

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES Y PSICOLÓGICOS
RELACIONADOS CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS SECUNDARIAS
PÚBLICAS, JULIACA-2016.**

TESIS

PRESENTADA POR:

MARIELA ARIVILCA HUARACHA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**FACTORES DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES Y PSICOLÓGICOS
RELACIONADOS CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS SECUNDARIAS
PÚBLICAS, JULIACA-2016.**

TESIS PRESENTADA POR:

MARIELA ARIVILCA HUARACHA

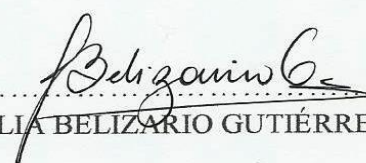
PAR OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL JURADO FIRMANTE CONFORMADO POR:

PRESIDENTE DE JURADO


:
Mg. ÁNGELA ROSARIO ESTEVES VILLANUEVA

PRIMER JURADO


:
Lic. JULIA BELIZARIO GUTIÉRREZ

SEGUNDO JURADO


:
Lic. MELCHORA TITO VILCA

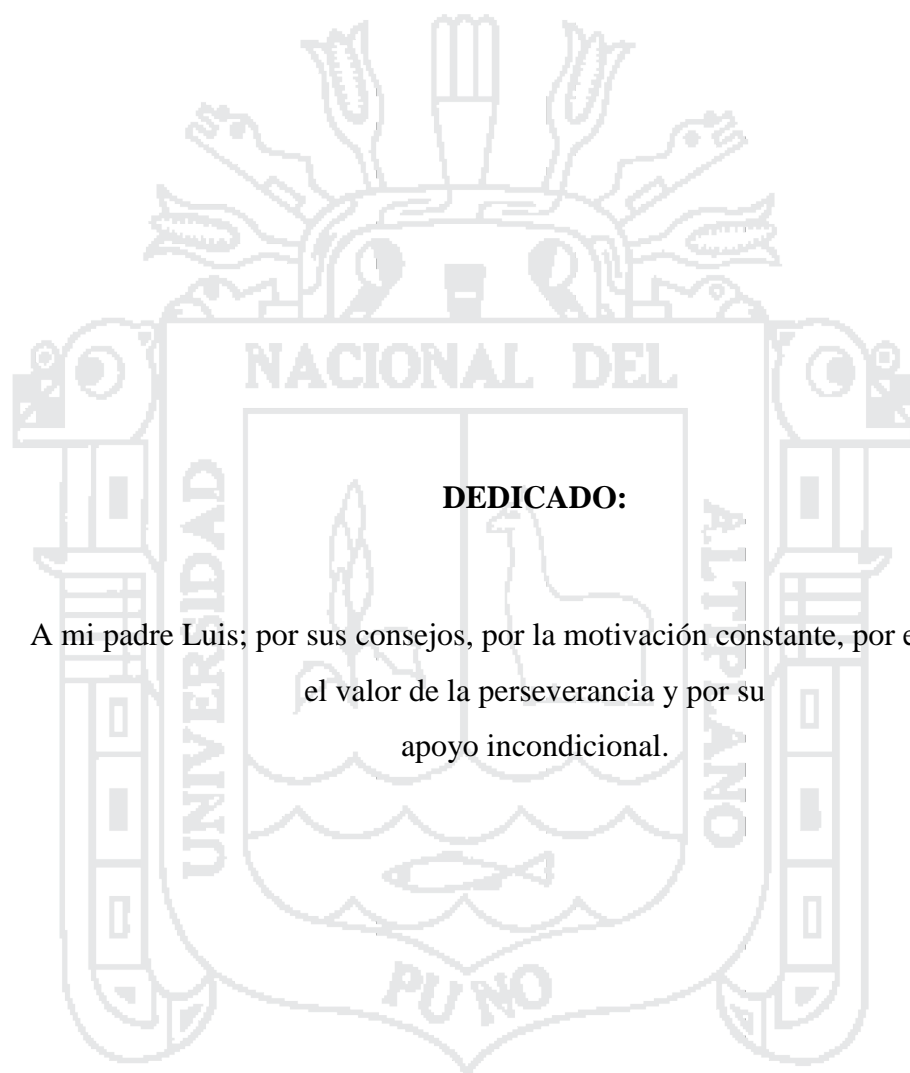
TERCER JURADO


:
Mg. ROSA PILCO VARGAS

Línea: Salud del recién nacido, del niño, escolar y adolescente
Tema: Prevención del embarazo en adolescentes

PUNO - PERÚ

2016



DEDICADO:

A mi padre Luis; por sus consejos, por la motivación constante, por enseñarme el valor de la perseverancia y por su apoyo incondicional.



AGRADECIMIENTO:

A la Mg. Rosa Pilco Vargas, Mg. Ángela Rosario Esteves Villanueva, Lic. Julia Belizario Gutiérrez y a la Lic. Melchora Tito Vilca por su buena disposición y sugerencias para la culminación de la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|---|-------------|
| ÍNDICE DE TABLAS | |
| ÍNDICE DE ACRÓNIMOS | |
| RESUMEN..... | 9 |
| ABSTRACT..... | 10 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 11 |
| 1.1.EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 12 |
| 1.2.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 14 |
| 1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 18 |
| 1.4.IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO | 18 |
| 1.5.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 19 |
| 1.6.CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN | 20 |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA..... | 22 |
| 2.1. MARCO TEÓRICO | 22 |
| 2.2.MARCO CONCEPTUAL..... | 45 |
| 2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN | 46 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS | 47 |
| 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 47 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA | 47 |
| 3.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 49 |
| 3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 51 |
| 3.5.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 52 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 54 |
| 4.1. RESULTADOS | 54 |

4.2. DISCUSIÓN.....60

V. CONCLUSIONES65

VI. RECOMENDACIONES.....66

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS68

ANEXOS74

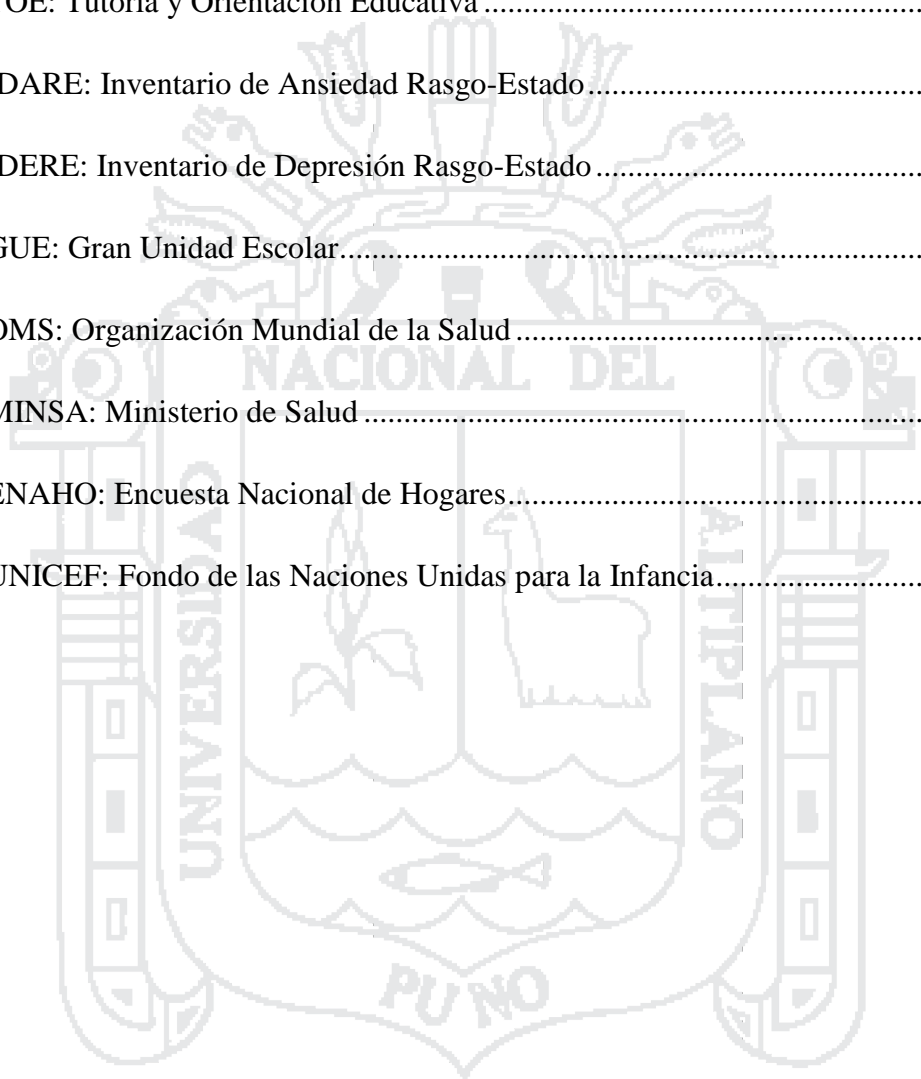


ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| 1 Factores demográficos, familiares y psicológicos relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016. | 54 |
| 2 Factores demográficos relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes escolares de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016. | 55 |
| 3 Factores familiares relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes escolares de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016. | 57 |
| 4 Factores psicológicos relacionados con el nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo en adolescentes escolares de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016. | 59 |

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| TOE: Tutoría y Orientación Educativa | 13 |
| IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado | 14 |
| IDERE: Inventario de Depresión Rasgo-Estado | 14 |
| GUE: Gran Unidad Escolar..... | 20 |
| OMS: Organización Mundial de la Salud | 22 |
| MINSA: Ministerio de Salud | 22 |
| ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares..... | 25 |
| UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia..... | 41 |



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación de los factores demográficos, familiares y psicológicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016. El tipo de investigación fue descriptivo de corte transversal con diseño correlacional. La muestra se seleccionó con el muestreo probabilista estratificado conformado por 305 adolescentes de cuatro instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca. Para la recolección de datos se empleó como técnica la encuesta y como instrumento se aplicó un cuestionario; el cual tiene una validez externa de 90% de confiabilidad y una validez interna de 0.793 de confiabilidad mediante la prueba estadística de Alfa de Cronbach; así mismo, se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg y un cuestionario de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes. Los resultados describen que: respecto a los factores demográficos, el 38.36% tienen de 14 a 15 años edad, 51.15% son de sexo femenino; respecto a los factores familiares, el 58.69% tienen tipo de familia nuclear, 59.02% no tenían violencia familiar; respecto a los factores psicológicos, el 52.46% tienen autoestima elevada; respecto al conocimiento sobre prevención del embarazo, el 70.16% tienen conocimiento regular sobre prevención del embarazo en adolescentes. Se concluye que, al relacionar ambas variables la edad, los factores familiares, y los factores psicológicos, se relacionan significativamente con una probabilidad de $P < 0,05$ con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes; y el sexo del adolescente, no está relacionado con una probabilidad de $P = 0,263$.

Palabras Clave: embarazo, factores psicológicos, familiares y demográficos, nivel de conocimiento

ABSTRACT

The present research had as objective determine the relationship of demographic, family and psychological factors with the knowledge level about prevention of teenage pregnancy in public secondary educational institutions, Juliaca-2016. The type of research was cross-sectional descriptive with correlational design. The sample was selected with stratified probabilistic sampling made up of 305 adolescents from four public secondary educational institutions in the city of Juliaca. For data collection the survey was used as a technique and a questionnaire was used as instrument; which has an external validity of 90% of reliability and an internal validity of 0.793 of reliability by means of the statistical test of Alpha of Cronbach; Likewise, the Rosenberg self-esteem scale and a knowledge questionnaire on teen pregnancy prevention were applied. The results describe that: with regard to demographic factors, 38.36% are 14 to 15 years of age, 51.15% are female; with respect to family factors, 58.69% have a nuclear family type, 59.02% did not have family violence; with respect to psychological factors, 52.46% have high self-esteem; Regarding knowledge about pregnancy prevention, 70.16% have regular knowledge about teen pregnancy prevention. It is concluded that, in relation to both variables, age, family factors, and psychological factors, are significantly related to a probability of $P < 0.05$ with the knowledge level about prevention of pregnancy in adolescents; And the sex of the adolescent, is not related to a probability of $P = 0.263$.

Keywords: pregnancy, psychological, family and demographic factors, level of knowledge.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia según el Ministerio de Salud, es definida como el grupo humano que se encuentra entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días¹. Es un periodo de transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales²; así mismo, en esta etapa el individuo adquiere la madurez reproductiva¹. La adolescencia es vista como una etapa problemática; no obstante, se encuentran expuestos a presiones sociales de su entorno, captando lo bueno o lo malo.

En la adolescencia aumenta el interés por todo lo relacionado con la sexualidad y además estos buscan probar para saciar entre otras cosas sus dudas; el embarazo es el resultado de experimentar con la sexualidad o de la falta de conocimiento sobre cómo prevenir la concepción. El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública¹ por las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales a corto o largo plazo; por lo tanto, los adolescentes deben tener información que les ayuden a entender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados. Sin embargo, existen factores que pueden influir en los adolescentes para un embarazo no planificado si estos no se encuentran informados. La presente investigación busca determinar la relación entre los factores demográficos, familiares y psicológicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.

La presente investigación está organizada de la siguiente manera: primero, comprende el problema, antecedentes de la investigación, formulación del problema, importancia y utilidad del estudio, objetivos y caracterización del área de investigación; segundo, describe el marco teórico, conceptual e hipótesis de la investigación; tercero, trata sobre el tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos; cuarto, presenta la exposición y discusión de los resultados; quinto, comprende las conclusiones; sexto, contiene las recomendaciones; séptimo, incluye las referencias bibliográficas; finalmente se presentan los anexos.

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, a nivel mundial representando del 15 al 25% del total de embarazos¹. A nivel mundial hay más de 15 millones de adolescentes, 85% de estos viven en los países en vías de desarrollo, donde el 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años; en muchos países desarrollados, solo el 10% de las adolescentes tienen su embarazo precozmente³.

A nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente¹. En América Latina, los nacimientos de madres de menores de 20 años son cerca del 15% y algunos países superan el 18%. Así cada año unas 3 millones 300 mil adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo³.

En el Perú el porcentaje de quienes son madres o están embarazadas es 13.9%, de éstas el 10.5% son madres y el 3,5% están gestando por primera vez. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados (planificados) y se dan 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, configurando así el problema social de la madre soltera¹.

En la Región Puno, a comparación del año 2014, los casos de embarazo en adolescentes en el 2015 se incrementaron en un 8.9%⁴; así mismo, en la provincia de San Román, en el distrito de Juliaca la cifra creció 1%⁵.

La maternidad en la adolescencia representa un problema socio-sanitario, es considerada como un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales⁶. Por tal motivo, el embarazo en adolescentes representa un importante reto para la salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo⁷.

Algunas de las causas en el embarazo en adolescentes son el mismo comportamiento de experimentación en la sexualidad, la carencia de información y conocimientos insuficientes sobre cómo prevenir un embarazo no deseado. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con

escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes⁸. Ante ello, las consecuencias del embarazo adolescente son: la mayor incidencia de muertes maternas y perinatales vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente, abortos realizados en condiciones inseguras, el incremento alarmante de los suicidios en adolescentes embarazadas, considerado como “causa indirecta de muerte materna”, el abandono de la escuela y la reducción de oportunidades de desarrollo personal⁹.

Las instituciones educativas secundarias públicas en estudio, no cuentan con registros que demuestren o evidencien la existencia de casos de embarazos; sin embargo, los docentes responsables del área de TOE refieren que, en los últimos años se han presentado casos de embarazos y en consecuencia la deserción escolar. Por tal motivo se realiza el presente trabajo de investigación, en el cual se determinó la relación de los factores demográficos, familiares y psicológicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes; ya que, los factores mencionados pueden influir en el embarazo adolescente. Sin embargo, si las/los adolescentes conocen sobre la prevención del embarazo; lo cual implica: la comunicación entre padres de familia e hijos, el estilo de crianza de los padres, la confianza y seguridad en sí mismo, los valores personales y autoestima, el proyecto de vida, la cultura, y la educación sobre sexualidad; permitirá asegurar que exista un incremento de mujeres y varones con altos niveles educativos, oportunidades y mejores condiciones laborales; así como, la reducción de la pobreza, también permitirá disminuir la incidencia morbimortalidad de las adolescentes y niños por las complicaciones vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Contexto internacional.

El trabajo titulado “Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar” Cuba, tuvo como objetivo determinar la caracterización psicosocial en dichas gestantes. El tipo de estudio fue descriptivo prospectivo y transversal; la muestra se conformó con 53 adolescentes embarazadas, atendidas en la consulta multidisciplinaria del Policlínico Universitario "Mártires de Calabazar" durante el período de enero a diciembre de 2011; para la recolección de datos se aplicó un modelo de registro, el IDARE, IDERE, inventario de autoestima y escala de BIEPS-J. Los resultados son: predominó el grupo de 15 a 18 años de edad 96,2%, el nivel de secundaria básica 47,2%, desocupadas 84,9%. Tanto en la ansiedad rasgo como en la ansiedad estado, el nivel alto fue el de mayor porcentaje 45,3% y 50,9% respectivamente. También la depresión se reportó con un nivel alto rasgo 5,0% y estado 52,8%. Se destacó el nivel bajo de autoestima 83,1% y de bienestar psicológico 86,8%¹⁰.

El estudio titulado “Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012” Colombia, tuvo como objetivo establecer la relación entre los factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del área urbana en el municipio de Briceño. Se realizó un estudio Cross sectional, la población estuvo conformada por 193 adolescentes; se aplicó una encuesta. Los resultados son: El 50% tienen 16 años o menos, el 78,5 % tenían un nivel de escolaridad de secundaria incompleta; el 71 % habitan en viviendas de estrato socioeconómico 1; el 80,8 % pertenece al régimen subsidiado y el 63,2 % son estudiantes, el 50,3 % informó no tener novio o pareja al momento de la aplicación de la encuesta de estas, el 29,2 % reportó que su compañero tenía un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, el 50% de las mujeres del estudio tuvo su primera relación sexual a los 15 años, 51,3 % ya inició su vida sexual, de estas el 72,7 % lo hizo con su novio, el principal motivo para iniciar su vida sexual fue el estar enamoradas según el 72,7 % de las jóvenes, el 51,3 % tenía relaciones sexuales y de estas el 69,7 % usaba métodos anticonceptivos y el 37,4 % estaba en embarazo,

el 50 % de las adolescentes tenía 16 años o menos cuando tuvieron su primer hijo y el 7,5 % presentó uno o más abortos. El método anticonceptivo más usado es la pastilla 36,2 % y la principal razón para no utilizar ningún método de anticoncepción es el deseo de tener hijos 33,3 %. El estudio concluye que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño¹¹.

1.2.2. Contexto nacional.

El estudio titulado “Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I-2 Masusa Punchana - Iquitos, 2014”, tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. El tipo de estudio fue cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y transversal; la muestra estuvo conformada por 96 adolescentes gestantes de 10-19 años, 11 meses y 29 días; para la recolección de datos las técnicas empleadas fueron la encuesta y la visita domiciliaria, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre factores de riesgo, nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes y el test de apgar. Los resultados son: el 56.3% (54), presentan nivel de conocimiento inadecuado, existe relación estadísticamente significativa entre la menarquía y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0.028$), existe relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio de la actividad sexual y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0.019$), existe relación estadísticamente significativa entre la presencia de los padres y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0.015$), existe relación estadísticamente significativa entre la presión del grupo y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0.040$), existe relación estadísticamente significativa entre la relación familiar y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p=0.020$). Como también no existe relación estadísticamente significativa entre antecedentes de embarazo adolescente y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ($p = 0.070$)¹².

