

**UNIVERSIDAD NACIONAL**  
**“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA, EN EL  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA-HUARAZ-2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**Bach. REQUENA CRUZ Brigitte July**  
**Bach. TORRES CRUZ Darlin Lucia**

**ASESORA:RODRÍGUEZ FIGUEROA Ada Eudocia**

**HUARAZ-PERÚ**

**2018**



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,  
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.  
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: TORRES CRUZ DARLIN LUCIA  
Código de alumno: 111.1004.190 Teléfono: 935467886  
Correo electrónico: DAR.LUCIA.1992@GMAIL.COM DNI o Extranjería: 47557804

2. Modalidad de trabajo de investigación:

- ( ) Trabajo de investigación ( ) Trabajo académico  
( ) Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

- ( ) Bachiller (X) Título ( ) Segunda especialidad  
( ) Licenciado ( ) Magister ( ) Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA ADOLESCENTE, EN EL  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICTOR  
RAMOS GUARDIA - HUARAZ - 2018"

5. Facultad de: CIENCIAS MEDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: RODRIGUEZ FIGUEROA ADA EUDOCIA Teléfono: 945129235  
Correo electrónico: ADITA.02-9@HOTMAIL.COM DNI o Extranjería: 06905249

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 

D.N.I.:

FECHA:



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,  
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.  
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: REQUEENA CRUZ BRIGITTE JULY  
 Código de alumno: 091.1004.109 Teléfono: 934923150  
 Correo electrónico: JULY\_26\_14@HOTMAIL.COM DNI o Extranjería: 46895561

2. Modalidad de trabajo de investigación:

( ) Trabajo de investigación ( ) Trabajo académico  
 ( ) Trabajo de suficiencia profesional (X) Tesis

3. Título profesional o grado académico:

( ) Bachiller (X) Título ( ) Segunda especialidad  
 ( ) Licenciado ( ) Magister ( ) Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA, EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA -  
HUARAZ - 2018"

5. Facultad de: CIENCIAS MEDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: OBSTETRICIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: RODRIGUEZ FIGUEROA ADA EUDOCIA Teléfono: 943129235  
 Correo electrónico: ADITA02\_9@HOTMAIL.COM DNI o Extranjería: 06905249

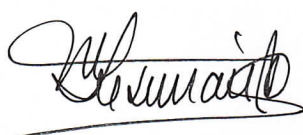
A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma:   
 D.N.I.: 46895561

FECHA: 29 / 05 / 2019

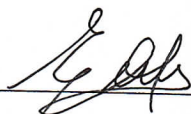
MIEMBROS DEL JURADO



---

Dra. GUZMAN AVALOS Manga

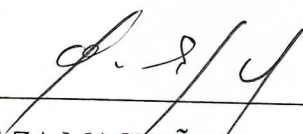
PRESIDENTA



---

MAG. VELEZ SALAZAR Elizabeth

SECRETARIA



---

DR. OLAZA MAGUINA Augusto

VOCAL



---

DRA. RODRÍGUEZ FIGUEROA Ada Eudocia

ASESORA

## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi abuela, quien en vida fue la Sra. Lucia Menacho, pues siempre ha sido mi inspiración, para que desde el cielo se sienta orgullosa de mi, también va dedicado a mi familia en especial a mi madre la Sra. Ana María Cruz Rojas, quien siempre me ha apoyado para culminar así mi carrera profesional.

Atte. Darlin Lucia Torres Cruz

Este trabajo va dedicado a mis padres Pompeyo Requena Beltran y Antonieta Cruz Aramburu, que son un orgullo para mí, por tanto amor y apoyo que me brindaron. También va dedicado al niño Nicolas Leon Requena quien es el mi motor y motivo para seguir adelante y terminar mi carrera.

Atte. Brigitte Requena Cruz

## AGRADECIMIENTO

A mi madre por haberme apoyado económicamente y afectivamente durante todo este proceso.

A mi padre por su tiempo y su dedicación durante toda mi formación personal.

A mi hermana Dayana por ser mi inspiración y mi motivo para salir adelante.

A todos mi docentes porque gracias a sus enseñanzas me he podido formar como profesional de la salud.

Atte.: Darlin Torres Cruz

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y valores, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis metas.

Atte. Brigitte Requena Cruz

**ÍNDICE**

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vii
1. INTRODUCCION.....	9
2. HIPOTESIS.....	13
3. BASES TEORICAS.....	19
4. ASPECTO METODOLOGICO.....	53
5. RESULTADOS.....	59
6. DISCUSIÓN.....	83
7. CONCLUSIONES.....	87
8. RECOMENDACIONES.....	89
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	90
ANEXOS.....	98



## RESUMEN

Se planteó el problema: ¿Cuál es el perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018?. Objetivo general: Determinar el perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018. Hipótesis: No se planteó hipótesis. La investigación fue descriptiva. Finalmente, el estudio fue transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario. La información se procesó mediante el programa SPS V 22, resultados: El 57.4% de las madres adolescentes primíparas, tienen edades entre 17 y 19 años, 59.0% provienen de la zona rural, 50.8% tienen educación secundaria, 65.57% son convivientes, El 100% tienen deseos de estudiar después del parto, 71.3% tuvieron su menarquia entre los 11 y 14 años de edad, 64.8% tuvieron su primera relación sexual entre 15 y 19 años de edad, 54.1% tuvieron un compañero sexual, 46.7% refirieron quedar embarazadas por amor, 62.3% no usaron método anticonceptivo, 70.5% tuvieron parto por vía vaginal, 91.0% no tuvieron abortos, 69.7% no tuvieron complicación en el puerperio, 65.6% afirman vivir con su pareja, 59.8% manifiestan tener una familia nuclear, 58.2% tiene más confianza es su pareja, 96.7% no reciben maltrato de su pareja, 45.7% afirman que su madre tiene educación primaria, 47.5% afirmaron que su padre tiene de educación primaria, 71.3% son amas de casa, 68.0% afirmaron quien sustenta económicamente su hogar es su pareja. El 36.9% afirmaron que la lactancia materna exclusiva es la necesidad más importante para el cuidado de su recién nacido y 41.0% afirmaron que la alimentación es la necesidad más importante para su autocuidado. Conclusión: El perfil de la madre adolescente

primípara está dada en relación a las condiciones personales, comportamiento sexual y reproductivo, familiares, socioeconómicas y las necesidades relacionadas al cuidado de su recién nacido y su autocuidado.

**Palabras clave:** Perfil, adolescentes, madre, primípara.

## ABSTRACT

The problem was posed: What is the profile of the primiparous adolescent mother in the gynecology and obstetrics service of the Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018 hospital? Course objective: To determine the profile of the primiparous adolescent mother in the gynecology and obstetrics service of the Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018 Hospital. Hypothesis: No hypothesis was raised. The investigation was descriptive. Finally, the study was transversal. A questionnaire was used as an instrument. The information was processed through the SPS V 22 program, results: 57.4% of primiparous adolescent mothers, are between 17 and 19 years old, 59.0% come from rural areas, 50.8% have secondary education, 65.57% live together, El 100% have desires to study after childbirth, 71.3% had their menarche between 11 and 14 years of age, 64.8% had their first sexual relationship between 15 and 19 years of age, 54.1% had a sexual partner, 46.7% reported being left pregnant by love, 62.3% did not use contraception, 70.5% had vaginal delivery, 91.0% did not have abortions, 69.7% had no complications in the puerperium, 65.6% said they live with their partner, 59.8% said they had a nuclear family, 58.2% have more confidence in their partner, 96.7% do not receive mistreatment from their partner, 45.7% affirm that their mother has a primary education, 47.5% affirm that their father has a primary education, 71.3% are housewives, 68.0% affirmed that In economically sustains your home is your partner. 36.9% affirmed that exclusive breastfeeding is the most important need for the care of their newborn and 41.0% affirmed that feeding is the most important need for their self-care. Conclusion: The profile of the primiparous adolescent mother is given

in relation to personal conditions, sexual and reproductive behavior, family, socioeconomic and the needs related to the care of their newborn and their self-care.

Keywords: Profile, adolescents, mother, primipara

## 1. INTRODUCCION

La palabra adolescencia viene del verbo latino “adolescere”, que significa crecer o llegar a la madurez biológica sexual, psicológica y social. La adolescencia es una etapa de vida comprendida entre los 10 a 19 años, período de vida considerada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde el individuo adquiere madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez. La adolescencia es, además, una etapa de múltiples posibilidades en la que se adoptan y consolidan hábitos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud para toda la vida <sup>(1)</sup>.

En el mundo actual, el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, a nivel mundial representa del 15 a 25% del total de embarazos, Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres lo que equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes. En Cuba el 8 % de la población es menor de 20 años y el riesgo de tener hijos con peso al nacer inferior a los 2 500 g es casi 2 veces superior para estas madres en comparación con las de más edad <sup>(6)</sup>.

En las madres adolescentes, el embarazo tiene mayores riesgos maternos y perinatales cuanto mayor es la cercanía a la menarquía. De forma global en la morbilidad de la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, (incluida la bacteriuria asintomática) los cuadros hipertensivos, las hemorragias

asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares <sup>(6)</sup>. En el parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que implica un mayor peligro de parto traumático para el feto. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por recién nacido de bajo peso para la edad gestacional <sup>(7)</sup>.

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2017). El 13.4% de adolescentes de entre 15 y 19 años se convirtieron en madres o quedaron embarazadas por primera vez durante el 2017. En comparación con el año 2016, cuando el índice fue de 12.7%, hubo un incremento del 0.7%. Cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en el Perú, mientras que diez con 15 años exactos se embarazan al día y este promedio sube a diez cuando las menores llegan a esta edad <sup>(8)</sup>. A nivel nacional, se registra que el mayor porcentaje de adolescentes en gestación o que ya son madres primerizas se encuentra en la Amazonía, siendo Loreto la región con mayor número de casos con 31,8% de adolescentes embarazadas, seguida de Madre de Dios, Amazonas, San Martín y Ucayali. En Iquitos el inicio sexual de los adolescentes a temprana edad ha provocado que la incidencia de infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA, e incluso cáncer de cuello uterino sea alta en la población. Iniciar precozmente la actividad sexual durante la adolescencia, no solo tiene como riesgo principal el embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede ser causante de futuras disfunciones sexuales durante la adultez. Los adolescentes entre los 15 y 16 años tienen

sus primeras experiencias sexuales. A esta edad, una de las prácticas comunes es el contacto genital no coital, el coito interruptus o la masturbación mutua. Ninguna de las anteriores debe considerarse como totalmente segura para evitar un embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual <sup>(10)</sup>.

En Ancash, según la Dirección Regional de Salud (DIRESA-ANCASH-2017), la proporción de adolescentes que han estado embarazadas es de 13.8 %, las gestantes adolescentes atendidas menores de 18 años en la región, fueron de 1,487, los partos de gestantes de niñas y adolescentes de 10-17 años, afiliadas al Sistema Integral de Salud (SIS) fueron de 1,330. Entre las gestantes adolescentes de 10-19 años, según el área de residencia en el año 2017, fue de 795 en el área urbana y 450 en el área rural <sup>(12)</sup>. La fecundidad de adolescentes en los últimos cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,2 puntos porcentuales (de 13,2% a 13,4%). Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,4% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Al igual que en la Encuesta de 2012, los resultados 2016-2017 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,9% entre las de 15 años hasta el 26,4% en las de 19 años de edad <sup>(13)</sup>.

