

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**FACTORES SOCIOCULTURALES Y MATERNIDAD DE LA  
MUJER ANDINA EN LA COMUNIDAD DE CHIYNAYA, 2003**

**EXAMEN DE SUFICIENCIA**

**PRESENTADA POR:  
LILI ANA DEZA CALLATA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
TRABAJADORA SOCIAL**

**PROMOCIÓN: 1996**

**PUNO – PERÚ**

**2003**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**“FACTORES SOCIOCULTURALES Y LA MATERNIDAD DE LA MUJER  
ANDINA EN LA COMUNIDAD DE CHIYNAYA, 2003”**

**EXAMEN DE SUFICIENCIA**

**PRESENTADA POR:**

**LILI ANA DEZA CALLATA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**TRABAJADORA SOCIAL**

**MODALIDAD: EXAMEN DE SUFICIENCIA 2003**



APROBADA POR EL JURADO DICTAMINADOR:

PRESIDENTE

:   
M.Sc. MARY YOLANDA AVILA CAZORLA

PRIMER JURADO

: \_\_\_\_\_  
M.Sc. LUZ MARINA DELGADO SANTOS

SEGUNDO JURADO

:   
Mg. VIVIAN RENE VALDERRAMA ZEA

ASESOR

: \_\_\_\_\_  
ROBERTO SALOMON FLORES DELGADO

**ÁREA:** Desarrollo humano y calidad de vida.

**TEMA:** Problemas y políticas sociales.

## DEDICATORIA

Con infinita gratitud y humildad, dedico este  
esfuerzo a Dios todo poderoso.

A mis queridos Padres, a cada uno de mis  
hermanos y familiares por darme su apoyo,  
compresión y amor, con ello contribuyeron  
a mi formación Profesional.

## AGRADECIMIENTO

- *Quiero manifestarles mi más sincero agradecimiento:*
- *A las docentes de la Facultad de Trabajo Social, por su apoyo, orientación y compartir sus sabios conocimientos en el desarrollo de mi formación profesional*
- *También, a mi asesor, a las docentes juradas que han hecho posible la culminación de este trabajo.*
- *Y a todos aquellos que han contribuido de alguna manera en el cumplimiento de mis objetivos.*

**ÍNDICE GENERAL**

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE GENERAL .....	v
LISTA DE TABLAS .....	viii
LISTA DE FIGURAS .....	ix
LISTA DE SIGLAS .....	x
<b>I. TÍTULO DEL PROYECTO .....</b>	<b>11</b>
<b>II. RESPONSABLES .....</b>	<b>11</b>
<b>III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Descripción del problema.....	11
3.2 Definición del problema.....	14
3.3 Formulación del problema de investigación .....	15
<b>IV. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>V. OBJETIVO .....</b>	<b>17</b>
5.1. Objetivo general .....	17
5.2. Objetivos específicos.....	17

<b>VI.</b>	<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
6.1	Antecedentes .....	18
6.2	Marco teórico .....	22
6.2.1	Factores sociales y la maternidad.....	22
6.2.2	Factores culturales y la maternidad.....	23
6.2.3	La cultural y acceso y uso de servicios de salud .....	25
6.2.4	Determinantes próximos del embarazo a temprana edad.....	27
6.3	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	28
6.3.1	Maternidad .....	28
6.3.2	Salud materna.....	31
6.3.3	La cultura.....	31
6.3.3	La maternidad y el contexto rural .....	33
6.3.4	La familia .....	35
6.3.5	Tipos de familias .....	36
6.3.6	La adolescencia .....	39
6.3.7	La pobreza monetaria.....	40
<b>VII.</b>	<b>HIPÓTESIS .....</b>	<b>41</b>
7.1	Hipótesis general .....	41
7.2	Hipótesis específica.....	41

<b>VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>42</b>
<b>IX. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
9.1 Tipo de investigación .....	44
9.2 Diseño de investigación .....	45
9.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	46
9.3.1 Método .....	46
9.3.2 Técnicas.....	46
9.4 Unidad de análisis (objeto de estudio) .....	47
9.5 Unidad de observación .....	47
9.6 Población universo .....	47
9.7 Muestra de estudio .....	48
9.8 Diseño y procesamiento estadístico .....	49
<b>X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>50</b>
<b>XI. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO .....</b>	<b>51</b>
11.1 Presupuesto.....	51
11.2 Financiamiento .....	51
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>60</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Operacionalización de las variables sociales (independiente).....	42
Tabla 2. Operacionalización de las variables culturales (independiente).....	43
Tabla 3. Operacionalización de las variables maternidad (dependiente).....	43
Tabla 4. Técnicas e instrumentos.....	47
Tabla 5. Cronograma de actividades.....	50
Tabla 6. Presupuesto para la realización de la investigación.....	51

**LISTA DE FIGURAS**

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Relación entre el factor cultural y el uso de los servicios de salud.....	27
Figura 2. Medición de la pobreza monetaria en el Perú.....	40
Figura 3. Diseño de investigación correlacional.....	45

**LISTA DE SIGLAS**

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONHU	Convenio Hipólito Unanue
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MEASURE	Encuestas Demográficas y de Salud
/DHS	
MINSA	Ministerio de Salud
ORAS	Organismo Andino de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Children's Emergency Fund)

## **I. TÍTULO DEL PROYECTO**

“Factores socioculturales y maternidad de la mujer, en la comunidad de Chijnaya, 2003”

## **II. RESPONSABLES**

**2.1 Ejecutora :** Bachiller Lili Ana Deza Callata

**2.2 Asesor :** Roberto Salomón Flórez Delgado

## **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **3.1 Descripción del problema**

La maternidad afronta diversos problemas en la actualidad, tales como: el embarazo a temprana edad (15 a 19 años), el número de hijos (no planificados), las madres solteras, la alta tasa de muerte materna, es decir, la mortalidad de materna por cada 100 000 nacidos vivos es de: 549 en adolescentes de 15 a 19 años y 260 en madres de 20 a 34 años, (Issler, 2001), todos ellos relacionados con factores socioculturales de su medio, tales como, bajos ingresos e inestabilidad económica familiar, el nivel educativo, el abuso sexual, violencia sexual, desconocimiento de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales no protegidas, valoración cultural de tener hijos, tener hijos a temprana edad (15 a 19 años), cultura patriarcal en la familia, entre otros. Esta investigación se limitará a la maternidad expresada en la temprana edad de ser madre y al número de hijos y su relación con los factores socioculturales antes expresados.

En lo referente al embarazo a temprana edad, expresado en la "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en

forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda (Issler, 2001). Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe (OMS, 2009). Por otro lado, la muerte materna, según el Ministerio de Salud (2009) en el mundo cada día se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos. Tanto, la muerte materna como del recién nacido, permite evidenciar el grado de desarrollo de los países y están

relacionadas con factores socioculturales ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombre, la inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto, la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras. Mientras que, los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas (MINSa, 2009).

En el Perú, como indica el INEI (2006) “en muchas regiones el embarazo a muy temprana edad, es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para los adolescentes porque no fue planificado: se da en parejas que no han iniciado su vida en común o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono a la mujer y al hijo, configurando así el problema social de la "madre soltera", además del abandono escolar de la adolescente. Este problema es causado por falta de información, consejos, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas socioculturales”, El embarazo en adolescentes de 15 años subió de 1,0 % a 1,9 %, entre 2000 y 2014, en las de 16 años aumentó de 4,7 % a 5,4 %, y en las de mayor edad pasó de 22,3 % a 26,7 %. Del total de mujeres de 15 a 19 años de edad tiene educación primaria.

Sobre el problema de número de hijos (no planificados), cobra importancia, la planificación familiar como elemento necesario de la sostenibilidad familiar, es así que, “planificar el número de hijos deseados es el primer paso para asegurar la disponibilidad de recursos económicos de la familia y la calidad de vida de los integrantes de la misma. En el Perú, según la ENDES Continua 2004, el 29,5% de las mujeres no usa ningún método de anticoncepción. Esta cifra se hace más alta entre las jovencitas de 15 a 19 años que tienen una vida sexual activa, pues el 42.8% de ellas no utiliza ningún método para prevenir el embarazo. Todas estas cifras tienen un impacto directo en la tasa global de fecundidad del país: si todos los nacimientos no deseados pudieran ser prevenidos, ésta llegaría a 1.5. Sin embargo, como no ocurre así, las mujeres peruanas tienen un hijo más que los deseados: 2.4 hijos en promedio” (UNICEF, 2006).

En la región de Puno el índice de embarazo adolescente de 15 a 19 años de edad es de 14% un punto porcentual mayor que el a nivel nacional que es de 13% por ciento (Es Salud Puno, 2013).

### **3.2 Definición del problema**

La edad promedio del primer parto en el Perú es de 21.9 años y en la Sierra y Selva es menor al promedio nacional (15 a 19 años) según el INEI. En la comunidad rural de Chijnaya, se manifiestan la maternidad a muy temprana edad 15 a 25 años, el número de hijos (no planificados), entre otros, se ha observado que un 75% de las madres tiene educación primaria, el promedio de hijos es de 3 a 4 hijos, y las decisiones de tener relaciones sexuales no protegidas las decide unilateralmente los varones influenciado lógicamente por factores socioculturales presentes y patrones culturales tradicionales.

El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial y claramente se observa que la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos, cambios fisiológicos, psicológicos-anatómicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas. Por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden bio - psico - social repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia.

### **3.3 Formulación del problema de investigación**

En forma general esta investigación responderá la interrogante:

¿Cómo influyen los factores socioculturales en la maternidad de la mujer en Chijnaya – 2016?

Y en forma específica:

- ¿Cómo influyen los factores sociales en la maternidad de la mujer en Chijnaya – 2003?
- ¿Cómo influyen los factores culturales en la maternidad de la mujer en Chijnaya – 2003?

#### IV. JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta investigación es de conocer y dar a conocer en qué medida los factores socioculturales influyen o están relacionados con la maternidad en el sector rural andino, Chijnaya, en el Perú 2003.

Con los resultados de la investigación, los funcionarios públicos e instituciones tanto públicas como privadas, puedan tener información que les permita tomar mejores decisiones y coadyuvar a mejorar el bienestar de la mujer y su maternidad en el sector rural del país y del mundo.

Puede lograr ser un insumo y estímulo para realizar y profundizar el tema en otras investigaciones, relacionados con la maternidad.

El fin último que se persigue es sensibilizar a toda la comunidad sobre el tema de la maternidad y estimular a los agentes decisores que están en sus manos poder mejora el bienestar de la mujer y la maternidad.

## V. OBJETIVO

### 5.1. Objetivo general

Analizar la influencia de los factores socioculturales en la maternidad de la mujer en Chijnaya – 2016

### 5.2. Objetivos específicos

- Determinar el grado de influencia de los factores sociales en la maternidad de la mujer en Chijnaya – 2016.
- Determinar el grado de influencia de los factores culturales en la maternidad de la mujer en Chijnaya – 2016.

## VI. MARCO TEÓRICO

### 6.1 Antecedentes

Como manifiestan los siguientes autores, las causas de la maternidad a temprana edad y el número de hijos no planificados, están relacionados con factores socioculturales y es multideterminado, así algunas causas son: el abuso y la violencia sexual, los patrones culturales tradicionales que no aceptan fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia, por lo que no existe educación adecuada al respecto y raras veces acceden a servicios de salud reproductiva y anticoncepción, y en consecuencia no utilizan métodos anticonceptivos, no conocen adecuadamente el período fértil. Por otro lado, el nivel educativo bajo de las mujeres, la pobreza del hogar de la mujer. Para algunos autores es de carácter hereditario el hecho de ser madre a temprana edad, Entre otros,

En lo referente a la maternidad a temprana edad, Gómez, Molina & Zamberlin (2011), en su investigación: "Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe", cuyo objetivo es desarrollar un documento informativo sobre el embarazo en adolescentes menores de 15 años en América Latina y el Caribe que resuma y sistematice la información disponible y que ofrezca recomendaciones que permitan su prevención, así como un manejo adecuado a nivel de los servicios de atención. Encuentran que, el abuso y la violencia sexual como potencial causa de estos embarazos son problemas de salud pública y de derechos humanos que generan graves consecuencias biológicas, psíquicas y sociales. En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación

insuficiente y sin relación con sus necesidades reales. Asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción. Con frecuencia las adolescentes en América Latina no usan métodos anticonceptivos, a pesar que una importante proporción de ellas los conoce. Es preocupante que muchas de las que usan el método del ritmo no conozcan adecuadamente el período fértil. La sexualidad de las adolescentes se caracteriza por la dificultad de acordar un modelo de comportamiento con sus parejas, así como por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Los impactos en lo afectivo, social y psicológico, llevan a repetir el proceso en la siguiente generación, como parte de la cultura de la comunidad que precede, rodea y sigue al nacimiento de un ser humano hijo/a de una madre-niña.

Así mismo, Salazar y otros (2007), en su investigación: “Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños”, determinó el carácter “hereditario” de la maternidad adolescente, pues el 75% de sus madres a su vez lo fueron y así mismo lo son el 50% de las hermanas. También entre las consecuencias del embarazo adolescente están: alta deserción escolar (53%); hogares tanto nucleares como monoparentales de jefatura femenina; baja repercusión en el cambio de ocupación de la mujer y en su proyecto de vida (30%); y causa, aunque débil, de formación de uniones legales o religiosas.

Según el INEI (1996), la maternidad a temprana edad (adolescentes), en el Perú, está asociada a precarias condiciones socioeconómicas: el 70.5% vive en situación de pobreza, estas madres poseen menores índices de activos del hogar y menor acceso a servicios públicos (Alcázar & Lovatón, 2006). Asimismo, está

asociada a bajos niveles de educación: cerca del 63% no tiene escolaridad o solo ha estudiado hasta nivel primario (INEI, USAID, UNICEF y MEASURE/DHS+ & Macro International Inc., 2001).

Porras (2003), en un estudio realizado en ocho grupos focales en tres hospitales de Lima Metropolitana y una ONG (en los cuales se recogió, entre otros aspectos, información sobre el ambiente familiar, el desempeño escolar y el conocimiento de métodos anticonceptivos). Los resultados de la investigación señalan, que entre los factores socioculturales asociados a la maternidad adolescente se encuentran: situaciones de inestabilidad económica en el hogar, violencia familiar, soledad y carencia de afecto, así como antecedentes de maternidad temprana en la familia. Además, muestra evidencia acerca de los efectos del embarazo temprano en el logro escolar de los hijos, el tamaño y estructura de la familia, así como la preferencia de maternidad entre generaciones.

Nóblega (2009), en su investigación cualitativa: “La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción”, analiza el significado que adquiere la maternidad temprana en sectores de situación de pobreza, en 25 madres de 18 a 20 años, que tuvieron un embarazo en la adolescencia. Así mismo, las representaciones sociales en torno a las características de la maternidad temprana en 24 adolescentes, analiza que la maternidad es un fenómeno multideterminado en el que interactúan factores culturales, sociales, económicos y personales, y que necesita de una intervención integral que incorpore las características propias del contexto en el cual se da. Además, es importante considerar que algunas jóvenes no logran una adecuada integración del nuevo rol a sus vidas, por lo que es también necesario un abordaje personalizado de la

problemática. Los resultados evidencian que la maternidad constituye un momento de cambio positivo para la mayoría de las jóvenes y que cumple un rol estructurador de su identidad.