La investigación titulada “Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013” Lima, tuvo como objetivo determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. La investigación fue de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo; la población estuvo conformada por 100 pacientes adolescentes gestantes; la técnica utilizada fue la encuesta. Los resultados son: el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron 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 y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. La investigación concluye 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 conjunto¹³.

El trabajo titulado “Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009”, tuvo como objetivo determinar los factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en los adolescentes escolares de Villa San Francisco, Santa Anita, Lima, Perú durante el 2009. La investigación fue cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional; la población estuvo conformada por 90 adolescentes escolares de 14 a 19 años de dos colegios mixtos; la técnica utilizada fue la encuesta y como instrumento un cuestionario. Los resultados son: 51 (56,7%) eran mujeres y 39 (43,3%) eran varones. Los adolescentes provenían de dos colegios mixtos estatales de la jurisdicción: Mariano Melgar y Alfonso Ugarte. El promedio de edad de las mujeres fue de 15,88 años y de los varones 15,82 años. Con respecto al inicio de actividad sexual, 55 (61,1%) aún no iniciaron, mientras que 35 (38,9%) ya lo habían iniciado. El trabajo de investigación concluye que, los mejores predictores para el inicio de actividad sexual en los adolescentes fueron: a nivel individual

(repetencia escolar, actitud hacia el inicio de actividad sexual y la autoestima), a nivel familiar (la estructura y la función familiar) y sociocultural (ausencia de un adulto, conocimientos sobre sexualidad y grupo de pares)¹⁴.

1.2.3. Contexto local.

La investigación titulada “Factores sociales, culturales y familiares asociados al nivel de autoestima de madres adolescentes en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2014”, tuvo como objetivo determinar los factores sociales, culturales y familiares asociados al nivel de autoestima de madres adolescentes. La investigación fue de tipo descriptivo y explicativo con diseño asociativo no experimental; como instrumentos se aplicaron una ficha de entrevista y la Escala de evaluación de Autoestima de Rosemberg. Los resultados son: predomina la autoestima media en el 56.3% de las madres adolescentes, la baja autoestima en el 21.3% y la autoestima alta en el 22.5%. Al asociar los factores y el nivel de autoestima, predominó el 42.5% de las adolescentes que consideran importante la figura paterna que tiene autoestima media, el 46.3% manifestó que no es bueno ser madre. Así mismo, la autoestima media se encuentra en 44.3% de madres adolescentes de 17-19 años de edad, 48.7% de madres con estado civil conviviente; 25% de madres procedentes del medio urbano, 46.3% que tuvo su primera relación sexual entre los 17-19 años de edad, 36.3% tuvo madre adolescente, 41.2% con educación secundaria, 36.3% recibe ayuda de su madre para el cuidado del hijo, 30% con familia monoparental, 36.3% no tiene violencia en su familia, 36.3% no refiere tipo de violencia, 37.5% tienen padres que viven juntos y en el 45% respondieron que sus padres algunas veces tienen problemas. La investigación concluye que los factores edad, estado civil, procedencia, edad de la primera relación sexual, concepto de madre adolescente, grado de instrucción, tipo de familia, violencia familiar, tipo de violencia y frecuencia de problemas de los padres se asocian significativamente ($p < 0.05$) con el nivel de autoestima de las madres adolescentes¹⁵.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de los factores demográficos, familiares y psicológicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es de suma importancia, porque permitió obtener resultados de los factores demográficos, familiares y psicológicos relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes, estos datos son reales, verídicos, confiables y significativos. Además, constituye un aporte necesario en la disciplina de enfermería porque los resultados permitirán tomar conciencia en la necesidad de dar una mejor orientación a las adolescentes sobre la prevención del embarazo; así como, a los padres/madres de familia.

Durante las sesiones educativas será de gran utilidad referencial para el profesional de enfermería encargado de la atención integral de salud del adolescente, lo cual permitirá orientar actividades y planificar estrategias de carácter integral para mejorar algunos aspectos tales como: comunicación entre padres de familia e hijos, estilos de crianza de los padres, confianza y seguridad en sí mismo, valores personales y autoestima, proyecto de vida, la cultura y educación sobre sexualidad. También servirá de gran aporte para el profesional de enfermería; ya que, con este estudio se constituye al fortalecimiento y a la orientación de actividades en cuanto a la prevención del embarazo en adolescentes, la enfermera va a cumplir un rol muy importante y decisivo en la sensibilización a las/los adolescentes; así como, a los padres/madres de familia a través de las sesiones educativas.

Finalmente, los resultados de la investigación son de utilidad como fuente de referencia para futuras investigaciones, permitiendo lograr un aprendizaje significativo y real sobre la relación de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes; ya sea, bueno, regular o deficiente.

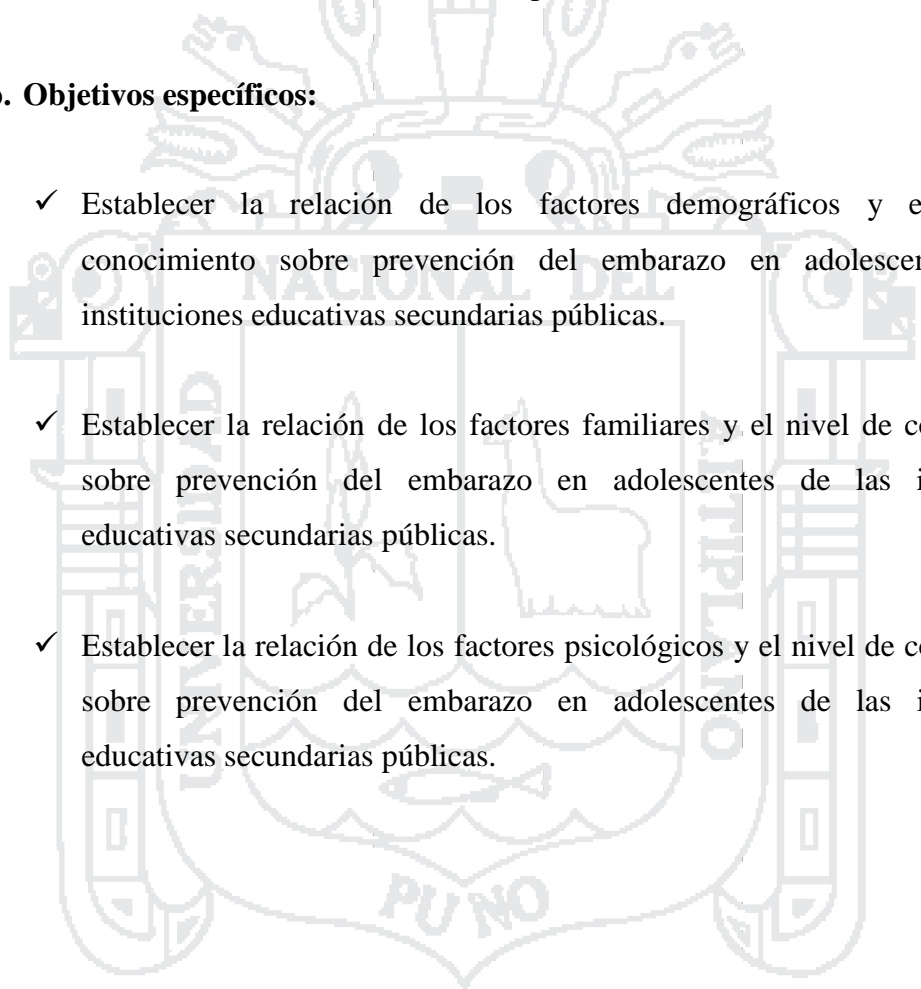
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a. Objetivo general:

- ✓ Determinar la relación de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

b. Objetivos específicos:

- ✓ Establecer la relación de los factores demográficos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas.
- ✓ Establecer la relación de los factores familiares y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas.
- ✓ Establecer la relación de los factores psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas.



1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca. La región Puno supera el 1 millón 415 mil 608 habitantes, donde la provincia más poblada es San Román con su capital Juliaca, el distrito de Juliaca alberga a 278 mil 444 habitantes¹⁶, se encuentra ubicado a la altura de los 3, 825 m.s.n.m. zona central y tiene un clima frígido, ventoso y con escasa humedad¹⁷.

El ámbito de estudio son las instituciones educativas secundarias de la ciudad de Juliaca, específicamente son: G.U.E. “José Antonio Encinas” (creado en 1958 con la denominación Colegio Nacional Alejandro Benique, el 19 de enero de 1962 por Ley N° 13901 el colegio fue elevado a la categoría de Gran Unidad Escolar “José Antonio Encinas”), Comercio 32 “Mariano H. Cornejo”(creado en 1957 con la denominación Instituto Nacional del Comercio N°32¹⁸, el colegio oferta a sus estudiantes especialidades de formación tecnológica como: contabilidad, administración, marketing, computación y secretariado); Politécnico Regional “Los Andes” (creado en 1946 con la denominación Instituto Industrial N° 35¹⁸, cuenta con 8 especialidades: mecánica de producción, carpintería, electricidad, automotores, electrónica, construcciones, industria del vestido y computación e informática) y la G.U.E. “Las Mercedes” (creado en 1960 con la denominación Colegio Nacional de Mujeres de Juliaca, el 18 de enero de 1962, por Ley N° 13896, el colegio fue elevado a la categoría de Gran Unidad Escolar y, posteriormente el 13 de junio de 1964 después de una asamblea y votación mayoritaria, se acordó nominarla como Gran Unidad Escolar “Las Mercedes” en honor a la virgen del mismo nombre.)¹⁹; estas instituciones educativas son catalogadas como las más prestigiosas (grandes) entre los colegios públicos y mixtos con que cuenta la ciudad de los vientos; no obstante, son los más antiguos; en estos colegios se brinda educación a estudiantes menores de edad en turnos: mañana y tarde.

La población estudiantil que asisten a estos colegios y que cursan de primero a quinto grado de educación secundaria, en su mayoría provienen de la zona urbana, periurbana y rural; así como, de otros distritos aledaños a la ciudad; sus padres en su mayoría son comerciantes.

Respecto a la jurisdicción de las instituciones de salud: la institución educativa secundaria pública G.U.E. “José Antonio Encinas” pertenece a la jurisdicción del Hospital “Carlos Monge Medrano”, el Comercio 32 “Mariano H. Cornejo” pertenece a la jurisdicción del Centro de Salud Cono Sur I-4, la G.U.E. “Las Mercedes” y el Politécnico Regional “Los Andes” pertenecen a la jurisdicción del Puesto de Salud Santa María I-2.



II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Adolescencia.

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez, implica cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Para muchos la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; en cambio, para otros es una etapa de amistades, buscan su independencia social y tienen sueños acerca del futuro.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años²⁰. En cambio, el MINSA considera las edades de la adolescente y el adolescente desde los 12 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días²¹, considerándose este último para el presente estudio.

La adolescencia trae consigo cambios significativos tanto a nivel fisiológico como psicológico que afectan los deseos, estados de ánimo y comportamientos de este grupo poblacional. La adolescencia es también el período de formación de la identidad, etapa en la que con frecuencia los jóvenes establecen su propio punto de vista, lo que en muchas ocasiones resulta en contravía con las decisiones y visiones de padres y mayores. A menudo, estas realidades originan cambios de estado de ánimo en los adolescentes y por consiguiente su distanciamiento de padres y grupos sociales significativos, como los maestros. La adolescencia es además una etapa de experimentación que con frecuencia abarca interés en el sexo, drogas, música popular, y curiosidad por la aventura, aspectos clave en el proceso de formación de identidad de los adolescentes. En este proceso de formación de identidad y de relación con el mundo, los adolescentes interactúan con distintos grupos e instituciones sociales: padres, familia, escuela, pares, religión, entre otros²².

Aunque los adolescentes tengan capacidad de razonamiento lógico, no siempre lo utilizan para tomar decisiones. Los adolescentes están propensos a tener conductas de riesgo; ya sea, debido a limitaciones cognitivas o a poca experiencia vital, piensan

menos en las consecuencias a futuro. Además, los adolescentes son más impulsivos que los adultos y tienen más dificultad para regular sus estados de ánimo y comportamiento. Las regiones cerebrales implicadas en la planeación a largo plazo, regulación de emociones, control de impulsos y evaluación de riesgos se encuentran aún en desarrollo durante la adolescencia².

Debido a, que durante la adolescencia se incrementa las necesidades de experimentación del entorno, las conductas de riesgo como las relaciones sexuales sin protección, pueden comprometer la salud y el desarrollo de los adolescentes, resultando con embarazos no planificados, por lo que es necesario identificar los factores que pueden influir en el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo.

2.1.2. Factores.

Son aspectos, características o circunstancias detectables en individuos o en grupos que influyen en el conocimiento sobre la prevención del embarazo en adolescentes. Entre los factores para el estudio se consideran: factores demográficos, factores familiares y los factores psicológicos.

2.1.2.1. Factores demográficos.

Son características o circunstancias que se encuentran en el individuo y que pueden influir para el embarazo en adolescentes.

Los factores demográficos corresponden a todo aquello que puede influenciar una conducta que es inherente al individuo y son los factores que llevan a la intencionalidad de realizar un comportamiento²³. Tiene como finalidad el estudio de la población humana y se ocupa de su dimensión, estructura y caracteres generales considerados fundamentales desde un punto de vista cuantitativo²⁴. Así se tiene, las características de la población: edad y sexo.

a. Edad.

La edad del adolescente es un factor demográfico que puede influir respecto al nivel de conocimiento del adolescente sobre la prevención del embarazo; debido a, que la cognición durante la adolescencia sigue en desarrollo. Por lo tanto, las/los adolescentes aún no están en la capacidad de tomar decisiones razonadas.

Así mismo, la edad es definida como el tiempo transcurrido desde el nacimiento, se divide en diferentes etapas, con un nivel de comportamiento diferente en cada época hacia las responsabilidades que se presenten²⁴.

Se utiliza el concepto de edad cumplida, también llamada edad en años cumplidos. Este concepto de edad es el utilizado en forma más corriente y se refiere al número de años cumplidos que tiene una persona en una fecha concreta²⁵. Desde un punto de vista práctico la prevención del embarazo en adolescentes muestra variaciones según la edad²⁶. Por lo tanto, si los adolescentes tienen actividad sexual a una edad temprana, existen posibilidades de que la adolescente quede embarazada.

b. Sexo.

El sexo del adolescente, probablemente pueda influenciar en su comportamiento, respecto a conductas sexuales de riesgo; por ende, es necesario que ambos sexos tanto femenino como masculino, tengan conocimiento sobre cómo prevenir un embarazo no deseado.

Por ello, el sexo es una característica importante en la composición de las poblaciones. La pertenencia a uno u otro sexo genéticamente determinada condiciona el comportamiento de numerosos problemas de salud²⁷. También es definida como la condición orgánica que distingue al varón de la mujer²⁴.

Las diferencias del sexo se deben a las diferencias genéticas, anatómicas, y hormonales entre los géneros, y estas influyen en las respuestas fisiológicas de las personas²⁷. Si las/los adolescentes reciben información sobre prevención del embarazo, podrán mitigarse la conducta sexual de riesgo.

2.1.2.2. Factores familiares.

Son características o circunstancias que se encuentran en el entorno familiar que pueden influir en las/los adolescentes para el embarazo no deseado.

La familia es la institución por excelencia, que provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como el cuidado, afecto y socialización¹³. La familia cumple un rol muy importante en la formación de las actitudes de cada uno de los miembros; porque, es la generadora de interacciones²⁸.

En la familia se pueden hallar características que aumenten la probabilidad del embarazo en adolescentes, para el estudio se consideran los tipos de familia y la violencia familiar.

a. Tipos de familia.

La familia es la primera institución en la que se inicia el proceso de socialización, constituyendo el ambiente en el que se adquieren creencias, valores y costumbres que condicionan la forma de relacionarse con otros y con el mundo.

La información sobre tipo de familia y la jefatura del hogar, es importante para conocer las transformaciones en la composición de la familia. En la ENAHO se define como hogar a una persona o conjunto de personas emparentadas o no entre sí, que residen habitualmente en la vivienda y se asocian para atender sus necesidades de alimentos y otros bienes y servicios esenciales²⁹. Por lo tanto, la familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continúa ejerciendo las funciones educativas, protectoras, recreativas y productivas³⁰.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas para el estudio se han distinguido cinco tipos de familias:

a.1. La familia nuclear o elemental: Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

a.2. La familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, bisabuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; así mismo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos, a los nietos y bisnietos.

a.3. La familia mono parental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede ser debido al fallecimiento de uno de los cónyuges y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre

a.4. La familia de madre soltera: Es la familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

a.5. La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad.

Existen innumerables evidencias que dan cuenta de que la fecundidad adolescente está influenciada por la familia y los grupos sociales de pertenencia. Familias con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector; los y las adolescentes provenientes de estas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazadas o embarazar a su pareja. La relación entre estructura familiar y conductas reproductivas de las y los adolescentes está estudiada sobre todo en países desarrollados. Se ha encontrado que, las mujeres adolescentes que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo; es decir, la falta de uso de métodos anticonceptivos en la

primera relación sexual es tres veces más frecuente que la se registra las adolescentes que viven con ambos progenitores³¹.

Finalmente, la familia es un ente protector, si está conformada por ambos padres las/los adolescentes tendrán menos conductas de riesgo; en cambio, la ausencia de uno de los padres es un factor de riesgo para que las/los adolescentes tengan conductas de riesgo y en consecuencia un embarazo no deseado.

a. Violencia familiar.

La violencia en los hogares es cada vez más seguida, pese a existir leyes que prohíben dicho maltrato físico y psicológico, sin embargo, pareciera que solo agrediendo a los hijos se consigue algunos propósitos de algunos padres, lo más preocupante es que dicho agravio es un círculo vicioso en nuestro medio, si los padres criaron a sus hijos maltratando, los hijos cuando son padres también quieren repetir lo mismo.

Es importante señalar que hay muchas personas que provocan a los demás a responder con violencia. Sin embargo, aún en el caso de que alguien lo provoque, no hay ninguna excusa para apelar a la agresión física o psicológica. La ira suele tener como desencadenante una frustración provocada por el bloqueo de deseos o expectativas, que son frustrados por la acción de otra persona, cuya actitud percibimos como agresiva³².

La violencia intrafamiliar es un concepto utilizado para referirse a «la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos». Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, un miembro de la familia contra algún otro familiar. La violencia dentro de la familia es la más silenciada, menos denunciada; por lo tanto, no se cuenta con información estadística completa. El maltrato emocional, se producen en el entorno familiar, por parte de padres, madres, cuidadores y otras personas cercanas³³.

Seguidamente, se describen los tipos de violencia ejercidos dentro de la familia.

b.1. Tipos de violencia familiar:

En la familia las/los adolescentes pueden ser víctimas de la violencia intrafamiliar, la misma que muchas veces suele ser la más silenciada; como tipos de violencia se tienen la violencia psicológica y física.

- ✓ **Violencia psicológica.** Es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para socavar su autoestima³⁴. La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. A diferencia de la violencia física, no deja huellas visibles y el agredido tiene que luchar contra la palabra del agresor que suele tachar a la víctima de exagerada o loca³⁵.
- ✓ **Violencia física.** Es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, bofeteadas, patadas, entre otras³⁴.

Cotidianamente, numerosos adolescentes, sufren las secuelas de la violencia doméstica, y con demasiada frecuencia se encuentran acompañadas por el silencio de su entorno social. Son miles de menores, adolescentes, las víctimas cotidianas de la violencia familiar, en todas sus modalidades psicológica y física; víctimas que en su gran mayoría sufren silenciosamente la crueldad de sus padres y familiares y que probablemente ya han aprendido y han naturalizado tanto la violencia que se les hace imposible visualizar la violencia vivida y la experimentan como algo “natural”³⁶.

En tal sentido, la violencia familiar puede ser un factor para que la adolescente busque quien le de amor, cariño, sentirse amada por alguien y estando con una pareja logra momentáneamente la carencia de afecto, teniendo como consecuencia el embarazo no deseado; es por ello, que la autoestima de el/la adolescente juega un papel muy importante.

2.1.2.3. Factores psicológicos.

Son características o circunstancias detectables en las/los que pueden influir para el embarazo en adolescentes. El comportamiento del ser humano está influenciado por

los estímulos que recibe de su entorno; sin embargo, la traducción de esos estímulos está establecida por las características personales del individuo.

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa les hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, y fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia²⁴.

El desarrollo del adolescente debe venir acompañado de la crianza física y emocional, este rol es para los padres una experiencia emocional y psicológica profunda. La exigencia de entrega, tolerancia y amor incansable, es un ideal que la propia sociedad a impuesto; así como, los vínculos afectivos.

a. Autoestima.

La autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio que uno tiene hacia sí mismo, más no la opinión o aceptación que otra persona tiene respecto a uno, la autoestima es la que impulsa a la persona a actuar, a seguir adelante.

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno, es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida. Específicamente consiste en: la confianza de la capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida, en la confianza del derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar las necesidades y a gozar del fruto de los esfuerzos. La autoestima es una experiencia íntima, es lo que siente y piensa respecto a uno mismo, más no lo que otra persona piensa o siente respecto a uno. No obstante, desarrolla un importante papel en las elecciones y decisiones de la vida³⁷.

Una de las principales consecuencias que genera en la adolescente la maternidad es un sentimiento de minusvalía y baja autoestima. A partir de este evento la adolescente se siente insegura, desvalorizada, angustiada, temerosa, con culpa, rechazada, tiene bajas aspiraciones en la vida y emocionalmente se encuentra afectada y esto de alguna manera le puede traer como consecuencia depresión o suicidio³⁸.

Por tal razón, la autoestima influye en muchos aspectos de la problemática de la sociedad actual, entre ellos el embarazo en adolescentes que es consecuencia de una autoestima baja. La ausencia de autoestima impide la búsqueda del sentido a la vida.

a.1. Nivel de autoestima

Son los parámetros o grados de medición de la autoestima real que poseen las personas. Los mismos que pueden ser susceptibles a aumento o disminución con el transcurso del tiempo y a las diferentes dimensiones que engloban la personalidad y la vida laboral.

Para el estudio, para medir el nivel de autoestima de las/los adolescentes se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg.

a.1.1. Medición de la autoestima “La Escala de Rosenberg”

La muestra original en la que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió en 5.024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostró una alta fiabilidad: correlaciones test-retest en el rango de 0,82 hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados.

La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. El objetivo es evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Las frases están enunciadas una mitad en forma positiva y la otra mitad en forma negativa³⁹, se clasifican en los siguientes niveles:

- ✓ **Autoestima elevada:** Considerada como autoestima normal.

Si las/los adolescentes desarrollan una autoestima elevada, tienen más posibilidades de desenvolverse mejor ante la sociedad; así mismo, respecto a la prevención del embarazo, se sienten valiosos y tienen más seguridad en sí mismos; por lo tanto, no tendrían conductas de riesgo.

También la autoestima elevada es definida como el sentimiento valorativo que muestra una persona, el fracaso no supone ninguna alteración en sus planes, puesto que es una oportunidad única para aprender y no volver a equivocarse. Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, manejan la creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos⁴⁰.

Las/los adolescente con autoestima alta tienen expectativas de éxito y confían en que el logro depende de su propio esfuerzo. Seguidamente, se describen las características del individuo respecto a la autoestima alta.

Características de la autoestima alta: cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aun cuando encuentre fuertes oposiciones colectivas, no emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, se considera y se siente igual a cualquier otra persona, reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones⁴¹.

- ✓ **Autoestima media:** No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Es pertinente señalar que la autoestima no se da, se adquiere. Por lo tanto, para desarrollar la autoestima se requiere confiar en las propias capacidades intelectuales; es decir, en la propia capacidad de decidir.

Los individuos con autoestima media, son expresivas, dependen de la aceptación social, tienen afirmaciones positivas y tienen expectativas moderadas⁴⁰. Estas personas tienen buena confianza en sí mismas; pero, en ocasiones pueden llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás; aunque, por dentro estén sufriendo.

Seguidamente, se describen las características del individuo respecto a la autoestima media.

Características de la autoestima media: en tiempos normales mantienen una actitud positiva hacia sí mismo, en tiempos de crisis mantendrá actitudes de baja autoestima y le costará esfuerzo recuperarse, un nivel de autoestima media puede influir negativamente en la actuación de sus habilidades⁴¹.

✓ **Autoestima baja:** Existen problemas significativos de autoestima.

Si las/los adolescentes tienen bajo nivel de autoestima, es más probable que opten por conductas sexuales de riesgo; debido a, que se sienten inferior a los demás, no confían en sí mismos y no tienen muchas expectativas.

Así mismo, son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, su actitud hacia sí mismo es negativa⁴⁰. Son personas que aunque no se creen inferiores al resto, sino consideran a los demás en una posición más elevada a la suya, inconscientemente se sienten en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de realizar alguna acción.

Las/los adolescentes con autoestima baja tienen reacciones negativas más intensas frente al fracaso, teniendo pensamientos negativos de sí mismos. Seguidamente, se presentan las características de los individuos con autoestima baja.

Características de la autoestima baja: autocrítica dura y excesiva que le mantiene en un estado de insatisfacción consigo mismo, siente exageradamente ser atacado/a, indecisión crónica por miedo exagerado a equivocarse, perfeccionismo en todo lo que intenta, un negativismo generalizado⁴².

La utilidad del instrumento de la escala de autoestima de Rosenberg, se sustenta en el hecho de que la autoestima es un constructor de gran interés clínico por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos, así como por su asociación con la búsqueda de ayuda psicológica, con el estrés percibido y con el bienestar general⁴⁰.

Finalmente, la autoestima de el/la adolescente puede ser un factor para la toma de decisiones; es decir, si las/los adolescentes tienen autoestima elevada tomarán decisiones asertivas y no tendrán conductas sexuales de riesgo.

2.1.3. Conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.

2.1.3.1. Conocimiento.

El conocimiento es una actividad que se halla presente en las interacciones de los sujetos entre sí, entonces la actividad cognoscitiva no puede limitarse a una actuación mecánica y repetitiva, sino que se halla obligada a ser creativa.

Conocer es una relación establecida entre el sujeto (hombre o mujer) que conoce y el objeto conocido, en el proceso del conocimiento, el sujeto se apropia en cierta forma, del objeto conocido⁴³. El conocimiento se entiende como el conjunto de hechos, datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.

El conocimiento empírico, también llamado vulgar, es precisamente el conocimiento popular, obtenido por azar; el hombre común conoce sus hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas, obtenido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad. No obstante, el conocimiento científico va más allá del empírico, por medio del proceso de análisis científico; del fenómeno, se conocen las causas y leyes que lo originan. El conocimiento filosófico se distingue del científico; el objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas (no perceptibles por los sentidos), las cuales, traspasan la experiencia. El conocimiento teológico, es el conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan mediante la aceptación de los datos de la revelación divina por medio de los libros sagrados⁴³.

Así mismo, el conocimiento es definido como el conjunto de ideas, conceptos y enunciados que pueden ser claros, precisos, vagos o inexactos⁴⁴. Respecto al nivel de conocimientos estos pueden ser adquiridos en forma cualitativa y cuantitativa.

Existen niveles para la medición del conocimiento y se dividen en:

- a. **Conocimiento bueno:** Es el grado de conocimiento “óptimo o alto” porque existe una buena abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son precisos, las ideas están organizadas, se evocan espontáneamente y con un fundamento lógico consistente.
- b. **Conocimiento regular:** Es el grado de conocimiento “básico o medianamente logrado” porque existe una mediana o parcial abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son parcialmente precisos, existe una integración parcial de las ideas, omite otros y evoca esporádicamente el objeto de conocimiento, el fundamento lógico es simple.
- c. **Conocimiento deficiente:** Es el grado de conocimiento “insuficiente o bajo” porque existe baja abstracción y distribución cognitiva en la expresión de conceptos, los términos son imprecisos, las ideas están desorganizadas y con poco fundamento lógico⁴⁵.

Finalmente, el conocimiento es personal; ya que, se origina y reside en las personas como resultado de su experiencia ya sea físico o intelectual, lo cual, sirve de guía para decidir qué hacer en cada momento; por lo tanto, el conocimiento sobre prevención del embarazo es un conjunto de nociones e ideas que la persona tiene para evitar un embarazo no deseado.

2.1.3.2. Prevención del embarazo en adolescentes.

Para prevenir el embarazo adolescente, depende de las decisiones que se tome cuando se presente una situación nueva; sin embargo, muchas adolescentes no saben cómo actuar frente a esta situación; otro aspecto importante para prevenir los embarazos es la comunicación con los padres, al descuidar la comunicación los adolescentes ponen en riesgo su estabilidad emocional (desconfianza, inseguridad, baja autoestima, etc.) y por ello muchas veces buscan a alguien que les de cariño y les escuche.

Para prevenir el embarazo precoz, es importante desarrollar valores personales, como la responsabilidad y el respeto a nuestra sexualidad. Existen múltiples razones que predisponen al embarazo en las adolescentes, que se relacionan entre sí y ellas son las siguientes:

a. Comunicación entre padres de familia e hijos

La comunicación positiva entre padres de familia e hijos es un elemento fundamental para que los hijos se conviertan en adolescentes seguros de sí mismos con valores, metas y habilidades que promuevan la salud emocional y física. Sin embargo, para los padres de familia suele ser difícil conversar sobre sexo con sus hijos. Al comunicarles sus valores y actitudes, compartir información e intercambiar ideas, los padres ayudan a fomentar en sus hijos adolescentes la autoestima, la confianza en sí mismos y las habilidades para tomar decisiones sobre sexo y sobre un futuro saludable. La comunicación entre padres de familia e hijos promueve la salud, el éxito y la autoestima.

En un estudio, las adolescentes afroamericanas indicaron tener más conversaciones con sus madres sobre temas relacionados con sexo que los adolescentes varones. Pocos varones adolescentes hablaron con sus padres, madres o amigos sobre temas relacionados con sexo; sin embargo, los varones fueron tan propensos a hablar con sus madres como con sus amigos y un poco menos propensos a hablar con sus padres.

Cuando los padres de familia son cariñosos, firmes y otorgan autonomía psicológica a sus hijos adolescentes, estos son más exitosos en la escuela, sufren menos depresión y ansiedad y obtienen un puntaje más alto en las mediciones de confianza en sí mismos y autoestima que los adolescentes cuyos padres no les demuestran estas características.

La falta de vinculación con los padres; es decir, sentimientos de afecto, amor y atención por parte de los padres, ha sido asociada con angustia emocional, baja autoestima, problemas escolares, consumo de drogas y conductas de riesgo sexual en los adolescentes⁴⁶.

En ocasiones, los adolescentes no mantienen una buena relación familiar y cuando se presenta alguna situación no toman las decisiones adecuadas o no tienen la confianza para dialogar en familia en temas como la sexualidad, lo que puede traer como consecuencia embarazos no deseados. Las y los adolescentes que presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra lo establecido, deseando sentirse adultos; por eso, si los padres se relacionaran un poco más con sus hijos, se podría disminuir esta problemática⁴⁷.

Padres y madres deben hacer un esfuerzo por fomentar la comunicación con sus hijos. Si bien durante la infancia niños y niñas podían hablar con ellos espontáneamente, durante la adolescencia los padres deben esforzarse más por mantener una buena comunicación⁴⁸.

Por lo tanto, la comunicación positiva, continua de los padres/madres con sus hijos/as adolescentes, les permitirá tener mayor confianza y de esta manera las/los adolescentes no tendrán conductas de riesgo.

b. Estilos de crianza de los padres/madres

Existen patrones de control paternal, para el presente estudio se consideran el: estricto, autoritario y permisivo; así mismo, existen patrones típicos de comportamiento de las/los adolescentes criados de acuerdo a cada estilo.

b.1. Padres/madres estrictos: Estos ponen límites de conducta, también explican el razonamiento que hay detrás de estos límites de conducta. Sus acciones no parecen ser arbitrarias o injustas y como resultado sus hijos/as están dispuestos a aceptar estas acciones. Los padres madres estrictos están dispuestos a escuchar las objeciones de sus hijos/as y ser flexibles cuando es apropiado. Tratan de dirigir las actividades de sus hijos/as en forma racional. Ejercen un firme control cuando es necesario, pero, expresan su razonamiento detrás de una conducta y fomentan el intercambio verbal. Confían en su capacidad para guiar a sus hijos/as y respetan los intereses, opiniones y personalidad originalidad de estos. Son cariñosos,

consistentes, exigentes y respetuosos de las decisiones independientes; y están dispuestos a imponer castigo limitado.

Los hijos/as de padres/madres estrictos son los más adaptados, más seguros, con más autocontrol y los más competentes socialmente. Desarrollan una autoestima alta, se sienten seguros al saber que son amados y se muestran más satisfechos.

b.2. Padres/madres autoritarios: Son controladores y ponen reglas rígidas. Tratan de controlar el comportamiento y las actitudes de sus hijos/as y los hacen ajustarse a un estándar de conducta fijo. Valoran la obediencia incondicional y castigan enérgicamente a sus hijos por actuar en forma contraria a sus estándares. Son más indiferentes, más controladores y tienden a ser poco cariñosos. Dictan órdenes y esperan que se obedezcan; evitan intercambios verbales largos con sus hijos/as. Sus reglas no pueden ser cambiadas. El tratar de ganar algo de independencia con estos padres/madres puede ser muy frustrante para el adolescente.

Los padres/madres autoritarios tienden a generar en sus hijos/as introvertidos, temerosos, que muestran poco o nada de independencia; son taciturnos, inseguros, irritables, insatisfechos y desconfiados. Los adolescentes pueden revelarse ante el entorno restrictivo, de castigos; en el cual fueron criados pueden volverse rebeldes y agresivos. Las adolescentes es más probable que permanezcan pasivas y dependientes.

b.3. Padres/madres permisivos: Son el extremo opuesto de los autoritarios, su estilo de crianza se caracteriza por las pocas o nulas restricciones puestas en la conducta de sus hijos/as. Los/las adolescentes tienen mucha libertad; pero, poca dirección. Cuando los padres/madres permisivos están molestos o impacientes con sus hijos/as, a menudo reprimen estos sentimientos. Están decididos a demostrar a sus hijos “cariño incondicional” que dejan de lado otras funciones paternales importantes como poner límites para la conducta de sus hijos/as. Estos padres exigen menos y permite a los/as adolescentes manejar sus propias actividades. Casi nunca los castigan, no son controladores ni exigentes.

Los hijos/as de padres/madres permisivos pueden ser rebeldes y agresivos. Además, tienden a ser impulsivos e inadaptados socialmente, tienden a ser inmaduros⁴⁹.

c. Confianza y seguridad en sí mismo

Es importante que las/los adolescentes desarrollen y tenga confianza y seguridad en sí mismos, para que tengan seguridad en la vida y puedan tomar decisiones asertivas.

La autoconfianza y seguridad casi siempre se verán relacionadas; pero, es justo aclarar que se trata de dos cosas diferentes. La seguridad es un estado anímico del hombre, al igual que la autoconfianza; sin embargo, este estado es sensible al ambiente y a las circunstancias, lo que no ocurre con la confianza en uno mismo. Un sentimiento de seguridad puede surgir y desarrollarse por circunstancias afortunadas. Una sólida posición social, un cierto bienestar material, otorgan la facultad de sentirse seguros ante sus semejantes. Las personas que confían en sí mismas poseen gran seguridad en la vida, y caminar seguro es la premisa del éxito⁵⁰.

d. Valores personales y autoestima

Las/los adolescentes requieren desarrollar sus capacidades a partir de conocimientos y valores sustentados en sólidos vínculos de afecto, confianza, respeto, comprensión⁹. Las siguientes influyen al embarazo en las adolescentes:

- La falta de autoestima y asertividad, el saber decir no y posponer una relación, es una decisión muy madura. El creer que por medio de un embarazo se va a amarrar al novio, quien por sus principios o por presión familiar va a “cumplir”. Pero en la actualidad esto ya no sucede con frecuencia y es la joven la que tiene que asumir sola la responsabilidad. La falta de control en las emociones e impulsos sexuales, así como la presión de amigos para demostrar que son "hombrecitos" o "mujeres".

- La falta de valores personales, de autoestima e inseguridad, temor al rechazo de grupo; el miedo al abandono del novio, por no ceder, lo que generalmente ocurre de todos modos.
- Las presiones amorosas, el acoso sexual o las amenazas de abandono, conductas que forman parte del machismo para demostrar su virilidad.
- En no comprender lo que significa tener relaciones sexuales a temprana edad.
- Estar bajo el efecto del alcohol y otras drogas, que impiden actuar responsablemente.
- El sentirse invulnerables y que nada va a pasar, porque eso solamente les ocurre a otras.
- El tomar el embarazo como un escape de los problemas familiares, con el fin de salir de casa y formar otra familia, que en la mayoría de los casos termina fracasando.

La falta de afecto, comunicación y las relaciones problemáticas en una familia, influyen para que se den casos de embarazos a muy temprana edad. Cuando hay falta de atención a los hijos ya sea por la separación de los padres o bien porque ambos deciden realizarse profesionalmente, delegando o descuidando su rol; los jóvenes crecen carentes de valores morales que guíen sus conductas⁵¹. Por tal razón, las adolescentes en una relación esperan, en primer orden, alcanzar felicidad (62,8%) y el romanticismo (37,2%)⁵²; ya que, piensan que con un novio(a) y si se embarazan se resolverán sus problemas familiares; sin embargo, el embarazo en adolescentes trae consigo consecuencias a corto y largo plazo.

e. Proyecto de vida

Es importante que las/los adolescentes tengan un proyecto de vida, para que tengan una meta a futuro, sus planes, su carrera, que más adelante los convertirá en hombres y mujeres de bien.

El proyecto de vida es todo aquello que tiene que ver con uno mismo, con lo que es y lo que quiere ser y hacer, pero sobre todo con aquello que se desea para el futuro, incluye los esfuerzos y la disposición para su construcción, así como los

compromisos y la constancia para su logro. El proyecto de vida es diferente en cada persona. Ya que, tiene que ver con la historia de vida, las ilusiones y deseos; así como, con las expectativas en el futuro⁵³.

f. La cultura

La cultura influye en el actuar de las personas; por ello, es un factor que puede influir en el conocimiento de prevención del embarazo en adolescentes. Hoy en día en los medios de comunicación, en la música, es común que tengan mensajes con contenidos sexuales, considerándose como normal; así mismo, el consumo del alcohol forma parte de la cultura, la cual puede llevar a conductas sexuales de riesgo.

Los medios de comunicación 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, esperadas⁵⁰. Los medios ponen a disposición, legitiman y silencian representaciones, modelos, imágenes, valores y creencias también en el terreno de la sexualidad; sus insumos provienen del entorno sociocultural al que devuelven modelos, estereotipos, mitos, con la fuerza que le da su capacidad amplificadora⁵⁴.

Respecto al consumo del alcohol como parte de la cultura, las/los adolescentes tienen expectativas y motivos que les llevan a beber resultando peligrosos por sus consecuencias a corto plazo.

El consumo de alcohol en los adolescentes se debe a la necesidad de vivir su libertad fuera de la familia, el predominio del grupo sobre su individualidad, la dependencia, sus fantasías sobre el consumo de sustancias, la búsqueda de sensaciones y de placer. En última instancia el deseo de transgredir lo establecido. Por eso mejor en la calle que en el bar; mejor en la noche que en el día. Para los adolescentes beber tiene que ver con la independencia y la afirmación de su identidad. La problemática en los jóvenes, son las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol suelen referirse a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y

conductas de alto riesgo, como actividades sexuales de riesgo que conlleven embarazos no deseados⁵⁵.

g. Educación sobre sexualidad:

Según el UNICEF la sexualidad es, en los contextos estudiados, un tabú. Desde las y los adultos se habla poco de sexualidad y menos aún de sexualidad adolescente. Al punto que el solo hecho de hablar sobre el tema se considera un acto de provocación o un detonante que puede desencadenar actos sexuales: En los estudios se ha podido identificar que el tabú y el miedo se transfieren de generación en generación a través del silencio y la brecha de comunicación entre padres/madres e hijos/as, que se reproduce. Si bien las limitaciones de la comunicación intergeneracional son varias y de carácter general, existen algunos factores particulares que impiden hablar en torno a la sexualidad.

En lo que se refiere a la relación entre madres e hijas, se constata en la información levantada que en ocasiones se parte del supuesto de que “al ser algo malo”, y por ende un tema “indebido”, no se debe verbalizar; debe ocurrir en silencio y en secreto y ambas (madre e hija) pretender que ninguna sabe ni se da cuenta⁵⁶.

El concepto de autonomía en el campo de la sexualidad está referido a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro. Implica poder identificar, conocer y dar sentido a las propias necesidades sexuales y buscar formas de satisfacción en el marco del respeto por las propias decisiones. Implica el relacionamiento con el propio cuerpo, su conocimiento, respeto y cuidado; particularmente saberse sujeto de derechos también en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas⁵⁴.

Por lo tanto, la sexualidad debe ser vista como algo normal, natural y positivo durante el desarrollo; así mismo, se debe tener el respeto y cuidado de la sexualidad.

Así mismo, la respuesta sexual es el conjunto de modificaciones que ocurren en el varón y la mujer por acción del estímulo sexual. Existen diferencias en la manifestación del impulso sexual entre muchachos y muchachas, esto se debe, tanto

a diferencias biológicas, como a lo esperado por la cultura para cada uno. En los muchachos el impulso se expresa más genitualmente; debido, en parte, a que sus genitales son externos y a la acumulación de semen. Por ello, el joven necesita aprender a no dejarse llevar por sus impulsos sexuales como una urgencia inmediata a satisfacerlos. En las muchachas el impulso se expresa más en la búsqueda de ternura, amor romántico y se presenta de manera compleja envuelto en su afectividad; la mujer es muy sensible al tacto y al oído⁵⁷.

Es por ello, que los/las adolescentes no deben dejarse llevar por los impulsos sexuales, estos deben de tomar conciencia de las consecuencias que llevarían sus actos.

Tener relaciones sexuales sin protección; es decir, sin usar condón o cualquier otro método anticonceptivo debido a la carencia de educación sexual, información u orientación adecuada resultando los embarazos no deseados; ya que, muchas y muchos adolescentes no tienen la información suficiente, adecuada y oportuna, como para comprender cómo se origina un embarazo y lo que implica⁵¹. El desconocimiento, desinformación o mala información sobre el uso de métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes trae como consecuencia:

- Mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente.
- Abortos realizados en condiciones inseguras.
- Incremento alarmante de los suicidios en adolescentes y jóvenes embarazadas, considerado como “causa indirecta de muerte materna”.
- Abandono de la escuela.
- Reducción de oportunidades de desarrollo personal.

Para el desarrollo socio económico del país:

- Aumento el número de mujeres y hombres con bajos niveles educativos.
- Reducción de oportunidades y mejores condiciones laborales adecuadas.
- Reproducción de la pobreza y exclusión de esta población⁹.

Si las/los adolescentes tienen información adecuada y oportuna sobre los métodos anticonceptivos, los/las adolescentes tomarían decisiones asertivas.

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y a mantener el nivel de salud. Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado. En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud⁵⁸.

Así mismo, es necesario que las/los adolescentes entiendan su sexualidad y para ello estos deben ser informados por parte de sus padres/madres y docentes.

Las/los adolescentes requieren conocer temas relacionados con la sexualidad, las y los adolescentes deben ser abordados dentro de un enfoque integral, con la finalidad de ofrecerles información que les permita tomar decisiones para prevenir embarazos no planeados⁹.

En el hogar, la escuela o la comunidad no existe la suficiente 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 psicosociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar⁵¹.

Si las/los adolescentes no tienen información sobre su sexualidad por parte de sus padres/madres y docentes, corren el riesgo de obtener dicha información en forma errónea, teniendo como consecuencia un embarazo no deseado.

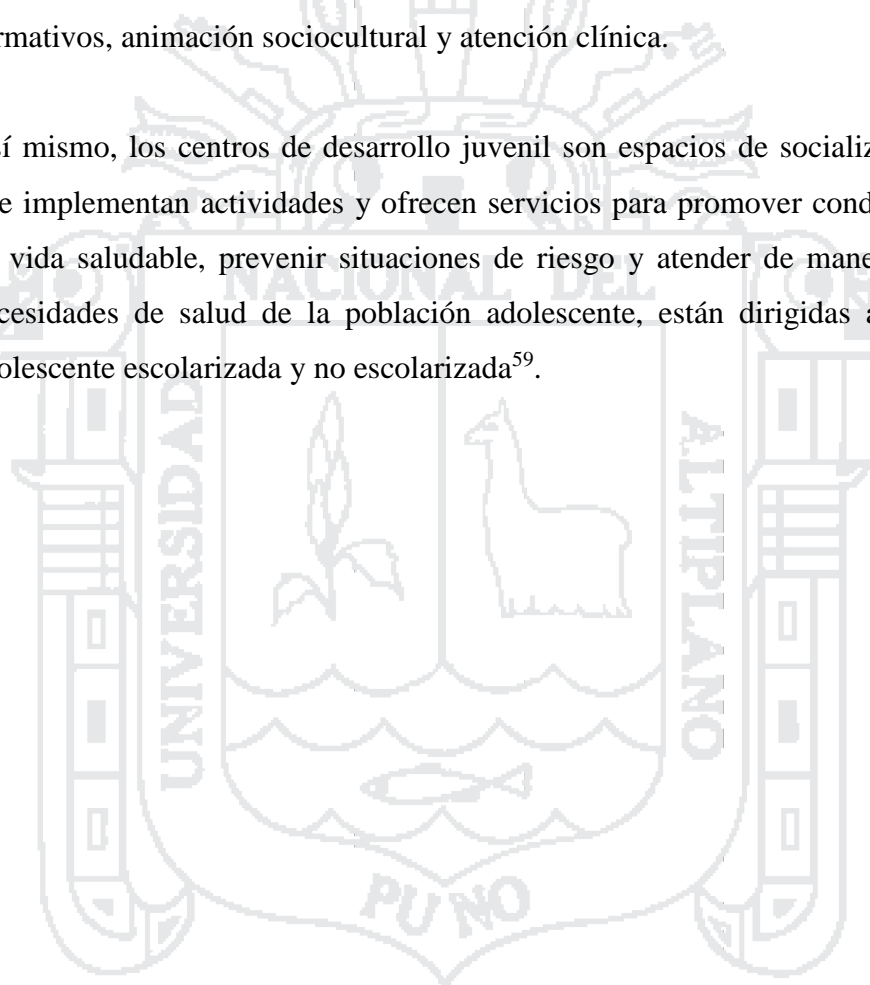
Por lo tanto, se considera importante no solo que existan en las escuelas asignaturas relacionadas a la sexualidad; sino, que es importante que cada día se relacione a los

padres de familia en la educación con sus hijos y con ello se accedería a otro nivel académico⁴⁶.

Centros de desarrollo juvenil

Los centros de desarrollo juvenil son centros de atención diferenciada, exclusivamente para la población adolescente, donde les brindan consejería, talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica.

Así mismo, los centros de desarrollo juvenil son espacios de socialización positiva que implementan actividades y ofrecen servicios para promover conductas y estilos de vida saludable, prevenir situaciones de riesgo y atender de manera integral las necesidades de salud de la población adolescente, están dirigidas a la población adolescente escolarizada y no escolarizada⁵⁹.



2.2. MARCO CONCEPTUAL

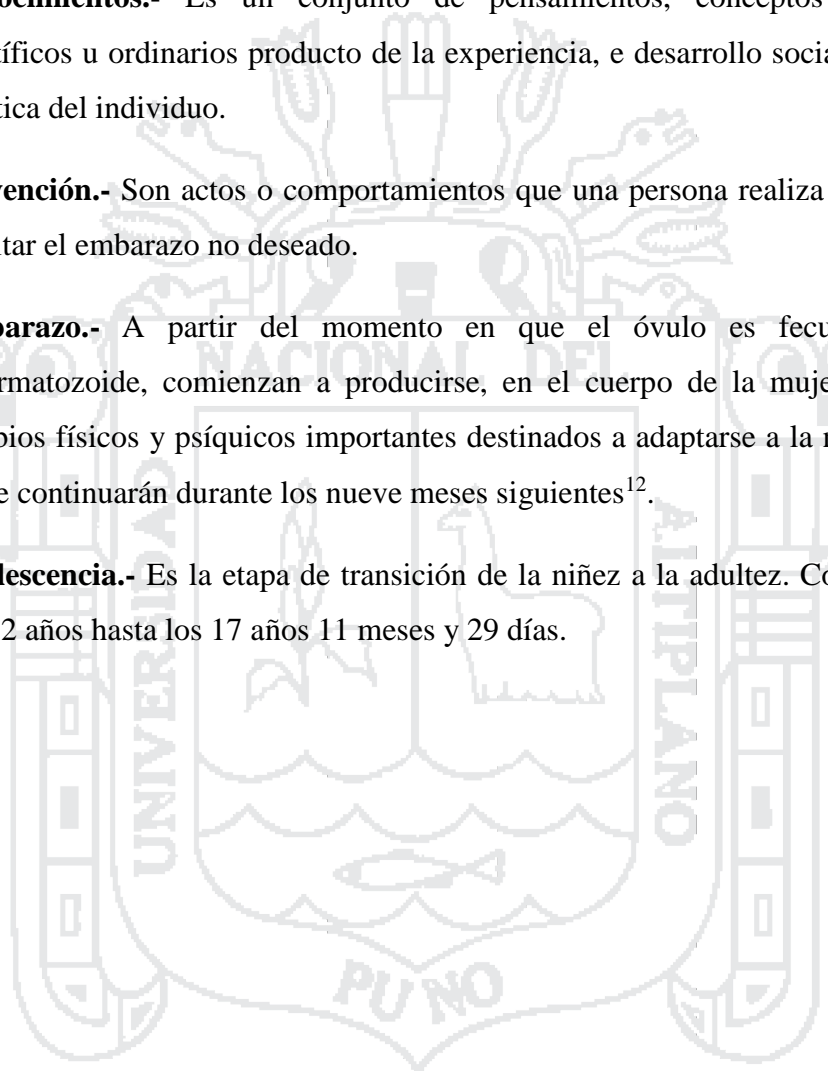
Factores.- Son aspectos o características que influyen en el conocimiento sobre prevención del embarazo.

Conocimientos.- Es un conjunto de pensamientos, conceptos y enunciados científicos u ordinarios producto de la experiencia, e desarrollo social y la actividad práctica del individuo.

Prevención.- Son actos o comportamientos que una persona realiza para protegerse o evitar el embarazo no deseado.

Embarazo.- A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes¹².

Adolescencia.- Es la etapa de transición de la niñez a la adultez. Comprende desde los 12 años hasta los 17 años 11 meses y 29 días.



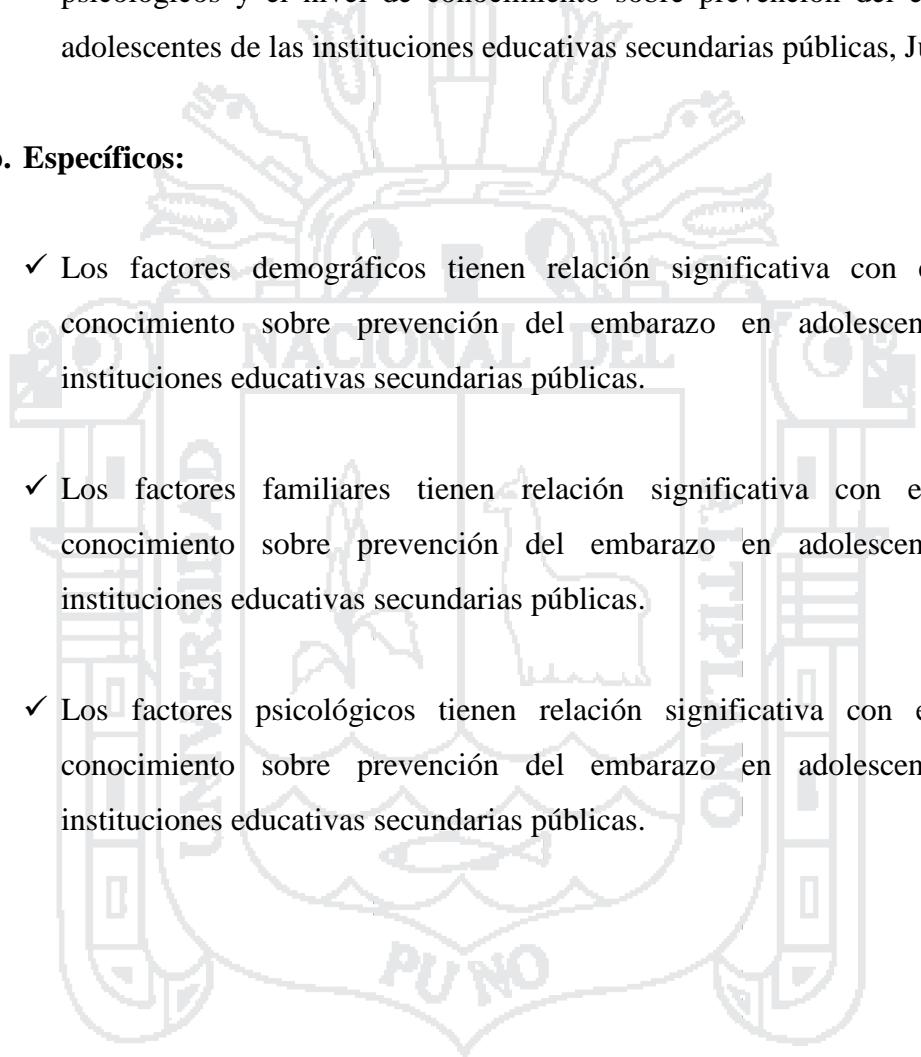
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

a. General:

- ✓ Existe relación significativa de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

b. Específicos:

- ✓ Los factores demográficos tienen relación significativa con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas.
- ✓ Los factores familiares tienen relación significativa con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas.
- ✓ Los factores psicológicos tienen relación significativa con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas.



III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación:

- ✓ Descriptivo: Porque se describió las variables de estudio, las cuales son: factores demográficos, familiares y psicológicos, y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes escolares de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca.

3.1.2. Diseño de la investigación:

- ✓ Descriptivo correlacional: Porque se determinó la relación entre las variables.
- ✓ Transversal: según el tiempo es de corte transversal porque se recolectó la información en un solo momento y tiempo determinado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población.

La población de la presente investigación, estuvo conformada por 9,552 adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas: G.U.E. “José Antonio Encinas”, G.U.E. “Las Mercedes”, Comercio 32 “Mariano H. Cornejo” y el Politécnico Regional “Los Andes” de la ciudad de Juliaca.

3.2.2. Muestra.

La muestra estuvo conformado por 305 adolescentes, de primero a quinto grado de secundaria, para ello se utilizó el procesamiento estadístico estratificado puesto que fueron varias instituciones educativas intervenidas, haciendo uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

$$n = 305$$

Dónde: n = muestra
 N = población
 p y q = proporciones de muestreo
 E = Nivel de error del parámetro: P
 Z = Nivel de confianza.

Llegando una muestra de 305 estudiantes.

Solución para los estratos:

$$n_i = \frac{n * N_i}{N}$$

Se calcula

Dónde:

E_i = Numero de estratos

n_i = Tamaño de muestra a tomas del (E_i)

N_i = Tamaño del estrato

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población

Estudiantes de educación secundaria por estrato según institución educativa pública de la ciudad de Juliaca, 2016.

| Institución educativa secundaria pública | Total de cada Estrato N_i | Muestra de los Estratos $n_i = \frac{n * N_i}{N}$ |
|--|-----------------------------|---|
| José Antonio Encinas | 2943 | 94 |
| Las Mercedes | 2199 | 70 |
| Comercio 32 | 2075 | 66 |
| Politécnico | 2335 | 75 |
| Total | 9552 | 305 |

La muestra seleccionada es de 305 unidades de estudio y estos se seleccionan aplicando el muestreo al azar en cada estrato. Para la selección de la muestra se consideró solo aquellos instrumentos donde todos los ítems tengan respuestas.

Criterios de selección de la muestra.

Criterios de inclusión.

- ✓ Estudiantes que asistan regularmente a las instituciones educativas.

Criterios de exclusión.

- ✓ Estudiantes que no asistan regularmente a las instituciones educativas.

3.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica:

La técnica utilizada para la recolección de datos de la presente investigación fue la encuesta.

3.3.2. Instrumentos:

- a. Para medir los factores demográficos, familiares y psicológicos.

Para la recolección de datos de los indicadores, se utilizó un cuestionario estructurado (Anexo 1), con preguntas que van dirigidas hacia el estudiante.

- b. Para medir el nivel de autoestima.

Se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg (autoestima elevada, media, baja), el cual contiene 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa (Anexo 2). De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1; de los ítems 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

| Nivel de autoestima | Puntuación |
|---------------------|--------------------|
| Elevada | De 30 a 40 puntos |
| Media | De 26 a 29 puntos |
| Baja | Menos de 25 puntos |

c. Para medir el conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.

Se utilizó el cuestionario de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes, el cual contiene 23 ítems con preguntas cerradas de opción múltiple (Anexo 3). De la puntuación: siempre=2, a veces=1, nunca=0; excepto los ítems 8 al 12, donde las respuestas se puntúan siempre=0, a veces=1, nunca=2.

Para la calificación se adoptó las categorías establecidas por Huertas⁴¹ los cuales son: conocimiento bueno, regular y deficiente.

| Nivel de conocimientos | Puntuación |
|------------------------|-------------------|
| Bueno | De 35 a 46 puntos |
| Regular | De 23 a 34 puntos |
| Deficiente | Menor a 22 puntos |

Validez y confiabilidad de los instrumentos.

- **Validez externa.**

El cuestionario fue validado mediante un informe de opinión de expertos (Anexo 4); estuvo conformado por profesionales en el área de salud, el cual fue aprobado para su aplicación, la concordancia entre jueces con respecto a los factores demográficos y familiares, con un resultado del 90% de confiabilidad lo cual garantiza que el instrumento es confiable y válido.

La escala de autoestima de Rosenberg fue validado para el Perú, por Anna Kare Castañeda Díaz en el año 2013, donde la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.80, lo cual garantiza que el instrumento es confiable y válido.

El cuestionario de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes fue elaborado por el MINSA; para la presente investigación los ítems fueron adecuados y se agregaron más ítems; así mismo, se realizó una prueba piloto para validar la funcionalidad del instrumento, la cual estuvo conformada por 10 estudiantes (Anexo 5), para la validación se tiene el Alfa de Cronbach de 0.816, para la confiabilidad se tiene el Alfa de Cronbach de 0.794.

- **Validez interna.**

Para la validez y confiabilidad del cuestionario sobre factores demográficos y familiares se realizó una prueba piloto para validar la funcionalidad del instrumento, la cual estuvo conformada por 10 estudiantes de tercer grado de la Institución Educativa Secundaria Pública INA 91 “José Ignacio Miranda”. (Anexo 6)

- **Confiabilidad.**

Se utilizó los datos de la prueba piloto, se tiene el alfa de Cronbach de 0.793 para la confiabilidad, lo cual garantiza que el instrumento es confiable y válido.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. De la coordinación.

- ✓ Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería de la UNA-Puno, para que emita un oficio solicitando a los directores de las Instituciones Educativas Secundarias Públicas, focalizadas para realizar el estudio, que se brinde las facilidades del caso para la recolección de datos.
- ✓ Una vez admitido el documento en mención por los directores de las instituciones educativas secundarias públicas seleccionadas. Se coordinó con los responsables de TOE y los profesores de tutoría de cada aula de acuerdo a su horario de trabajo.

3.4.2. De la aplicación de los instrumentos.

- ✓ Se informó brevemente a las/los adolescentes, acerca de los objetivos de la investigación y la importancia de su participación.
- ✓ Seguidamente se informó a las/los adolescentes la consistencia de los instrumentos y se explicó el llenado del cuestionario.
- ✓ Se solicitó a las/los adolescentes de forma verbal el asentimiento para su participación voluntaria en el estudio.
- ✓ Se procedió a la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos.
- ✓ El tiempo total para resolver los instrumentos fue de 20 a 30 minutos, transcurrido el tiempo devolvieron los instrumentos.
- ✓ Una vez concluido el proceso de recolección de datos se les agradeció a las/los adolescentes y al docente del aula por su valiosa colaboración en la investigación. (Los instrumentos se aplicaron del 14 de julio al 9 de septiembre del presente año).

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.5.1. Procesamiento de datos:

- ✓ Se verificó que todos los ítems de los instrumentos tengan respuesta.
- ✓ Se realizó el conteo de los cuestionarios.
- ✓ Se calificó los instrumentos: escala de autoestima de Rosenberg, para el nivel de autoestima elevada, media, baja; y el cuestionario de conocimientos sobre prevención del embarazo, para el nivel de conocimiento, bueno, regular, deficiente, según criterios de calificación, con la puntuación establecida respectivamente.
- ✓ Se verificó y organizó la información obtenida.
- ✓ Se codificó con números arábigos cada ítem del cuestionario y se les asignó un valor con la finalidad de facilitar el procesamiento estadístico.
- ✓ Se creó una base de datos en MS Excel 2013.
- ✓ Los datos obtenidos se procesaron utilizando el software estadístico SPSS v. 23 y 25 y la hoja de cálculo MS Excel 2013.

- ✓ La presentación de los resultados se hizo en tablas y gráficos diseñados en la hoja de cálculo de MS Excel 2013 según los objetivos planteados.
- ✓ Se realizó la descripción estadística de las tablas y gráficos.

3.5.2. Análisis de datos:

Para el ordenamiento, interpretación y análisis de los datos obtenidos se utilizó la presentación de cuadros numéricos y porcentuales, para la interpretación de los resultados por el tipo de estudio de causa – efecto se utilizó para el análisis el Chi cuadrado, para analizar la relación a 5% de margen de error y 95% de margen de certeza.

$$\chi^2 = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

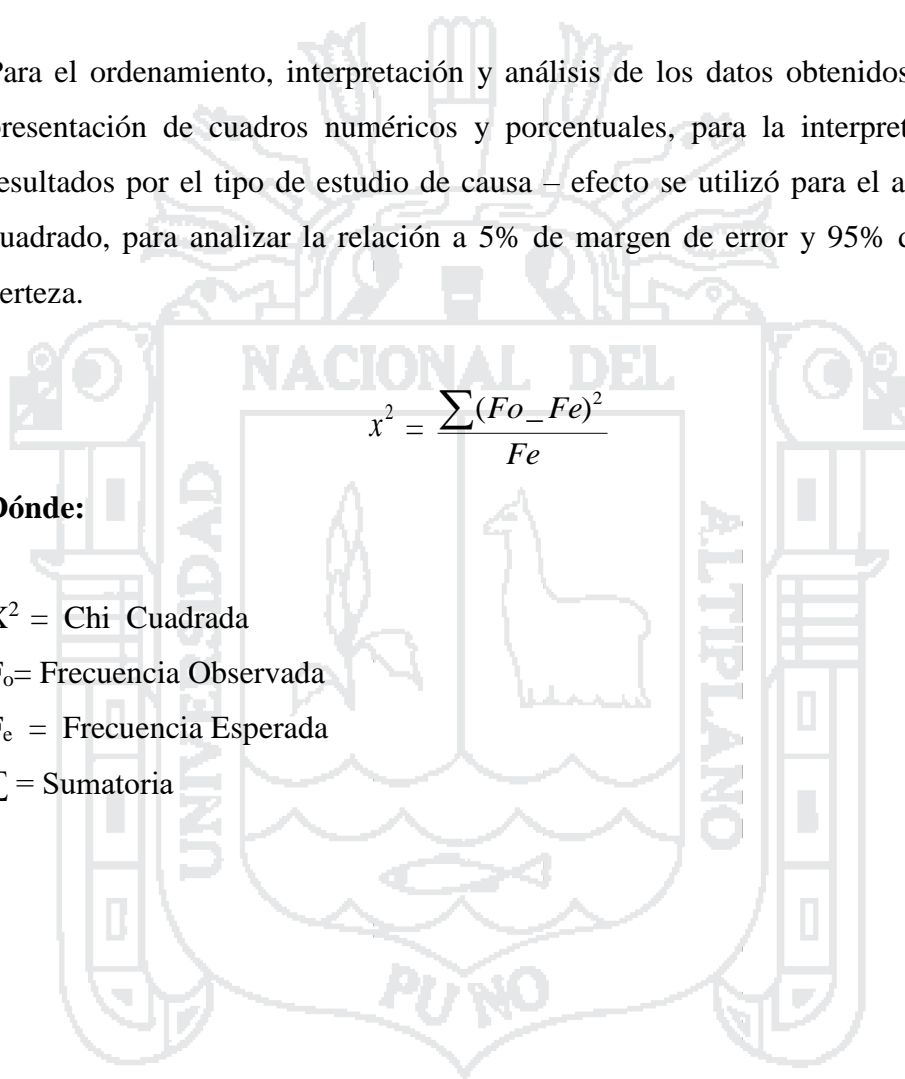
Dónde:

χ^2 = Chi Cuadrada

F_o = Frecuencia Observada

F_e = Frecuencia Esperada

Σ = Sumatoria



IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1

Relación de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

| | | Factores | | | | | | Total | |
|------------------------------|------------|----------------|------|----------------|------|----------------|------|----------------|-------|
| | | Demográficos | | Familiares | | Psicológicos | | f _i | % |
| | | f _i | % | f _i | % | f _i | % | | |
| Nivel de Conocimiento | Bueno | 3 | 1.0 | 5 | 1.6 | 7 | 2.3 | 15 | 4.9 |
| | Regular | 62 | 20.3 | 104 | 34.1 | 48 | 15.7 | 214 | 70.2 |
| | Deficiente | 27 | 8.9 | 43 | 14.1 | 6 | 2.0 | 76 | 24.9 |
| Total | | 92 | 30.2 | 152 | 49.8 | 61 | 20.0 | 305 | 100.0 |

Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

En la tabla 1 se observa, la relación de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo, se tiene respecto a los factores demográficos el 20.3% tienen conocimiento regular, el 8.9% conocimiento deficiente, y el 1.0% conocimiento bueno; respecto a los factores familiares el 34.1% tienen conocimiento regular, el 14.1% conocimiento deficiente y el 1.6% conocimiento bueno; respecto a los factores psicológicos el 15.7% tienen conocimiento regular, el 2.3% conocimiento bueno y el 2.0% conocimiento deficiente.

A la prueba estadística del Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo una $X^2_c=14.451$ para 4 grados de libertad se tuvo una probabilidad de $P=0,006$; es decir, existe relación de los factores demográficos, familiares y psicológicos con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca en el año escolar 2016.

Tabla 2

Factores demográficos relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

| Factores Demográficos | | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|--------|
| | | Bueno | | Regular | | Deficiente | | f _i | % |
| | | f _i | % | f _i | % | f _i | % | | |
| Edad | De 12 a 13 años | 1 | 0.33 | 50 | 16.39 | 46 | 15.08 | 97 | 31.80 |
| | De 14 a 15 años | 4 | 1.31 | 93 | 30.49 | 20 | 6.56 | 117 | 38.36 |
| | De 16 a 17 años | 10 | 3.28 | 71 | 23.28 | 10 | 3.28 | 91 | 29.84 |
| Sexo | Femenino | 9 | 2.95 | 114 | 37.38 | 33 | 10.82 | 156 | 51.15 |
| | Masculino | 6 | 1.97 | 100 | 32.79 | 43 | 14.10 | 149 | 48.85 |
| Total | | 15 | 4.92 | 214 | 70.16 | 76 | 24.92 | 305 | 100.00 |

Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Se muestra en la tabla 2 que, de un total de 305 estudiantes, respecto a la edad del adolescente se observa que, de 14 a 15 años de edad el 30.49% tienen conocimiento regular, 6.56% conocimiento deficiente y 1.31% conocimiento bueno, de 12 a 13 años de edad el 16.39% tienen conocimiento regular, 15.08% conocimiento deficiente y 0.33% conocimiento bueno; de 16 a 17 años de edad el 23.28% tienen conocimiento regular, 3.28% tienen conocimiento deficiente y bueno sobre prevención del embarazo.

A la prueba estadística del Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo una $X^2_c=47,052$ para 4 grados de libertad se tuvo una probabilidad de $P=0,000$; se determina que la edad está relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca en el año escolar 2016.

Respecto al sexo del adolescente se observa que, de un total de 305 estudiantes, del sexo femenino el 37.38% tienen conocimiento regular, 10.82% conocimiento

deficiente y 2.95 tienen conocimiento bueno; del sexo masculino el 32.79% tienen conocimiento regular, 14.10 conocimiento deficiente y 1.97% conocimiento bueno sobre prevención del embarazo.

A la prueba estadística del Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo una $X^2_c=2,672$ para 2 grados de libertad se tuvo una probabilidad de $P=0,263$; se determina que el sexo no está relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca en el año escolar 2016.

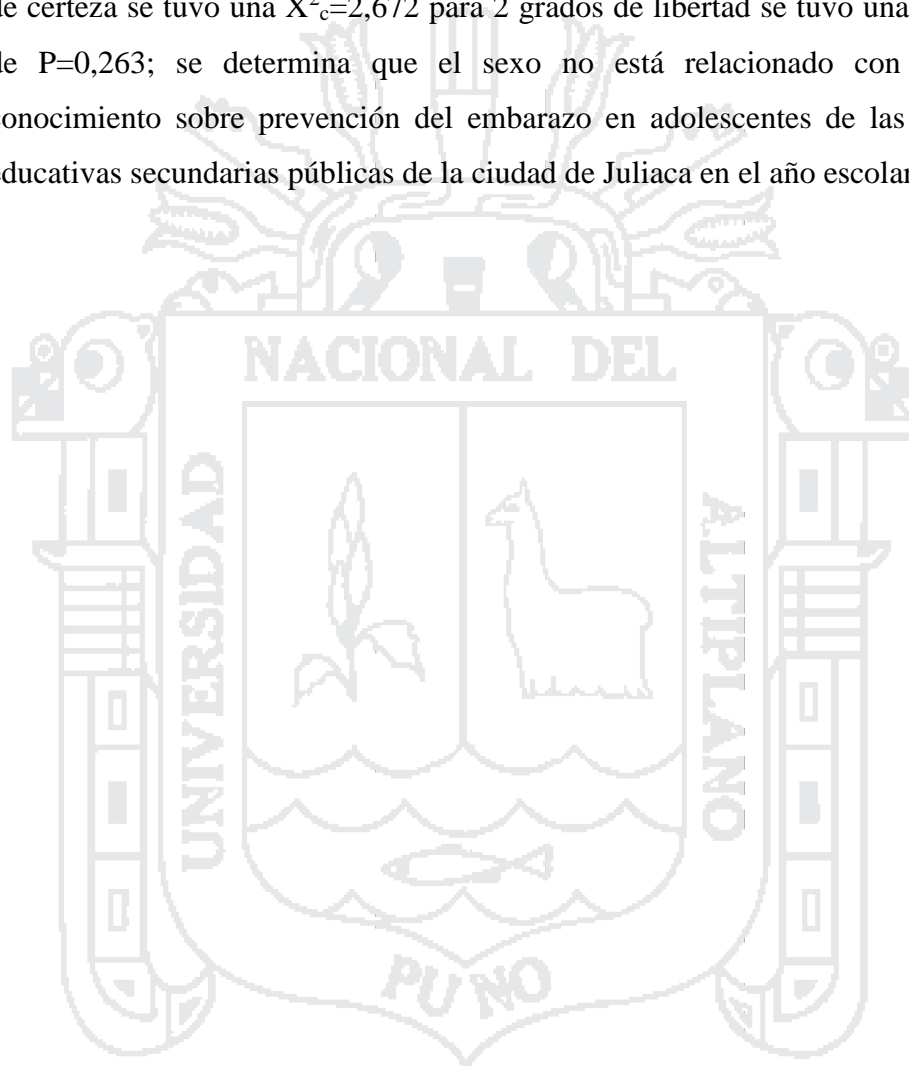


Tabla 3

Factores familiares relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

| Factores familiares | | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------------------------|---------------------|-----------------------|------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|--------|
| | | Bueno | | Regular | | Deficiente | | f _i | % |
| | | f _i | % | f _i | % | f _i | % | | |
| Tipo de familia | Nuclear | 10 | 3.28 | 148 | 48.52 | 21 | 6.89 | 179 | 58.69 |
| | Extensa | 4 | 1.31 | 41 | 13.44 | 3 | 0.98 | 48 | 15.74 |
| | Monoparental | 0 | 0.00 | 3 | 0.98 | 3 | 0.98 | 6 | 1.97 |
| | De madre soltera | 1 | 0.33 | 10 | 3.28 | 27 | 8.85 | 38 | 12.46 |
| | De padres separados | 0 | 0.00 | 12 | 3.93 | 22 | 7.21 | 34 | 11.15 |
| Violencia familiar | Psicológica | 0 | 0.00 | 20 | 6.56 | 3 | 0.98 | 23 | 7.54 |
| | Física | 0 | 0.00 | 38 | 12.46 | 8 | 2.62 | 46 | 15.08 |
| | Ambas | 1 | 0.33 | 26 | 8.52 | 29 | 9.51 | 56 | 18.36 |
| | Ninguna | 14 | 4.59 | 130 | 42.62 | 36 | 11.80 | 180 | 59.02 |
| Total | | 15 | 4.92 | 214 | 70.16 | 76 | 24.92 | 305 | 100.00 |

Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Se observa en la tabla 3 que, el tipo de familia, de un total de 305 estudiantes, respecto a la familia nuclear el 48.52% tienen conocimiento regular, respecto a la familia extensa 13.44% tienen conocimiento regular, 1.31% conocimiento bueno y 0.98% conocimiento deficiente; respecto a la familia monoparental 0.98% tienen conocimiento regular y deficiente; respecto a la familia de madre soltera 8.85% tienen conocimiento deficiente, 3.28% conocimiento regular y 0.33% conocimiento

bueno; respecto a la familia de padres separados 7.21% tienen conocimiento deficiente y 3.93% conocimiento regular sobre prevención del embarazo.

A la prueba estadística del Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo una $X^2_c=100,691$ para 8 grados de libertad se tuvo una probabilidad de $P=0,000$; se determina que el tipo de familia está relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca en el año escolar 2016.

En relación a la violencia familiar, se observa que respecto a la violencia psicológica 6.56% tienen conocimiento regular y 0.98% conocimiento deficiente; respecto a la violencia física 12.46% tienen conocimiento regular y 2.62% conocimiento deficiente; ambas (violencia psicológica y física) 9.51% tienen conocimiento deficiente, 8.52% conocimiento regular y 0.33% conocimiento bueno; respecto a ningún tipo de violencia 42.62% tienen conocimiento regular, 11.80% conocimiento deficiente y 4.59% conocimiento bueno sobre prevención del embarazo.

A la prueba estadística del Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo una $X^2_c=34,366$ para 6 grados de libertad se tuvo una probabilidad de $P=0,000$; se determina que la violencia familiar está relacionado con el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca en el año escolar 2016.

Tabla 4

Factores psicológicos relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

| Factores Psicológicos | | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------------------|---------|-----------------------|------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|--------|
| | | Bueno | | Regular | | Deficiente | | f _i | % |
| | | f _i | % | f _i | % | f _i | % | | |
| Nivel de autoestima | Elevada | 10 | 3.28 | 122 | 40.00 | 28 | 9.18 | 160 | 52.46 |
| | Media | 4 | 1.31 | 65 | 21.31 | 31 | 10.16 | 100 | 32.79 |
| | Baja | 1 | 0.33 | 27 | 8.85 | 17 | 5.57 | 45 | 14.75 |
| Total | | 15 | 4.92 | 214 | 70.16 | 76 | 24.92 | 305 | 100.00 |

Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Se muestra en la tabla 4 que, en el nivel de autoestima, respecto a la autoestima elevada 40.00% tienen conocimiento regular, 9.18% conocimiento deficiente y 3.28% conocimiento bueno; respecto a la autoestima media 21.31% tienen conocimiento regular, 10.16% conocimiento deficiente y 1.31% conocimiento bueno; respecto a la autoestima baja 8.85% tienen conocimiento regular, 5.57% conocimiento deficiente y 0.33 conocimiento bueno sobre prevención del embarazo.

A la prueba estadística del Chi cuadrado calculada al 5% de margen de error y 95% de certeza se tuvo una $X^2_c=11,305$ para 4 grados de libertad se tuvo una probabilidad de $P=0,023$; se determina que el nivel de autoestima está relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas de la ciudad de Juliaca en el año escolar 2016.

4.2. DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra, la relación de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo; respecto a los factores demográficos tienen conocimiento regular, seguido de conocimiento deficiente; respecto a los factores familiares tienen conocimiento regular seguido de conocimiento deficiente; respecto a los factores psicológicos tienen conocimiento regular seguido de conocimiento bueno.

Los factores demográficos, familiares y psicológicos, son aspectos, características o circunstancias detectables en individuos, que pueden influir en el conocimiento sobre prevención del embarazo en los adolescentes.

Para la tabla 2, se muestra los resultados respecto a los factores demográficos relacionados con el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos en adolescentes: respecto a la edad, más de la tercera parte tienen de 14 a 15 años de edad y conocimiento regular, y se encuentra relacionado con el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos en adolescentes. Al comparar los resultados con otro estudio se puede ver que difiere con la investigación realizada por Gómez y Montoya, quienes obtuvieron como resultado que la mitad de las encuestadas tienen 16 años o menos y estaban asociados con el embarazo en adolescentes.

Esta diferencia probablemente se deba a que las adolescentes encuestadas se encontraban en otro rango respecto a la edad. Sin embargo, la población en estudio no tiene características similares; ya que, en el otro estudio un tercio de las adolescentes ya estaban embarazadas. Desde un punto de vista práctico la prevención del embarazo en adolescentes muestran variaciones según la edad. Si los adolescentes tienen actividad sexual a una edad temprana, existen posibilidades de que la adolescente quede embarazada²¹.

De acuerdo a los resultados, el embarazo en la adolescencia se encuentra estrechamente relacionado con la edad, la edad se comporta como un factor de riesgo, por ello es importante que las/los adolescentes conozcan sobre la prevención

del embarazo. No obstante, en el anexo 8 se muestra que más de la mitad de las/los adolescentes a veces conversan con sus padres sobre temas de sexualidad y más de un tercio nunca conversan sobre estos temas, posiblemente porque sus padres se encuentren ocupados en su trabajo y no se den el tiempo para conversar con sus hijos/as adolescentes sobre estos temas o porque sigue siendo un tabú hablar sobre temas de sexualidad; respecto a la información por parte de la sociedad y medios de comunicación sobre la sexualidad y embarazo precoz, más de un tercio de las/los adolescentes a veces recibieron información y menos de un tercio nunca recibieron información acerca de estos temas.

Respecto al sexo del adolescente, se muestra que más de un tercio son de sexo femenino y tienen conocimiento regular, y no está relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes. El sexo es una característica importante en la composición de las poblaciones. La pertenencia a uno u otro sexo genéticamente determinada condiciona el comportamiento de numerosos problemas de salud²³. Por todo ello, al analizar los resultados obtenidos en la presente investigación e identificar que no hubo una relación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes; establece que, tanto el sexo femenino como el masculino no tienen buen conocimiento sobre prevención del embarazo.

En la tabla 3, se muestra los resultados sobre los factores familiares relacionados con el nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo en adolescentes: respecto al tipo de familia, se muestra que más de un tercio de adolescentes tienen familia nuclear y conocimiento regular, y se relaciona con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes. Al comparar los resultados con algunos estudios se puede ver que difieren con la investigación de Quispe, quien muestra en sus resultados que un tercio de sus encuestadas tienen familia monoparental. También Osorio, muestra que, más de la mitad de las encuestadas provienen de familias desintegradas.

Los resultados difieren a los encontrados en la investigación, esto probablemente se deba a que la población en estudio no tiene características similares; ya que, en los otros estudios las adolescentes se encontraban embarazadas o ya eran madres. Por

ende, la ausencia de uno de los padres es un factor de riesgo para que la adolescente quede embarazada.

Los tipos de familia son: nuclear o elemental, es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia; extensa o consanguínea, se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, bisabuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; la familia mono parental, es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos ya sea porque los padres se han divorciado o por el fallecimiento de uno de los cónyuges; de madre soltera, familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as; de padres separados, los padres se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren²⁶. La relación entre estructura familiar y conductas reproductivas de las y los adolescentes está estudiada sobre todo en países desarrollados. Se ha encontrado que las mujeres adolescentes que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo; es decir, la falta de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual es tres veces más frecuente que la se registra en las adolescentes que viven con ambos progenitores²⁷.

Al analizar los resultados de la investigación se podría decir que son alentadoras; ya que, las/los adolescentes tienen familia nuclear y presentarían menos conductas de riesgo. No obstante, tienen conocimiento regular sobre prevención del embarazo, esto probablemente se deba a que no hay mucho énfasis de orientación y esfuerzo por parte de los padres/madres de familia. Así mismo, en el anexo 8 se muestra que más de la mitad de las/los adolescentes a veces conversan sobre temas de sexualidad con sus padres y más de un tercio nunca conversan sobre estos temas, posiblemente porque sus padres se encuentren ocupados en su trabajo y no se den el tiempo para conversar con sus hijos/as adolescentes sobre estos temas o porque sigue siendo un tabú hablar sobre temas de sexualidad; respecto a la información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz, más

de un tercio de las/los adolescentes a veces recibieron información y menos de un tercio nunca recibieron información acerca de estos temas.

Respecto a la violencia familiar relacionado con el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos en adolescentes, los resultados muestran que más de un tercio de los/as adolescentes no tienen violencia familiar y tienen conocimiento regular, y se encuentra relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.

La violencia intrafamiliar es un concepto utilizado para referirse a «la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos». Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, un miembro de la familia contra algún otro familiar. La violencia dentro de la familia es la más silenciada, menos denunciada; por lo tanto, no se cuenta con información estadística completa. El maltrato emocional, se producen en el entorno familiar, por parte de padres, madres, cuidadores y otras personas cercanas²⁹. Entre los tipos de violencia familiar se tiene la: violencia psicológica es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para socavar su autoestima; violencia física es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, bofeteadas, patadas, entre otras³⁰.

Para la tabla 4, se muestra los resultados respecto a los factores psicológicos relacionados con el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos en adolescentes: el nivel de autoestima, se muestra que más de un tercio de las/los adolescentes tienen autoestima elevada y tienen conocimiento regular, y se relaciona con el nivel de conocimiento sobre prevención de embarazos en adolescentes. Al comparar los resultados con otras investigaciones los resultados difieren con el estudio de Guridi MZ, Franco V, Márquez I, Tomás V, Ferrás D, quienes hallaron que más de las dos terceras partes tienen bajo nivel de autoestima, Quispe entre sus resultados halló que predomina la autoestima media.

Esta diferencia de resultados obtenidos, probablemente se deba a que la población de investigación del presente estudio presenta diferentes características con los otros estudios; ya que, los autores realizaron su estudio en adolescentes que eran madres o estaban embarazadas.

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno, es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la vida³³. Se clasifican en los siguientes niveles: autoestima elevada, considerada como autoestima normal, es el sentimiento valorativo que muestra una persona, son personas expresivas, asertivas, manejan la creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos; autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla, son personas expresivas, dependen de la aceptación social, tienen afirmaciones positivas y tienen expectativas moderadas; autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima, son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, su actitud hacia sí mismo es negativa³⁶. No obstante, una de las principales consecuencias que genera en la adolescente la maternidad es un sentimiento de minusvalía y baja autoestima. A partir de este evento la adolescente se siente insegura, desvalorizada, angustiada, temerosa, con culpa, rechazada, tiene bajas aspiraciones en la vida y emocionalmente se encuentra afectada y esto de alguna manera le puede traer como consecuencia depresión o suicidio³⁴.

Al analizar estos resultados se podría decir que son alentadoras; debido a, que los adolescentes tienen autoestima elevada. No obstante, tienen conocimiento regular sobre prevención de embarazos, esto probablemente se deba a que no hay énfasis de orientación y esfuerzo por parte de los padres de familia. Así mismo, en el anexo 8 se muestra que más de la mitad de las/los adolescentes a veces conversan sobre temas de sexualidad con sus padres y más de un tercio nunca conversan sobre estos temas, posiblemente porque se encuentren ocupados en su trabajo y no se den el tiempo para conversar con sus hijos/as adolescentes sobre estos temas o porque sigue siendo un tabú hablar sobre temas de sexualidad; respecto a la información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz, más de un tercio de las/los adolescentes a veces recibieron información y menos de un tercio nunca recibieron información acerca de estos temas.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA:

Según los resultados los factores demográficos, familiares y psicológicos tienen relación directa con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.

SEGUNDA:

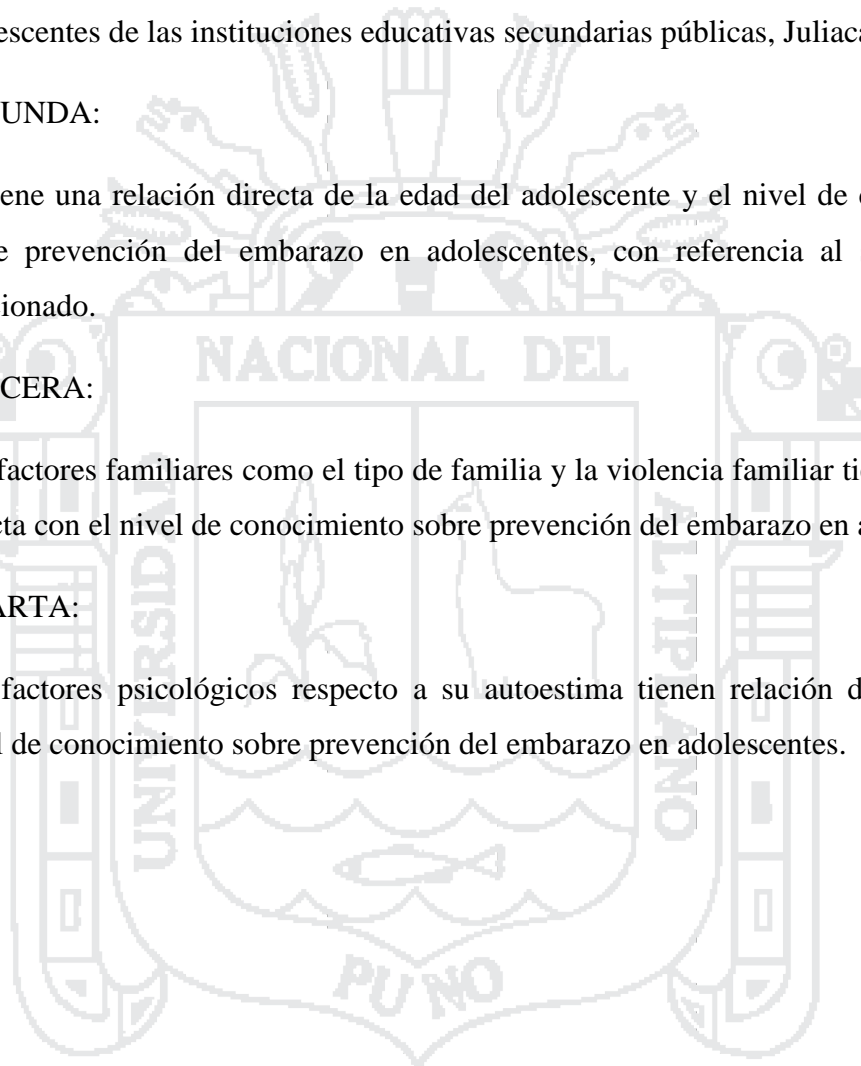
Se tiene una relación directa de la edad del adolescente y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes, con referencia al sexo no está relacionado.

TERCERA:

Los factores familiares como el tipo de familia y la violencia familiar tienen relación directa con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.

CUARTA:

Los factores psicológicos respecto a su autoestima tienen relación directa con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.



VI. RECOMENDACIONES

A LAS INSTITUCIONES DE SALUD:

- Implementar estrategias adecuadas para la prevención del embarazo en adolescentes, relacionado a difusiones en los medios de comunicación; para contribuir al conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.
- Realizar coordinaciones estrechas y convenios con las instituciones educativas secundarias para el desarrollo de talleres en temas de prevención del embarazo en adolescentes en las horas de tutoría, con participación de los padres de familia, docentes y profesionales de la salud; para fin de trimestre y para inicio del siguiente año.

A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS:

- Desarrollar talleres participativos en forma conjunta e interinstitucionales con docentes, estudiantes, padres de familia y profesionales de la salud, sobre temas de prevención de embarazo en adolescentes y otros; dos veces al año.
- Buscar estrategias para mantener comunicación constante con los padres de familia y comprometerlos a que asistan a las actividades de sus hijos en las instituciones educativas, a través del tutor.

A LOS PADRES DE FAMILIA:

- Mantener una comunicación estrecha con sus hijos (as) adolescentes y ganarse su confianza para conversar sobre temas de sexualidad. Hablarles sobre las consecuencias que tendrían en caso de embarazarse y como cambiará bruscamente su vida desde ese momento; en forma continua.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA:

- Realizar actividades educativas permanentes hacia los adolescentes, considerando que es una población en riesgo para enfrentar un embarazo no deseado.
- Tener conocimiento del paquete de atención integral de salud del adolescente: evaluación nutricional, evaluación psicosocial y evaluación del desarrollo sexual.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- A los docentes de las asignaturas: enfermería en salud del escolar y adolescente, salud reproductiva, incluir temas sobre prevención del embarazo en adolescentes.
- Impulsar durante las prácticas pre-profesionales sesiones educativas sobre la prevención del embarazo en adolescentes, a estudiantes de las instituciones educativas secundarias y la comunidad en general.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA:

- Realizar estudios pre-experimentales mediante sesiones educativas para mejorar el conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.
- Se sugiere realizar trabajos similares al presente estudio en instituciones educativas secundarias privadas a fin de comparar los resultados con los hallazgos encontrados en el presente estudio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Prevención del embarazo adolescente [Internet].2014. [Accedido: 07-Sep-16]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
2. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Psicología del desarrollo. 11ª ed. México: McGraw-Hill; 2009: 458-485.
3. Reproductive Health Outlook. Embarazo adolescente en el mundo. Biblioteca adolescente en el mundo. Chile. [Internet] 2011. [Accedido: 07 -May-16]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/118339685/UNIDAD-DE-ANALISIS>
4. Onda Azul. Puno: aseguran que en 8.9% se incrementó el número de embarazos en adolescentes. [Internet]. 2015 septiembre 16 [Accedido: 22-Jun-16]. Disponible en: <http://radioondaazul.com/puno-aseguran-que-en-8-9-se-incremento-el-numero-de-embarazos-en-adolescentes-53129.html>
5. Correo. Juliaca: aumenta gestación entre adolescentes. [Internet]. 2014 septiembre 20. [Accedido: 22-Jun-16]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/juliaca-aumenta-gestacion-entre-adolescente-5582/>
6. Gómez I., Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima Perú 2011.
7. Oringanje Ch, Meremikwu M, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri J. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes: Biblioteca Cochrane Plus [Internet] 2009. [Accedido: 7-May-16]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
8. Salomón N, Álvarez L. Iniciación sexual y sus efectos en la salud de las adolescentes. En: Álvarez L, Rodríguez A, Sanabria G. Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos. Casa editorial abril; 2009: 51-65.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención del embarazo adolescente en el Perú. Lima, 2012: 4,5.

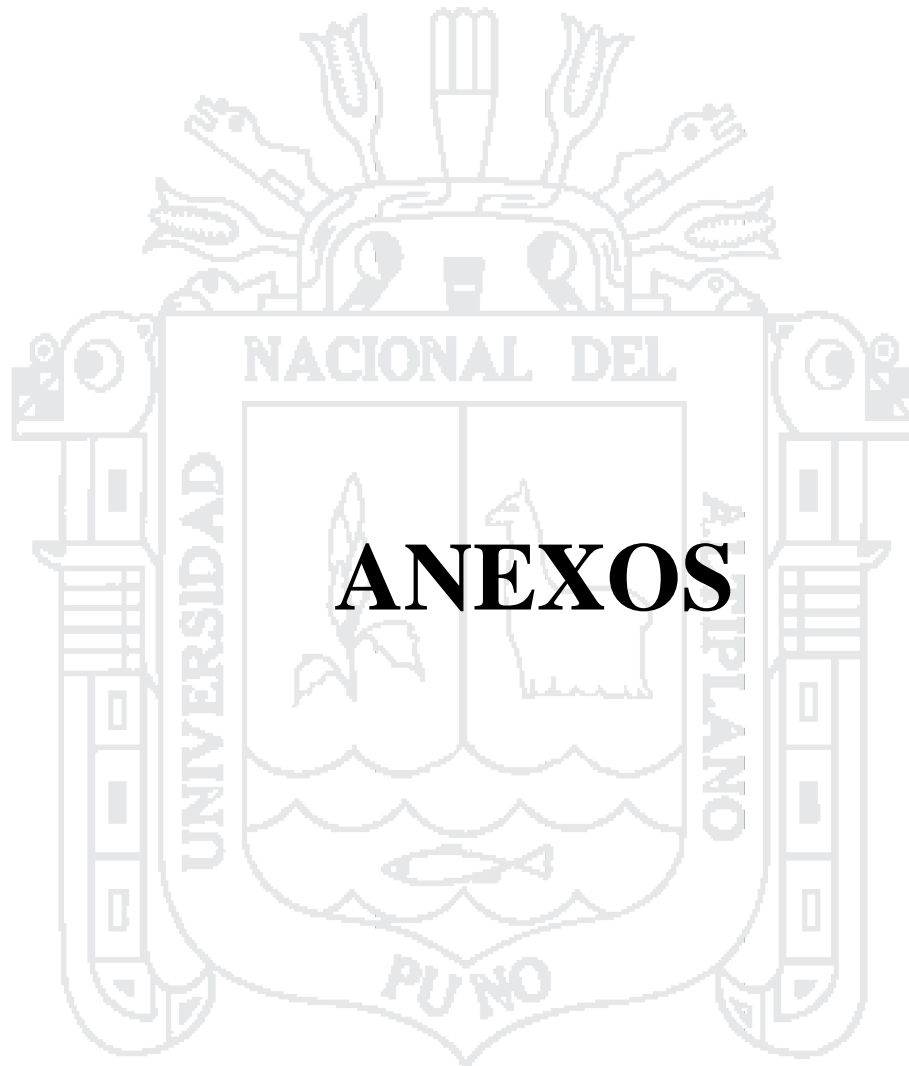
10. Guridi MZ, Franco V, Márquez I, Tomás V, Ferrás D. Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar, Cuba. *Rev. Psicol. Cient.* [Revista en internet]. 2015 [Accedido: 7-May-16]; 17. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas/>
11. Gómez CA, Montoya LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev. Sal. Públ.* [Revista en internet]. 2014 [Accedido: 7-Sep-2016]; 16(3): 394-406. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
12. Rodríguez AY, Ruiz DC, Soplín RP. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa Punchana, 2014. [Tesis de grado]. Iquitos: Facultad de enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
13. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis de grado]. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
14. Gamarra P, Iannacone J. Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. *Rev. The Biolg.* [Revista en internet]. 2010. [Accedido: 7-Sep- 2016]; 8(1): 54-72. Disponible en: <file:///C:/Users/LIFER/Downloads/Dialnet-FactoresAsociadosQueInfluyenEnElInicioDeActividadS-3990005.pdf>
15. Quispe D. Factores sociales, culturales y familiares asociados al nivel de autoestima de madres adolescentes en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno, 2014. [Tesis de maestría]. Puno, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2014.
16. Correo. Juliaca la ciudad más poblada del altiplano puneño. [Internet]. 2015 octubre 23. [Accedido: 11-Sep-16]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/juliaca-la-ciudad-mas-poblada-del-altiplano-puneno-627515/>
17. Apaza H. Temas históricos de Juliaca. Juliaca: xullaca, 2010: 32,39.

18. Mamani B. No hay no puedo para un enciniano. Juliaca: Instituto de investigación y promoción educativa José Antonio Encinas, 2008: 8, 11, 23.
19. Los Andes. Colegio emblemático G.U.E. Las Mercedes de Juliaca. [Internet]. 2014 noviembre 1. [Accedido: 11-Oct-16]. Disponible en:
<http://www.losandes.com.pe/Educacion/20141101/83809.html>
20. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. 2016. [Accedido: 12-Jun-16]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
21. El Peruano. Normas legales, modifican documento aprobado por R.M. N°729-2003SA/DM en la clasificación de los grupos objetivo para los programas de atención integral. [Internet]. 2009 agosto 19. [Accedido: 12-Jun-16]. Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/resoluciones_ministeriales/21092009_1400_RM538-2009EP.pdf
22. Donas S. Adolescencia y juventud. Costa Rica: Cartago. Libro universitario regional, 2001: 171.
23. Miravittles J, Cayláa M, Torilla N, Martínb J. Estudio del contagio en 3.071 contactos familiares de enfermos con tuberculosis. Barcelona. Doyma S.A. Medicina clínica, 1997; vol. 108:10.
24. Díaz E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del colegio nacional Nicolás la Torre, 2014. [Tesis de grado]. Lima, Universidad San Martín de Porres; 2015.
25. Muñoz D, Rios G, Villalva C, Muñoz S. Factores asociados al diagnóstico tardío de pacientes con tuberculosis pulmonar en Lima este, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2004; 20:18-22.
26. Organización Mundial de la Salud. Servicios de salud adaptadas a los adolescentes: un programa para el cambio. Ginebra. 2002.

27. Pañuela M, Vásquez M, De la Rosa K, Hernández H, Collazos J, Yanez Y. Factores asociados a la coinfección VIH/SIDA- tuberculosis. Barranquilla. 2006; 22: 5-19.
28. Rosenberg. Escala de autoestima de Rosenberg. [Internet]. 2009 [Accedido: 12-Oct-16]. Disponible en: <http://sicolg.com/?a=1669>
29. Pulido A. Estadística y técnicas de investigación social. Madrid: Pirámide, 1986.
30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil socio demográfico del Perú, censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda, Lima Perú. 2008.
31. Ministerio de Salud. Plan multisectorial para la prevención de embarazo en adolescentes 2013-2021: 18.
32. Dueñas E. Pediatría 5. La Habana: Pueblo y educación, 2000.
33. Fondo de las Naciones Unidas de la Infancia. La violencia contra los niños, niñas y adolescentes, magnitud y desafíos para América Latina. [Internet] [Accedido: 12 – Oct-16]. Disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Hoja_de_datos%281%29.pdf
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Violencia familiar. [Internet] 2014. [Accedido: 05-Sep-16]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1339/cap05.pdf
35. Sierra R, Macana N, Cortéz C. Impacto social de la violencia intrafamiliar. [Internet]. 2006 [Accedido: 05 – Sep-16]. Disponible en:
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33850/9+Violenciaintrafamiliar.pdf/10708fa9-efb1-4904-a9e6-36377ca8a912>
36. Bastarrachea G. La violencia familiar y sus secuelas en la adolescencia, relato de experiencias en la clínica de atención integral a la adolescencia y a la violencia familiar del hospital general Agustín O. Horán de Mérida Yucatán México, 2013.
37. Branden N. El poder de la autoestima, cómo potenciar este importante recurso psicológico. Florida. Paidós, 1993:13, 56.

38. Nava CM. La maternidad en la adolescencia, en contribuciones a las ciencias sociales, 2009.
39. Garrido JM. Medir la Autoestima con la Escala de Rosenberg. [Internet] 2012. [Accedido: 07-Jun-16] Disponible en:
<http://psicopedia.org/1723/medir-la-autoestima-con-la-escala-de-rosenberg/>
40. Sparisci V. Representación de la autoestima y la personalidad en protagonistas de anuncios audiovisuales de automóviles. 2013: 12.
41. Bonet J. Manual de autoestima. 6ª ed. Serratas; España, 1997.
42. Gillham H. Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a los demás. 3ª ed. Paidós educador, 1991.
43. Zamudio JG. Epistemología y educación. México: Red tercer milenio, 2012: 36, 38, 39, 41.
44. Bunge M. Epistemología. España: Ariel, 1980: 23.
45. Huertas W. Tecnología educativa. Retablo papel, 2000; vol.2.
46. Lagina N. Comunicación entre padres de familia e hijos, para promover una juventud sexualmente Saludable [Internet].2002. [Accedido: 15-Oct-16]. Disponible en:
http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/Spanish/spanish_parent_child_communication.pdf
47. Cruz M. Embarazo de adolescentes y comunicación familiar. [Internet].2011. [Accedido: 15-Oct-16]. Disponible en:
<http://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>
48. Oliva A. La comunicación entre padres e hijos durante la adolescencia [Internet]. 2010 [Accedido- 15-Oct- 2016]. Disponible en:
<http://alfredo-reflexiones.blogspot.pe/2010/03/la-comunicacion>
49. Vergara C. Creencias relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos/as. [Tesis de maestría]. Colima, Universidad de Colima; 2002.

50. Juambelz O. Seguridad en sí mismo. [Internet]. [Accedido- 13-Oct- 2016]. Disponible en:
<https://www.elsiglodetorreon.com.mx/sup/siglon/02/52/12siglon06.pdf>
51. Carnavesio M, Ludeña P, Obregón P. Razones por las que las adolescentes se embarazan. Córdoba, Universidad nacional de Córdoba; 2014.
52. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. España: Madrid, 2013: 27.
53. Instituto aguascalentense de las mujeres. Manual del taller: proyecto de vida. México. [Internet] [Accedido- 15-Oct- 2016]. Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/taller_proy_de_vida.pdf
54. López A, Amorín D, Benedet L, Carril E, Celiberti L, Güida C, et al. Adolescentes y sexualidad. Montevideo: Uruguay, 2005: 29, 30, 184.
55. Madrid J. Alcohol, adolescentes y jóvenes. XIII congreso de la sociedad española de medicina del adolescente talleres. [Internet] [Accedido- 13-Oct- 2016]. Disponible en: <http://www.spapex.es/adolescencia02/pdf/taller3.pdf>
56. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vivencias relatos sobre el embarazo en adolescentes. Panamá, 2014: 41, 42.
57. Delgado A. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y manifestación de impulsos sexuales en adolescentes de la I.E. José Granda S.M.P. [Tesis de grado]. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
58. Aguilar J, Mayén B. Métodos anticonceptivos para adolescentes. [Internet]. [Accedido: 07-Sep-16]. Disponible en:
http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_20_Embarazo%20adolescente.pdf
59. Ministerio de Salud. Documento técnico, centros de desarrollo juvenil. Lima, 2006: 7.



ANEXO 1

*Universidad Nacional del Altiplano - Puno
Facultad de Enfermería
E.P. Enfermería*

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DEMOGRÁFICOS, FAMILIARES Y PSICOLÓGICOS.**I. PRESENTACIÓN**

Buen día, el presente cuestionario pretende obtener información sobre los factores demográficos, familiares y psicológicos, dichos resultados permitirán hacer propuestas de mejora con respecto al problema del incremento de embarazos en adolescentes.

El presente cuestionario es anónimo, por lo cual solicito su colaboración para responder con información verdadera.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan preguntas con sus alternativas. Marque usted con una "X" la respuesta que considere conveniente.

Factores demográficos:

1. Edad.
 - a) De 12 a 13 años.
 - b) De 14 a 15 años.
 - c) De 16 a 17 años.
2. Sexo.
 - a) Femenino.
 - b) Masculino.

Factores familiares:

3. Tipo de familia.
 - a) Nuclear.
 - b) Extensa.
 - c) Mono parental.
 - d) De madre soltera.
 - e) De padres separados.
4. ¿En su familia sufre algún tipo de violencia?
 - a) Violencia psicológica
 - b) Violencia física
 - c) Ambas (violencia física y psicológica)
 - d) Ninguna.

Factores psicológicos:

5. Nivel de autoestima: (Anexo 2)
 - a) Elevada.
 - b) Media.
 - c) Baja.

ANEXO 2

Universidad Nacional del Altiplano - Puno
Facultad de Enfermería
E.P. Enfermería

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG
I. PRESENTACIÓN

Buen día, el presente test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. El presente cuestionario es anónimo, por lo cual solicito su colaboración para responder con información verdadera.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de enunciados. Por favor, responda con las siguientes frases la respuesta que considere más apropiada.

A = Muy de acuerdo. B = De acuerdo C = En desacuerdo. D = Muy en desacuerdo.

Marque usted con una "X" dentro del recuadro.

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. | | | | |
| 6. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso/a. | | | | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | | | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | | | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | | | | |

ANEXO 3

Universidad Nacional del Altiplano - Puno
Facultad de Enfermería
E.P. Enfermería

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES.**

I. PRESENTACIÓN

Buen día, el presente cuestionario pretende obtener información sobre cuanto sabe acerca de la prevención del embarazo. El presente test es anónimo, por lo cual solicito su colaboración para responder con información verdadera.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de enunciados, para responder marque usted con una "X" dentro del recuadro que considere conveniente.

| ÍTEM | Respuesta | | |
|---|-----------|---------|-------|
| | Siempre | A veces | Nunca |
| 1. ¿Tiene usted buena comunicación con sus padres? | | | |
| 2. ¿Conversa con sus padres sobre temas de sexualidad? | | | |
| 3. ¿Sus padres son estrictos con Ud.? | | | |
| 4. ¿Tiene confianza y seguridad en sí misma(o)? | | | |
| 5. ¿Considera usted puede decir que no quiere tener relaciones si su enamorado(a) le presiona para tener relaciones sexuales? | | | |
| 6. ¿Usted puede controlar sus emociones para evitar tener relaciones sexuales? | | | |
| 7. ¿Le da usted sentido a la vida, o tiene usted proyectos personales? | | | |
| 8. ¿Tiene usted temor al rechazo de su grupo? | | | |
| 9. ¿Usted cree que se puede tomar el embarazo como un escape de los problemas familiares? | | | |
| 10. ¿Cree usted que la falta de afecto por parte de los padres se logra momentáneamente con el enamorado(a)? | | | |
| 11. ¿Usted se dejaría llevar por las relaciones sexuales sin razonar? | | | |
| 12. ¿Cree usted que una joven puede quedar embarazada por las presiones amorosas, el acoso sexual o las amenazas de abandono? | | | |
| 13. ¿Cree usted que tiene valores personales y de autoestima? | | | |
| 14. ¿Cree usted que vivimos en una cultura donde la televisión, cine, música, y revistas, transmiten frecuentemente mensajes con contenidos sexuales? | | | |
| 15. ¿Cree usted que vivimos en una cultura que promueve la comercialización del sexo? | | | |
| 16. ¿Cree usted que existe el machismo entre los jóvenes? | | | |
| 17. ¿Cree usted que el consumo temprano del alcohol, tabaco o drogas, puede hacer que una joven quede embarazada? | | | |
| 18. ¿Le dieron información sobre que son las relaciones sexuales? | | | |
| 19. ¿Conversan con sus compañeras(os) acerca de sexo o sexualidad? | | | |
| 20. ¿Le informaron acerca del uso de métodos anticonceptivos? | | | |
| 21. ¿Conoce usted que existen los centros de información para los adolescentes? | | | |
| 22. ¿Le dieron información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz? | | | |
| 23. ¿Realmente los métodos anticonceptivos previenen el embarazo? | | | |

Gracias por su colaboración.

ANEXO 4

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y Nombres del Informante:
2. Cargo e Institución donde labora:
3. Título de la Investigación: Factores demográficos, familiares y psicológicos relacionados con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.
4. Autora: Mariela Arivilca Huaracha.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy Buena 61-80% | Excelente 81-100% |
|--------------------|---|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado. | | | | | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | | | | | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología. | | | | | |
| 4. ORGANIZACION | Existe una organización lógica. | | | | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad | | | | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias | | | | | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teórico-científicos | | | | | |
| 8. COHERENCIA | Entre los indicadores y las dimensiones. | | | | | |

Van...

Vienen...

| | | | | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 9.METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito del estudio | | | | | | |
| 10. PERTINENCIA | El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación. | | | | | | |
| PROMEDIO DE VALIDACIÓN | | | | | | | |

PROMEDIO DE VALORACIÓN:%.

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- (...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
- (...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Juliaca,..... de junio de 2016.

.....

Firma del Experto Informante.

DNI. N°.....



ANEXO 5

**VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DEL
EMBARAZO.**

PROGRAMA SPSS v. 23

ALFA DE CRONBACH

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|--------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 10 | 100,0 |
| | Excluidos(a) | 0 | ,0 |
| | Total | 10 | 100,0 |

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

NOTA: Se trabajó con una muestra piloto de 10 encuestas.

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N° de elementos |
|------------------|--|-----------------|
| ,816 | ,794 | 10 |

- Para la validación se tiene el alfa de Cronbach de 0.816
- Para la confiabilidad se tiene el alfa de Cronbach de 0.794

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | Ítem N° 1 | Ítem N° 2 | Ítem N° 3 | Ítem N° 4 | Ítem N° 5 | Ítem N° 6 | Ítem N° 7 | Ítem N° 8 | Ítem N° 9 | Ítem N° 10 | Ítem N° 11 | Ítem N° 12 | Ítem N° 13 | Ítem N° 14 | Ítem N° 15 | Ítem N° 16 | Ítem N° 17 | Ítem N° 18 | Ítem N° 19 | Ítem N° 20 | Ítem N° 21 | Ítem N° 22 | Ítem N° 23 |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Ítem N° 1 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 2 | -3,327 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 3 | 0,52 | 753 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 4 | 218 | 286 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 5 | -209 | 582 | 836 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 6 | 185 | 443 | 540 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 7 | -583 | 600 | 470 | 477 | 398 | 443 | 0,55 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 8 | 0,00 | 199 | 477 | 477 | 477 | 477 | 674 | 609 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 9 | -1,123 | 242 | 540 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 10 | -0,89 | 175 | 0,66 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 11 | 1,000 | -3,327 | 0,52 | 218 | 218 | 218 | 218 | 218 | 218 | 218 | 1,000 | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 12 | -3,327 | 1,000 | 753 | 286 | 286 | 286 | 286 | 286 | 286 | 286 | 1,000 | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 13 | 0,52 | 753 | 1,000 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 1,000 | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 14 | 218 | 286 | 240 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 15 | -209 | 582 | 836 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 16 | 185 | 443 | 540 | 443 | 443 | 443 | 443 | 443 | 443 | 443 | 443 | 1,000 | | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 17 | -583 | 600 | 470 | 477 | 477 | 477 | 477 | 477 | 477 | 477 | 477 | 600 | 1,000 | | | | | | | | | | |
| Ítem N° 18 | -1,123 | 242 | 540 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 449 | 1,000 | | | | | | | | | |
| Ítem N° 19 | 0,52 | 753 | 1,000 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 1,000 | | | | | | | | | |
| Ítem N° 20 | 218 | 286 | 240 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | | |
| Ítem N° 21 | 0,52 | 753 | 1,000 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 1,000 | | | | | | | | |
| Ítem N° 22 | 218 | 286 | 240 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | | | | | | | | |
| Ítem N° 23 | -0,52 | 753 | 1,000 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 1,000 | | | | | | | |

Estadísticos de resumen de los elementos

| | Media | Mínimo | Máximo | Rango | Máximo/ mínimo | Varianza | N° de elementos |
|----------------------------------|-------|--------|--------|-------|-------------------|----------|--------------------|
| Medias de los elementos | 2.022 | 1.700 | 2.700 | 1.000 | 1.588 | .064 | 23 |
| Varianzas de los elementos | .584 | .233 | .900 | .667 | 3.857 | .021 | 23 |
| Correlaciones inter-elementos | .613 | -.292 | 1.000 | 1.292 | -3.423 | .070 | 23 |



ANEXO 6

**VALIDACIÓN y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO
SOBRE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y FAMILIARES**

PROGRAMA SPSS v. 23

ALFA DE CRONBACH

Resumen del procesamiento de los casos

| | | N | % |
|-------|--------------|----|-------|
| Casos | Válidos | 10 | 100,0 |
| | Excluidos(a) | 0 | ,0 |
| | Total | 10 | 100,0 |

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

NOTA: Se trabajó con una muestra piloto de 10 encuestas.

Estadísticos de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados | N de elementos |
|------------------|--|----------------|
| .793 | .793 | 4 |

- Para la validación se tiene el alfa de Cronbach de 0.793
- Para la confiabilidad se tiene el alfa de Cronbach de 0.793

Matriz de correlaciones inter-elementos

| | ITem1 | ITem2 | Item3 | Item4 |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| ITem1 | 1.000 | .753 | .240 | .445 |
| ITem2 | .753 | 1.000 | .464 | .429 |
| Item3 | .240 | .464 | 1.000 | .607 |
| Item4 | .445 | .429 | .607 | 1.000 |

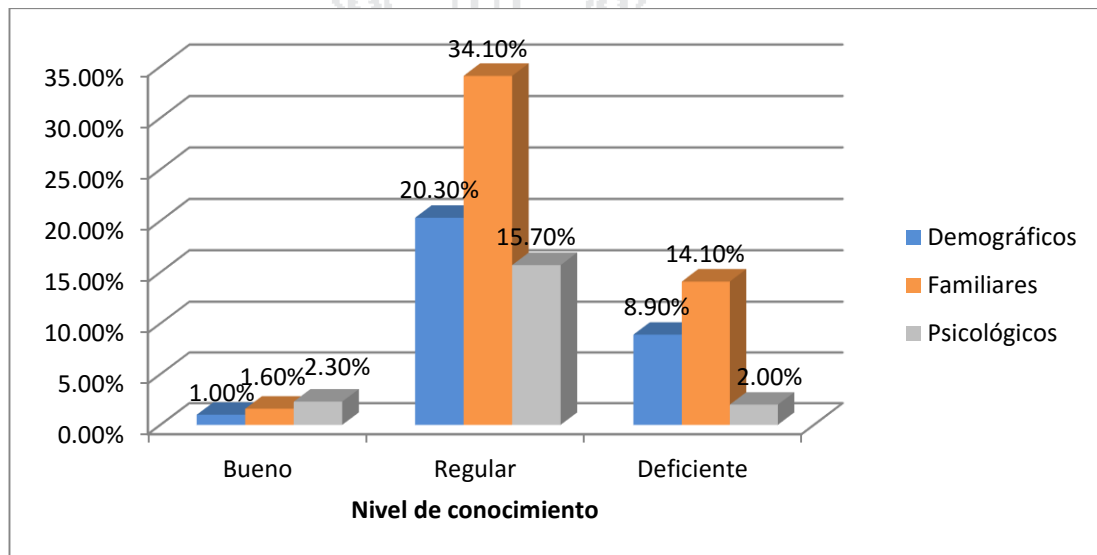
Estadísticos de resumen de los elementos

| | Media | Mínimo | Máximo | Rango | Máximo/mínimo | Varianza | N de elementos |
|-------------------------------|-------|--------|--------|-------|---------------|----------|----------------|
| Medias de los elementos | 2.125 | 1.800 | 2.300 | .500 | 1.278 | .049 | 4 |
| Varianzas de los elementos | .636 | .622 | .678 | .056 | 1.089 | .001 | 4 |
| Correlaciones inter-elementos | .490 | .240 | .753 | .513 | 3.143 | .028 | 4 |

ANEXO 7

Figura 1

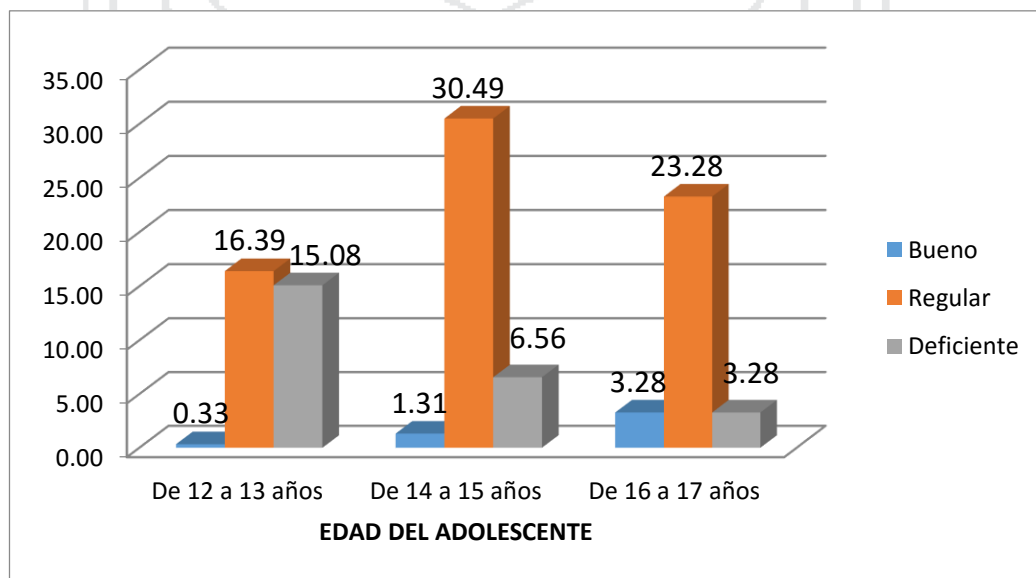
Relación de los factores demográficos, familiares, psicológicos y el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 2.

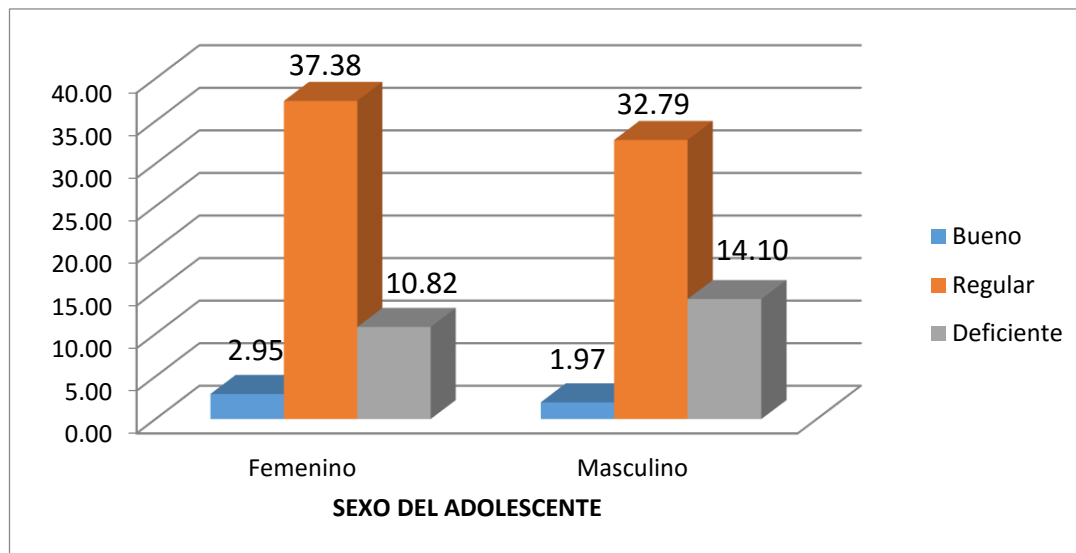
Edad relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 3.

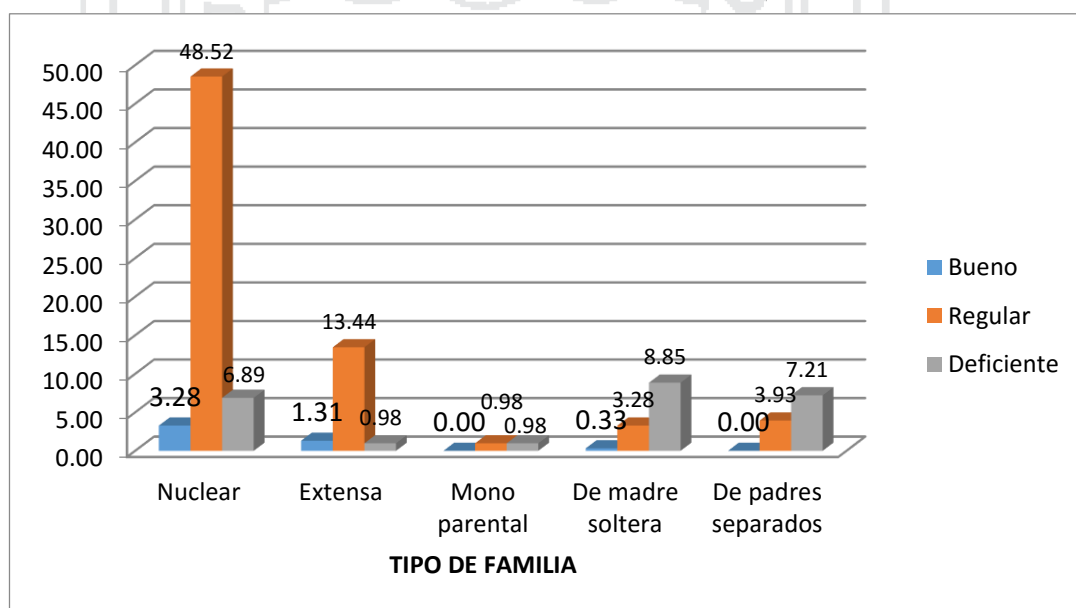
Sexo relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 4.

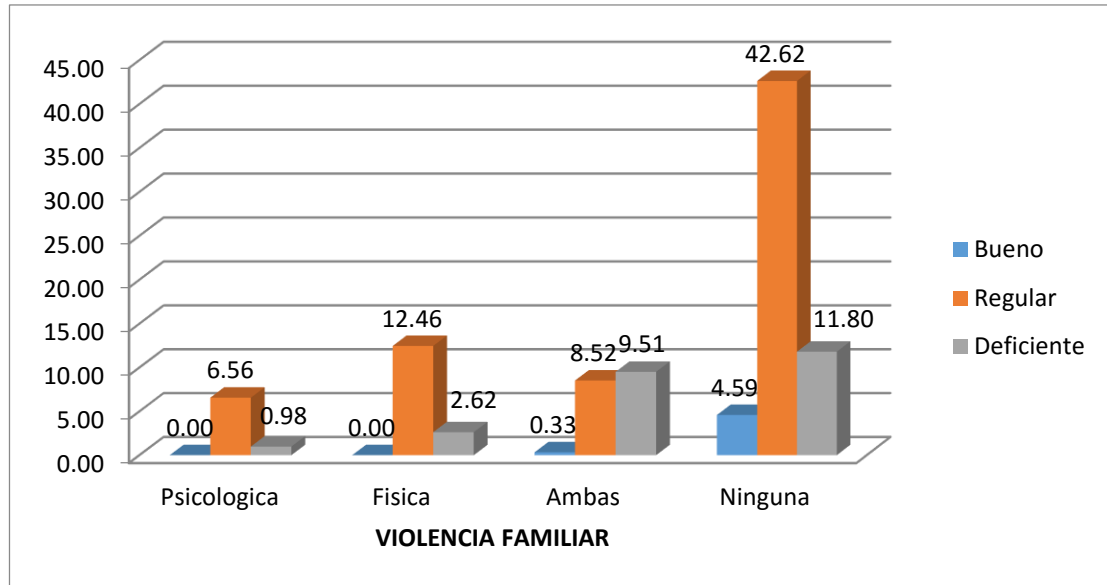
Tipo de familia relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención de embarazos en adolescentes escolares de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 5.

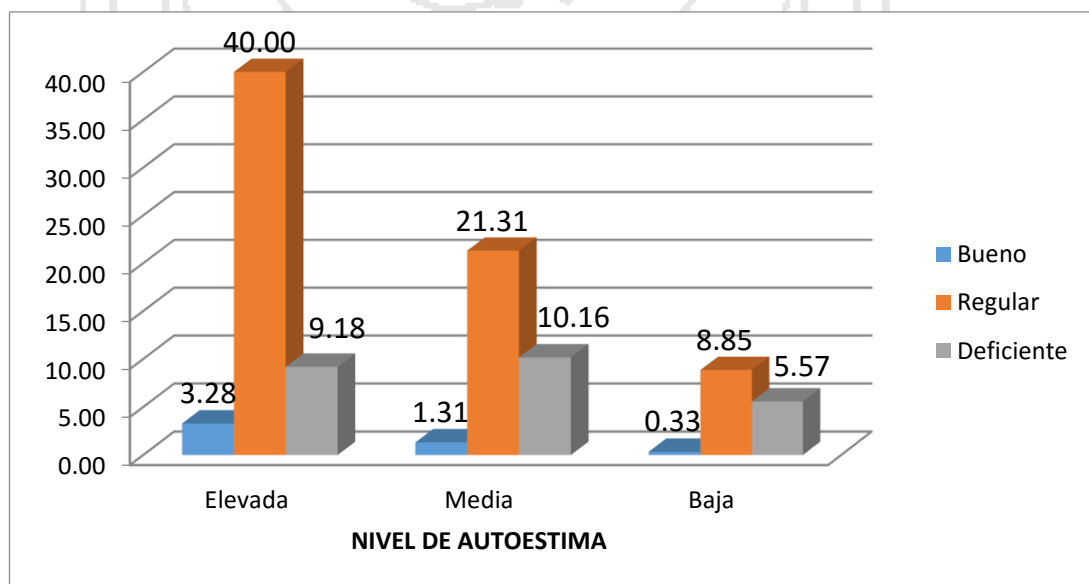
Violencia familiar relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 6.

Nivel de autoestima relacionado con el nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes de las instituciones educativas secundarias públicas, Juliaca-2016.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

ANEXO 8

Tabla 5

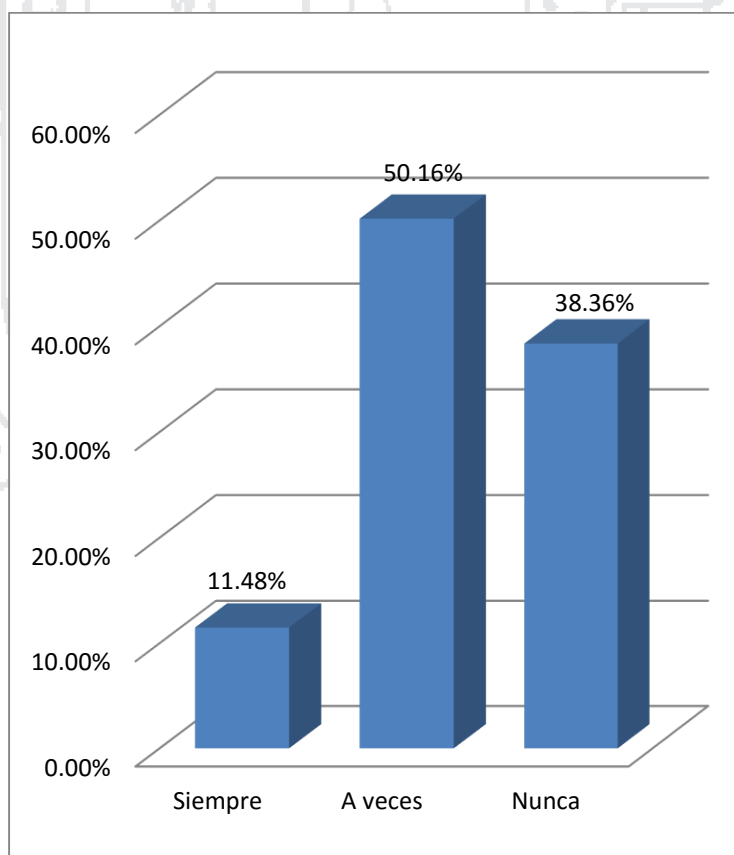
Ítem 2: Temas de sexualidad.

| ¿Conversa con sus padres sobre temas de sexualidad? | f _i | % |
|---|----------------|--------|
| Siempre | 35 | 11.48 |
| A veces | 153 | 50.16 |
| Nunca | 117 | 38.36 |
| Total | 305 | 100.00 |

Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 7

Ítem 2: Temas de sexualidad.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Tabla 6

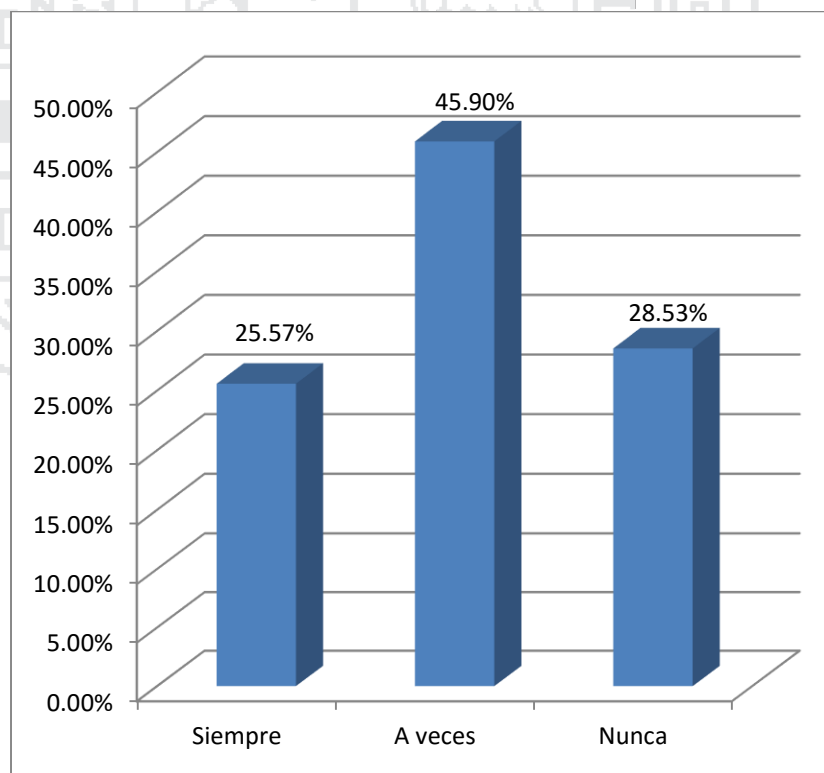
Ítem 22: Información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz.

| ¿Le dieron información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz? | f _i | % |
|---|----------------|--------|
| Siempre | 78 | 25.57 |
| A veces | 140 | 45.90 |
| Nunca | 87 | 28.53 |
| Total | 305 | 100.00 |

Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

Figura 8

Ítem 22: Información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz.



Fuente: Instrumentos de recolección del trabajo de investigación.

ANEXO 9

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

Variable independiente: Factores demográficos, familiares y psicológicos.

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.

| VARIABLE Independiente | DIMENSIÓN | INDICADOR | ÍNDICE |
|--|----------------------------|---|--|
| <p>1. Factores demográficos, familiares y psicológicos.</p> <p>Son aspectos, características o circunstancias detectables en los individuos, que pueden influir en el conocimiento sobre prevención del embarazo en los adolescentes.</p> | 1.1. Factores Demográficos | 1.1.1. Edad | De 12 a 13 años De 14 a 15 años De 16 a 17 años |
| | 1.2. Factores Familiares | 1.1.2. Sexo | Femenino Masculino |
| | | 1.2.1. Tipo de Familia | Nuclear Extensa Mono parental De madre soltera De padres separados |
| | | 1.2.2. Violencia en la familia | Psicológica Física Ambas Ninguna |
| | 1.3. Factores Psicológicos | 1.3.1. Nivel de Autoestima | Elevada Media Baja |
| <p>VARIABLE Dependiente</p> <p>2. Nivel de conocimiento sobre prevención del embarazo en adolescentes.</p> <p>Es el conjunto de conocimientos e información sobre la prevención del embarazo que tienen los adolescentes.</p> | | <p>2.1. Comunicación entre padres de familia e hijos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena comunicación. - Temas de sexualidad. <p>2.2. Estilos de crianza de los padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padres estrictos. <p>2.3. Confianza y seguridad en sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confianza y seguridad. <p>2.4. Valores personales y autoestima.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decir que no quiere tener relaciones si su enamorado(a) le presiona. - Control de emociones. - Temor de rechazo al grupo. - Embarazo como un escape de los problemas familiares. | Bueno Regular Deficiente |

Van...

Vienen...

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de afecto por parte de los padres se logra con el enamorado(a). -Relaciones sexuales sin razonar. - Valores personales y de autoestima. - Embarazo por las presiones amorosas, el acoso sexual o las amenazas de abandono. 2.5. Proyecto de vida. -Sentido a la vida, o proyectos personales. 2.6. La cultura. - Medios de comunicación y la transmisión de mensajes con contenidos sexuales. - Comercialización del sexo. - Machismo entre los jóvenes. - El consumo temprano del alcohol, tabaco o drogas y consecuencias en la joven. 2.7. Educación sobre sexualidad. - Información sobre las relaciones sexuales. -Comunicación entre pares sobre sexualidad. -Información sobre el uso de métodos anticonceptivos. -Conocimiento sobre centros de información para los adolescentes. -Información por parte de la sociedad y medios de comunicación acerca de la sexualidad y embarazo precoz. -Métodos anticonceptivos y prevención del embarazo. | |
|--|--|--|--|

ANEXO 10

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS: APLICANDO LOS INSTRUMENTOS A
LAS/LOS ADOLESCENTES - 2016.



Institución educativa secundaria pública GUE “Las Mercedes” – Juliaca.



Institución educativa secundaria pública Comercio 32 “Mariano H. Cornejo”-
Juliaca.



Institución educativa secundaria pública GUE “José Antonio Encinas”- Juliaca.



Institución educativa secundaria pública Politécnico Regional “Los Andes”- Juliaca.