Por todo lo mencionado, se realiza la formulación del **problema**: ¿Cuál es el perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018? Teniendo como **objetivo general**: Determinar el perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018. Los **objetivos específicos** son: Identificar el perfil de la madre adolescente primípara en relación a

las condiciones personales. Conocer el perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones del comportamiento sexual y reproductiva. Describir el perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones Familiares. Identificar el perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones socioeconómicas. Conocer las necesidades relacionadas al cuidado de su recién nacido y su autocuidado.

El presente trabajo consta de seis partes, por otro lado, se presenta las justificaciones por las que se lleva a cabo el trabajo, entre ellas, la magnitud del problema, en este caso, el embarazo en adolescentes que trae consigo múltiples complicaciones. La madre puede presentar con mayor frecuencia poca ganancia de peso, trastornos hipertensivos de la gestación, anemia, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo-pélvica. En cuanto al recién nacido, el embarazo en adolescentes predispone aumento de la morbimortalidad, relacionada con prematuridad, bajo peso al nacer, aumento de la morbimortalidad perinatal en los primeros años de vida, entre otras complicaciones.

Por otro lado, la madre adolescente tiene que afrontar el período del puerperio llevando a cabo acciones de cuidado que son usualmente realizadas por ellas mismas o su familia. Frente a esta problemática, el trabajo se justifica por su relevancia social, puesto que no se cuenta con información específica de este grupo de estudio en el Hospital Víctor Ramos Guardia. A partir de los resultados obtenidos se beneficiarán las autoridades, los profesionales del servicio de Ginecología y Obstetricia, las adolescentes, porque a partir de ello se podrán plantear intervenciones educativas a fin de disminuir los embarazos en adolescentes.



## **2. HIPOTESIS**

En vista que es un estudio descriptivo, no se plantea la hipótesis

### **2.1. VARIABLE:**

Perfil de la madre adolescente primípara

## 2.2.OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
<b>VARIABLE</b>  Perfil de la madre adolescente primípara	Aspectos o rasgos particulares, que caracterizan a la madre adolescente primípara en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, según condiciones: personales, salud sexual y reproductiva, familiares, socioeconómicas y las necesidades de cuidado percibidas para cuidar de su recién nacido, así como de su autocuidado.	<b>1.Condiciones personales</b>	Edad	-10-13 -14-16 -17-19	Razón
			Lugar de procedencia	-Urbano -Rural	Nominal
			Grado de instrucción	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Superior	Nominal
			Estado civil	-Soltera -Casada -Conviviente	Nominal
			Deseos de estudiar después del parto	-Si -No	Nominal

		<b>2.Condiciones del comportamiento Sexual y Reproductiva</b>	Edad de La menarquia	-< 10 años -11-14 -15-17	Razón
			Edad de inicio de relaciones sexuales	-10-14 años -15-19 años	Razón
			Número de compañeros sexuales	-1 -2 -3 a mas	Ordinal
			Razones para quedar embarazada	-Por amor -Por irse a vivir con su Pareja -Curiosidad -Escasa información -No usar MAC	Nominal
			Uso de MAC	-Si -No	Nominal
			Tipo de MAC	-Píldora anticonceptiva -Preservativo -Método del ritmo -Ninguno	Nominal
			Tipo de parto	-Vaginal -Cesárea	Nominal

			Abortos	-Si -NO	Nominal
			Complicaciones en el puerperio	-Fiebre -Mastitis -Hemorragia -Dehiscencia de episiorrafia -Estreñimiento -Ninguno	Nominal
		<b>3.Condiciones familiares</b>	Familiar o persona con quien vive	-Pareja o esposo -Padres -Abuelo	Nominal
			Tipo de familia que tiene en la actualidad	- Nuclear - Monoparental	Nominal
			Persona con quien tiene más confianza	-Pareja -Madre -Padre	Nominal
			Maltrato de la pareja	-Si -No	Nominal

		<b>4.Condiciones socioeconómicas</b>	Ocupación actual de la adolescente	-Ama de casa -Empleada publica -Empleada privada -Comerciante	Nominal
			Grado de instrucción de la madre	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Superior	Nominal
			Sustento económico actual	-Pareja -Padres -Familiares -Ella misma	Nominal
			Grado de instrucción del padre	-Analfabeto -Primaria -Secundaria -Superior	Nominal  Nominal

		<b>5. Necesidades relacionadas al recién nacido y autocuidado</b>	Necesidad educativa del cuidado del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Frecuencia de alimentación para el pecho.</li> <li>-Lactancia materna exclusiva</li> <li>-Posiciones para amamantar.</li> <li>Precauciones para bañar al bebe.</li> <li>-Cuidado del cordón umbilical</li> <li>Frecuencia del cambio del pañal.</li> <li>-Recomendaciones para vestir al bebe.</li> <li>-Formas de expresar afecto.</li> <li>-Posiciones para dormir al bebe.</li> <li>-Estimulación temprana.</li> <li>-Vacunas.</li> </ul>	Nominal
			Necesidad educativa de autocuidado	Alimentación <ul style="list-style-type: none"> <li>-Higiene</li> <li>-Actividad física</li> <li>-Planificación familiar</li> <li>-Descanso</li> <li>-Cuidado de mamas</li> </ul>	Nominal

### 3. BASES TEORICAS

#### 3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

HERNÁNDEZ. Jonathan (2002 al 2011) **Factores influyentes en la principalidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años.** Cuba. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar los factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia en el municipio Santa Cruz del Norte. Estudio de casos y controles sobre los factores predisponentes del embarazo en adolescentes de Santa Cruz del Norte, del año 2002 al 2011. El universo fue de 336 pacientes, escogiéndose una muestra de 252 al azar que conformó el grupo estudio, se dispuso de un grupo control de 252 pacientes primíparas no adolescentes. Los datos se recolectaron mediante encuesta y para el análisis estadístico se empleó la media, desviación estándar, porcentaje, Chi Cuadrado y Odds Ratio. Resultados: Las adolescentes fueron mayormente amas de casa, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue más precoz en el grupo estudio; la mayoría de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos; la crianza de éstas no fue realizada por ambos padres y se desarrollaron en un medio familiar disfuncional. Conclusiones: Existen múltiples factores de riesgo para el embarazo en adolescentes susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud <sup>(15)</sup>

ORTIZ Villalobos (2015) **Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco**. México. Artículo de investigación: Objetivo: Analizar el perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México desde 2008 hasta 2015. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se analizaron variables de la madre y el recién nacido en certificados de nacimiento de adolescentes atendidas desde 2008 hasta 2015 en el Hospital General de Occidente. Procesamiento de datos en Epi Info 7, y se realizó un análisis descriptivo al calcular frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Resultados: Del total de embarazadas atendidas en el hospital durante el periodo de estudio; 25,13 % eran adolescentes; la media de edad fue 17,45; 96,81 % estaban dedicadas al hogar; 68,69 % vivían en unión libre con su pareja; 27,3 % tenían estudios de primaria o menos y 97,17 % afiliadas al seguro popular. El 6,60 % no llevó control prenatal; la media del total de consultas fue 5,6; el 26,46 % fueron cesáreas; 0,68 % de los recién nacidos obtuvo un Apgar de 7 o menos; 4,63 % con edad gestacional de 35 semanas o menos; 1,34 % peso muy bajo y 0,54 % alguna malformación congénita. Conclusiones: la atención de adolescentes embarazadas es persistente y con cifras similares en los últimos 5 años. Se encuentran similitudes en el perfil obstétrico y neonatal con investigaciones de México y Latinoamérica. Es necesario crear enfocadas en la mejora del acceso a la atención del embarazo y parto; además, en la disminución de embarazos en estas edades <sup>(16)</sup>.



GÁLVEZ Francisco (2017) **Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia**. Cuba. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar las características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal realizado desde el 1º de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016 a 45 gestantes en edades comprendidas entre 12 y 19 años en la Urbanización Augusto Malavé Villalba de Boca de Río, Península de Macanao, Venezuela. Se analizaron las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, paridad, utilización de métodos anticonceptivos y enfermedades asociadas al embarazo. A todas se les aplicó una encuesta anónima. La investigación se realizó teniendo en cuenta consideraciones éticas establecidas. A las pacientes se les solicitó la disposición de participar en la investigación. Resultados: la edad de mayor predominio en la casuística fue la comprendida entre 17 y 19 años. Las pacientes adolescentes con nivel escolar secundario y sin pareja fueron las de más incidencia. En más de la mitad del universo de estudio, predominó la mala situación económica. Conclusiones: Se constató poco uso de la anticoncepción. También se corroboró que las adolescentes con alguna paridad anterior predominaron considerablemente <sup>(17)</sup>.

TUESTA. Cesar (2010). **Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali - periodo 2010**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali-periodo 2010. Se empleó el enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo de diseño simple, la muestra estuvo conformada por 979 adolescentes embarazadas atendidas durante el año de estudio y que constituyó el 100% de la población accesible, reportado por el registro del sistema informático perinatal (SIP2000). Los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS v20 y Microsoft Excel 2010. Resultados: La edad promedio de las embarazadas adolescentes fue de 17.1 años; de estado civil solteras 24.8%; de grado de instrucción secundaria incompleta 50.3% de ocupación ama de casa 88.0%; sin control prenatal 21.7%. Los factores obstétricos que incrementa la presencia de patologías en la adolescente embarazada terminaron por cesárea el 14.6%; presentaron anemia el 41.6%, así como el 17.1% declaro haber tenido por lo menos un aborto. Las patologías preexistentes y presentes en las adolescentes embarazadas fueron: trastornos hipertensivos 3.2% e infección urinaria 25.3%. Conclusiones: La mortalidad materna en embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha fue de un caso registrado en el año 2010, que representa una tasa de 10 x 100 mil N.V <sup>(18)</sup>.

MIRANDA Rocío (2011) **Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil de Villa el Salvador.2010.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Conocer los factores biopsicosociales relacionados al embarazo en gestantes adolescentes atendidas. Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, basado en 94 gestantes, donde fueron encuestadas. Resultados: Factores antropométricos: según el grupo etáreo el 86.2% de las gestantes adolescentes tenían entre 17 a 19 años (adolescencia tardía); con relación al estado civil el 64.9% convivían; el grado de instrucción con mayor porcentaje (50%) fue educación secundaria incompleta; en cuanto a la ocupación el 64.9% fueron amas de casa. la región de nacimiento con mayor porcentaje fue la costa (84%). Factores obstétricos: gravidez: el 77.7% fueron primigestas. Paridad: el 84% fueron nulíparas y sólo el 2.2% fueron múltiparas. Factor biológico: el 89.4% no tuvo menarquia temprana; el 10.6% si presentó factores psicológicos: el tipo de personalidad extrovertido o fuerte representó el 57.4 %. La inestabilidad emocional fue de un 58.5 %; el nivel de autoestima media. Representó el 32.8%. Factores sociales-entorno familiar: el tipo de familia nuclear fue 56.4%; en cuanto al estado civil de los padres la unión estable fue el 45.7%, el 63.8% tuvo inestabilidad familiar, el tipo de patrón de crianza permisivo fue de 50%; el 26.6% de los casos sus madres experimentaron el embarazo en la adolescencia; la comunicación intrafamiliar se presentó en el 58.5%; de este porcentaje el 45.7% tuvo una comunicación intrafamiliar inadecuada. Se encontró que relación significativamente estadística entre: el tipo de familia y el estado civil de los padres ( $p=0.000$ .); entre la inestabilidad familiar y el tipo

de familia ( $p=0.000$ ); entre la inestabilidad familiar y el estado civil de los padres ( $p=0.000$ ); entre el tipo de patrón de crianza y el tipo de familia ( $p=0.011$ ); entre el antecedente de embarazo y el tipo de familia ( $p=0.011$ ). Factores sociales - entorno social: la educación sexual incompleta inadecuada fue del 83%, no tiene un modelo positivo de identidad el 62.8%; el inicio precoz de relaciones sexuales fue de un 100%; el 94.7% no tuvo presión de amigos para inició de sus relaciones sexuales; el 61.7% tuvo sobreestimulación de los medios de comunicación para el inició de sus relaciones sexuales; el recurso económico bajo fue del 91.5%, el 69.1%, no tiene problemas de alcoholismo, ni el 91.5% de tabaquismo y el 97.9 no ha tenido problemas de drogadicción; se presentó en un 44.7% problemas de violencia familiar y el 19.1% de pandillaje Conclusiones: Los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores <sup>(19)</sup>.

CUECA, Alberto (2012) **Conocimiento de salud reproductiva en las púerperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia**. Perú. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar el grado de conocimiento sobre salud reproductiva que poseen las madres adolescentes, así como los, factores que lo determinan. Estudio comparativo realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Desarrollo de una encuesta tomada a 183 adolescentes púerperas, entre el 1 de setiembre y el 15 de diciembre de 1994. Resultados: Se determinó que 25.7% no tuvo control prenatal adecuado, 60,7% no asistió a alguna charla prenatal, 51% de los

embarazos no fue deseado, 86.8% manifestó conocer algún método anticonceptivo (MAC), aunque sólo 42,1% lo había utilizado en alguna oportunidad; de éstas, 50,6% usó métodos naturales, empleándolos 46% de ellas de modo erróneo; 63,9% mostró temor al empleo de métodos anticonceptivos, sobre todo a los modernos. El tiempo entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo fue de un año o menos en 50,4% de las encuestadas; 87,9% tenía conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, principalmente el SIDA y 55,2% demostró tener conocimientos sobre la fecundación. Conclusiones: A mayor educación y número de charlas prenatales, hubo mejor conocimiento de salud sexual y reproductiva <sup>(20)</sup>.

**AGUILAR. Sheila (2014) Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Perú.** Artículo de investigación. Objetivo: Determinar el perfil de la adolescente puérpera atendida en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima, en relación a las condiciones personales, condiciones de la salud sexual y reproductiva, condiciones familiares, sociales y económicas; y necesidades relacionadas al cuidado de su hijo y su autocuidado. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 57 adolescentes puérperas primíparas que cumplieron los criterios de selección. La recolección de datos se realizó con un cuestionario elaborado por las investigadoras, el cual fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad. Resultados: La adolescente puérpera se encuentra entre 18 y 19 años de edad, con secundaria incompleta, y desean seguir estudiando. El inicio de las relaciones sexuales se da en la

adolescencia tardía de 15 a 19 años, no usaron métodos anticonceptivos antes del embarazo. El 19,3% presentó complicaciones y el 12,3% presentó un aborto previo. Son amas de casa en su mayoría, viven con sus parejas, confían más en la pareja, antecedente de ser hija de madre adolescente. Tienen diversas necesidades sobre el cuidado del recién nacido y su autocuidado. Conclusiones: Según el perfil identificado existen condiciones personales, familiares y sociales, siendo fundamental el soporte familiar y de enfermería para el afrontamiento de esta nueva etapa, por lo que se debe tener en cuenta las necesidades para su autocuidado y el de su hijo <sup>(21)</sup>.

NOLAZCO, Erick (2014) **Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Conocer la relación entre algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta de Chimbote. Estudio cuantitativo descriptivo correlacional y de corte transversal. La población muestra estuvo constituida por 50 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados y analizados en el SPSS N° 20. Resultados: El 68% de adolescentes con embarazo precoz tienen instrucción secundaria; el 40% residen en zonas urbanas; el 58% no tienen pareja; el 40% provienen de familia monoparental; el 44% presentan disfunción familiar moderada, el 52% recibieron educación sexual. El 68% no trabajan y el 86% presentan una autoestima baja. El 72% presentaron menarquia entre los 14 a 16 años, el 72% iniciaron relaciones sexuales siendo mayores de 15 años, el 58% no usan métodos anticonceptivos

y el 88% fueron embarazos no deseado. El 76% de adolescentes con embarazo precoz presentaron su primer embarazo entre los 15 a 17 años de edad (adolescencia tardía) y el 24% entre los 12 a 14 años (adolescencia-temprana). Conclusiones: Si existe relación estadística significativa entre el grado de instrucción, residencia, tenencia de pareja, tipo de familia, funcionamiento familiar, educación sexual, trabajo y autoestima con la edad de la adolescente con embarazo precoz. Si existe relación estadística significativa entre la menarquia, inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y planificación del embarazo con la edad de la adolescente con embarazo precoz <sup>(22)</sup>.

MENDOZA. Merylyn (2015) **Características de las madres adolescentes intermedias y tardías, atendidas en el hospital María Auxiliadora Distrito de San Juan de Miraflores-Lima**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las características de las madres adolescentes intermedias y tardías atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2015. Estudio descriptivo, comparativo, prospectivo. Con una población de 171 y muestra de 93. Muestreo probabilístico simple. Instrumento encuesta validada. Resultados: Predominó del total, entre el grupo adolescente intermedias y tardías, sobre características personales edades entre los 17 a 19 años de edad (68.8%); convivientes (58.6% vs 64.1%), amas de casa (58.6% vs 79.7%), con secundaria (86.2% vs 85.9%). Características sexuales, menarquia entre 12 a 13 años (58.6% vs 56.3%); inicio de vida sexual entre 14 a 15 años (58.6% vs 35.9%); y una sola pareja sexual (44.8% vs 37.5). Características reproductivas, edad de la primera gestación entre 18 a 19 años (48.4%);

nuligestas (75.9% vs 75.0%); abortó previamente (71.4% vs 43.8%); intervalo intergenésico entre 18 a 24 meses (28.6% vs 87.5%). Características de la gestación, 6 controles prenatales (48.3% vs 64.1%); ninguna complicación (75.9% vs 81.3). Características del parto, vía vaginal (86.2% vs 65.6%); edad gestacional a término (86.2% vs 96.9%); episiorrafia ampliada (72.4% vs 48.4%). Características del puerperio, normal al alta (100%) recibieron consejería predominando la lactancia materna (93.1% vs 100%); y el anticonceptivo más solicitado fue el inyectable trimestral (6.9% vs 48.4%). Conclusiones: Se acepta la hipótesis de trabajo que existen diferencias entre las características de las madres adolescentes intermedias y las adolescentes tardías que pudieran ser morbilidades en cuanto a la gestación de las adolescentes, sobre todo las intermedias <sup>(23)</sup>.

**RENGIFO, Jenny (2015) Características epidemiológicas y complicaciones del embarazo y del recién nacido en primigestas adolescentes y jóvenes atendidas en la clínica González-Lince enero 2013 - diciembre 2015. Perú.**

Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y complicaciones del embarazo y del recién nacido en primigestas adolescentes y jóvenes atendidas en la clínica González. Enero 2013 a diciembre 2015. Estudio epidemiológico de cohortes, tipo cuantitativo. La población estuvo conformada por 107 gestantes adolescentes y 522 gestantes jóvenes. Muestra de 67 adolescentes y 67 jóvenes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, el muestreo fue No probabilístico. Instrumento: se utilizó la estadística riesgo relativo. Resultados: Las características sociodemográficas observadas en primigestas adolescentes y jóvenes, fueron: 47,8% solteras vs



49,3% convivientes); 59,7% eran amas de casa vs 47,8% que eran independientes. Ambos grupos procedían de zonas urbanas marginales con estudios secundarios y Nivel socio-económico medio. Iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 14 años (37,3% vs 17,9%); tuvieron más de 2 parejas sexuales (59,7% vs 71,6%); usaron algún método anticonceptivo (22,4% vs 52,2%); consumieron sustancias nocivas (1,5% vs 3,0%); alcohol (32,8% vs 14,9%) y tabaco (13,4% vs 22,4%).Tuvieron amenaza de aborto (10,4% vs 19,4%); amenaza de parto prematuro (14,9% vs 11,9%); control pre natal (82,1% vs 89,6%); gestación a término (88,1% vs 85,1%) y fueron cascareadas (85,1% vs 71,6%). Presentaron complicaciones obstétricas (52.2% vs 58.2%); complicaciones perinatales (7.5% vs 3.0%); tuvieron anemia (16.4% vs 6%); ITU (14.9% vs 10.4%); pocos casos en RPM, pre eclampsia e Insuficiencia Placentaria, DPP 1,5% solo en jóvenes. En cuanto al RN: (79,1% vs 94%) tuvieron peso normal, (77,6% vs 89,6%) Apgar mayor de 8, SFA (92,5% vs 88,1%). Conclusiones: Según los resultados presentados de dicho estudio podemos decir que el estado civil soltera, el consumo de tabaco y alcohol, el inicio de relaciones sexuales antes de los 14 años, el tener más de una pareja sexual, el no usar métodos anticonceptivos, presentar anemia e ITU y tener parto por cesárea, son factores de riesgo para la maternidad temprana en las adolescentes atendidas en la Clínica González durante el periodo de enero 2013 - diciembre 2015<sup>(24)</sup>.

RODRIGUEZ, Marcelo (2016). **Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Describir los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza-Chupaca de Enero a Marzo 2016. Estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 gestantes adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza- Chupaca. El instrumento que se utilizó fue la Encuesta validada por Osorio R. De la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú (2014). Cuyos datos fueron procesados en Excel y paquete estadístico SSPS Versión 21. Resultados: De 30 gestantes adolescentes que acuden a su control prenatal fueron: que, el 90% tienen una edad de 15 a 19 años así mismo el 47% (14) adolescentes tienen el grado de instrucción secundaria, 70%(21) de ocupación ama de casa, 43%(13) de estado civil convivientes, 57%(17) vienen de familia monoparental, 43% (13) adolescentes vive solo con su madre, 67% (20) de las edades de 15 a 19 años iniciaron su primera relación sexual, 53%(16) tuvieron una sola pareja sexual seguido del 47%(14) tuvieron más de 2 parejas sexuales, 57%(17)adolescentes son primigestas,23% (28) no tuvieron antecedentes de aborto, 63%(19) no usaron métodos anticonceptivos. Conclusiones: Los factores que influyen en el embarazo en adolescentes son: la edad, la ocupación, tipo de familia, inicio de la primera relación sexual, y el uso de métodos anticonceptivos El tener más de una pareja sexual, el no usar métodos anticonceptivos, presentar anemia e ITU. <sup>(25)</sup>

## 3.2. MARCO TEORICO

### A. ADOLESCENCIA

#### a. Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica”, fija sus límites entre los 10 y 19 años. A la adolescencia se la puede dividir en tres fases:

- ✓ Adolescencia temprana 10 a 13 años
- ✓ Adolescencia media 14 a 16 años
- ✓ Adolescencia tardía 17 a 19 años<sup>(26)</sup>.

#### a. Clasificación de las Adolescentes Según su Edad (OMS)

##### -Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controlan sus impulsos y se plantean metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupan mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.<sup>(26)</sup>

**-Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha ocurrido prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres compartiendo valores propios y conflictos. Para muchos es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda <sup>(26)</sup>.

**-Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de padres va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes Es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas de ellas el papel de madre joven la crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes” <sup>(26)</sup>.

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en mujeres de 10 a 19 años, es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento <sup>(26)</sup>.

#### **b. Crecimiento y Desarrollo del Adolescente**

La adolescencia constituye uno de los periodos críticos en el desarrollo humano, debido a que se produce una serie de cambios definitivos transformando al niño dependiente en un adulto independiente con autonomía física, social y emocional.

La adolescencia inicia con la pubertad para terminar con la adolescencia y edad adulta.<sup>(27)</sup>

**Pubertad.** - Es la manifestación biológica de la adolescencia en la que ocurren cambios morfológicos y fisiológicos que comprometen a todos los órganos y estructuras corporales: tales como el desarrollo de las gónadas y órganos reproductores accesorios, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y el impulso del crecimiento, los cambios en la estructura corporal y culminan con la capacidad reproductora.<sup>(27)</sup>

**Adolescencia.-** Es considerada como la etapa del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que se esfuerza a alcanzar ciertas metas relacionadas con las expectativas de la cultura y todo esto ocurre durante el rápido crecimiento físico, cambios mentales, emocionales y sociales la adolescencia se asocia con la adquisición de un grado apropiado de independencia, identidad sexual, una

satisfactoria vocación , una identidad física , positiva y la adquisición de valores éticos morales y el desempeño de un rol en la sociedad <sup>(27)</sup>.

Desde el punto de vista biológico es el comienzo del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la aceleración final del crecimiento y su terminación por la fusión de la epífisis y culmina en el desarrollo sexual con el logro del potencial para la reproducción <sup>(27)</sup>.

Desde el punto de vista psicológico. Está determinado por la aceleración en el desarrollo cognitivo, la reestructuración de la personalidad, la adquisición de los roles laborales y parenterales de tipo adulto. Desde el punto de vista social es la preparación para el rol adulto <sup>(19)</sup>.

### **c. Características Generales de la Adolescencia**

#### **-Desarrollo físico:**

Inicia entre los 12 y 13 años. En las mujeres aparece la menstruación, y en los varones la primera eyaculación, ambos sin aptitud para la procreación. También aparece el vello púbico, facial y corporal. En las niñas el crecimiento de senos se alcanza, así como el inicio de los patrones de la distribución en los niños el agrandamiento del escroto y testicular, y el alargamiento del pene, así como los patrones de distribución y los cambios de voz. También se aumenta la estatura, el peso y la aparición de características sexuales secundarias <sup>(28)</sup>.

#### **-Desarrollo cognitivo:**

En esta etapa madura el pensamiento lógico formal, su pensamiento es más objetivo y racional. Cada uno construye su punto de vista sobre el mundo. Además, es capaz de razonar lo que puede ser verdad, de lo que es verdad <sup>(28)</sup>.

**-Desarrollo emocional:**

Algunos de los procesos que al adolescente más se le dificulta es el descubrimiento de su vida interior, donde va descubriendo sus propios sentimientos y motivaciones. Este proceso se divide en varias fases como el descubrimiento del yo, el gusto por la soledad, el recogimiento, el egoísmo y la exaltación por el súper yo. El segundo proceso es la orientación hacia los valores e ideales, lo cual gracias a que aparecen en ellos las operaciones de pensamientos abstractos y nuevos intereses los ayuda a trascender más allá de la realidad. Y el tercer proceso es la necesidad de independizarse y autorrealización, donde el adolescente busca ser grande, igualar a sus mayores y ser autosuficiente <sup>(28)</sup>.

**-Desarrollo afectivo:**

Durante esta etapa se presentan una inestabilidad en las reacciones impulsivas, donde el individuo tiene explosiones afectivas intensas pero superficiales. Tienen una sobreestimación de sí mismo y le dan poco valor a las habilidades y capacidades, e incluso llegan a compararse con otros jóvenes. Para concluir este tema es indudable que la adolescencia es una de las etapas que más desequilibrios tiene, y en la cual es individuo logra su desarrollo a grandes pasos <sup>(29)</sup>.

**B. EMBARAZO EN ADOLESCENTES****a. Definición:**

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo,

además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental” (30).

**b. Causas:**

- Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.
- La inestabilidad familiar.
- La necesidad de probar su fecundidad.
- Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.
- La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual.
- La mala información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
- Falta de madurez.
- Ignorancia o falta de cultura sexual.



- Violación (en algunos casos).
- Ignorancia del proceso reproductivo
- El temor a preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos
- Simplemente por curiosidad.
- Ser hija de una madre que tuvo su 1er parto a la edad de 19 años o siendo aún más joven <sup>(31)</sup>.

### **c. Consecuencias físicas**

El embarazo precoz, trae consigo severas consecuencias para las jóvenes madres, que comprometen seriamente su salud y pueden causarles la muerte.

Comunes en estos casos son las siguientes:

- Las jóvenes adolescentes corren el riesgo de experimentar anemia, preeclamsia y complicaciones en el momento del alumbramiento, así como un alto riesgo de mortalidad por los altos índices de aborto.
- Los neonatos corren riesgo de muerte en los partos adolescentes, así como son propensos a padecer malformaciones congénitas y un deficiente desarrollo mental y físico.

- La frustración y depresión son problemas psicológicos que se desencadenan en las adolescentes ante una situación de embarazo precoz puesto que se afecta la vida que debería llevar acorde a su edad.
- La autoestima se afecta por el sentimiento de culpa que se desarrolla en las jóvenes adolescentes
- Las jóvenes madres en estado, requieren oportunidades para su prosecución escolar ya que tiene a edad temprana la responsabilidad de atender y darle sustento y condiciones a su bebé.
- Al no contar con una base económica estable, la adolescente enfrenta dificultades para sostenerse en necesidades básicas para ella y su bebé, impactando su presente y futuro
- El proceso de identidad normal por la que atraviesa toda adolescente, se interrumpe de forma intempestiva, se detiene la auto-aceptación como joven que experimenta cambios en su cuerpo como consecuencia de su proceso de desarrollo biológico normal y aparece la imagen de mujer prematura embarazada.
- Surgen las frustraciones, presiones sociales, reorientación de su vida, crianza no afectiva de su bebé, depresiones que en la mayoría de los casos desencadenan factores suicidógenos circunstanciales, soledad, aislamiento, pánico y fracaso
- Problemas escolares y deserción escolar
- Las situaciones de embarazo precoz entorpecen la formación académica de la adolescente, haciendo que ésta sea deficiente <sup>(32)</sup>.

#### **d. Reacción frente al embarazo**

La reacción de la adolescente frente al estado de gestación se manifiesta en forma variada según los casos desde la felicidad, indiferencia, temor, vergüenza hasta reacciones psicológica traumáticas.

- Ignorancia, que la conduce al conformismo como un proceso casual.
- Temor y vergüenza a la crítica y que los padres y familiares se enteren.
- Felicidad como comprensión de amor de entrega y de vinculación definitiva con la pareja. Casi siempre el desengaño vendrá después.
- Satisfacción psicológica como respuesta a la actitud negativa de la madre.
- Indolencia e indiferencia que la aleja de la atención profesional, manteniendo el secreto hasta donde le sea posible.
- Irresponsabilidad que la orienta a medidas abortivas que pueden comprometer su vida y lesionar al feto.
- Esperanza de transferir el problema y la crianza del recién nacido a la madre <sup>(34)</sup>.

#### **C. EL PUERPERIO**

Es el periodo del posparto o puerperio comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las seis siguientes semanas. Durante esta fase se produce transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional <sup>(36)</sup>.

Etapla biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días <sup>(33)</sup>.

**a. Clasificación:**

El puerperio no es uno sólo, se divide en tres etapas o tipos; tenemos el puerperio inmediato, mediato y tardío <sup>(33)</sup>.

**b. Atención del puerperio:****Atención del puerperio inmediato**

Comprende las primeras dos horas post parto, la/el obstetra, durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: Realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 15 minutos durante estas dos primeras horas, controlando:

- Signos vitales,
  - Contracción uterina,
  - Sangrado vaginal.
- Revisar la episiorrafia para descartar la formación de hematomas y edemas.
  - En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacida/o si no presenta complicaciones o signos de alarma.
  - En caso de preeclampsia severa/eclampsia, sepsis o hemorragia, dar la atención inmediata de acuerdo a cada Clave, identificar la causa, estabilizar funciones vitales, iniciar el tratamiento y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento o si el caso lo requiere, deberá ser referida a un nivel de mayor complejidad (FONE o FONI) y asegurar su recepción en el establecimiento a donde es referida.

- Si no se producen complicaciones, al terminar este período, la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento conjunto.
- En los casos post cesárea se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, vigentes <sup>(33)</sup>.

**Sala de puerperio/internamiento/hospitalización (después de dos horas hasta completar el primer día)**

- Debe ser atendida por profesional con competencias según nivel de capacidad resolutive del establecimiento.
- Indicar el traslado e ingreso a sala puerperio internamiento y garantizar el alojamiento conjunto de puérpera normal o con patología y estable.
- Vigilar durante este periodo hasta el alta, cada 30 minutos durante la tercera hora, y cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora; y luego cada 6 horas, los:
  - Signos vitales.
  - Contracción uterina.
  - Sangrado vaginal <sup>(33)</sup>.

**Episiorrafias o sutura perineal para descartar la formación de hematomas/o edemas.**

- Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre.
- Promover la deambulacion precoz.
- Informar sobre signos de alarma durante el puerperio de la madre

- Orientación/consejería y provisión del método de planificación familiar elegido por la puérpera.
- Favorecer la relación entre la madre, su recién nacido, el padre y familia dando facilidades fuera del horario de visita establecido.
- Brindar atención diferenciada y apoyo emocional a las puérperas que han sufrido la pérdida (fallecimiento) de su recién nacida/o. Se recomendará la supresión de la lactancia por medios disponibles. Se debe brindar atención diferenciada a puérperas adolescentes, apoyando el alojamiento conjunto y la aceptación del proceso de maternidad.
- En caso de evolución satisfactoria, se puede dar de alta a la puérpera cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto y mínimo 48 horas en puérperas adolescentes.
- Entregar contenidos educativos necesarios, en forma apropiada y de fácil comprensión.
- Entregar el certificado de nacido vivo, realizando el registro del certificado del Recién Nacido en línea inmediatamente para la obtención del DNI.
- En caso de defunción fetal, entregar el certificado correspondiente, procurando la autorización de los familiares para la realización de necropsia.
- Entregar al momento del alta el carné prenatal con los datos completos de la atención, en los casos de referencia realizar la contra referencia oportuna y completa al nivel de atención que corresponde.

- Indicar y orientar sobre la cita para atención de puerperio por consulta externa, haciendo coincidir la fecha con la cita de atención del recién nacido<sup>(33)</sup>.

### **Atención del puerperio mediato**

- Este período comprende desde las 24 horas hasta los 7 días posparto. Posterior al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional con competencias. Incluye las siguientes acciones:
  - Vigilar y controlar la involución uterina y características de los loquios.
  - Detectar tempranamente las complicaciones como la hemorragia e infección puerperal, vigilando los signos vitales y detectando la presencia de taquicardia fiebre, taquipnea, sub involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
  - Está prohibida la lactancia materna a todo hijo/a nacido/a de madre infectada por el VIH, según norma.
  - Informar sobre las medidas higiénicas para prevenir infección materna.
  - Informar sobre los signos de alarma de la madre.
  - Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
  - Alimentación balanceada adecuada para la madre.
  - Brindar el método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método.

- Programar la segunda atención a la puérpera en fecha que coincida con la atención del neonato entre los 28 a 30 días <sup>(33)</sup>.

#### **Atención durante el puerperio tardío**

- Este período comprende después de los 7 días hasta los 42 días posparto.
- Es la atención realizada en consulta externa por médico- Gineco Obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia, según nivel de atención; para reforzar las buenas prácticas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación familiar elegido o reforzar la orientación/consejería en aquellas puérperas que aún no optaron por algún método <sup>(33)</sup>.

### **D. PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE**

Aspectos o rasgos particulares, que caracterizan a las madres adolescentes primíparas, según sus condiciones. El estudio aborda el perfil de las madres adolescentes puérperas en relación a la caracterización de las condiciones personales; aspecto sexual y reproductivo, condiciones familiares y socioeconómicas y sobre las necesidades de cuidado percibidas para cuidar de su recién nacido, así como de su autocuidado <sup>(21)</sup>.

#### **1. Condiciones personales de la adolescente puérperas**

- Edad: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del parto de las adolescentes.



- Lugar de procedencia: Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva una persona. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.
- Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- Ocupación: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.
- Grado de instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
- Desea estudiar después: Anhelos de continuar o no los estudios que venía ejerciéndolo <sup>(21)</sup>.

## **2. Condiciones de la salud Sexual y Reproductiva de la adolescente puérperas**

- Edad de inicio de relaciones sexuales: Periodo o época que una persona inicio su primera relación sexual.
- Número de compañeros sexuales: Cantidad de personas con quien tuvo relaciones sexuales hasta la fecha.
- Situación en que se presentó el embarazo: Momento o circunstancias donde se realizó el embarazo.

- Razones para quedar embarazada: Motivos porque se embarazo la adolescente. Puede haber muchos motivos o razones para el embarazo.
- Planificación familiar: Se realiza mediante el uso de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado.
- Antecedentes gineco obstétricos: Conocer la valoración de los datos ginecológicos y obstétricos antes del embarazo, parto o puerperio.
- Complicaciones en el puerperio: Daños presentados después del parto <sup>(21)</sup>.

### **3. Condiciones familiares de la adolescente puérpera**

- Familiar: Personas con quien vive el adolescente, puede ser mama, papa, otros familiares.
- Tipo de familia: La familia puede estar integrada por diversos miembros y no todos consanguíneos; por tanto, pueden identificarse varios tipos como la familia Nuclear, formada por la madre, el padre y los hijos, es la típica familia clásica. Una familia extendida, puede incluir abuelos, tíos, primos y otros consanguíneos o afines. Familia monoparental, formada por uno solo de los padres (la mayoría de las veces la madre) y sus hijos <sup>(21)</sup>.
- Grado de confianza: Puede ser con la madre, padre, etc.
- Tipo de relación con la madre o padre: Puede ser muy buena, buena, regular, mala, etc.
- Violencia familiar: Por lo general, implica un cónyuge o pareja, pero también puede ser a un niño, pariente mayor u otro miembro de la

familia. La violencia doméstica puede incluir: Violencia física que puede conducir a lesiones como moretones o fracturas de huesos<sup>(21)</sup>.

#### **4. Condiciones sociales de la adolescente puérpera**

- Grado de escolaridad de la madre y el padre: Período de tiempo que un adolescente o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.
- Edad de la pareja: Años cumplidos a la fecha de la pareja o esposo de la adolescente<sup>(21)</sup>.

#### **5. Condiciones económicas de la adolescente puérpera**

- Ocupación actual: Actividad laboral, mediante el análisis de su ocupación principal en el momento en que fueron encuestados los adolescentes.
- Sustento económico actual: Persona que solventa los gastos en el hogar<sup>(21)</sup>.

#### **6. Necesidades educativas del cuidado de su recién nacido**

- Frecuencia de la alimentación (lactancia materna)
- Lactancia materna exclusiva
- Posiciones para amamantar
- Precauciones para bañar al bebe
- Cuidado del cordón umbilical
- Frecuencia del cambio del pañal
- Recomendaciones para vestir al bebe

- Formas de expresar afecto
- Posiciones para dormir al bebe
- Estimulación temprana
- Vacunas <sup>(21)</sup>.

## **7. Necesidades educativas de autocuidado**

- Alimentación
- Higiene
- Actividad física
- Planificación familiar
- Descanso
- Cuidado de mamas

**Nota:** Para evaluar cada una de estas necesidades se tendrá en cuenta tres categorías: Importante, poco importante, no importante <sup>(21)</sup>.

### **3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.**

#### **a. Mortalidad Materna:**

Según la OMS la muerte materna se define como “la defunción de una mujer mientras está embarazada, independientemente de la duración y el sitio del embarazo debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales <sup>(34)</sup>.

**b. Factores de Riesgo:**

Se considera factores de riesgo a determinadas variables que pueden establecerse, ya sea por las características propias de la mujer embarazada, por las circunstancias del medio o por los antecedentes de la gestante <sup>(34)</sup>.

**c. Recién Nacido:**

Es el producto de la concepción, que después de 36 semanas o más sale de la vía intrauterina al medio ambiente externo, para seguir creciendo y desarrollándose, merced al fisiologismo normal de sus órganos y sistemas <sup>(34)</sup>.

**d. Amoldamiento:**

Es la configuración alargada, transitoria, que adopta el cráneo al pasar el canal del parto, o la asimetría del maxilar inferior por amoldamiento intrauterino, cuando un segmento (extremidad) generalmente la mano o el antebrazo, presionan la mandíbula en el recién nacido <sup>(34)</sup>.

**e. Trabajo de Parto:**

Es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, cuando el producto de la gestación es mayor de 20 semanas y su peso superior a 500 g. Se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como

para producir borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto<sup>(35)</sup>.

**f. Parto:**

Es el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno para ser expulsado al exterior<sup>(36)</sup>.

**g. Infertilidad Postparto:**

Es cuando, durante el embarazo se suspende la producción hormonal cíclica del ovario debido a la elevación de los estrógenos y la progesterona producidas, primero, por el cuerpo lúteo y, luego, por la placenta<sup>(36)</sup>

**h. Anticoncepción:**

Es el uso de métodos anticonceptivos, previa consejería a la mujer que consulta<sup>(36)</sup>.

**i. Migraña:**

Es el dolor intenso y paroxístico, asociado a trastornos sensoriales y motores; por ejemplo, escotomas y vomito<sup>(37)</sup>.

**j. Mastodinia:**

Es el dolor y edema de las glándulas mamarias debido a la congestión vascular, hay presencia de turgencia secretoria de los conductos de la glándula<sup>(37)</sup>.

**k. Loquios:**

Durante el puerperio hay una eliminación líquida por la vulva, formada por la sangre que mana de la herida placentaria y de las excoriaciones del cuello y vagina, a la que se agregan el líquido de exudación de dichas lesiones, fragmentos de caduca en degeneración grasa y las células de descamación de todo el trayecto genital <sup>(36)</sup>.

**l. Mastitis:**

Es una inflamación en el seno generalmente es causado por una infección, causa dolor y sensibilidad <sup>(36)</sup>.

**m. Episiotomía:**

Es la intervención más frecuente en la obstetricia actual y consiste en la sección del periné materno como medio para crear espacio suficiente para el pasaje del polo de presentación fetal al final del parto, subjetivo es de evitar compresión al feto y prevenir <sup>(36)</sup>.

**n. Episiorrafia:**

Es la intervención que existe en la sutura de la herida quirúrgica llamada episiotomía que se realiza durante el parto, se lleva a cabo las dos caras internas de los labios mayores <sup>(36)</sup>.

**o. Entuertos:**

Son dolores producidos por las contracciones uterinas del puerperio. Se presentan generalmente en las multíparas y su intensidad es variable,

desde una sensación de pellizcamiento hasta un cólico violento que se propaga hacia la región lumbar <sup>(37)</sup>.

**p. Eyección Láctea:**

La leche segregada por el epitelio secretor es vertida desde los alveolos y conductos mamarios hacia el pezón, facilitándose así la extracción de la misma por la succión del recién nacido <sup>(36)</sup>.

**q. Involución uterina:**

Se denomina así al retorno del útero a su tamaño, altura y posición normales después del parto. Éste, desciende un centímetro por día y ya no es palpable hacia el décimo día. Su estado originario se recupera en 25 días <sup>(37)</sup>.

**r. Lactancia:**

La manera natural de alimentar a un recién nacido es con la leche de su madre y el acto a través del que se lleva a cabo es el “amamantamiento”. La leche materna se activa a través de mecanismos fisiológicos y psicológicos que se inician antes del acto de amamantar <sup>(36)</sup>.

**S. Amor:**

El amor, es un sentimiento de afecto universal que se tiene hacia una persona, animal o cosa, amor también hace referencia a un sentimiento de atracción emocional y sexual que se tiene hacia una persona con la que se desea tener una relación o convivencia bajo el mismo techo <sup>(39)</sup>.



## **4. ASPECTO METODOLOGICO**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio fue de tipo DESCRIPTIVO, de corte fue transversal, ya que se midió las variables en un momento determinado.

### **4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El diseño seleccionado en el presente estudio, fue el diseño no experimental transversal, donde se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. A la vez en esta investigación no se manipularon deliberadamente las variables, solo se observó los fenómenos tal como se dieron en un contexto natural, que fueron analizados. Por lo que no presentamos ningún diagrama que justifique los hechos, como sucede en estudios correlacionales.

### **4.3. POBLACION O UNIVERSO**

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia nivel II-2, ubicado en la Avenida Luzuriaga de la provincia de Huaraz del Departamento de Ancash que está ubicada a 3.052 m.s.n.m . La población estuvo constituida 122 puérperas mediatas adolescentes primíparas, hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2018. Para el presente estudio, solo se trabajó con puérperas primíparas adolescentes, hospitalizadas en el periodo de estudio. Datos obtenidos, mediante la encuesta aplicada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**a) Criterios de Inclusión:**

- Puérperas mediatas adolescentes primíparas
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas que desean participar en el estudio, que han firmado el asentimiento informado.
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas con parto vaginal o cesárea
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas, cuyos padres han firmado el consentimiento informado

**b) Criterios de Exclusión:**

- Puérperas mediatas mayores de 19 años
- Puérperas inmediatas adolescentes primíparas
- Puérperas tardías adolescentes primíparas
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas que no desean participara en el estudio
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas, cuyos padres no han firmado el consentimiento informado
- Puérperas mediatas adolescentes primíparas, que no han firmado el asentimiento informado

**4.4. UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA.**

#### **4.4.1. Unidad de Análisis:**

Puérpera mediata adolescente primípara hospitalizada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Víctor Ramos Guardia en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2018.

#### **4.4.2. Muestra:**

Por el número de componentes de la población, se trabajó por medio del muestreo no probabilístico por conveniencia, para lo cual, la muestra fue seleccionada por ese método, por su accesible para el investigador, que fueron 122 puérperas hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, en los meses de octubre, noviembre y diciembre 2018.

#### **4.5. INSTRUMENTOS DE RECOPIACION DE DATOS**

La información se obtuvo usando como instrumento un cuestionario (Anexo N°01), el cual fue aplicado a cada una de las puérperas mediatas adolescentes primíparas que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron firmar el consentimiento informado (Anexo N° 02). El instrumento de recopilación de datos consta de tres partes redactadas de acuerdo a los objetivos de investigación, que se detalla de la siguiente manera:

-Condiciones Personales: 5 Ítems

-Condiciones de Salud Sexual y Reproductiva: 10 Ítems

-Condiciones Familiares: 6 Ítems

-Condiciones socioeconómicas: 5 Ítems

-Necesidades Relacionadas al cuidado de su hijo y su autocuidado: 2  
Ítems

La validación del instrumento de recolección de datos, se llevó a cabo mediante el juicio de expertos (Anexo N°02) para lo cual se consultó a tres Obstetras. Una vez validado el instrumento de recolección de datos se realizó la Prueba Piloto con diez puérperas adolescentes primíparas. Para analizar la confiabilidad se utilizó la prueba de Alfa de Cronbach.

#### **4.6. ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION**

Se planeó ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

##### **a. Análisis Descriptivo:**

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizó haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22.0. Para lo cual una vez confeccionada la base de datos, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables, mediante la determinación de las frecuencias y porcentajes, los cuales fueron presentados en tablas unidimensionales y bidimensionales.

#### **4.7. ETICA DE LA INVESTIGACION**

Los estudios en seres humanos, han permitido el notable progreso de la medicina en este siglo, incorporándola de lleno al mundo de la ciencia.

La sociedad ha comprendido progresivamente que necesita de la investigación médica y la financiación. Sin embargo, aunque sus ojos están puestos en ella con esperanza, también lo hace con mucho sentido crítico e incluso desconfianza. En los últimos 30 años, la investigación biológica y médica se especializó y profesionalizó, obligando al investigador a una dedicación exclusiva. Simultáneamente, la investigación que emplea seres humanos creció notablemente, lo que aumentó la exposición, reconocimiento y frecuencia de problemas éticos. Esto promovió la creación de comités dedicados a revisar los aspectos éticos de protocolos y proyectos.

En la investigación en seres humanos, en particular, el principal desafío ético consiste en conciliar tres fines distintos, ya esbozados previamente y cómo lograr que estos bienes sean compatibles y aplicables a las circunstancias de un proyecto, para ello existen Códigos Éticos Adoptada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Por ello en este trabajo se considera la Declaración de Helsinki. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes. En la investigación médica en seres humanos, es deber del investigador que participa en la investigación, proteger la vida, la salud, la dignidad, la

integridad, en derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener primacía sobre todos los otros intereses (Principio 6) <sup>(38)</sup>.

En la investigación, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento (Principio 9) <sup>(38)</sup>.

Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador (Principio 17) <sup>(38)</sup>.

Se tomarán toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las gestantes con THE y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social (Principio 23) <sup>(38)</sup>.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal (Principio 24) <sup>(38)</sup>

## 5. RESULTADOS

### I. PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES PERSONALES.

**Tabla 1: Edad de la madre adolescente primípara, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
10-13 años	12	9.8
14-16 años	40	32.8
17-19 años	70	57.4
Total	122	100.0

Se observa que el 57.4% del total de las madres adolescentes primíparas, tienen edades comprendidas entre 17 a 19 años de edad, que corresponden a la adolescencia tardía finalmente, el 9.8% tienen edades entre 10 y 13 años.

**Tabla 2: Procedencia de la madre adolescente primípara, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Huaraz	50	41.0
Recuay	21	17.2
Carhuaz	20	16.4
Caraz	19	15.6
Yungay	12	9.8
Total	122	100.0

Se observa que el 41.0% del total de las madres adolescentes primíparas son procedentes de la ciudad de Huaraz, a diferencia del 9.8 % so procedentes de la ciudad de Yungay.



**Tabla 3: Grado de instrucción de la madre adolescente  
Primípara, en el servicio de Ginecología y  
Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia  
-Huaraz, 2018**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	1	0.8
Primaria	57	46.7
Secundaria	62	50.8
Superior	2	1.6
Total	122	100.0

Se observa que el 50.8% del total de las madres adolescentes primíparas tienen el grado de instrucción secundaria, mientras que el 0.8% son analfabetas.

**Tabla 4: Estado civil de la madre adolescente primípara, en  
El servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital  
Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	32	26.2
Casada	10	8.2
Conviviente	80	65.6
Total	122	100.0

Se observa del total de madres adolescentes primíparas, el 65.6% son convivientes a diferencia del 8.2% son casadas.

**Tabla 5: Deseos de estudiar de la madre adolescente primípara  
Después del parto, en el Servicio de Ginecología y  
Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018**

DESEO DE ESTUDIAR DESPUES DEL PARTO	N°	%
Si	122	100.0
No	0	0.0
Total	122	100.0

Se observa, el 100% de madres adolescentes primíparas, tienen deseos de estudiar después del parto.

**PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA EN RELACION A  
LAS CONDICIONES DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA**

**Tabla 6: Edad de la menarquia de la madre adolescente  
Primípara, en el Servicio de Ginecología y  
Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia  
-Huaraz, 2018**

<b>EDAD DE LA MENARQUIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 10 años	23	18.9
11-14 años	87	71.3
15-17 años	12	9.8
Total	122	100.0

Se aprecia que el 71.3% del total de las madres adolescentes primíparas tuvieron su menarquia entre los 11 y 14 años de edad, mientras que el 9.8 % tuvieron su menarquia entre 15 a 17 años.

**Tabla 7: Edad de inicio de la primera relación sexual de la Madre adolescente primípara en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10-14 años	43	35.2
15-19 años	79	64.8
Total	122	100.0

Se aprecia que el 64.8% del total de las madres adolescentes primíparas tuvieron su primera relación sexual entre 15 y 19 años de edad y el 35.2 % tuvieron su primera relación sexual entre 10 y 14 años de edad.

**Tabla 8: Numero de compañeros sexuales de las madres adolescentes Primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1	66	54.1
2	41	33.6
3 a más	15	12.3
Total	122	100.0

Se aprecia que el 54.1% del total de las madres adolescentes primíparas tuvieron un compañero sexual, mientras que el 12.3% tuvieron más de 3 compañeros sexuales.

**Tabla 09: Razón para quedar embarazadas en madres adolescentes Primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018**

<b>RAZÓN PARA QUEDAR EMBARAZADA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Por amor	57	46.7
Por irse a vivir con su pareja	14	11.5
Curiosidad	13	10.7
Escasa información	15	12.3
No usar MAC	23	18.9
Total	122	100.0

Se observa que el 46.7% del total de las madres adolescentes primíparas manifestaron la razón para quedar embarazadas fueron por amor, además se observa que el 10.7% quedaron embarazadas por curiosidad.

**Tabla 10: Uso de algún método anticonceptivo en madres Adolescentes primíparas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>USO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	46	37.7
No	76	62.3
Total	122	100.0

Se observa que el 62.3% del total de las madres adolescentes primíparas manifestaron que no han usado algún método anticonceptivo a diferencia de un 37.7% que si han usado algún método anticonceptivo.



**Tabla 11: Método anticonceptivo que uso la madre  
Adolescentes primípara, en el servicio de Ginecología y  
Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.¿ cuál fue?**

<b>QUE MÉTODO USO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Píldora anticonceptiva	14	30.4
Preservativo	21	45.7
Método del ritmo	10	21.7
Inyectable mensual	1	2.2
Total	46	100

Se observa que el 45.7% del total de las madres adolescentes primíparas manifestaron usar preservativos masculinos como método anticonceptivo, se concluye que el inyectable mensual es menos usado por las adolescentes con un 2.2%.

**Tabla 12: Vía del parto en madres adolescentes primíparas,  
En el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital  
Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>VÍA DEL PARTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Vaginal	86	70.5
Cesárea	36	29.5
Total	122	100.0

Se presenta que el 70.5% del total de las madres adolescentes primíparas manifestaron que su parto fue por vía vaginal, por lo contrario el 29.5% fue por vía cesárea.

**Tabla 13: Aborto en madres adolescentes primíparas en  
El servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital  
Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>ABORTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	11	9.0
No	111	91.0
Total	122	100.0

Se presenta que el 91.0% del total de las madres adolescentes primíparas no tuvieron ningún aborto, a diferencia de un 9.0% que sí tuvieron.

De lo presentado en la tabla se puede afirmar que la gran mayoría de pacientes de dicho hospital no presentaron abortos.

**Tabla 14: Complicaciones en el puerperio en madres adolescentes Primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Fiebre	11	9.0
Mastitis	6	4.9
Hemorragia vaginal	3	2.5
Dehiscencia de episiorrafia	3	2.5
Estreñimiento	14	11.5
Ninguno	85	69.7
Total	122	100.0

Se observa que el 69.7% del total de las madres adolescentes primíparas no han tenido ninguna complicación en el puerperio, siendo las complicaciones menos frecuentes como son la hemorragia vaginal con un 2.5% y Dehiscencia de episiorrafia con un 2.5%.

## II. PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES FAMILIARES

**Tabla 15: Familia con quien vive la madre adolescente primípara, En el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>FAMILIAR CON QUIEN VIVE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pareja o esposo	80	65.6
Padres	40	32.8
Abuelos	2	1.6
Total	122	100.0

Se observa que el 65.6% del total de las madres adolescentes primíparas viven con su pareja o esposo, a diferencia del 1.6% viven con los abuelos.

**Tabla 16: Tipo de familia que tiene en la actualidad la madre adolescente Primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Nuclear	73	59.8
Monoparental	49	40.2
Total	122	100.0

Se presenta que el 59.8% del total de las madres adolescentes primíparas manifestaron vivir en una familia nuclear, a diferencia del 40.2% manifestó vivir en una familia monoparental.

**Tabla 17: Persona con quien tiene más confianza la madre adolescente Primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>PERSONA CON QUIEN TIENE MÁS CONFIANZA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pareja	71	58.2
Madre	46	37.7
Padre	4	3.3
Hermanos	1	0.8
Total	122	100.0

Se observa que el 58.2% del total de las madres adolescentes primíparas manifestaron que la persona con quien tienen mayor confianza es a su pareja, mientras que el 0.8% tiene confianza al hermanos.

**Tabla 18: Maltrato de su pareja en la madre adolescente primípara  
En el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital  
Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>MALTRATO DE TU PAREJA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	4	3.3
No	118	96.7
Total	122	100.0

Se observa que el 96.7% del total de las madres adolescentes primíparas no recibe maltrato de su pareja, a diferencia del 3.3% que recibió maltrato de su pareja.



### III. PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA EN RELACIÓN A LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

**Tabla 19: Ocupación en la actualidad en la madre adolescente primípara  
En el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor  
Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>OCUPACIÓN ACTUAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	87	71.3
Empleada publica	2	1.6
Empleada privada	2	1.6
Comerciante	16	13.1
Estudiantes	15	12.3
Total	122	100.0

Se observa que el 71.3% del total de las madres adolescentes primíparas afirmaron que actualmente se dedica a ser ama de casa, mientras 1.6% son empleadas tanto públicas como privadas respectivamente.

**Tabla 20: Grado de instrucción de la madre en madres adolescentes Primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE DE LA ADOLESCENTE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeta	19	15.6
Primaria	58	47.5
Secundaria	34	27.9
Superior	11	9.0
Total	122	100.0

Se observa que el 47.5% del total de las madres adolescentes primíparas afirmaron que su madre tiene grado de educación primaria, mientras que el 9.0% afirmaron que sus madres alcanzaron una instrucción de nivel superior.

**Tabla 21: Persona que sustenta económicamente el hogar en madres Adolescentes primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>PERSONA QUE SUSTENTA ECONÓMICAMENTE EL HOGAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pareja	83	68.0
Padres	35	28.7
Familiares	3	2.5
Ella misma	1	0.8
Total	122	100.0

Se observa que el 68.0% del total de las madres adolescentes primíparas afirmaron quien sustenta económicamente su hogar es su pareja, que el 0.8% son autosustentables.

**Tabla 22: Grado de instrucción del padre en madres adolescentes Primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE DE LA ADOLESCENTE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeto	9	7.4
Primaria	58	47.5
Secundaria	44	36.1
Superior	11	9.0
Total	122	100.0

Se observa que el 47.5% del total de padres de las madres adolescentes primíparas afirmaron que su padre tiene grado de educación primaria, mientras que el 7.4% afirmaron que sus padres no alcanzaron ninguna instrucción, son analfabeto.

#### IV. NECESIDADES RELACIONADAS AL AUTOCUIDADO DE SU RECIÉN NACIDO Y SU PUERPERIO

**Tabla 23: Necesidad educativa más importante para el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia -Huaraz, 2018.**

<b>NECESIDAD EDUCATIVA MAS IMPORTANTE PARA EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Frecuencia de alimentación para el pecho	34	27.9
Lactancia materna exclusiva	45	36.9
Posiciones para amamantar	6	4.9
Precauciones para bañar al bebe	4	3.3
Cuidado del cordón umbilical	11	9.0
Frecuencia del cambio del pañal	5	4.1
Recomendaciones para vestir al bebe	6	4.9
Formas de expresar afecto	1	0.8
Posiciones para dormir al bebe	2	1.6
Estimulación temprana	1	0.8
Vacunas	7	5.7
Total	122	100.0

Se observa que el 36.9% del total de las madres adolescentes primíparas afirmaron que la lactancia materna exclusiva es la necesidad educativa más importante para el cuidado del recién nacido. Mientras 0.8% piensan que la necesidad educativa es estimulación temprana y formas de expresar afecto.

**Tabla 24: Necesidad educativa más importante para su autocuidado en La madre adolescente primípara, el servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018.**

<b>NECESIDAD EDUCATIVA MAS IMPORTANTE PARA EL AUTOCUIDADO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alimentación	50	41.0
Higiene	14	11.5
Actividad física	13	10.7
Planificación familiar	22	18.0
Descanso	14	11.5
Cuidado de mamas	4	3.3
Ninguno	5	4.1
Total	122	100.0

Se observa que el 41.0% del total de las madres adolescentes primíparas afirmaron que la alimentación es la necesidad educativa más importante para su autocuidado, y el 3.3% piensa que la necesidad educativa más importante es el cuidado de mamas.

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados del primer objetivo específico, fueron presentados en las tablas, 1, 2, 3, 4 y 5, datos similares fueron encontrados por Gálvez en Cuba (2017), dice que según la edad de mayor predominio en la casuística fue la comprendida entre 17 y 19 años, las pacientes adolescentes con nivel escolar secundario <sup>(17)</sup>, también se asemeja a Rengifo en Perú (2011), quien habla que Ambos grupos procedían de zonas urbanas marginales con estudios secundarios <sup>(24)</sup> y Aguilar en Perú (2014) refiere que la adolescente puérpera se encuentra entre 18 y 19 años de edad, con secundaria incompleta, desean seguir estudiando y viven con sus parejas <sup>(21)</sup>. Es preciso tener en cuenta que el embarazo en la adolescencia determina serios problemas de índoles biología y social en la joven gestante.

Los resultados del segundo objetivo específico, fueron presentados en las tablas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Resultados similares fueron encontrados por Mendoza en Lima (2015) Dice que las características sexuales: menarquia entre 12 a 13 años (58.6% vs 56.3%); inicio de vida sexual entre 14 a 15 años (58.6% vs 35.9%); y una sola pareja sexual (44.8% vs 37.5). Características reproductivas: abortó previamente (71.4% vs 43.8%); Características del parto: vía vaginal (86.2% vs 65.6%); Características del puerperio: normal al alta (100%) y el anticonceptivo más solicitado fue el inyectable trimestral (6.9% vs 48.4%) <sup>(23)</sup>. También Nolasco en Perú (2014), refiere el 58% no usan métodos anticonceptivos y el 88% fueron embarazos no deseado. El 76% de adolescentes con embarazo precoz presentaron su primer embarazo entre los 15 a 17 años de edad (adolescencia tardía) <sup>(22)</sup>. Por lo contrario Cueca en Perú (2012), el 86.8% manifestó conocer algún método

anticonceptivo (MAC), aunque sólo 42,1% lo había utilizado en alguna oportunidad; de éstas, 50,6% usó métodos naturales, empleándolos 46% de ellas de modo erróneo; 63,9% mostró temor al empleo de métodos anticonceptivos, sobre todo a los modernos<sup>(20)</sup>. Lo cual en la tesis presente la tabla 10 nos indica que 62.3% no usaron ningún método anticonceptivo y en la tabla 11 nos refiere que solo 46 mujeres usaron método anticonceptivo siendo el preservativo el más usado lo cual difiere con Cueca pues si solo hay 46 mujeres que usaron método anticonceptivo es por la escasa información de dichos métodos.

Nos donde la edad promedio de inicio de la vida sexual de las adolescentes fueron a los 15,9 años; 12,90% inició su sexualidad con 14 años o menos; para 25,80% este era su segundo embarazo; 8,50% con antecedente de al menos un aborto; 32,30% clasifica como embarazos no deseados; se registra un muy bajo nivel de conocimiento y por ende, de utilización de métodos de planificación familiar (17). Rengifo en el Perú (2015) en su estudio público, el anticonceptivo más solicitado fue el inyectable trimestral (6.9% vs 48.4%) (31). Aguilar en el Perú (2014), encontró, el 19,3% de adolescentes presentó complicaciones durante el puerperio, el más frecuente fue la dehiscencia de episiorrafia (28). Aguilar en el Perú (2018), encontró, las madres adolescentes, tienen más de una pareja sexual, el no usar métodos anticonceptivos, presentar anemia e ITU, el tener más de una pareja sexual, el no usar métodos anticonceptivos, presentar anemia e ITU (28). El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el bebé. El organismo de la adolescente tiene unas necesidades para su propio desarrollo en las que puede interferir la gestación, con



los consiguientes riesgos de malnutrición o retraso en el desarrollo óseo, entre otros.

Los resultados del tercer objetito específico, fueron presentados en las tablas 16, 17, 18, 19,10, 21. Datos similares fueron presentados por Miranda en el Perú (2011), donde el tipo de familia nuclear fue 56.4%; en cuanto al estado civil de los padres la unión estable fue el 45.7%, el 63.8% tuvo inestabilidad familiar, el tipo de patrón de crianza permisivo fue de 50%; el 26.6% de los casos sus madres experimentaron el embarazo en la adolescencia; la comunicación intrafamiliar se presentó en el 58.5%; de este porcentaje el 45.7% tuvo una comunicación intrafamiliar inadecuada. se encontró relación significativamente estadística entre: el tipo de familia y el estado civil de los padres ( $p=0.000$ ,); entre la inestabilidad familiar y el tipo de familia ( $p=0.000$ ); entre la inestabilidad familiar y el estado civil de los padres ( $p=0.000$ ); entre el tipo de patrón de crianza y el tipo de familia ( $p=0.011$ ); entre el antecedente de embarazo y el tipo de familia ( $p=0.011$ ) (24). Aguilar en el Perú, en su estudio público, las madres adolescentes viven con sus parejas y confían más en la pareja (28). Información similar fueron publicados por Hernández en Cuba (2011), la crianza de las madres adolescentes no fue realizada por ambos padres y se desarrollaron en un medio familiar disfuncional (15). Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, o que el funcionamiento familiar se afecte ante la presencia inesperada de una maternidad temprana en su núcleo. La familia es la instancia de intermediación entre el individuo y a sociedad.

Respecto al objetivo específico cuatro, fueron presentados en las tablas 22, 23, 24, 25. Estudios similares fueron presentados por Hernández en Cuba (2011), donde

las adolescentes fueron mayormente amas de casa (15). Datos similares fueron publicados por Gálvez en Cuba (2017), donde, más de la mitad de las madres adolescentes en el estudio, predominaron la mala situación económica que existe en su familia (21). Rodríguez en su trabajo menciona, el 47% (14) adolescentes tienen el grado de instrucción secundaria, 70% (21) de ocupación ama de casa (15). Rojas en su estudio en el Perú (2010), menciona en relación al nivel socioeconómico, 100% de los casos provenían de un nivel bajo, comparado con el 95.45% de los controles (22). Estudios realizados por Aguilar, menciona el mayor número de madres adolescentes primíparas son amas de casa en su mayoría, viven con sus parejas, confían más en la pareja, antecedente de ser hija de madre adolescente. Tienen diversas necesidades sobre el cuidado del recién nacido y su autocuidado (28). Las madres adolescentes deben satisfacer las necesidades de cuidado de su hijo, proporcionarle un entorno seguro para criarlo; sin embargo, no están emocionalmente preparadas para criar a un recién nacido, por consiguiente, los recién nacidos están expuestos a diversos peligros por negligencia sin que se percaten de ello. Las prácticas de cuidado en las puérperas adolescentes, aún están orientadas por la familia, especialmente por las madres, abuelas y suegras, estas prácticas se deben probablemente por la falta de experiencia de la madre adolescente, a esto se suma la falta de desarrollo físico, psicológico y social.

## 7. CONCLUSIONES

1. Respecto al perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones personales: El 57.4% de las madres adolescentes primíparas, tienen edades comprendidas entre 17 y 19 años. 41.0% provienen de la ciudad de Huaraz, seguido de un 17.2%, 16.4%, 15.6% de otras provincias del Callejón de Huaylas. 50.8% tienen grado de instrucción secundaria. Y 65.57% son convivientes.

2. Respecto al perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones del comportamiento sexual y reproductiva: El 100% de madres adolescentes primíparas, tienen deseos de estudiar después del parto. 71.3% tuvieron su primera menstruación entre los 11 y 14 años de edad. 64.8% tuvieron su primera relación sexual entre 15 y 19 años de edad. 54.1% tuvieron un compañero sexual. 46.7% manifestaron la razón para quedar embarazadas fueron por amor. 62.3% no han usado algún método anticonceptivo a diferencia de un 37.7% que si usaron. 70.5% tuvieron parto por vía vaginal. 91.0% no tuvieron ningún aborto. 58.2% no han tenido ninguna complicación en el puerperio.

3. Respecto al perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones familiares: El 65.6% de las madres adolescentes primíparas viven con su pareja o esposo. 59.8% manifestaron que sus padres son casados o viven juntos, 58.2% tiene más confianza es su pareja. 96.7% no reciben maltrato de su pareja. 71.3% se dedican a ser amas de casa. 68.0% afirmaron quien sustenta económicamente su hogar es su pareja.

4. Respecto al perfil de la madre adolescente primípara en relación a las condiciones socioeconómicas: El 47.5% de las madres adolescentes primíparas afirmaron que

su madre tiene grado de educación primaria. 47.5% afirmaron que su padre tiene grado de educación primaria.

5. Respecto a las necesidades relacionadas al cuidado de su recién nacido y su autocuidado: El 36.9% de las madres adolescentes primíparas afirmaron que la lactancia materna exclusiva es la necesidad educativa más importante para el cuidado de su hijo, seguido de un 27.9% manifestaron la frecuencia de alimentación para el bebé. 41.0% afirmaron que la alimentación es la necesidad educativa más importante para su autocuidado, seguido de un 18.0% que la planificación familiar es la necesidad educativa más importante para su autocuidado.

## 8. RECOMENDACIONES

1. Instar a usar métodos eficaces de anticoncepción para prevenir el embarazo, y además usar métodos de barrera para protegerse contra infecciones de transmisión sexual.
2. Los padres deben propiciar la confianza y acercamiento con los hijos para que juntos busquen asesoría e información adecuadas sobre el tema de educación sexual, los padres también deben hacer saber a sus hijos que la prevención de un embarazo no solo concierne a la mujer, es cosa de dos, también en las instituciones de salud, fomentar espacios para los y las adolescentes, a fin de dar confianza para realizar consejería en planificación familiar.
3. Los y las adolescentes deben conocer los métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo, que los y las adolescentes aprendan a decir “no”, esto significa decir no a cualquier cosa con la que no se sienta cómoda (o),
4. Fomentar valores personales, como el respeto a su cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad.
5. Tratemos de dejar atrás las ideas anticuadas que nos impiden comunicarnos honestamente con nuestros hijos: hablemos con ellos- niñas y niños- abiertamente sobre el amor, las relaciones y la sexualidad.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Madurez reproductiva en la adolescencia. Ginebra: OMS; 2016. Serie de Informes Técnicos: 939.
2. Tapia HE. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. *Revista Enfermería Universitaria*. Jul 2012;9 (230): 30-38.
3. Gamboa C. Valdés S. El Embarazo en Adolescentes: Marco Teórico conceptual, Políticas Públicas, Derecho comparado, Directrices de OMS, Iniciativas presentadas y opiniones Especializadas. DF México: LXII Legislatura Cámara de diputados; mayo 2013.
4. Domínguez R, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como Factor de riesgo para complicaciones en el Embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de Corte Transversal. *Rev. Colombiana Obstetricia y Ginecología* abril-junio 2011 Vol. 62 N°2. (141 – 147).
5. Carmona G. Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos (Perú) 2017. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. Octubre-diciembre 2017 [internet]. (citado el 01 de septiembre del 2018) disponible en.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400004)
6. Blanco D, Arrieta M. Embarazo y Adolescencia. Comportamiento Clínico epidemiológico en el Policlínico Párraga. Arroyo Naranjo 2005-2006. *Rev.*

Habanera de Ciencias Médicas Abr-Jun 2010 vol. 9 N° 2 Ciudad de la Habana.

7. García M, Georgette M, Sartori M, P. Rey, J. Pomada, J Meritano. Embarazo Adolescente ¿Una Población de Riesgo? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2010; 29 (4), PP: 1-5.
8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Embarazo en adolescentes. Perú: ENDES; 2017. Serie de Informes Técnicos: 125.
9. Ministerio de Salud. Fortalecimiento de las Acciones de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Perú: MINSA; 2016. Serie de Informes Técnicos: 235.
10. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Embarazo en adolescentes. Perú: ENDES; 2017. Datos Estadísticos: 456.
11. El Instituto Nacional Materno Perinatal. Comportamiento de riesgo en adolescentes. Perú: INMP; 2017. Instituto de Investigación: 480.
12. Dirección Regional de Salud (DIRESA-Ancash). Archivos de la Oficina General de Estadística.
13. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Embarazo en adolescentes. Perú: ENDES; 2017. Datos Estadísticos: 98.
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas en el Perú [internet]. Lima, Perú [citado el 20 de junio del 2018]. Disponible desde:  
<https://rpp.pe/peru/actualidad/el-13-de-adolescentes-peruanas-quedan-Embarazadas-segun-informe-del-unfpa-noticia-1085541>.

15. Hernández JM. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Cuba. Revista de Obstetricia y Ginecología. May. 2011; 89 (478): 30-40.
16. Rodríguez Viviana. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013 [tesis de pregrado en internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2013 [citado 20 de junio de 2018]. Recuperado a partir de:  
<https://www.google.com.pe/search?q=16.+Rodríguez+Viviana.+Incidencia+del+embarazo+en+la+adolescencia+en+mujeres+de+12+a+18+años+en+maternidad.>
17. Riaño. Ariza. Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá. Colombia. [tesis de pregrado en internet]. Colombia: Universidad Católica del Norte, Facultad de Medicina; 2014 [citado el 20 de junio del 2018].  
Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/html/1942/1942308990>
18. Ortiz VR. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco. México. Revista de Ginecología y Obstetricia. May. 2015; 89 (230): 39-45.
19. Tapia. HM. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. México. Revista Universitaria. Jul. 2015; 56 (125): 40-48.
20. Escobar Ana. Características del embarazo en adolescentes en Guatemala. estudio realizado con base en la encuesta nacional de salud materno infantil.



Guatemala 2017. 2008-sede regional de la antigua la antigua Guatemala, septiembre de 2017 [tesis de pregrado en internet]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017 [citado el 20 de junio del 2018]. Recuperado a partir de:

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/11/Escobar-Ana.pdf>

- 21.** Gálvez Francisco. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Cuba. Revista de Obstetricia y Ginecología. May. 2017; 76 (234): 30-40.
- 22.** Rojas LM. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Perú. Revista de Ginecología y Obstetricia. junio. 2010; 38 (235): 56-60.
- 23.** Tuesta Cesar. Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali-periodo 2010 [tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Ucayali; 2010 [citado 20 de junio 2018]. Recuperado a partir de:  
<http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/2037/000001171>
- 24.** Miranda Rocío. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil de Villa el Salvador.2010 [tesis de licenciatura en internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2011 [citado 20 de junio de 2018]. Recuperado a partir de:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3236/1/Miranda>
- 25.** Morales. JM. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008. Perú. Revista de Ginecología y Obstetricia. Jun. 2011; 48 (255): 26-40.

26. *Cueca, AB.* Conocimiento de salud reproductiva en las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú. *Revista Universitaria.* Ago. 2012; 78 (247): 37-45.
27. *Salvador JM.* Gestación en adolescente: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú. *Revista de Ginecología y Obstetricia.* Jun. 2011; 58 (355): 46-60.
28. *Aguilar. SP.* Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Perú. *Revista de Enfermería Herediana.* Noviembre. 2014; 7 (2): 162-169.
29. *Nolasco, Erick.* Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014 [tesis de licenciatura en internet]. Perú: Universidad Nacional del Santa; 2014 [citado 20 de junio de 2018]. Recuperado a partir de:  
<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2099>.
30. *Mendoza. Merylyn.* Características de las madres adolescentes intermedias y tardías, atendidas en el hospital María Auxiliadora Distrito de San Juan de Miraflores-Lima. 2014 [tesis de licenciatura en internet]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015 [citado 20 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de:  
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2419>.
31. *Rengifo. Jenny.* Características epidemiológicas y complicaciones del embarazo y del recién nacido en primigestas adolescentes y jóvenes atendidas en la clínica González-Lince enero 2013 - diciembre 2015. [tesis

de licenciatura en internet]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015 [citado 29 de junio de 2018]. Recuperado a partir de:

[http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP\\_c64595c7c850fae2b3](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_c64595c7c850fae2b3).

- 32.** Rodríguez. Marcelo. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016 [tesis de licenciatura en internet]. Perú: Universidad Peruana del Centro; 2015 [citado 29 de junio de 2018]. Recuperado a partir de:

[http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/68/1/T102\\_47799237](http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/68/1/T102_47799237)

- 33.** Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza. Desarrollo de la adolescencia [citado el 12 de febrero de 2012]. Disponible desde:

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

- 34.** Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza. Salud de los adolescentes. [citado el 22 de mayo de 2013]. Disponible desde:

<http://www.who.int/topics/adolescent-health/es/>.

- 35.** Hourmilougue M. Características generales de los adolescentes. Escudero Alday R., editor. Lima: Ara; 2010.

- 36.** Jean Piaget. El desarrollo social y afectivo entre los 11 y 14 años. 2a ed. Madrid: Iustel; 2006-2009.

- 37.** Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza Embarazo en la adolescencia. [citado el 2 de mayo de 2011]. Disponible desde:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

38. González María. [internet]. Embarazo en la Adolescencia: Causas, Consecuencias y Cómo Afrontarlo. [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible desde: <https://www.lifeder.com/embarazo-en-la-adolescencia/>
39. Fernández Lilian. Consecuencias del embarazo en adolescentes. [tesis de licenciatura en internet]. Perú: Universidad Peruana del Centro; 2013 [citado 19 de abril de 2014]. Recuperado a partir de: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2794/Lipa\\_Tudela\\_Frida.pdf?sequence=1](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2794/Lipa_Tudela_Frida.pdf?sequence=1)
40. Ministerio de Salud [internet]. Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna. 24-diciembre 2014. [citado el 2 de mayo de 2011]. Disponible desde: <https://es.slideshare.net/magnate1/rm827-2013-minsa>
41. Mongrut Steane Andrés. Tratado de obstetricia normal y patológica. Perú: IV Edición; 2000. 718, 735, 756, 785 p.
42. Gustavo Pagés Juan. Obstetricia moderna. Venezuela: Mc Graw Hill III Edición; 1999. 398 p.
43. Schwarcz Ricardo. Obstetricia. Argentina: El Ateneo; 1996. 456, 523, 530, 515p.
44. Benson Ralph. Diagnostico tratamiento ginecoobstetricos. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. 1976. 119, 719 p.

- 45.** Asociación Médica Mundial [internet]. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [citado el 20 de junio de 2018]. Disponible desde: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

---

**ANEXO N° 01**

**CUESTIONARIO**

**“PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA, EN EL SERVICIO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS  
GUARDIA-HUARAZ-2018”**

**INSTRUCCIONES:** Señora el presente cuestionario tiene por finalidad recolectar información, según el objetivo de investigación, Determinar el perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2018, por lo que le solicito responder con veracidad y le garantizo la confidencialidad de sus respuestas. Agradezco su participación.

**I CONDICIONES PERSONALES**

**1. Edad:**

- a. 10-13
- b. 14-16
- c. 17-19

**2. ¿Cuál es el lugar de tu procedencia?**

- a. Huaraz
- b. Recuay
- c. Carhuaz
- d. Caraz
- e. yungay

**3. ