra y Cruz del sur

Gráfico 01



Fuente: Tabla 01

Tabla 02
Según EDAD de la adolescentes de los CENTROS POBLADOS RURALES – SAN JUAN BAUTISTA, periodo, 2018.

EDAD	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaj e %	Frecuenci a f_i	Porcentaje %
16 años o menos	5	26.3	19	57.6
más de 16 de años	14	73.7	14	42.4
Total	19	100.0	33	100.0

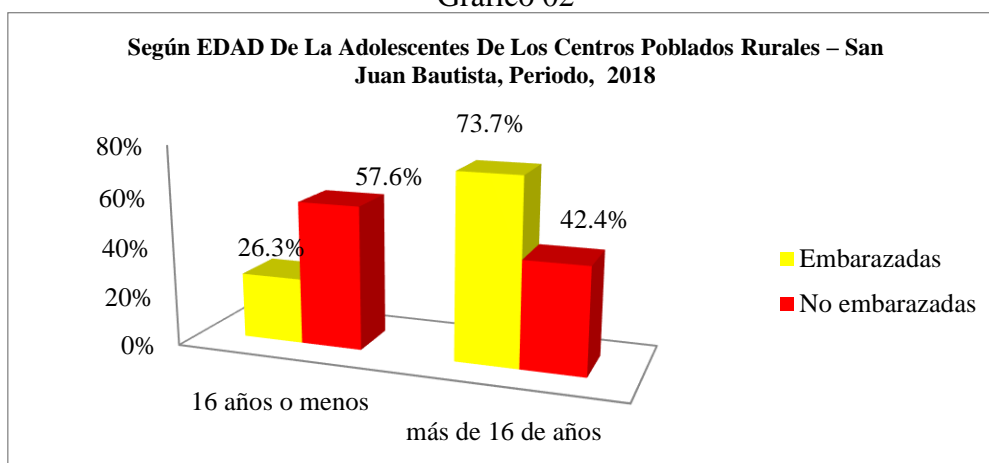
Fuente: Matriz de datos: Fisher $p = 0,044 < 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia entre las adolescentes no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 57,6%, y tienen 16 años o menos. Existe diferencia entre las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 73,7%, y tienen más de 16 de años.

El mayor porcentaje de embarazos, 73.7%, se da en jóvenes de más de 16 de años.

En cuanto a la **edad de las adolescentes**, en el intervalo de 16 años o menos el grupo de no embarazadas, 57.6%, superó al de embarazadas, 26.3%, y en el intervalo de más de 16 años, el grupo de embarazadas, 73.7%, superó al de no embarazadas, 42.4%, lo cual indica que *no hay diferencia significativa* entre la edad y el estado de embarazo.

Gráfico 02



Fuente: Tabla 02

Tabla 03
Estado Civil de las adolescentes de los CENTROS POBLADOS RURALES
 CENTROS POBLADOS RURALES – SAN JUAN BAUTISTA, periodo, 2018.

Estado Civil	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Soltero	7	36.8	29	87.9
Conviviente	8	42.1	3	9.1
Casado	4	21.1	1	3.0
Total	19	100.0	33	100.0

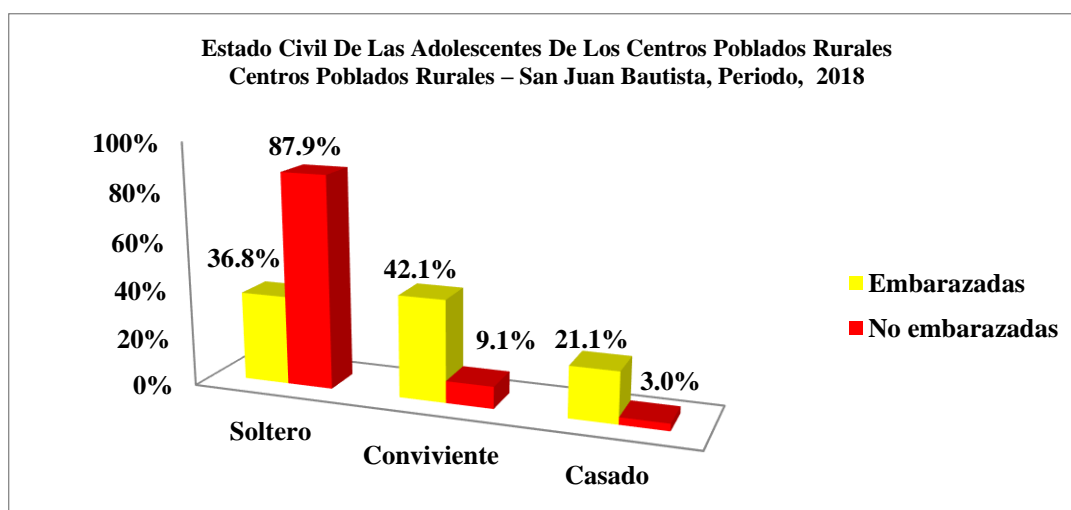
Fuente: Matriz de datos: Chi-cuadrado de Pearson $p = 0,001 < 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia entre las adolescentes no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 87,9%, y son solteras. Existe diferencia entre las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 42,1%, y son convivientes. Existe diferencia entre las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 21,1%, y son casadas.

El mayor porcentaje de embarazos, 42,1%, se da en jóvenes convivientes.

En cuanto al Estado Civil **de las adolescentes**, en la categoría de solteros el grupo de no embarazadas, 87,9%, superó al de embarazadas, 36,8%; en la categoría de Conviviente el grupo de embarazadas, 42,1%, superó al de no embarazadas, 9,1%, y en la categoría de casados el grupo de embarazadas, 21,1%, superó al de no embarazadas, 3,0%, lo que indica que *hay diferencia significativa* entre estado civil de la adolescente y el estado de embarazo.

Gráfico 03



Fuente: Tabla 03

Tabla 04
Grado de Instrucción de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018.

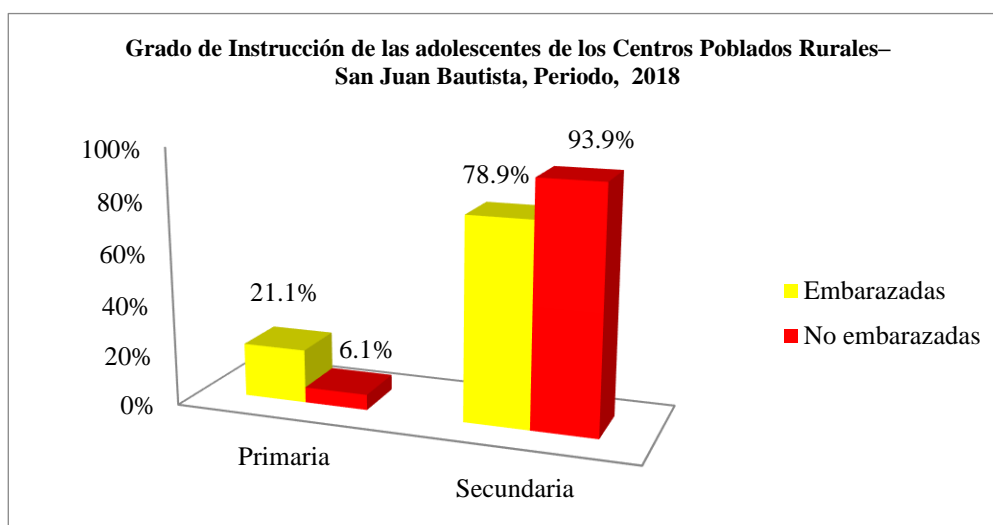
Grado de Instrucción	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Primaria	4	21.1	2	6.1
Secundaria	15	78.9	31	93.9
Total	19	100.0	33	100.0

Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0,175 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa el mayor porcentaje de embarazos, 78.9%, se da en jóvenes con secundaria.

En cuanto al Grado de Instrucción **de las adolescentes**, en el nivel de Primaria el grupo de embarazadas, 21.1%, superó al de no embarazadas, 6.1%, y en el nivel de Secundaria el grupo de no embarazadas, 93.9%, superó al de embarazadas, 78.9%, indicando que *no hay diferencia significativa* entre el grado de instrucción de la adolescente y el estado de embarazo.

Gráfico 04



Fuente: Tabla 04

Tabla 05
Nivel socio Económico de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

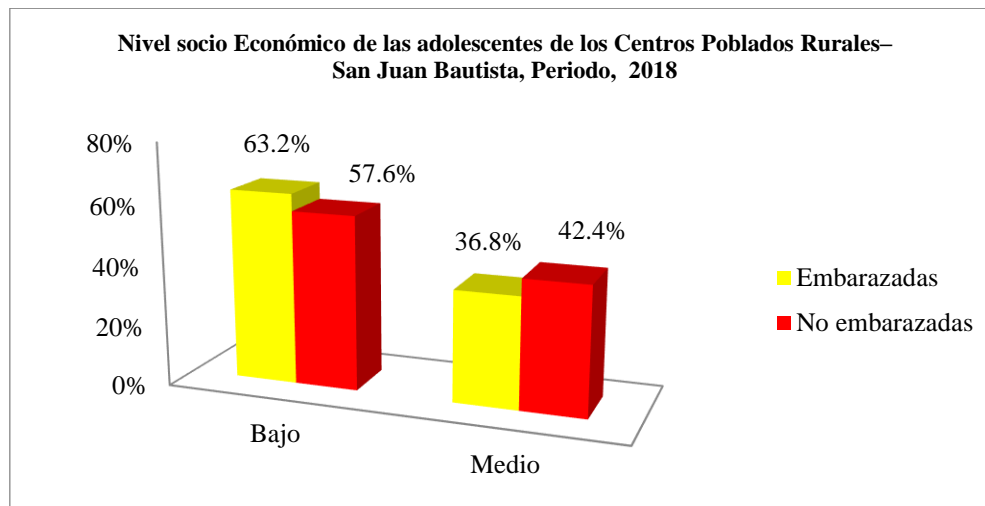
Nivel socio Económico	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Bajo	12	63,2	19	57,6
Medio	7	36,8	14	42,4
Total	19	100.0	33	100.0

Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0,774 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia en el nivel socio económico **bajo**, donde mayor porcentaje 63,2%, se encuentra embarazada; es decir, *existe diferencia significativa* en el nivel socio económico **medio**, donde mayor porcentaje 42,4%, no se encuentra embarazada.

En cuanto al Nivel socio Económico **de las adolescentes**, en el nivel Bajo el grupo de embarazadas, 63,2%, superó al de no embarazadas, 57,6%, y en el nivel socio económico medio el grupo de no embarazadas, 42,4%, superó al de embarazadas, 36,8%.

Gráfico 05



Fuente: Tabla 05

Tabla 06
Grado De Instrucción Del Padre de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales–
San Juan Bautista, Periodo, 2018

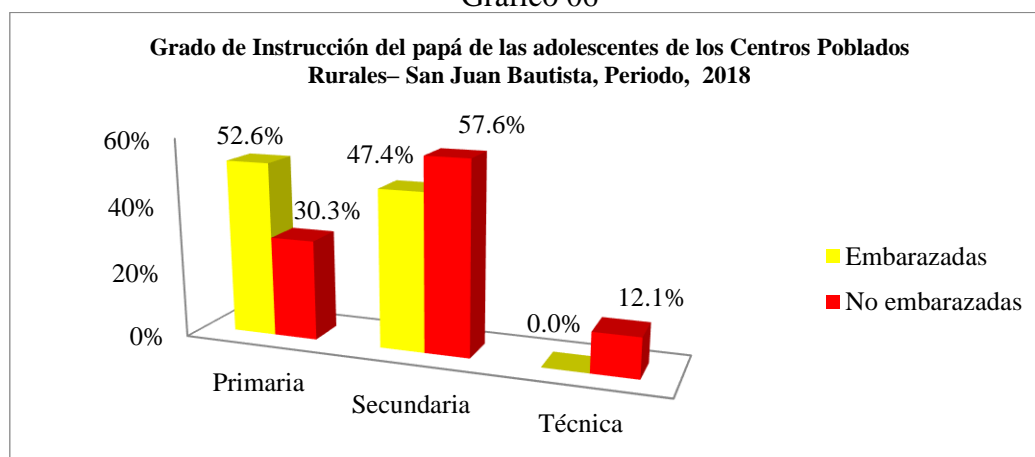
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia a_{f_i}	Porcentaje %
Primaria	10	52,6	10	30,3
Secundaria	9	47,4	19	57,6
Técnica	0	0,0	4	12,1
Total	19	100.0	33	100.0

Fuente: Matriz de datos: Fisher: $p = 0,129 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe mayor porcentaje de adolescentes embarazadas con 52,6%, cuyo papá tiene nivel de educación primaria, sin embargo las adolescentes no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 57,6%, cuyo papá tiene nivel de educación secundaria; , 12,1%, cuyo papá tiene nivel de educación técnica por lo tanto, *existe diferencia significativa* entre el Grado de instrucción del papá y el estado de embarazo de las adolescentes.

En cuanto al Grado de Instrucción del papá **de las adolescentes**, en el nivel de Primaria el grupo de embarazadas, 52,6%, superó al de no embarazadas, 30,3%; en el nivel de Secundaria el grupo de no embarazadas, 57,6%, superó al de embarazadas, 47,4%, y en el nivel de educación Técnica el grupo de no embarazadas, 12,1%, superó al de embarazadas, 0,0%,

Gráfico 06



Fuente: Tabla 06

Tabla 07
Grado de Instrucción de la mamá de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales –
San Juan Bautista, periodo, 2018.

Grado de Instrucción de la mamá	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Analfabeta	5	26.3	5	15.2
Primaria	8	42.1	19	57.6
Secundaria	4	21.1	8	24.2
Técnica	2	10.5	1	3.0
Total	19	100.0	33	100.0

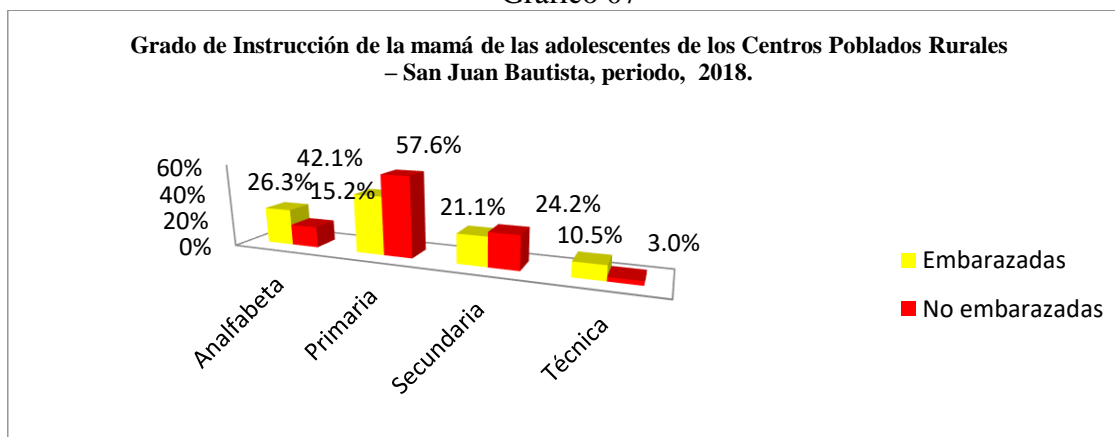
Fuente: Matriz de datos: Fisher: $p = 0,464 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia entre las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 26,3%, cuya mamá no tiene nivel de educación (analfabeta); con las adolescentes no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 57,6%, cuya mamá tiene nivel de educación primaria, *existe diferencia significativa* entre el grado instrucción de la mamá y estado de embarazo. Las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, el 10,5%, cuya mamá tiene nivel de educación Técnica.

El mayor porcentaje de embarazos, 42,1%, se da en jóvenes donde la mamá estudio solo primaria.

En cuanto al Grado de Instrucción de la mamá **de las adolescentes**, en el nivel de no haber estudiado el grupo de embarazadas, 26.3%, superó al de no embarazadas, 15.2%; en el nivel de Primaria el grupo de no embarazadas, 57.6%, superó al de embarazadas, 42.1%; en el nivel de Secundaria el grupo de no embarazadas, 24.2%, superó al de embarazadas, 21.1%, y en el nivel de educación Técnica el grupo de embarazadas, 10.5%, superó al de no embarazadas, 3,0%,

Gráfico 07



Fuente: Tabla 07

Tabla 08
Grado de instrucción del cónyuge de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales–
San Juan Bautista, Periodo, 2018

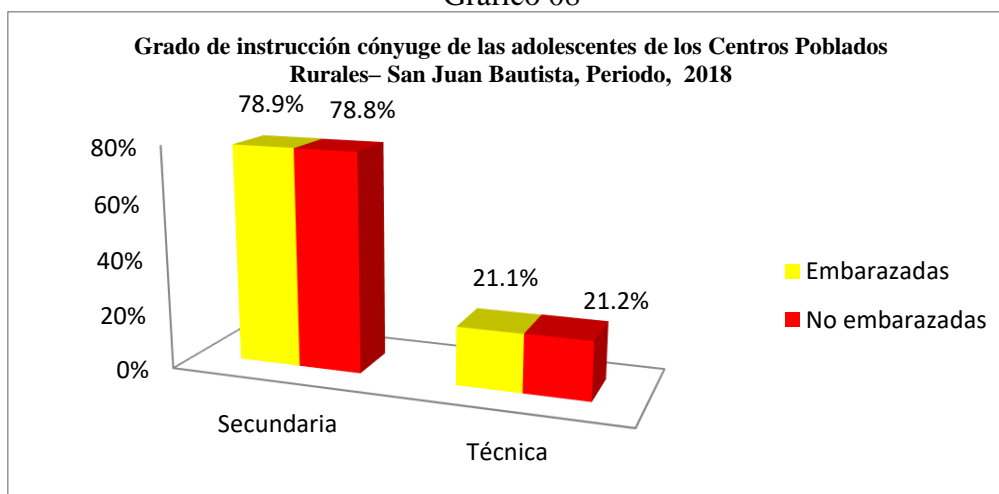
GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL CÓNYPUGE	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuenci a f_i	Porcentaje %
Secundaria	15	78,9	26	78,8
Técnica	4	21,1	7	21,2
Total	19	100.0	33	100.0

Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 1,000 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018; en la Tabla se observa que *no existe diferencia significativa* entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas cuyo cónyuge tiene educación secundaria o Técnica.

En cuanto al Grado de Instrucción del cónyuge **de las adolescentes**, en el nivel de Secundaria el grupo de embarazadas, 78,9%, superó al de no embarazadas, 78,8%, y en el nivel de educación Técnica el grupo de no embarazadas, 21,2%, superó al de embarazadas, 21,1%,

Gráfico 08



Fuente: Tabla 08

Tabla 09
Nivel socio Económico del cónyuge de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

NIVEL SOCIO ECONÓMICO DEL CÓNYUGE	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Bajo	6	31,6	8	24,2
Medio	13	68,4	25	75,8
Total	19	100.0	33	100.0

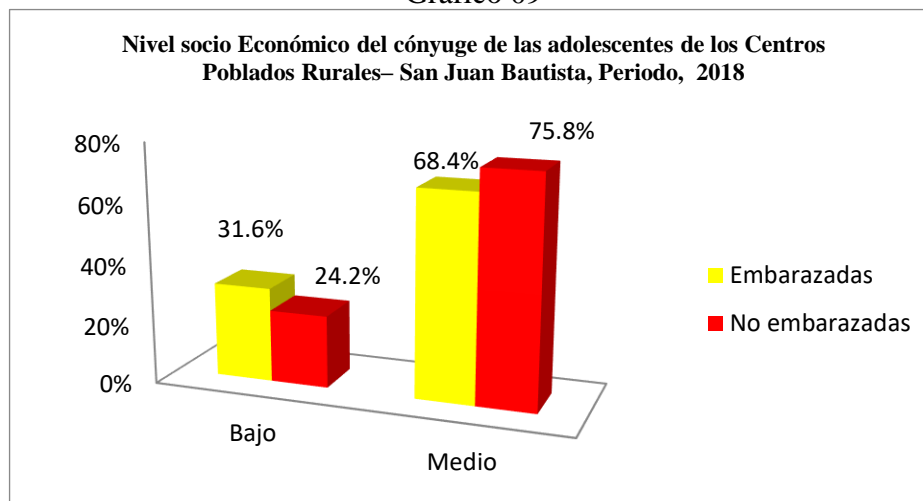
Fuente: Matriz de datos: Fisher: $p = 0,746 > 0.005$.

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que en el nivel socio económico **bajo** del cónyuge, donde el mayor porcentaje es 31,6%, que se encuentra embarazada, en el nivel socio económico **medio** del cónyuge, donde mayor porcentaje 75,8%, no se encuentra embarazada.

El mayor porcentaje de embarazos, 68,4%, se da en jóvenes donde el nivel socio económico del cónyuge es medio.

En cuanto al Nivel socio Económico del cónyuge **de las adolescentes**, en el nivel Bajo el grupo de embarazadas, 31,6%, superó al de no embarazadas, 24,2%, y en el nivel Medio el grupo de no embarazadas, 75,8%, superó al de embarazadas, 68,4%, lo cual indica que *no hay diferencia* significativa entre el nivel socioeconómico del cónyuge y el estado de embarazo

Gráfico 09



Fuente: Tabla 09

Tabla 10
 Tipo de educación recibida de los padres de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

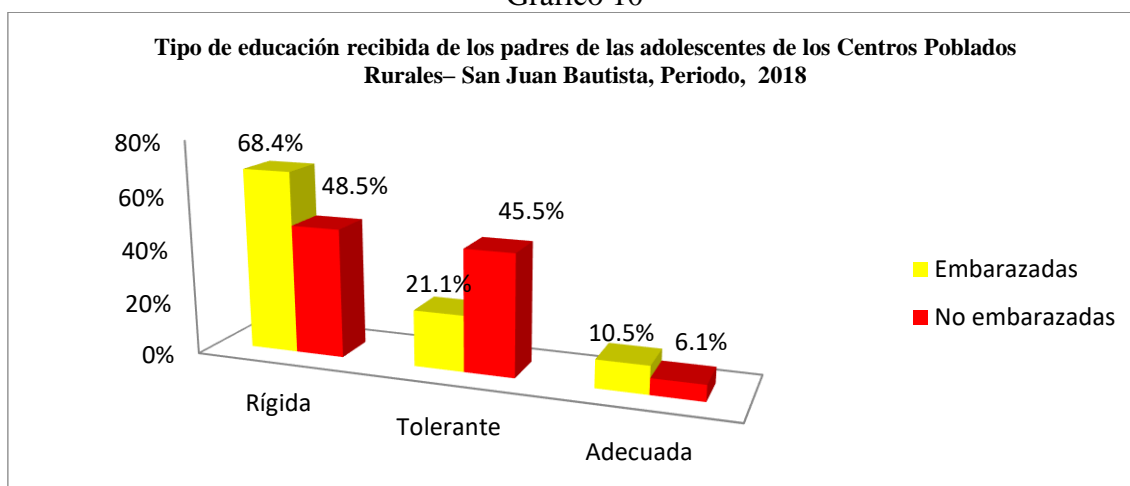
Tipo de educación recibida de los padres	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Rígida	13	68,4	16	48,5
Tolerante	4	21,1	15	45,5
Adecuada	2	10,5	2	6,1
Total	19	100.0	33	100.0

Fuente: Matriz de datos: Fisher: $p = 0,208 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que en el Tipo de educación rígida recibida de los padres donde mayor porcentaje, 68,4%, se encuentra embarazada, en el tipo de educación tolerante recibida de los padres donde mayor porcentaje, 45,5%, se encuentra no embarazada. Existe diferencia en Tipo de educación adecuada recibida de los padres donde mayor porcentaje, 10,5%, se encuentra embarazada.

En cuanto al Tipo de educación recibida de los padres por **las adolescentes**, en la categoría Rígida, el grupo de embarazadas, 68,4%, superó al de no embarazadas, 48,5%; en la categoría Tolerante, el grupo de no embarazadas, 45,5%, superó al de embarazadas, 21,1%, y en la categoría Adecuada, el grupo de embarazadas, 10,5%, superó al de no embarazadas, 6,1%; por lo tanto *no hay diferencia* significativa entre el tipo de educación recibida de los padres y el estado de embarazo

Gráfico 10



Fuente: Tabla 10

Tabla 11
Edad del inicio de relaciones sexuales de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

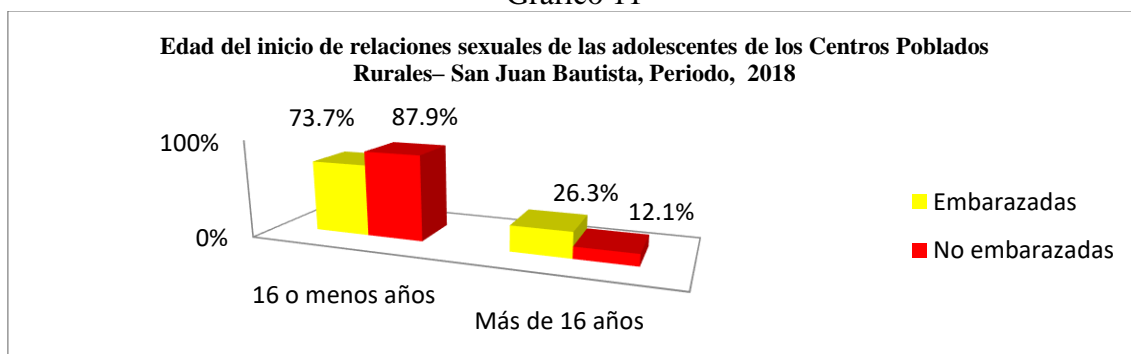
Edad del inicio de relaciones sexuales	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
16 o menos años	14	73.7	29	87.9
Más de 16 años	5	26.3	4	12.1
Total	19	100,0	33	100,0

Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0,260 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que entre las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 73.7%, son las que iniciaron relaciones sexuales antes de los 16 años, con las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 26,3%, son las que iniciaron relaciones sexuales después de los 16 años, indicando que *no hay diferencia significativa* entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el estado de embarazo.

En cuanto a la edad del inicio de relaciones sexuales de las adolescentes, en el intervalo de 16 años o menos, el grupo de no embarazadas, 87.9%, superó al de embarazadas, 73.7%, y en el intervalo de más de 16 años, el grupo de embarazadas, 26.3%, superó al de no embarazadas, 12.1%.

Gráfico 11



Fuente: Tabla 11

Tabla 12

Convive usted con sus padres de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

Convive usted con sus padres	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Si	11	57.9	28	84.8
No	8	42.1	5	15.2
Total	19	100,0	33	100,0

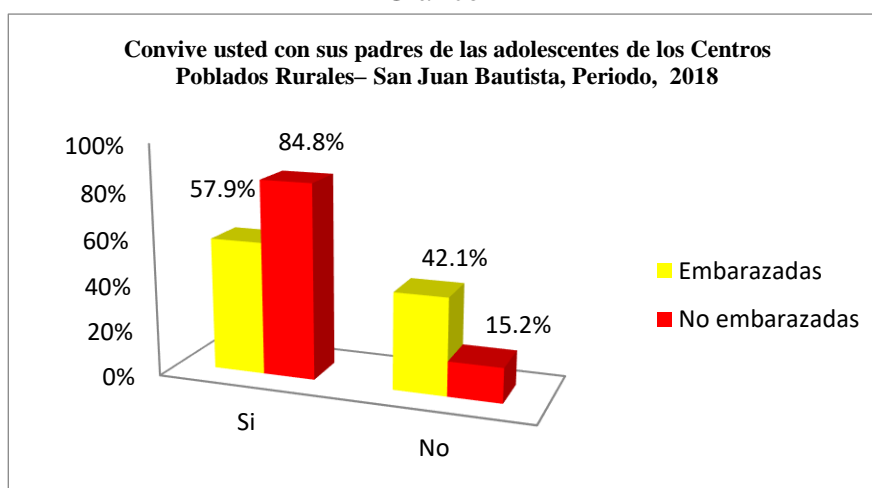
Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0,047 < 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que. entre las no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 84,8%, y convive con sus padres y entre las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 42,1%, y no convive con sus padres en la Tabla se observa que *existe diferencia significativa* entre las adolescentes que conviven con sus padres y el estado de embarazo.

El mayor porcentaje de no embarazos, 84,8%, se da en jóvenes que conviven con sus padres.

En cuanto a si **las adolescentes** conviven con sus padres, en la categoría si convive, el grupo de no embarazadas, 84.8%, superó al de embarazadas, el 57.9%; en la categoría no convive con sus padres, el grupo de embarazadas, 42.1%, superó al de no embarazadas, 15.2%.

Gráfico 12



Fuente: Tabla 12

Tabla 13
Relación con sus padres de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018.

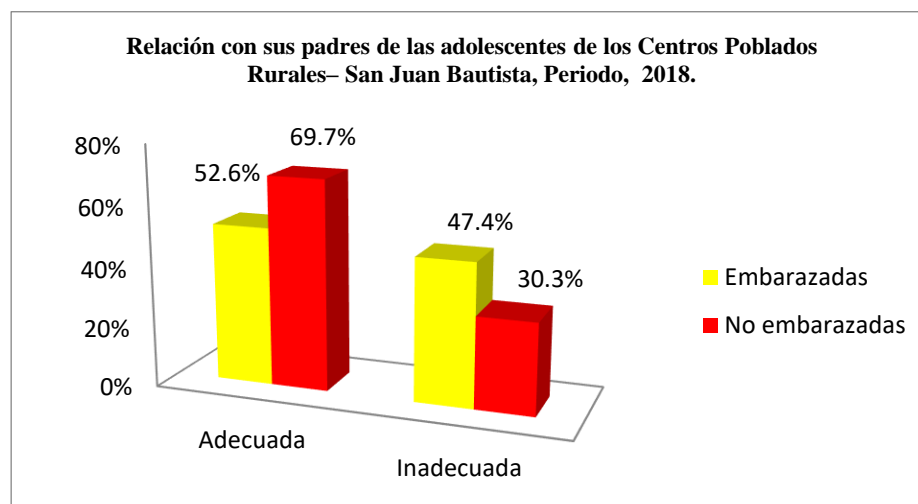
Relación con sus padres	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Adecuada	10	52.6	23	69.7
Inadecuada	9	47.4	10	30.3
Total	19	100,0	33	100,0

Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0,246 > 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que entre las no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 69.7%, y las que tienen relación adecuada con sus padres. *No existe diferencia significativa* entre las adolescentes embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 47.4%, y tiene relación inadecuada con sus padres.

El mayor porcentaje de embarazos, 52,6%, se da en jóvenes que tienen adecuada relación con sus padres. En cuanto a la relación que tienen con sus padres **las adolescentes**, en la categoría adecuada, el grupo de no embarazadas, 69.7%, superó al de embarazadas, 52.6%, y en la categoría inadecuada, el grupo de embarazadas, 47.4%, superó al de no embarazadas, 30.3%.

Gráfico 13



Fuente: Tabla 13

Tabla 14

Conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

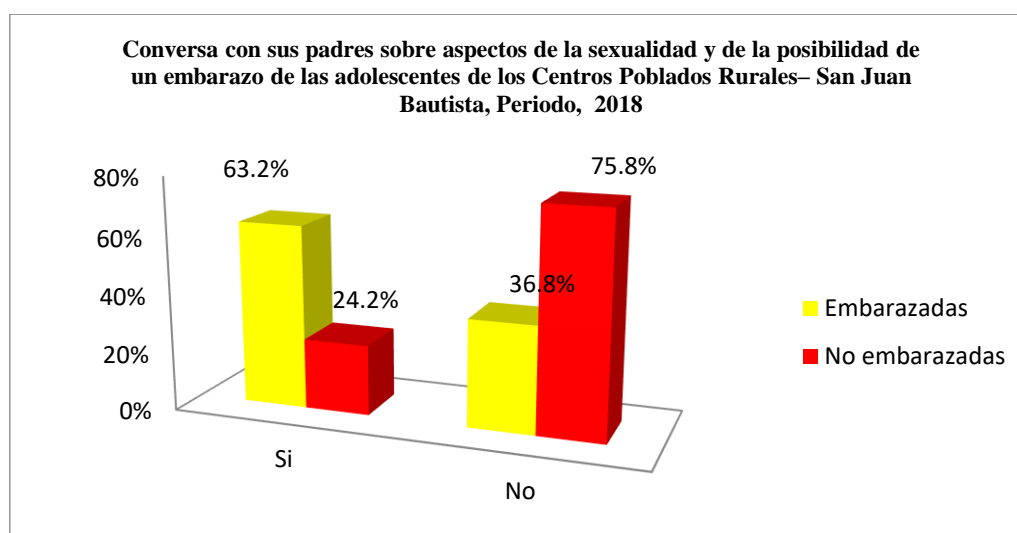
Conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Si	12	63.2	8	24.2
No	7	36.8	25	75.8
Total	19	100,0	33	100,0

Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0,008 < 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que entre las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 63.2%, y **conversa** con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo, entre las no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 75.8%, y **no conversa** con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo. *no hay diferencia significativa* entre la conversación con los padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo, actitud hacia el sexo y estado de embarazo El mayor porcentaje de embarazos, 63,2%, se da en jóvenes que conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo.

En cuanto a si **las adolescentes** conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo, en la categoría si lo hace, el grupo de embarazadas, 63.2%, superó al de no embarazadas, 24.2%, y en la categoría no lo hace, el grupo de no embarazadas, 75.8%, superó al de embarazadas, 36.8%.

Gráfico 14



Fuente: Tabla 14

Tabla 15
 Tiene apoyo espiritual y económico de su pareja de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

Tiene apoyo espiritual y económico de su pareja	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Si	19	100.0	20	60.6
No	0	0.0	0	0.0
No tengo pareja	0	0.0	13	39.4
Total	19	100,0	33	100,0

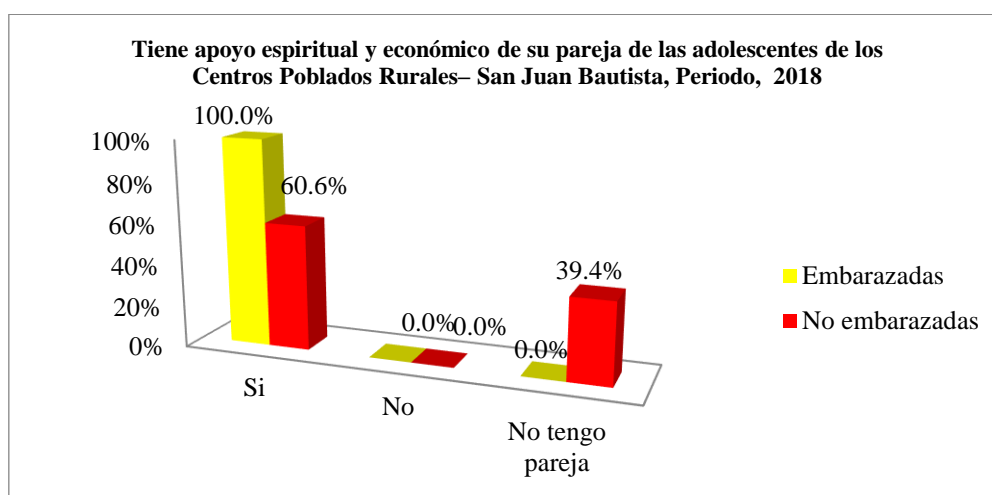
Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p = 0.002 < 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia entre las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 100,0%, y tiene apoyo espiritual y económico de su pareja *hay diferencia significativa* entre apoyo espiritual y económico de la pareja que tienen mayor porcentaje, 39,4%, y no tiene pareja.

El mayor porcentaje de embarazos, 100,0%, se da en jóvenes que **tienen apoyo espiritual y económico de su pareja**.

En cuanto a si **las adolescentes tiene apoyo espiritual y económico de su pareja**, en la categoría **si lo hace**, el grupo de embarazadas, 100,0%, superó al de no embarazadas, 60,6%, y en la categoría **no lo hace**, el grupo de no embarazadas, 39,4%, superó al de embarazadas, 0,0%.

Gráfico 15



Fuente: Tabla 15

Tabla 16
Usó usted algún método anticonceptivo de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

Usó usted algún método anticonceptivo	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Sí	9	47.4	14	42.4
No	10	52.6	19	57.6
Total	19	100,0	33	100,0

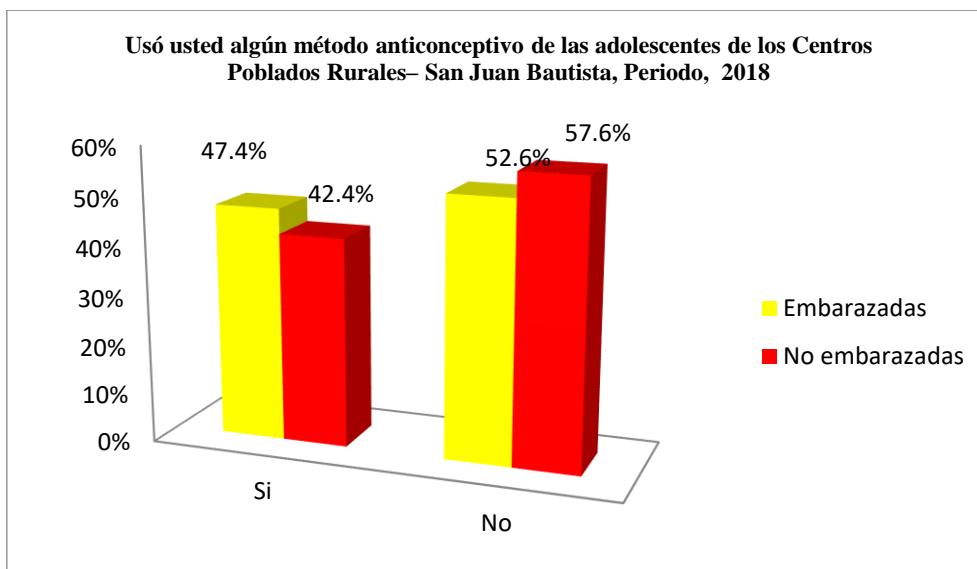
Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p=0,778 >.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa entre las embarazadas y no embarazadas que usan algún método anticonceptivo. *no hay diferencia significativa* entre el uso de algún método anticonceptivo, y el estado de embarazo.

El mayor porcentaje de embarazos, 52,6%, se da en jóvenes que no usó ningún método anticonceptivo.

En cuanto a si **las adolescentes** Usan algún método anticonceptivo, en la categoría **si lo hace**, el grupo de embarazadas, 47.4%, superó al de no embarazadas, 42.4%, y en la categoría **no lo hace**, el grupo de no embarazadas, 57.6%, superó al de embarazadas, 52.6%.

Gráfico 16



Fuente: Tabla 16

Tabla 17
 Tiene usted relación estable de pareja de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

Tiene usted relación estable de pareja	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
<i>Sí</i>	12	63.2	11	33.3
<i>No</i>	7	36.8	11	33.3
No tengo pareja	0	0.0	11	33.3
Total	19	100,0	33	100,0

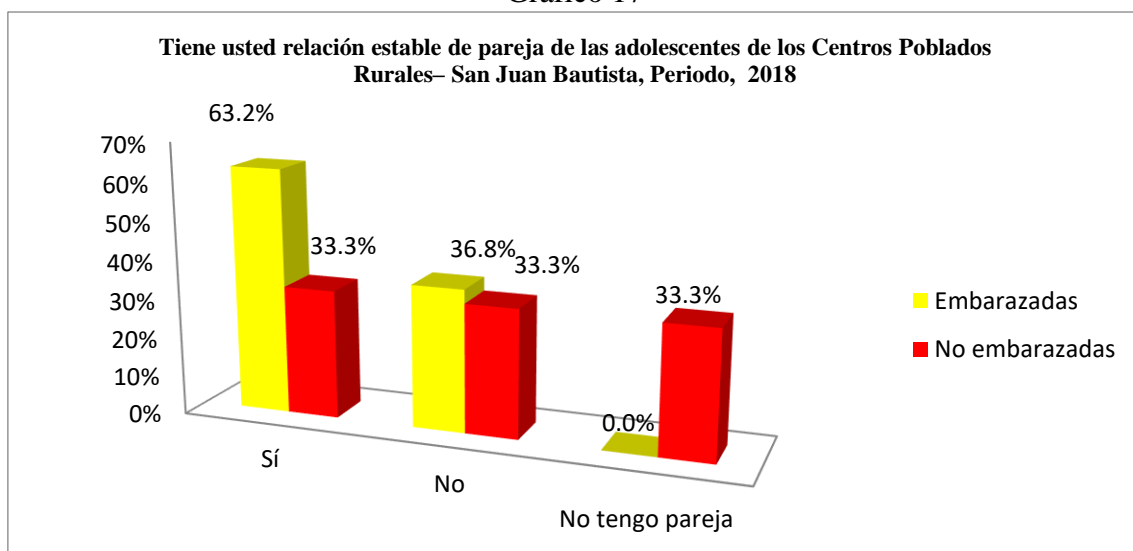
Fuente: Matriz de datos: Fisher se encontró $p=0,012 < 0.005$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia entre las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 63.2%, y tiene relación estable de pareja, las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 36.8%, y no tiene relación estable de pareja, indica que *no hay diferencia significativa* entre, actitud hacia el sexo y estado de embarazo.

El mayor porcentaje de embarazos, 63.2%, se da en jóvenes que tiene relación estable de pareja.

En cuanto a si **las adolescentes** tienen relación estable de pareja, en la categoría **si lo tiene**, el grupo de embarazadas, 63.2%, superó al de no embarazadas, 33.3%; en la categoría **no lo tiene**, el grupo de embarazadas, 36.8%, superó al de no embarazadas, 33.3%, y en la categoría **no tiene pareja**, el grupo de no embarazadas, 33.3%, superó al de embarazadas, 0.0%.

Gráfico 17



Fuente: Tabla 17

Tabla 18

Mantiene relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

Mantiene relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Si	3	15.8	10	30.3
No	16	84.2	23	69.7
Total	19	100,0	33	100,0

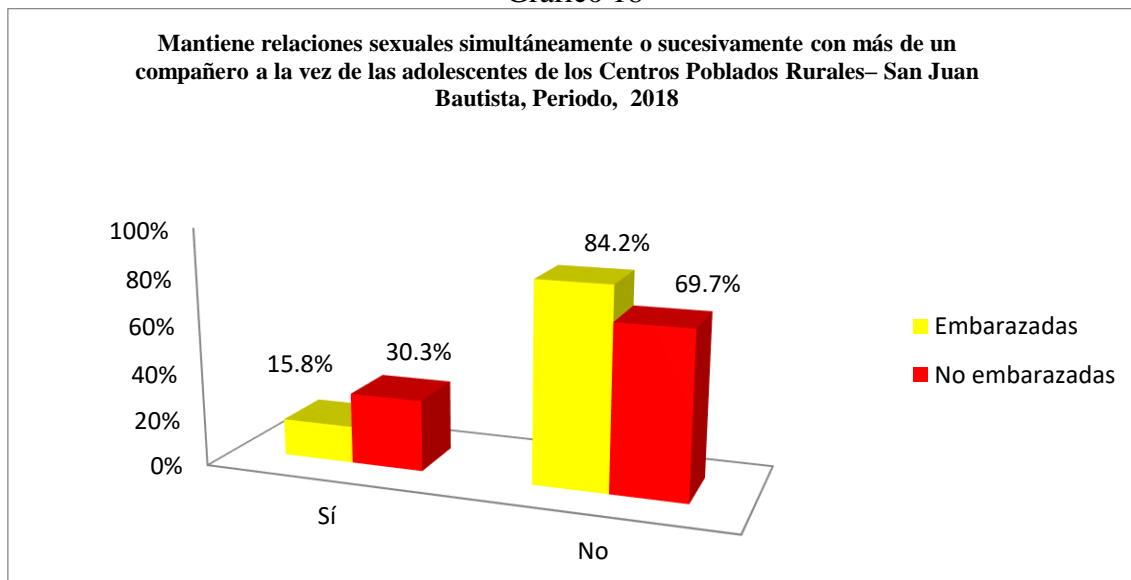
Fuente: Matriz de datos: Chi cuadrado se encontró $p = 0,865 > 0,05$

De las adolescentes de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe diferencia entre las no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 30.3%, y mantiene relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez, *no hay diferencia significativa* entre relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez.

El mayor porcentaje de embarazos, 84.2%, se da en jóvenes que no mantiene relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez.

En cuanto a si **las adolescentes** mantienen relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez, en la categoría **si lo tiene**, el grupo de no embarazadas, 30.3%, superó al de embarazadas, 15.8%; en la categoría **no lo tiene**, el grupo de embarazadas, 84.2%, superó al de no embarazadas, 69.7%.

Gráfico 18



Fuente: Tabla 18

- 2) Identificar las diferencias en las Actitudes hacia el Sexo entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.

Tabla 19
Actitudes hacia el Sexo de las adolescentes de los Centros Poblados Rurales– San Juan Bautista, Periodo, 2018

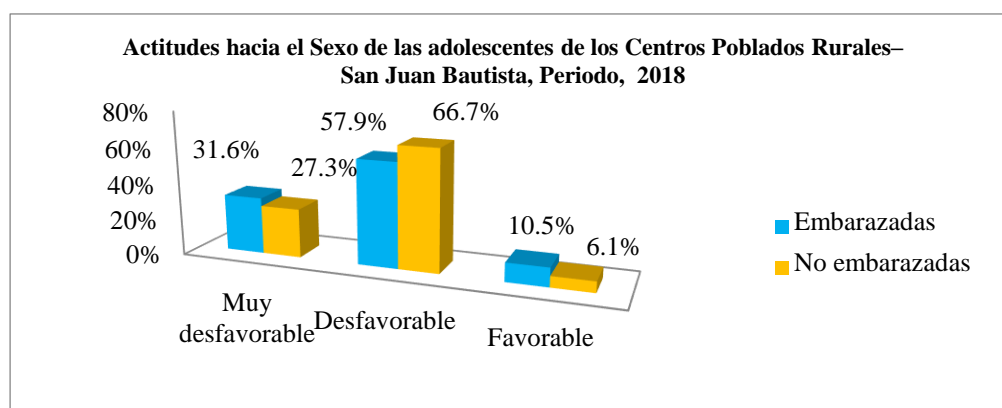
Actitudes hacia el Sexo	Estado de Embarazo (Sí)		Estado de Embarazo (No)	
	Frecuencia f_i	Porcentaje %	Frecuencia f_i	Porcentaje %
Muy desfavorable	6	31.6	9	27.3
Desfavorable	11	57.9	22	66.7
Favorable	2	10.5	2	6.1
Total	19	100,0	33	100,0

Fuente: Matriz de datos

De las adolescentes embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, en la Tabla se observa que existe poca diferencia entre las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 31.6%, y tienen actitudes muy desfavorable hacia el Sexo. Existe poca diferencia entre las no embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 66.7%, y tienen actitudes desfavorable hacia el Sexo. Existe poca diferencia entre las embarazadas, que tienen mayor porcentaje, 10.5%, y tienen actitudes favorable hacia el Sexo.

El mayor porcentaje de embarazos, 57.9%, se da en jóvenes que tienen actitudes desfavorable hacia el Sexo. En cuanto a las Actitudes hacia el Sexo de **las adolescentes**, en la categoría **muy desfavorable**, el grupo de embarazadas, 31.6%, superó al de no embarazadas, 27.3%; en la categoría **desfavorable**, el grupo de no embarazadas, 66.7%, superó al de embarazadas, 57.9%, en la categoría **favorable**, el grupo de embarazadas, 10.5%, superó al de no embarazadas, 6.1%.

Gráfico 19



Fuente: Tabla 19

Hipótesis

Existen diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018

Prueba de Hipótesis

- Existe diferencia significativa en los Factores Psicosociales entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018. De la tabla 01 a la tabla 19 se observa:

Lugar de procedencia * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 52.6%, se da en jóvenes de la localidad de Peña negra, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 1,000 > 0.005$ que indica que *no hay diferencia* significativa entre lugar de procedencia y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,040 $p = 0,773$, indica que la diferencia es muy pequeña.

EDAD * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 73.7%, se da en jóvenes de más de 16 años, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,044 < 0.005$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre la edad y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,302 $p = 0,020$, indica que la diferencia es moderada.

Estado Civil * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 42,1%, se da en jóvenes convivientes, al calcular el Chi-cuadrado de Pearson $p = 0,001 < 0.005$ indica que *hay diferencia significativa* entre estado civil de la adolescente y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,515 $p = 0,000$, indica que la diferencia es fuerte.

Grado de instrucción * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 78.9%, se da en jóvenes con secundaria, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,175 > 0.005$ indica que *no hay diferencia significativa* entre el grado de instrucción de la adolescente y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = -0,226 $p = 0,146$, indica que la diferencia es pequeña.

Nivel socio Económico * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 63,2%, se da en jóvenes de nivel económico bajo, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,774 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre el nivel socio económico de la adolescente y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,055 $p = 0,691$, indica que la diferencia es muy pequeña.

Grado de instrucción del papá * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 52,6%, se da en jóvenes donde el papá estudio solo primaria, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,129 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre el Grado de instrucción del papá y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,256 $p = 0,041$, indica que la diferencia es pequeña.

Grado de instrucción de la mamá * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 42,1%, se da en jóvenes donde la mamá estudio solo primaria, al calcular Chi-cuadrado de Pearson se encontró $p = 0,464 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre el Grado de instrucción de la mamá y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,022 $p = 0,876$, indica que la diferencia es muy pequeña.

Grado de instrucción del cónyuge * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 78,9%, se da en jóvenes donde el cónyuge estudio hasta secundaria, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 1,000 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre el Grado de instrucción del cónyuge y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,002 $p = 0,989$, indica que la diferencia es muy pequeña.

Nivel socio Económico del cónyuge * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 68,4%, se da en jóvenes donde el nivel socio económico del cónyuge es medio, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,746 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre el nivel socioeconómico del cónyuge y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,080 $p = 0,573$, indica que la diferencia es muy pequeña.

Tipo de educación recibida de los padres * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 68,4%, se da en jóvenes que recibieron de los padres educación de tipo rígida, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,208 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre el tipo de educación recibida de los padres y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,151 $p = 0,267$, indica que la diferencia es pequeña.

Edad inicio relaciones sexuales * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 73,7%, se da en jóvenes que iniciaron relaciones sexuales antes de los 16 años, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,260 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,181 $p = 0,223$, indica que la diferencia es pequeña.

Convive usted con sus padres * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 57,9%, se da en jóvenes que conviven con sus padres, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,047 < 0.005$ indica que *hay diferencia* significativa entre la convivencia con los padres y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,300 $p = 0,040$, indica que la diferencia es moderada.

Relación con sus padres. * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 52,6%, se da en jóvenes que tienen adecuada relación con sus padres, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,246 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre la relación con sus padres y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,171 $p = 0,224$, indica que la diferencia es pequeña.

Conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 63,2%, se da en jóvenes que conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,008 < 0.005$ indica que *hay diferencia significativa* entre las que conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,385 $p = 0,004$, indica que la diferencia es moderada.

Tiene apoyo espiritual y económico de su pareja * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 100,0%, se da en jóvenes que tienen apoyo espiritual y económico de su pareja, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0.002 < 0.005$ indica que *hay diferencia significativa* entre las que tienen apoyo espiritual y económico de su pareja y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,438 $p = 0,000$, indica que la diferencia es fuerte.

Usó usted algún método anticonceptivo * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 52,6%, se da en jóvenes que no usó ningún método anticonceptivo, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,778 > 0,005$ indica que *no hay diferencia significativa* entre el uso de algún método anticonceptivo, y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,048 $p = 0,730$, indica que la diferencia es muy pequeña.

Tiene usted relación estable de pareja * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 63.2%, se da en jóvenes que tiene relación estable de pareja, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,012 < 0.005$ indica que *hay diferencia significativa* entre la relación estable de pareja y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,358 $p = 0,001$, indica que la diferencia es muy pequeña.

Mantiene usted relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez * Estado de Embarazo

El mayor porcentaje de embarazos, 84.2%, se da en jóvenes que no mantiene relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez, al calcular el estadístico exacto de Fisher se encontró $p = 0,328 > 0.005$ indica que *no hay diferencia significativa* entre si mantienen relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez, y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = - 0,161 $p = 0,212$, indica que la diferencia es pequeña.

2) Existe diferencia significativa en las Actitudes hacia el Sexo entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.

Actitud hacia el sexo * Estado de Embarazo

Al calcular Chi-cuadrado de Pearson se encontró $p = 0,765 > 0.005$ indica que *no hay diferencia* significativa entre actitud hacia el sexo, y el estado de embarazo. Tau-b de Kendall = 0,008 $p = 0,956$, indica que la diferencia es muy pequeña. El mayor porcentaje de embarazos, 57.9%, se da en jóvenes que tienen actitudes desfavorable hacia el Sexo.

3) Existe diferencia significativa entre los Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018.

Edad * actitud hacia el sexo * estado de embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,595 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre la edad, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,140, indica que la diferencia es pequeña.

Edad de inicio de relaciones sexuales * Actitud hacia el sexo * Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,110 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre la edad de inicio de relaciones sexuales, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,280, indica que la diferencia es moderada.

Edad del Cónyuge * Actitud hacia el sexo * Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,394 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre edad del cónyuge, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,186, indica que la diferencia es pequeña.

Estado Civil * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,565 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre el estado civil, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,232, indica que la diferencia es pequeña.

Grado instrucción * Actitud hacia el sexo * Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,524 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre el grado de instrucción, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,156, indica que la diferencia es muy pequeña.

Nivel socio Económico * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,919 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre el nivel socio económico, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,057, indica que la diferencia es muy pequeña.

Grado instrucción del papá * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,759 > 0.005$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre lugar de procedencia y el estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,186, indica que la diferencia es muy pequeña.

Grado instrucción de la mamá * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,290 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre grado instrucción de la mamá, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,352, indica que la diferencia es muy pequeña.

Lugar de procedencia * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,953 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre lugar de procedencia, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,043, indica que la diferencia es muy pequeña.

Grado instrucción del cónyuge * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,089 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre grado instrucción del cónyuge, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,292, indica que la diferencia es muy pequeña.

Nivel socio Económico del cónyuge * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,995 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre el nivel socio económico del cónyuge, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,014, indica que la diferencia es muy pequeña.

Tipo de educación recibida de los padres * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,613 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre tipo de educación recibida de los padres, actitud hacia

el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,221, indica que la diferencia es pequeña.

Convive usted con sus padres* Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,360 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre convivencia con los padres, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. Coeficiente de contingencia = 0,291, indica que la diferencia es pequeña.

Relación con sus padres * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,857 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre relación con los padres, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,077, indica que la diferencia es pequeña.

Conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,672 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre la conversación con los padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,123, indica que la diferencia es pequeña.

Tiene apoyo espiritual y económico de su pareja* Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,984 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre apoyo espiritual y económico de la pareja, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. Coeficiente de contingencia = 0,025, indica que la diferencia es pequeña.

Usó usted algún método anticonceptivo * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,161 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre Uso de algún método anticonceptivo, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,256, indica que la diferencia es pequeña.

Tiene usted relación estable de pareja* Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,196 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. Coeficiente de contingencia = 0,323, indica que la diferencia es moderada.

Mantiene usted relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez * Actitud hacia el sexo* Estado de Embarazo

Al calcular el estadístico Chi cuadrado se encontró $p = 0,865 > 0.05$ que indica que *no hay diferencia significativa* entre relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez, actitud hacia el sexo y estado de embarazo. El coeficiente de contingencia = 0,075, indica que la diferencia es moderada.

IX. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.5 DISCUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo “Determinar si existen diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018”. Al Identificar las diferencias en los Factores Psicosociales entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, se encontró la existencia de diferencia significativa entre el estado de embarazo y los Factores: Estado civil; convivencia con los padres; conversación con los padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo; apoyo espiritual y económico de su pareja y relación estable de pareja, lo que concuerda con OSORIO (2013) que en el estudio cuyo objetivo fue determinar los principales factores y características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes encontró que: 90% de las adolescentes tienen de 14 a 19 años de edad, 80% no planificó su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad, 82% tiene algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos y concluye que en el embarazo las adolescentes tienen ciertas características sociodemográficas comunes como: la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales; bajo nivel educativo; de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de la madre adolescente, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto, También AMASIFUEN FLORES, MAGALY Y COLS. (2015) en el estudio cuyo objetivo fue determinar la relación de las variables asociadas al embarazo con la funcionalidad familiar en adolescentes del Zungaro-Cocha, encontrando que 82.0% de las adolescentes son de familia funcional. 66.0% presentó alto nivel educativo y una familia funcional. 66.0% tienen pareja y una familia funcional. 80.0% tienen ocupación remunerada y una familia funcional, asimismo 16.0% tienen ocupación con remuneración y sin embargo presentan familia disfuncional. 66.0% de adolescentes tuvieron su primera relación sexual a una edad intermedia presentan familia funcional, mientras que el 10.0% que tuvieron a edad temprana tienen familia disfuncional. 40.0% tuvieron su primer embarazo en edad tardía y presentan familia funcional, 16.0% de ellas con edad de embarazo intermedio tienen familia disfuncional. 80.0% presentan menor cantidad de hijos y tienen una familia funcional.

Al Identificar las diferencias en las actitudes hacia el Sexo entre adolescentes embarazadas y no embarazadas, se encontró que existe poca diferencia entre las embarazadas y no embarazadas, que tienen actitud muy desfavorable hacia el Sexo. También poca diferencia entre las embarazadas y no embarazadas que tienen actitud desfavorable hacia el Sexo. Finalmente poca diferencia entre embarazadas y no embarazadas que tienen actitud favorable hacia el Sexo. El mayor porcentaje de embarazos, 57.9%, se da en jóvenes que tienen actitudes *desfavorable hacia el Sexo*.

Coincidente con SÁNCHEZ Y COLS. (2013), que en la investigación factores de riesgo asociados a embarazo en mujeres adolescentes, encontró asociación significativa del embarazo con las variables: no encontrarse estudiando, inicio de relaciones sexuales a los 15 o menos años, no usar métodos de planificación familiar en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no recibir educación sexual ni suministro de métodos anticonceptivos por la madre. En las variables socio-culturales: ser del estrato socio-económico bajo, sin educación en planificación familiar por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. Mencionan que las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales. La promoción de la abstinencia es un objetivo válido, especialmente entre adolescentes más jóvenes, sin embargo, la evidencia científica mundial demuestra que no es suficiente para evitar embarazos no deseados.

Al Identificar diferencias entre los Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales San Juan Bautista, 2018, no se encontró diferencias significativas entre embarazadas y no embarazadas con respecto a los Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo, lo que concuerda con, *Mónica Krausse* que señala: "... Emocionalmente el adolescente tiende a ser inestable, cambia con frecuencia sus valoraciones sobre las demás personas, sean padres, amigos o parejas, aún no ha concluido la madurez psicológica del individuo, se inicia, se revalora a cada paso en sus relaciones con sus semejantes y quedará sólidamente establecido en etapas posteriores de su desarrollo". Lo que podría explicar nuestros resultados. Muchos autores plantean que el embarazo a estas edades, interrumpe las funciones normales de este período de la vida, lo que no está acorde con nuestro estudio, pues nuestras adolescentes embarazadas en su mayoría no estudian ni trabajan.

Podemos inferir, en relación con la mayor escolaridad de los padres en el grupo estudio, que conlleve un trabajo más especializado, una mayor dedicación de los padres a éste, lo que le restaría tiempo para atender a su hija y por tanto para la comunicación con ella, y afectaría así la confianza entre ellos. Nuestros resultados coinciden con los autores.

Puede explicarse también por la importancia de la figura masculina en la educación de la adolescente, ya sea por el rigor que impone en ocasiones el padre a la hija en la sexualidad, o por la necesidad afectiva de esta, que necesita la figura masculina, y en estos casos tiende a buscarla en otro hombre.

Otros autores coinciden en que: La actividad sexual se despierta por causas no sexuales, y en muchos casos la precocidad es una evasión a una realidad que incluye fracasos escolares o de otro tipo que le produce a los adolescentes una baja autoestima.

9.6 CONCLUSIONES

El embarazo adolescente es sin duda una de las problemáticas que ha tomado relevancia en estos últimos años ya que trae consigo diversas consecuencias a nivel biopsicosocial, entre ellas las que más destacan son la deserción escolar, riesgo en la salud de la madre adolescente y del niño, asimismo la madre no se encuentra estable emocionalmente dada la ambivalencia propia de la adolescencia por lo cual no se encuentra en las condiciones de tener un niño a su cargo por el hecho de no haber concluido su transición a la vida adulta

En base a los resultados obtenidos por medio de la investigación realizada podemos concluir destacando lo siguiente:

- En la muestra existe un porcentaje mayor de embarazos de adolescentes en la localidad de Peña Negra (52.6%) en contraste con el porcentaje obtenido del centro poblado de Cruz del Sur (47.4%), por lo tanto no existe una diferencia significativa.
- El mayor porcentaje de embarazos, 57.9%, se da en jóvenes que tienen actitudes desfavorable hacia el Sexo.
- En el estado civil de las adolescentes encontrando el mayor porcentaje (42.1%) de adolescentes embarazadas CONVIVEN con sus parejas.
- El mayor porcentaje (63.2%) de adolescentes embarazadas se encuentran dentro de un nivel socioeconómico BAJO.
- El mayor porcentaje (52.6%) se da en adolescentes embarazadas, cuyo padre tiene el grado de instrucción PRIMARIA.
- Se obtuvo mayor porcentaje de adolescentes embarazadas (42.1%) en donde la madre de la joven tenía como grado de instrucción el nivel PRIMARIA.
- El mayor porcentaje (84.8%) de adolescentes NO EMBARAZADAS se dio en las que permanecían viviendo con sus padres.

De acuerdo a la presente investigación realizada, se acuerda que; el nivel socioeconómico Bajo, es decir la pobreza es un factor de incidencia en los embarazos adolescentes y por ende el déficit en la educación de los primeros educadores que son los padres no es adecuado para impartir conocimientos relacionados con la sexualidad ya que la falta de conocimientos puede llevar a tener creencias irracionales (mitos) que solo contribuyen a la desinformación de la población, por lo tanto transmitir a los adolescentes.

9.7 RECOMENDACIONES

- a. Crear espacios, donde se incentive la participación de los y las adolescentes en un contexto de confidencialidad y seguridad, en el que se les permita contar con información científica y confiable a cerca de la sexualidad, sin caer en prejuicios y estigmatizaciones.
- b. Programar con las autoridades de la comunidad una labor de prevención que se lleve a cabo a lo largo del año lectivo, que contemple más encuentros, ya que mientras más espacio se tenga para el diálogo de los temas presentados, mayor será el impacto logrado en el tema de prevención y cambio de actitudes frente a la sexualidad adolescente.
- c. Considerar los tres ejes de la sexualidad (biológico – psicológico – social) expuestos en la presente disertación como ejes centrales en el trabajo de prevención, ya que contribuyen a tener una mirada integral del tema, dejando el enfoque biomédico como eje central, para tomar factores sociales y psicológicos como piezas relevantes en el tema de prevención y lograr así un nuevo modelo que apueste por la formación integral de los y las adolescentes.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alan Guttmacher Institute (2009) Sharing responsabilitu, woman society and abortion worldwide.
- Alvarez Vita, Juan (1994) El Derecho a la Salud, como Derecho Humano. Lima. Cultural. Cuzco.
- Amasifuen Flores, Magaly y cols. (2015) Variables Asociadas al embarazo relacionado a la funcionalidad familiar en las adolescentes del “P.S I-2 Zungaro - Cocha; San Juan. UNAP, Iquitos
- Baeza B., Poo A y Vásquez O. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. RevChilObstetGinecol 2011; 72(2):76-81.
- Benavides M, Ríos V, Olivera I, Zúñiga R. Ser joven excluido es algo relativo. Dimensiones cuantitativas y cualitativas de la heterogeneidad de los jóvenes pobres urbanos peruanos. Buenos Aires: CLACSO; 2010.
- Bunge, Mario (2006) La ciencia, su método y su filosofía. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Calle Salazar, Elaine Esperanza (2015) Percepción de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima. UPC.
- Cavero D, Montalva V, Rodríguez J. Determinantes socioeconómicos de las transiciones entre niveles educativos: un enfoque sobre género y ruralidad en el Perú. Documento de Trabajo 309. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2011.
- Diario El Comercio (2011) La mayor cantidad de adolescentes embarazadas está en Loreto. Lima. Diario El Comercio (2011) 13.12.2011.
- Diario El Comercio (2017) Loreto tiene la tasa más alta de embarazo adolescente en el país. Lima. Diario El Comercio 31.05.2017.
- ENDES (1998) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima.
- Espaillet, Iván (2008) "Incidencia del embarazo en adolescentes y su repercusión psicosocial. Hospital Regional "Dr. Luis Manuel Morillo King". República Dominicana.
- Florez, C. (2005) Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Bogotá. Oveja Negra.

- García Ferrando M. La encuesta. En: Garcia M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; p. 141-70.
- Hernández Sampieri, R. y cols. (2010) Metodología de la investigación. México. McGraw Hill.
- INEI (1998) La Fecundidad Adolescente en el Perú. Lima
- INEI (2006) La Fecundidad Adolescente en el Perú. Lima
- INEI (2009) Encuesta ENDES. Lima. INEI.
- INEI. Censo Nacional de Población. 1993. Lima.
- INJUV (Instituto Nacional de la Juventud (2011) Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años. Santiago de Chile.
- Luna C. (2008) Diagnóstico sobre Embarazo Adolescente en el Perú. Lima. UNFPA.
- Mendoza, Walter (2013) El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev. Perú. Méd. Exp. salud publica vol.30 no.3 Lima jul. 2013.
- MINSA (2013) Embarazos adolescentes en el Perú. Lima. MINSA.
- Miranda R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador-2005. Tesis de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2005.
- Mujica J, Cavagnoud R. Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa. Anthropologica. 2011; 29(29):91-110.
- Municipalidad del Distrito San Juan Bautista (2015) Distrito San Juan Bautista. Descentralización de la Gestión Educativa. Loreto.
- Murguía, C. (2010) Embarazo Adolescente. Buenos Aires: Sanitas.
- Näslund-Hadley E, Binstock G. The miseducation of Latin American girls: poor schooling makes pregnancy a rational choice. Technical Notes No. IDB-TN-204. New York: Inter-American Development Bank; 2010.
- Olga Margarita Salaverry y Gustavo F. Gonzáles (2007) Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes de las ciudades de Lima, Arequipa, Cuzco Y Pucallpa. Lima.

ONU Perú -2018 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.

<http://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/library/mdg.html>

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia. Publicación Científica No. 583 Ginebra Ed. OPS/MOS 19:1-27. 2004.

Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

República del Perú (2001) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. ENDES. Lima: Mayo del 2001.

Sánchez Carlessi, Hugo (2005) Metodología y diseños en la investigación científica. Lima. HSC.

Sánchez, Y., Mendoza L., Grisales M., y col. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78, no.4 Santiago 2013.

Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). Primera Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados finales. Lima: SENAJU; 2012.

Sierra Bravo R. (1994) Técnicas de Investigación social. Madrid: Paraninfo.

Silver, Thomas J. El Embarazo en las Adolescentes: una nueva perspectiva en Sexualidad Humana. OPS/OMS: 159-71. 2010.

Stern C. (2007) El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública. México, 39:137-143.

Tarqui-Mamani C, Barreda A, Barreda M, Sanabria-Rojas H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. RevPeru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1):38-44.

UNICEF. Naciones Unidas, The World's Women, Trends and Statistics, 1997.

ANEXO N° 1.
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Grecia Xiomara Ramos Miranda, Bachiller de Psicología de la Universidad Científica del Perú, identificado con DNI No. 72317616, con la tesis titulada " Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas, Centros Poblados Rurales del Distrito de San Juan Bautista 2018."

Declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría.

He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.

La tesis no ha sido autoplagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, no copiados y por tanto los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

Los participantes fueron informados de los propósitos de la investigación y dieron su consentimiento informado.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otro), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Científica del Perú

Iquitos de 2018

.....
Bach. Psic. Grecia Xiomara Ramos Miranda
DNI N° 72317616

ANEXO N° 2.
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ACEPTO participar en la investigación
“Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes
Embarazadas y No Embarazadas, Centros Poblados Rurales del Distrito de San
Juan Bautista.” Utilizando mis datos personales e íntimos. Se me ha notificado
que toda la información que brinde se mantendrá en estricta confidencialidad.
No estaré expuesto a ningún riesgo producto de esta investigación.

Firmado en la Ciudad de Iquitos el..... del 2018

Firmado

ANEXO N° 3.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes con y sin embarazo de Centros Poblados Rurales del Distrito de San Juan Bautista. 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Existen diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018?</p> <p>Problemas específicos 1) ¿Existen diferencias significativas en Factores Psicosociales en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018? 2) ¿Existen diferencias significativas en Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar si existen diferencias significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo en Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018.</p> <p>Objetivos específicos 1) Determinar si existen diferencias significativas en Factores Psicosociales entre Adolescentes y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018. 2) Determinar si existen diferencias significativas en Actitudes hacia el Sexo entre Adolescentes Embarazadas y No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018.</p>	<p>Hipótesis General Se presentan diferencias directas y significativas en Factores Psicosociales y Actitudes hacia el Sexo entre adolescentes con y sin embarazo de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista. 2018.</p> <p>Hipótesis específicas 1) Se presentan diferencias directas y significativas en Factores Psicosociales entre adolescentes con y sin embarazo de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista. 2018. 2) Se presentan diferencias directas y significativas en Actitudes hacia el Sexo entre adolescentes con y sin embarazo de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista. 2018.</p>	<p>Variables Independientes</p> <p>Factores psicosociales. Actitudes frente al sexo.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Embarazo adolescente</p>	<p>El método será el método hipotético-deductivo. Su enfoque es cuantitativo, El diseño es descriptivo. El nivel de la investigación será descriptivo comparativo. El diseño será “no experimental” ya que no se manipulará ninguna de las variables. Desde el punto de vista estadístico el diseño asumido será el comparativo. Las puntuaciones obtenidas serán ingresadas a un programa estadístico computarizado (SPSS Ver.22 para Windows. La población de la investigación estará conformada por 56 Adolescentes Embarazadas y adolescentes No Embarazadas de los Centros Poblados Rurales (CPR) del Distrito de San Juan Bautista: Ampliación de Cruz del Sur y Peña Negra, 2018. La técnica que se empleará en la presente investigación es la “observación por encuesta”. Los instrumento que se aplicarán son el Cuestionario sobre Factores psicosociales del embarazo adolescente y el Cuestionario sobre Actitudes frente al sexo. Se aplicará la Razón “t” de Student para las comparaciones estadísticas.</p>

ANEXO N°4

Factores Psicosociales Asociados al Embarazo Adolescente

1. Datos personales:

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Grado de instrucción: _____

Estado civil: _____ Estas Embarazada: SI _____ NO: _____

Asentamiento humano: _____

2. Datos Socio geográfico

Nivel socioeconómico aproximado de la adolescente: _____

Instrucción del padre: _____ de la madre: _____

Zona de procedencia: _____

Vivienda: propia: _____ alquilada: _____ Vive en la casa de: pareja: Si__ No__

Edad de inicio de relaciones sexuales: _____ Edad del cónyuge: _____

Instrucción del cónyuge: _____ Nivel socioeconómico aproximado del cónyuge: _____

Características de las Viviendas (Pared, Piso y Techo)

Preguntas	Pobre Extremo	Pobre No Extremo	No Pobre
Material Predominante en las Paredes			
¿Ladrillo o bloque de cemento?			
¿Piedra o sillar con cal o cemento?			
¿Adobe o tapia?			
¿Quincha?			
¿Piedra con barro?			
¿Madera?			
¿Estera?			
Otro			
Material Predominante en los Techos			
¿Concreto armado?			
¿Madera?			
¿Tejas?			
cemento o similares?			
¿Caña o estera con torta de barro?			
¿Estera?			
¿paja, hojas de palmera?			
Otro			
Material Predominante en el Piso			
¿Parque o madera pulida?			
similares?			
¿Losetas, terrazos o similares?			
¿Madera?			
¿Cemento?			
¿Tierra?			
Otro			

Fuente: Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH- 2007

3. Algunos aspectos de la vida familiar:

2. Tipo de educación recibida de los padres:

a) Rígida _____ b) Tolerante _____ c) Adecuada _____

3. ¿Convive usted con sus padres?

Sí _____ No _____

4. Relación con sus padres.

Adecuada _____ Inadecuada _____

5. ¿Conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo?

Sí _____ No _____

IV. Algunos aspectos de la vida personal.

6. ¿Tiene apoyo espiritual y económico de su pareja?.

Sí _____ No tengo pareja _____

7. ¿Usó usted algún método anticonceptivo?

Sí _____ No _____

8. ¿Tiene usted relación estable de pareja?.

Sí _____ No _____ No tengo pareja _____

9. ¿Mantiene usted relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero a la vez?.

Sí _____ No _____

ANEXO N°5
ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL SEXO

Frente a lo afirmado en cada Ítem debe expresar su opinión marcando **sólo una** de las cuatro alternativas de respuesta.

No debe dejar ningún ítem sin responder.

(TA) Totalmente de Acuerdo con lo señalado en el ítem

(DA) De Acuerdo con lo señalado en el ítem

(ED) En Desacuerdo con lo señalado en el ítem

(TD) Totalmente en Desacuerdo con lo señalado en el ítem

	ITEMS	TA	DA	ED	TD
1	Las mujeres deben ser vírgenes cuando se casan.				
2	La planificación familiar debe estar disponible únicamente para las mujeres casadas.				
3	El promedio de mujeres desea tener sexo con menos frecuencia que el promedio de varones.				
4	La planificación familiar va en contra de la tradición de este país.				
5	La vasectomía no debe ser considerada por un hombre que sólo tiene uno o dos hijos o sea menor de 35 años.				
6	La mayoría de personas que contraen ITSs han tenido múltiples parejas sexuales.				
7	La elección por la esterilización siempre debe ser voluntaria.				
8	Los varones disfrutan del sexo sin amor más que las mujeres.				
9	La disponibilidad de planificación familiar estimula la actividad sexual, especialmente entre la gente joven.				
10	No es una buena idea usar métodos de planificación familiar antes que la esposa haya tenido su primer hijo.				
11	No es infrecuente para la gente, estar en amores con más de una persona a la vez.				
12	Las parejas no deberían casarse sin antes haber tenido relaciones coitales.				
13	Los padres no deben darles a sus hijas tanta libertad sexual como a sus hijos varones.				
14	La infidelidad marital es igualmente aceptable o inaceptable para ambos sexos.				
15	A un niño se le debe dar educación sexual en la escuela.				
16	El aborto es una forma aceptable de planificación familiar.				
17	A las parejas sólo se les debería permitir tener dos hijos.				
18	Las prostitutas brindan un servicio social útil.				
19	Las ITSs son más comunes entre la gente pobre y analfabeta.				
20	Debe darse a las adolescentes, con todo detalle, la información sobre el embarazo y la regulación de la fecundidad				
21	Las madres adolescentes solteras deben ser aceptadas socialmente				
22	La finalidad fundamental del acto sexual es la procreación:				
23	Todo el mundo, sin importar edad, estado civil o sexo, debe tener acceso a la anticoncepción				
24	La Iglesia debe velar por el adecuado comportamiento sexual de los adolescentes				
25	El uso de anticonceptivos entre adolescentes es decisión individual y no de la Iglesia				
26	Es la adolescente y no la sociedad o la Iglesia, quien debe decidir qué está bien o mal en conducta sexual				
27	Las relaciones sexuales prematrimoniales entre adolescentes deberían ser aceptadas por la Iglesia				
28	La maternidad es un instinto en la mujer joven				
29	Una pareja joven que no tiene hijos es una pareja frustrada				
30	La mujer adolescente adquiere la plenitud de su valor cuando tiene un hijo				
31	La virginidad en la adolescente es garantía de una mayor estabilidad matrimonial en el futuro				
32	En el hombre adolescente es explicable la tendencia a la promiscuidad				