Para Rodríguez (2008), en su trabajo: Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva, cuyo objetivo de este trabajo fue analizar las percepciones, conocimientos, prácticas, expectativas de las mujeres indígenas de Otavalo (Ecuador), con respecto al proceso reproductivo: embarazo, parto, postparto, planificación familiar, violencia de género y a la forma cómo resuelven las necesidades asociadas al mismo, en el sistema de salud o fuera de él. Llegando a los siguientes resultados: El escaso conocimiento que tiene el personal de salud sobre la cultura andina indígena, constituye un obstáculo al mayor acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital. Junto al escaso conocimiento existen también prejuicios respecto de las prácticas comunitarias que se consideran rezagos del atraso de los pueblos indígenas, a los que hay que llevar la modernidad. Los servicios públicos de salud están organizados bajo la concepción occidental para ofrecer servicios a una población homogénea: la mestiza. De allí que exista un desconocimiento del personal de salud sobre las expectativas, necesidades y demandas de las mujeres indígenas. Las brechas entre la oferta del hospital y la demanda de las mujeres indígenas se expresa en el lenguaje que se utiliza en los servicios y la realidad de mujeres Kichwa hablantes; en la forma de atención durante el embarazo, en la posición durante el parto que para las mujeres indígenas es la posición vertical en contraposición con la posición ginecológica que se ofrece en el hospital; en la participación o no de familiares, la presencia o no de la partera; el uso de hierbas

medicinales, los masajes, entre otros. El estudio quiso indagar sobre los factores que inciden en el acceso o no de las mujeres indígenas a los servicios públicos de salud reproductiva. Los resultados nos mostraron que se requiere un análisis que parta del reconocimiento de dos aproximaciones culturales a la salud, que operan con lógicas distintas: a) una visión occidental que privilegia los aspectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural, b) una visión andina indígena que parte del principio “estar bien” “buen vivir” “Allincai” en equilibrio con la naturaleza, los otros humanos y los otros seres vivos. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y la falta de respeto a las normas sociales, la ausencia de reciprocidad. Existen una serie de principios: relacionalidad, correspondencia, complementariedad y reciprocidad que son bases de la racionalidad andina.

Como manifiesta Rodríguez (2008), el factor cultural no bien abordado conlleva a problemas en el proceso de la maternidad.

Esta investigación aportará con nuevos conocimiento y evidencias sobre la influencia de los factores sociales a la maternidad de la mujer andina, que permitirá, a los agestes decisores, abordar este tema con mayor información, y con ello mejorar el nivel de vida de la mujer en la maternidad y del recién nacido.

## **6.2 Marco teórico**

### **6.2.1 Factores sociales y la maternidad**

Los factores sociales, que están relacionados con la maternidad son, de carácter individual, del grupo de personas y del medio donde uno vive, como indica Cordero (2010), los factores sociales están referidos a, los comportamientos de

las personas, aquellos intrínsecos a los individuos (edad, sexo, alimentación, estilos de vida etc.), las características de los hogares (condiciones de la vivienda, condiciones de vida, acceso a servicios, etc.) y el entorno donde reside la gestante (medio ambiente, dispersión, ruralidad, normas sociales, entre otros). Estos factores tienen efecto positivo o negativo no solo en el reconocimiento de los signos de gravedad de las complicaciones obstétricas, sino también en el uso de los servicios de salud y en los cuidados de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Entre los factores sociales que causan el embarazo y la maternidad a temprana edad (adolescentes) están los siguientes: Una baja edad de iniciación sexual, la existencia de antecedentes familiares (ser hija de una madre adolescente), la presencia de una familia no nuclear, ensamblada o monoparental, la falta de acceso a recursos e información para interrumpir el embarazo. Así mismo, existen otras causas relativamente recientes en lo que hace a su conocimiento, el abuso sexual o con el ataque incestuoso, optar quedarse embarazadas por alejarse de sus casas (Margulis & Otros, 2003).

### **6.2.2 Factores culturales y la maternidad**

Los factores culturales están relacionados con los valores, costumbre, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico, (Eagleton, 2001), la cultura es una abstracción, es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto, nuestro conocimiento de la cultura de un grupo va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo que vamos a poder concretar en patrones específicos de comportamiento. Cada individuo tiene su mapa mental, su guía de comportamiento, lo que se

llama su cultura personal. Mucha de esa cultura personal está formada por los patrones de comportamiento que comparte con su grupo social, es decir, parte de esa cultura consiste en el concepto que tiene de los mapas mentales de los otros miembros de la sociedad. Por tanto, la cultura de una sociedad se basa en la relación mutua que existe entre los mapas mentales individuales, (Herrero, 2002).

Rodríguez (2008), manifiesta que la manera en que los seres humanos perciben su entorno físico, social y la forma como viven y se relacionan con él, están determinadas por la cultura. La cultura es una manera de codificar la realidad. La salud (reproductiva) como producto físico y social responde también a códigos culturales. Lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura. El conocimiento, es decir la forma como los seres humanos perciben, entienden y organizan sus respuestas al entorno, está condicionado por la cultura. Las diferencias en la percepción y en el conocimiento, en la cultura occidental fueron consideradas desviaciones, incapacidad y argumento de inferioridad de las “otras culturas”.

Entre los factores culturales que influyen a la maternidad están, el origen étnico, sistema tradicional de salud, la falta de información sobre métodos anticonceptivos y una deficiente y defectuosa educación sexual, la carencia de proyectos de vida individuales ligados con una experiencia de futuro. Están por último las causas positivas, las que pueden identificar con el anhelo de tener algo propio, alguien a quien darle cariño y amor. Esto puede interpretarse como el producto de una carencia afectiva previa, que podría extenderse al universo

completo de la maternidad en todas las clases. Este tipo de causas se refieren a la diferencia cultural según la cual se le otorga valor a la maternidad y a los hijos, especialmente entre los sectores populares. Esto hace que la presión por tener hijos actué en ellos con mayor fuerza y que el embarazo en la adolescencia, algo que suele ser visto como un contra tiempo, pase a ocupar un segundo lugar. En las clases media esta valoración se comparte con otras realizaciones que mediatizan su primacía. No es que en los sectores medios y altos no se quiere tener hijos, sino que se espera a concluir ciertos ciclos previamente, ya que, en la valoración de las mujeres, tanto externa como interna, interviene otros factores. Se suele identificar el mandato de la maternidad como un síntoma de la prevalencia de pautas culturales fuertemente patriarcales, y seguramente esto mucho le debe a la división tajante de los roles de género que hace de los hombres productores y de las mujeres reproductoras. Sin duda, esto es cierto y tiene un enorme peso, (Margulis & Otros, 2003).

### **6.2.3 La cultural y acceso y uso de servicios de salud**

Cordero (2010), refiere interrelaciones de causalidad entre los elementos del factor cultural y el uso de los servicios de salud. Observa que son cuatro las trayectorias que entran en tensión en las comunidades indígenas y que podrían explicar por qué las mujeres indígenas no utilizan aquellos servicios que resuelven las emergencias obstétricas:

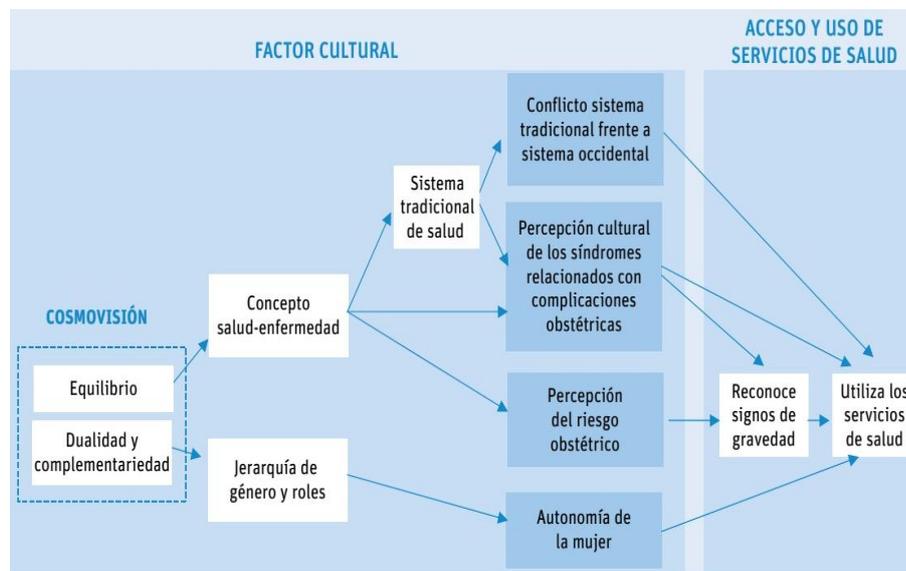
- a) El *sistema tradicional de salud y el occidental*, al tener origen en diferentes cosmovisiones, muy rápidamente entran en conflicto. Esta situación se expresa en el trato discriminatorio de parte del equipo de salud hacia los usuarios de origen indígena, generándose en estos

últimos una percepción de colisión con su sistema tradicional de salud. Tal falta de comprensión, tolerancia y respeto por parte del personal de salud hacia la cultura del usuario indígena se constituye en experiencias adversas que generan y perpetúan mayor aversión por el sistema de salud occidental.

- b) Las *percepciones culturales de los síndromes* de complicaciones del embarazo y el parto están impregnadas de la cosmovisión indígena y de su manera de entender la salud y la enfermedad. Si bien es cierto que los indígenas identifican con pertinencia la complicación, no siempre reconocen oportunamente la magnitud de la gravedad de las complicaciones obstétricas, como por ejemplo la gravedad de la hemorragia puerperal.
- c) En las comunidades indígenas, el comportamiento reproductivo está influenciado por las expectativas y las normas culturales explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad de la etnia y está relacionado directamente con el prestigio femenino. La baja percepción del riesgo obstétrico en comunidades indígenas es resultado de su cosmovisión y de su forma de entender el evento embarazo y parto como un evento natural.
- d) La *autonomía de la mujer* es entendida como la libertad de elección y de acción de la mujer para determinar dónde y con quién atender su parto. Tal autonomía está limitada por la jerarquía de roles de género que se establece a partir de la ruptura del equilibrio intrínseco a los conceptos de dualidad y complementariedad derivados de su cosmovisión.

Figura 1

Relación entre el factor cultural y el uso de los servicios de salud



Fuente: Cordero (2010).

#### 6.2.4 Determinantes próximos del embarazo a temprana edad

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) (2009), indica que los determinantes próximos del embarazo en adolescentes, son: La iniciación sexual y la nupcialidad temprana, así como limitaciones en el acceso a la anticoncepción, son determinantes próximos del embarazo adolescente, a través de los cuales se manifiestan y actúan otros determinantes de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales, las relaciones de dominación y subordinación de género y la violencia. Todos estos factores tienen que ver con las relaciones de poder, que determinan en gran medida el riesgo o posibilidad de protección respecto a los embarazos no planeados: “Las relaciones de género e intergeneracionales son a su vez elementos que determinan y reconfiguran las relaciones entre mujeres y hombres de distintas edades en un contexto sociocultural que define, desde el poder, unas formas de

relación: cómo se comportan, perciben, protegen y arriesgan las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad” (González & Londoño, 2003).

Siguiendo al UNFPA (2007), se puede suponer que existen, de manera muy general, al menos dos patrones que muestran realidades diferenciadas. Por un lado, importantes sectores que viven una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no necesariamente es conceptualizado como una problemática por los individuos y sus comunidades, y más bien forma parte de las prácticas culturales, o es una forma para las mujeres de constituir su propio proyecto de vida en contextos socioeconómicos caracterizados por la falta de oportunidades (González y Londoño 2003). Por el otro lado, está un patrón que se registra en contextos urbanos con una importante proporción de embarazos adolescentes no planeados/deseados y en situación premarital, en las que el embarazo no responde necesariamente a un proyecto de vida de los individuos, sino que más bien lo interrumpe.

### **6.3 Definición conceptual**

#### **6.3.1 Maternidad**

La maternidad para Kurczyn (2004), es la función reproductiva de la mujer que comprende la gestación, el embarazo, abarcar además de estos procesos fisiológicos, periodos como la lactancia y el puerperio. La gestación se refiere estrictamente al proceso de formación del producto en el vientre materno. La maternidad cumple con la misión esencial de perpetuar la especie humana. Cumple también con la importante función social de integrar al grupo familiar, de convertirlo en la célula en la cual se fundamenta la sociedad y en donde surgen los primeros lazos de control social. Por esto se puede afirmar que la

maternidad cumple una función social básica e indispensable. La condición biológica normal de la mujer es procrear, mas no por ello debe olvidarse y de entender en toda su dimensión que la perpetuación de la especie se comparte con el sexo masculino; por ende, la responsabilidad social y económica es de ambos. La mujer como productora de riqueza (trabajadora, empresaria, comerciante etcétera), debe contar con las mismas oportunidades, al igual que el varón, recibir el mismo trato social, educativo, laboral y, en general, disfrutar de los mismos derechos que los varones, así como responder por las mismas obligaciones.

Por otro lado, Palomar (2005), Badinter (1980) y Knibiehler (2001), definen que la maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. La práctica de la maternidad parece sintetizar tanto las contradicciones como los ideales del género en nuestra sociedad, influyendo en la producción de una experiencia femenina, compuesta por automatismos, tradiciones, costumbres y prescripciones sobre lo que una mujer debe ser; como práctica real o como posibilidad, es algo que a toda mujer se le plantea en algún punto de su proceso vital, si bien que de diversas maneras. La maternidad se presenta de tal forma “naturalizada” como expresión del género, que se vive automáticamente, sin que medie un proceso reflexivo consciente que permita dar cuenta de los motivos que llevan a una mujer a tomar la decisión de tener hijos. Más allá de que es posible pensar que puede haber un núcleo incognoscible en el deseo materno, el “sentido mentado” de la experiencia se ve sistemáticamente ligado, por una parte, a emociones, afectos y deseos poco explicitados, y por la otra, a mandatos

sociales vinculados a tradiciones, costumbres, normas y creencias, igualmente poco explícitos y que forman parte de las prácticas discursivas de género.

Culturalmente, la maternidad es la especificidad de la condición femenina. A pesar del deseo de las mujeres de poder regular su fecundidad, su identidad y valoración sociales radican en la posibilidad de ser madres. Más allá de una verdadera elección individual, las mujeres buscan ser madres por cuestiones psíquicas y sociales, (Lamas, 2001).

Tubert Silvia, (1991), indica que en mucho tiempo se ha concebido la maternidad como una función de carácter intuitivo, profundamente arraigado en las estructuras biológicas de la mujer, independientemente de las circunstancias temporales y espaciales en las que tiene lugar, resultándonos difícil reconocer que la maternidad es un fenómeno cultural. Si bien es cierto que la procreación sea natural y ello induce a pensar que la concepción y gestación le corresponde el deseo de tener un hijo, crea una ilusión de naturalidad.

Lagarde (2003), manifiesta que, puede afirmarse que el matrimonio y la maternidad a una edad temprana supone para las mujeres un freno a su desarrollo personal, que obstaculiza la formación y por extensión la participación laboral, la autonomía y la independencia económica.

Un estudio reciente en Norteamérica demostró que, en los últimos veinte años, se ha reducido el número de mujeres que consideran la maternidad como el aspecto más grato y ha aumentado el número de quienes encuentran más satisfacción en el trabajo. A medida que las mujeres occidentales han revalorado su posición en la sociedad y han decidido ser más independientes, con la ayuda de métodos anticonceptivos confiables, son menos las que perciben el papel de

esposas y madres como algo predeterminado. La inversión de tiempo en una carrera significa que más mujeres optan por formar familias a una edad más avanzada. Para la mayoría de las mujeres tener hijos es ahora cuestión de elegir y planear, aunque demasiadas adolescentes todavía quedan en embarazo por accidente. Hoy en día, son pocos los que se identifican con la incuestionable idealización de la procreación que antes hacía que la sociedad lo enfocara como algo esencial para la realización personal de una mujer. Algunas mujeres que llegan a cierta edad y temen que esté disminuyendo su fertilidad, pero no han encontrado una pareja con quien organizar una familia consideran la posibilidad de hacer de padre y madre a la vez. Si deciden tomar esta decisión y conciben un bebé, generalmente son admirables por su entereza y por lo común están bien preparadas para hacer frente a lo que implica ser madres a cargo de todo. Para ellas la maternidad es un estado que escogieron, no algo que les impuso al azar, (Stoppard, 2000).

### **6.3.2 Salud materna**

La OMS (2016), la salud materna<sup>1</sup> comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

### **6.3.3 La cultura**

Gómez (2016), afirma que, cultura significaba entre los latinos “cultivo” o “cuidado”, y Catón empleó el término en referencia al campo (“agri-cultura”).

---

<sup>1</sup> Definición encontrada en: [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/es/OMS](http://www.who.int/topics/maternal_health/es/OMS)

Valiéndose de la idea de “cultivo de la tierra” o agricultura, Cicerón utiliza la metáfora de cultura animi, es decir, “cultivo del alma”, que nos aproxima un tanto al sentido que, en la actualidad, tiene el término en las lenguas occidentales.

La cultura es el conjunto de valores, costumbre, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de un grupo específico, (Eagleton, 2001).

Fue, precisamente, E. B. Tylor quien acuñó una de las definiciones más clásicas de la cultura, y ya con el sentido que tiene hoy, en 1871, en *Cultura Primitiva*: "La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cuales quiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad", (Gómez, 2016).

La cultura es una abstracción, es una construcción teórica a partir del comportamiento de los individuos de un grupo. Por tanto, nuestro conocimiento de la cultura de un grupo va a provenir de la observación de los miembros de ese grupo que vamos a poder concretar en patrones específicos de comportamiento. Cada individuo tiene su mapa mental, su guía de comportamiento, lo que llamamos su cultura personal. Mucha de esa cultura personal está formada por los patrones de comportamiento que comparte con su grupo social, es decir, parte de esa cultura consiste en el concepto que tiene de los mapas mentales de los otros miembros de la sociedad. Por tanto, la cultura de una sociedad se basa en la relación mutua que existe entre los mapas mentales individuales, (Herrero, 2002).

“La cultura tiende a la solidez que le confiere su inclinación a la condensación o plasmación de energías subjetivas, puesto que una cultura está compuesta por un lenguaje, unos monumentos, unos textos, un arte. Empero, las contradicciones y tensiones que la atraviesan minan esa misma inercia hacia su plasmación objetiva, mientras que las innovaciones mudan sin cesar su contenido. Ello no impide que se hallen en la cultura algunas constantes, mucho menos sujetas a la historicidad. El género es una de estas constante, sujeto a una medida de invariabilidad. Así, el género femenino orienta la cultura de las mujeres en una dirección relativamente distinta a la de los hombres, piensa Simmel<sup>2</sup>, con relativa independencia de la época y creencias. En su *cultura femenina*, de 1902, Simmel considera que la cultura subjetiva es más intensa en las mujeres que la objetiva, más propia de los hombres”, (Giner, 2004, p. 379).

En lo que respecta a la cultura en la mujer andina en el Perú, como refiere Dupret “la estructura propia a un sujeto femenino dentro de nuestro contexto mestizo, se arraiga en la tradición andina y el gran descalabro sociocultural que significó la conquista marcó las relaciones sociales y familiares, que después adquirieron sus formas particulares en los siglos siguientes” (Dupret, 2003).

### **6.3.3 La maternidad y el contexto rural**

Las mujeres en el contexto indígena se encuentran subordinados por la imposición de modelos patriarcales. Es por ello que son excluidas y maltratadas en la mayor parte de los espacios públicos. Pese a ello, para ellas, la maternidad representa un espacio de poder absoluto y reservado sólo para ellas, pues la paternidad descansa distante de los hijos, al menos durante sus primeras etapas

---

<sup>2</sup> Simmel (Berlín, 1858 - Estrasburgo, Francia, 1918) Filósofo y sociólogo alemán.

de vida. Consiguientemente, la maternidad otorga poder y posicionamiento en la comunidad, ya que la crianza es un espacio de construcción de identidad y disciplinamiento de los hijos y futuros comuneros, he aquí su importancia. Sin embargo, esta maternidad a la que se incorpora el elemento étnico, asume ciertas particularidades. Una de ellas, que tiene un correlato estadístico, es los altos índices de mortalidad materno infantil, (Baeza, 2011).

Zapata (2001), en su libro conociendo a la joven rural, hace una descripción del contexto de la joven rural en Chile, afirmando que, las familias se caracterizan por ser frías, poco cariñosas, autoritarias e inclusive bastante agresivas verbal y también físicamente. Las adolescentes de 13 y 18 años denuncian violencia intrafamiliar en sus hogares. La razón de estos comportamientos deberían buscarse en la cultura campesina, que por años ha aceptado e incentivado la frialdad, la incomunicación de sentimientos y la violencia intrafamiliar. Las normas dentro de la familia son rígidas, exigen cumplimiento sin cuestionamientos, ellas están referidas a las "obligaciones y tareas" que deben ejecutar las jóvenes, que son según su propio juicio, "abrumadoras, es una vida de trabajo y responsabilidades", pero ante las cuales no se revelan. Las jóvenes estiman que hay una gran cantidad de tareas que debe cumplir la mujer (debe asumir tareas propias del hogar y tareas del campo), mientras que el hombre trabaja menos y se le reconoce su trabajo, lo que no sucede con la mujer, ya que su trabajo es "invisible". Es la primera discriminación que se da en el campo entre hombres y mujeres. Las normas de sociabilidad, esparcimiento y relaciones afectivas, es rígida; más del 50% de la jóvenes, no tienen permisos para asistir a fiestas o reuniones y si lo hace, deben ser acompañadas por sus hermanos mayores o familiares. El enamoramiento, en la mayoría de los casos es prohibido

y cuando es autorizado es objeto de control, sospecha, de malos tratos hacia el enamorado. evienciandose una discriminación hacia la mujer, en vista de que los hombres tienen libertad para enamorarse salir con sus amigos, ir a reuniones y fiestas, "emborracharse todos los fines de semana". La comunicación al interior de la familia campesina es prácticamente inexistente, no hay libertad ni confianza para tratar temas de importancia para la joven y menos asuntos personales. Las conversaciones giran en torno al trabajo, no se comparten actividades entre todo el grupo familiar. El clima familiar es apático, inexpresivo improductivo, por lo tanto, poco apto para el desarrollo personal de los miembros de familia. En todas las jóvenes se evidencia el deseo de lograr un tipo de comunicación más respetuosa y afectiva con sus padres y hermanos; desearían que no existiera tensiones en las relaciones familiares y que no se siguiera manteniendo un sistema en que los miembros de la familia resuelven sus problemas como pueden, sin contar con el apoyo, la ayuda, la orientación y la comunicación del resto de los integrantes. La familia campesina en general, no es sociable, solo se relaciona con sus vecinos cuando es indispensable y casi siempre lo hace por razones de trabajo, lo que impide que se conozca y se preocupe de lo que hace cada persona en la comunidad.

#### **6.3.4 La familia**

Claude Lévi-Strauss<sup>3</sup> (1956), afirma que la familia encuentra su origen en el matrimonio, consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión y sus miembros se mantienen unidos por lazos legales, económicos y religiosos. Además, establece una red de prohibiciones y privilegios sexuales y a una

---

<sup>3</sup> Claude Lévi-Strauss (1908-2009), fue un antropólogo y etnólogo francés, una de las grandes figuras de su disciplina en la segunda mitad del siglo XX.

cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos como amor, afecto, respeto, temor, etc. La vida familiar está presente en prácticamente todas las sociedades humanas, incluso en aquellas cuyas costumbres sexuales y educativas difieren en gran medida de las nuestras. “Lo pertinente es construir un modelo ideal de lo que pensamos cuando usamos la palabra familia. Se vería, entonces, que dicha palabra sirve para designar un grupo social que posee, por lo menos, las tres características siguientes: 1) Tiene su origen en el matrimonio. 2) Está formado por el marido, la esposa y los hijos(as) nacidos del matrimonio, aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear. 3) Los miembros de la familia están unidos por a) lazos legales, b) derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo y e) una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, etc.”

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, (Enciclopedia, 2009).

### 6.3.5 Tipos de familias

Según el grado de parentesco entre sus miembros, las familias pueden ser:

- ***Familia nuclear***, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar»;
- ***Familia extensa***, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines;

- **Familia monoparental**, en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres;
- **Familia compuesta**, es sólo padre o madre y los hijos, principalmente si son adoptados o tienen vínculo consanguíneo con alguno de los dos padres.
- **Otros tipos de familias**, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable.

Atendiendo las actitudes de los padres o las formas múltiples que cada uno de sus miembros se relacionan y viven cotidianamente, hay diversos tipos de familia:

- **Familia Rígida** : Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.
- **Familia Sobreprotectora**: Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en “infantiloides”. Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

- ***Familia centrada en los hijos:*** Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras “viven para y por sus hijos”.
- ***Familia permisiva:*** En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.
- ***Familia inestable:*** La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.
- ***La familia estable:*** La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus

hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia.

### **6.3.6 La adolescencia**

Zapata (2001), afirma que la adolescencia se ubica entre los 13 y 24 años, por definición demográfica. Según Newman se divide en:

- A) Adolescencia temprana, de 13 a 18 años. En este tramo, la mujer está elaborando sus identidad juvenil en el colegio y cursando los últimos años de educación media científico humanista o técnica, tiene gran estabilidad, no piensa aún en cómo vivir el futuro, pasa de una año a otro sin pensar mucho.
- B) Adolescencia tardía, de 18 a 24 años. Este es el tramo de la maduración, aquí se realiza gran parte de los matrimonios, hay mayor nacimiento de hijos y se da la incorporación al trabajo. Es aquí cuando la adolescente tiene sus primeras grandes definiciones y la elaboración de sus primeros proyectos de vida.

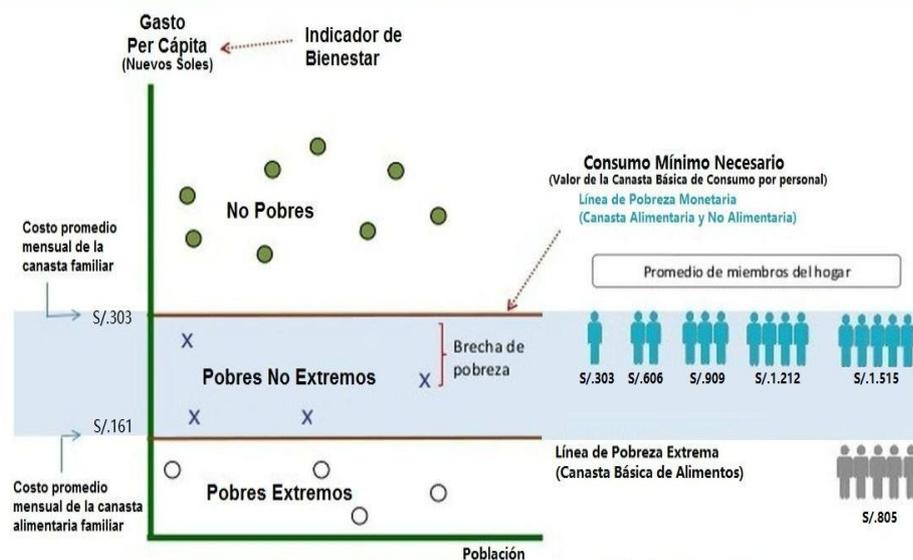
Durante su desarrollo, el adolescente siente la necesidad de volcarse hacia la realidad externa como parte del proceso de integración de su personalidad; es lo que suele llamarse “socialización” y es donde adquiere conocimientos, actitudes y valores necesarios para su adaptación cultural en el medio en que está inserto (Roa, 1992, citado por Zapata (2001)).

### 6.3.7 La pobreza monetaria

Se considera como pobres monetarios a las personas que residen en hogares cuyo gasto per cápita es insuficiente para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.). Son pobres extremos aquellas personas que integran hogares cuyos gastos per cápita están por debajo del costo de la canasta básica de alimentos. La medición monetaria utiliza el gasto como indicador de bienestar, el cual está compuesto no solo por las compras sino también por el autoconsumo, el autosuministro, los pagos en especies, las transferencias de otros hogares y las donaciones públicas.

Figura 2

Medición de la pobreza monetaria en el Perú



Una persona para poder desarrollar sus actividades cotidianas necesita ingerir 2.119 calorías por día. El costo promedio mensual, en el año 2014, de estas calorías (canasta alimentaria) es de S/161.

Fuente: INEI.

## VII. HIPÓTESIS

### 7.1 Hipótesis general

Los factores tanto sociales (nivel educativo, tipo de familia, la pobreza, la violencia) como culturales (los valores, las costumbres) influyen significativamente en la maternidad de la mujer de la Comunidad de Chijnaya – 2003.

### 7.2 Hipótesis específica

- Los factores sociales influyen significativamente la maternidad de la mujer en la comunidad de Chijnaya – 2003.
- Los factores culturales influyen significativamente la maternidad de la mujer en la comunidad de Chijnaya – 2003.

VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1

Operacionalización de las variables sociales (independiente)

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
<b>Independiente</b> s:	Edad	Menor a 18 años
		18 – 23 años
		24 – 29 años
		30 – 35 años
		36 a 45 años
		46 a más
	Grado de instrucción	Sin instrucción
		Primaria
		Secundaria
		Superior
	Ocupación	Ganadería
		Agricultura
		Comerciante
		Artesana
	Estado civil de sus padres	Ama de casa
		Conviviente
		Casada
		Separada
	Tipo de familia de la que procede	Viuda
		Familia nuclear
		Familia extensa
		Familia monoparental
		Familia compuesta
Factores Sociales	Otro	
	Violencia intrafamiliar	si/no
	abuso sexual (ataque incestuoso)	si/no
	Violencia sexual	si/no
	Carencia de afecto de sus padres (familia)	si/no
	Sentimiento de soledad antes de ser madre	si/no
	optar quedarse embarazadas por alejarse de sus casas	si/no
	Embarazarse por el anhelo de tener algo propio	si/no
	Inestabilidad económica	si/no
	Gasto familiar	Menor a S/. 161
S/.162 a S/. 303		
S/.304 a S/. 1000		
S/.1001 a S/. 3000		
Mayor a S/. 3000		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Operacionalización de las variables culturales (independiente)

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	
Factores Culturales	Conocimiento de métodos anticonceptivos	si / no	
	Valora su familia/comunidad tener hijos	si / no	
	Edad de iniciación sexual	años	
	Edad de nupcialidad	años	
	Cultura patriarcal en su familia	si / no	
	Planifico su vida	si / no	
	Aplica planificación familiar	si / no	
	Practica de relaciones sexuales protegidas	si / no	
	Edad de su madre cuando tuvo su primer hijo		menor a 13 años
			13 a 18 años
			19 a 24 años
			mayor a 24 años
	practica de patrones culturales tradicionales de los padres		si / no
Lengua materna		Quechua	
		Aymará	
		Español	
		Otro	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Operacionalización de las variables maternidad (dependiente)

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
<b>Dependiente:</b>		
Maternidad	Número de hijos(as)	Cantidad
	Edad cuando tuvo el primer hijo(a)	Años

Fuente: Elaboración propia.

## **IX. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **9.1 Tipo de investigación**

El presente proyecto de investigación, por el propósito que persigue es una investigación aplicada (analizar problemas prácticos). Por el alcance es correlacional y explicativa. La investigación es no experimental, porque no hay ni manipulación intencional ni asignación al azar, (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

La recolección de datos, será en un momento determinado de tiempo, de la unidad de análisis es decir, la mujer madre de la comunidad de Chijnaya y su entorno socio cultural, por lo que, será una investigación seccional o transversal, en la que se obtiene información del objeto de estudio (población o muestra de 150 madres) una única vez en un momento dado. Según Briones (1985), estos estudios son especies de “fotografías instantáneas” del fenómeno objeto de estudio. Esta investigación puede ser descriptiva o explicativa, (Bernal, 2006).

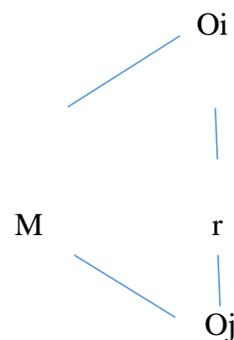
Así mismo, la investigación será correlacional, que tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables, en este caso se relacionarán los factores socio culturales y la maternidad expresada en número de hijos(as) y edad cuando tuvo el primer hijo(a), la correlación examina asociaciones, pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro. Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006), pero mediante el marco teórico y la correlación se podrá explicar la causalidad.

## 9.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación correlacional consiste en recolectar dos o más conjunto de datos de un objeto de investigación con la intención de determinar la relación entre estos datos.

El diseño de investigación que se tendrá en cuenta es correlacional siendo su diagrama:

Figura 3  
Diseño de investigación correlacional



Fuente: Elaboración propia.

Dónde:

M: Muestra de las Mujeres de la comunidad de Chijnaya.

Oi: Observación de Factores sociales y culturales.

Oj: Observación de la Maternidad (número de hijos, edad a la que tuvo su primer hijo).

r: la relación entre las variables (Coeficiente de correlación).

### **9.3 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **9.3.1 Método**

En esta investigación se utilizará el método hipotético deductivo, el método consiste en un procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos, (Bernal Torres, 2006). Para dicho efecto, se plantearon las hipótesis en la cual se manifiesta la relación de las variables socioculturales y la maternidad, esta relación será probada con el estadístico de correlación de Pearson, el resultado se contrastará con otras evidencias para llegar a la conclusión correspondiente.

#### **9.3.2 Técnicas**

La técnica a utilizar en la investigación, ayudará en la recolección de los datos que serán necesarios para poder conocer y analizar la problemática y esta se demostrara mediante cuadros estadísticos.

##### **La encuesta**

La técnica de la encuesta permite recolectar datos, utilizando un cuestionario con preguntas y respuestas precisas, que permite una rápida tabulación y análisis de la información. A decir de Hernández, Fernández y Baptista (2003) consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables.

##### **Instrumento**

El instrumento a utilizar para el recojo de la información será el cuestionario.

## El cuestionario

Es el instrumento que incluye un conjunto de preguntas, respecto a las variables que vamos a medir, sobre los hechos y aspectos a investigar. Para esta investigación se realizó una encuesta con cuatro secciones, que contiene 26 preguntas, referentes a datos generales, factores sociales, factores culturales y la maternidad (ver anexo).

Tabla 4:

Técnicas e Instrumentos

Técnica	Instrumentos
Encuesta	Cuestionario

Fuente: Elaboración propia.

### 9.4 Unidad de análisis (objeto de estudio)

Son las mujeres y sus familias en la comunidad de Chijnaya referente a la maternidad

### 9.5 Unidad de observación

El fenómeno de la maternidad de las mujeres andinas de la comunidad de Chijnaya del distrito de Pucará

### 9.6 Población universo

La Comunidad de Chijnaya, ubicado en el departamento de Puno, nació en 1963 debido a las devastadoras inundaciones producidas a lo largo de las orillas de río Ramis y del Lago Titicaca, en el distrito de Taraco. A las víctimas, que con este desastre natural perdieron sus hogares, cosechas, tierras, animales y su forma de ganarse la vida, se les ofreció la oportunidad de reubicarse en tierras más altas,

donde levantarían una nueva comunidad construida sobre la base de principios cooperativos. El proyecto Chijnaya (1963-1970) fue concebido como un proyecto de reforma agraria modelo para el altiplano del sur peruano, (Bolton, Greaves, & Zapata, 2010) este proyecto consiste en el cooperativismo como forma de producción, que conlleve a mejorar la calidad de vida de la población de la comunidad.

El centro poblado de Chijnaya se ubica en el distrito de Pucará, pertenece a la región de sierra del Perú, a una altitud de 3932 msnm.

Según el INEI (2007), en su documento de centros poblados del departamento de Puno. Censo 2007, Chijnaya es un centro poblado urbano que cuenta con una población de 388 habitantes.

### 9.7 Muestra de estudio

En esta investigación se utilizó el procedimiento de muestreo probabilístico, el muestreo aleatorio simple, en el cual cada miembro de la población tiene una posibilidad igual e independiente de ser seleccionado como parte de la muestra.

La población objeto de estudio son las 388 personas, empleando el método del muestreo probabilístico, aplicando el tipo de muestra aleatorio simple, se determinará la muestra, con la siguiente formula:

$$n = \frac{S^2}{\frac{\varepsilon^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

Dónde:

N: población

- $n$ : Tamaño de la muestra
- $S$ : Desviación estándar de la población (conocida o estimada a partir de anteriores estudios o de una prueba piloto).
- $Z_{\alpha/2}$ : Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá el nivel deseado de confianza (para una confianza de 95% o un  $\alpha=0.05$ ,  $Z=1.96$ ; para una confianza de 99% o un  $\alpha=0.01$ ,  $Z=2.58$ )
- $\varepsilon$ : Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que se está dispuesto a aceptar con el nivel de confianza que se ha definido.

$$n = \frac{S^2}{\frac{\varepsilon^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

$$n = \frac{(0.4)^2}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(0.4)^2}{388}}$$

$$n = 150,49735 = 150$$

Por tanto, es necesario encuestar a 150 personas.

### 9.8 Diseño y procesamiento estadístico

El procesamiento de los datos se realizará en base a la operacionalización de variables, recogidos en el instrumento, para ello se hará uso del software estadístico.

**X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN**

Tabla 5  
Cronograma de actividades

Actividades	año						
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Diseño/organización del proyecto	█						
Revisión Bibliográfica	█*	█					
Elaboración del perfil	█						
Revisión de estudio		█					
Presentación del perfil de proyecto		█*					
Corrección del perfil de tesis		█					
Aprobación del proyecto de tesis			█*				
Ejecución de perfil de tesis (borrador)			█	█	█*		
Revisión - Corrección					█*	█	
Tipiado final y empaste					█		
Presentación de perfil de tesis final						█	
entrega-aprobación						█	
Sustentación						█	
Publicación							█

Fuente: Elaboración Propia.

## XI. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

### 11.1 Presupuesto

Tabla 6

Presupuesto para la realización de la investigación

Rubro	Detalle	Unidad de medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Personal	Servicios de especialistas	servicios	1	S/. 1.000,00	S/. 1.000,00
Material y equipos	Equipos	equipos	1	S/. 1.000,00	S/. 1.000,00
	Bibliografía	libros	4	S/. 100,00	S/. 400,00
	Impresiones	unidad	0,1	S/. 1.000,00	S/. 100,00
	Copias	unidad	0,1	S/. 500,00	S/. 50,00
	Impresión perfil	unidad	6	S/. 8,00	S/. 48,00
	Fotocopiado	unidad	0,1	S/. 500,00	S/. 50,00
Servicios	Empastado	unidad	6	S/. 10,00	S/. 60,00
	Internet	servicios	4	S/. 100,00	S/. 400,00
	Otros Servicios	servicios	4	S/. 200,00	S/. 800,00
Imprevistos					S/. 500,00
<b>TOTAL</b>					<b>S/. 4.408,00</b>

Fuente: Elaboración propia.

### 11.2 Financiamiento

El financiamiento de la investigación es a cuenta propia de la investigadora.

## **XII. ESQUEMA PRELIMINAR**

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

LISTA DE TABLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE SIGLAS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

- 1.1. Planteamiento del Problema
- 1.2. Antecedentes de la investigación
- 1.3. Objetivos de la investigación

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL E HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

- 2.1. Marco teórico
- 2.2. Marco conceptual
- 2.3. Hipótesis de investigación

## **CAPÍTULO III**

### **METODO DE INVESTIGACIÓN**

- 3.1. Método
- 3.2. Técnicas de investigación
- 3.2. Tamaño de la muestra

## **CAPÍTULO IV**

### **CARACTERIZACIÓN DEL AREA DE INVESTIGACIÓN**

- 4.1. Ubicación del Centro poblado
- 4.2. Características socio culturales de la comunidad

## **CAPÍTULO V**

### **EXPOSICIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

- 5.1. Factores Culturales y la maternidad
- 5.2. Factores Sociales y la maternidad

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

**BIBLIOGRAFÍA**

- Alcázar, L., & Lovatón, R. (2006). *Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?* Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática/Centro de Investigación y Desarrollo.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel XVIIe-XXe Siècle*. París: Flammarion.
- Baeza, M. P. (2011). *Maternidad indígena en Colta: Un espacio de encuentros y tensiones*. Quito - Ecuador: FLACSO.
- Ballesteros, S., & Garcia, B. (1995). *El método de la psicología*. Madrid: Editorial Universitas. In S. Ballesteros, & B. García (Eds.), *Procesos psicológicos* (pp. 29-43).
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson educación.
- Bolton, R., Greaves, T., & Zapata, F. (2010). *50 años de antropología Vicos y otras experiencias aplicadas en el Perú*. Lima: IEP.
- Cordero, L. (2010). *Salud de la mujer indígena : intervenciones para reducir la muerte materna*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Dupret, M.-A. (agosto de 2003). Exceso de maternidad y descalificación paterna. (CAAP, Ed.) *Ecuador Debate*, 49-64.
- Eagleton, T. (2001 ). *La idea de Cultura*. Barcelona: Paidós p. 58.

- Enciclopedia, b. e. (2009). *La familia: Concepto, tipos y evolución*. Enciclopedia británica en español.
- Faggioni, R. (2016). *El problema de la maternidad infantil*. encontrado en: <http://www.bolpress.com/2016/10/13/el-problema-de-la-maternidad-infantil/>.
- Fernández-Trespalcacios, J. L. (1986). *El método de la psicología científica*. Madrid: Gráficas Maravillas. In J. L. Fernández-Trespalcacios (Ed.), *Psicología general I* (pp. 51-65). .
- Fuller, N. J. (1998). *Dilemas de la Femeinidad: Mujeres de clase media en el Perú*. Lima - Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo editorial 1998 .
- Giner, S. (2004). *Teoría Sociológica Clásica*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Gómez, E. (2016). *Introducción a la antropología social y cultural*. Universidad de Cantabria.
- Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima Perú: Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG.
- González, A., & Londoño, A. (2003). *Desastre natural: catástrofe sexual. Adolescentes, redes sociales y riesgo en el posterremoto* . Bogotá: Corporación Sisma Mujeres.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Herrero, J. (2002). *¿Que es la cultura?*

- INEI. (1996). *Conducta reproductiva y maternidad en la adolescencia en Lima Metropolitana*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INEI. (2006). *Consecuencias socioeconómicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos?* Lima: Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE).
- INEI. (2007). *Centros poblados del departamento de Puno. Censo 2007*. Puno: INEI.
- INEI. (2016). *Evolución de la Pobreza monetari 2009-2015: Informe técnico* . Lima: INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática).
- Issler, J. R. (2001). Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina N° 107 - Agosto/2001* , 11-23.
- Knibiehler, Y. (2001). *La construction sociale de la maternité*. París: Bayard.
- Kurczyn, P. (2004). *Acoso sexual y discriminación por maternidad en el trabajo*. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas: Serie ensayos jurídicos, Núm. 18.
- Lamas, M. (2001). *Poítica y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir*. México: Plaza & Janés editores.
- Levi-Strauss, C. (1956). *La familia*. Barcelona: En: Lévi-Staruss, C.; Spiro, M.E. & Gough, K. (1956). *Polémica sobre el Origen y la Universalidad de la Familia*. Barcelona: Anagrama.
- Margulis, M., & Otros. (2003). *Juventud, cultura, sexualidad: La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.

- MINSA, M. d. (2009). *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.
- Nóbrega, M. (2009). La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Revista de Psicología*, XXVII(1), 29-54.
- OMS. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.
- ORAS-CONHU. (2009). *Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregion Andina: Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia*. Lima: Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y cultura. *La ventana Núm. 22*, 35-67.
- Porras, J. (2003). Transferencia intergeneracional de la pobreza: maternidad adolescente, ¿determinante o resultado? Una aproximación en Lima Metropolitana. En E. y. Vásquez, *Buscando el bienestar de los pobres. ¿Cuán lejos estamos?* (págs. pp. 209-255.). Lima: Centro de investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP).
- RAE. (2016). *Diccionario de Lengua española*. España: Real Academia Española.
- Rodríguez, L. (2008). Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. *Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP*, (pág. 21). Cordova - Argentina: ALAP. Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Ecuador.

- Salazar, A., Rodríguez, L. F., & Daza, R. A. (2007). Embarazo y maternidad adolescente en bogotá y municipios aledaños: Consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupacion y proyecto de vida. *Persona y bioética Revista N° 2*, 170-185.
- Setién, M. L., & Silvestre, M. (2003). *Problemas de las mujeres, problemas de la sociedad*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Stoppard, M. (2000). *Nuevo libro del embarazo y nacimiento: Guía práctic a completa pata todslos futuros padres*. Bogotá Colombia: Editorial norma.
- Tubert, S. (1999). *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- UNICEF. (2006). *Maternidad Segura*. Lima Perú: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Zapata, S. (2001). *Conociendo a la joven rural*. Chile: Agencia de Cooperación de IICA (Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura ).

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ESCUELA PROFESIONAL TRABAJO SOCIAL

Esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, la cual ayudara en la investigación propuesta, por favor lee atentamente las preguntas y marca la respuesta Correcta con una (X).

### I. Datos Generales:

1.1. La edad de la encuestada:

¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_

Menor a 18 años

18 – 23 años

24 – 29 años

30 – 35 años

36 a 45 años

46 a más

1.2. Grado de instrucción:

¿Ud., fue a la escuela, hasta qué grado? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Sin instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

## 1.3. Ocupación:

¿Cuál es su actividad productiva?, ¿en que trabaja?

Ganadería

Agricultura

Comerciante

Artesana

Ama de casa

**II. Factores sociales**

## 2.1. ¿Cuál es el estado civil de tus padres?

Convivientes

Casados

Separados

Viudo (a)

## 2.2. Tipo de familia a la que pertenece: ¿Cómo es tu familia?,

Familia nuclear

Familia extensa

Familia monoparental

Familia compuesta

Otro

- 2.3. ¿Existe, violencia familiar, en tu casa?
- Si  No
- 2.4. ¿Hay o hubo abuso sexual (ataque incestuoso) en tu entorno familiar?
- Si  No
- 2.5. ¿Sufriste de violencia sexual?
- Si  No
- 2.6. ¿Tuviste carencia de afecto de parte de tus padres (familia)?
- Si  No
- 2.7. ¿Tuviste hijos porque sentiste soledad antes de ser madre?
- Si  No
- 2.8. ¿Optaste quedarse embarazadas por alejarse de tu casa?
- Si  No
- 2.9. ¿Te embarazarse por el anhelo de tener algo propio?
- Si  No
- 2.10. ¿Existió inestabilidad económica en tu familia?
- Si  No

2.11. ¿A cuánto ascendía el gasto mensual en tu familia (padres)? \_\_\_\_\_

Menor a S/. 161

S/.162 a S/. 303

S/.304 a S/. 1000

S/.1001 a S/. 3000

Mayor a S/. 3000

### III. Culturales:

3.1. ¿Tienes conocimiento de métodos anticonceptivos?

Si  No

3.2. ¿Tener hijos es valorado por tu familia (padres) /comunidad?

Si  No

3.3. ¿A los cuantos años de edad fue tu iniciación sexual? \_\_\_\_\_

3.4. ¿Edad de nupcialidad? \_\_\_\_\_

3.5. ¿Existió cultura patriarcal en su familia?

Si  No

3.6. ¿Planificaste tu vida, o tenías un proyecto de vida?

Si  No

3.7. ¿Aplicas planificación familiar?

Si  No

3.8. ¿Practicas relaciones sexuales protegidas?

Si  No

3.9. ¿Cuál fue la edad de tu madre cuando tuvo su primer hijo? \_\_\_\_\_

3.10. ¿Practicas patrones culturales tradicionales de tus padres?

Si  No

3.11. ¿Cuál es tu lengua materna?

Quechua

Aymará

Español

Otro

#### **IV. MATERNIDAD:**

4.1. ¿Cuántos hijos(as) tienes? \_\_\_\_\_

4.2. ¿Edad a la que tuviste tu primer hijo(a)? \_\_\_\_\_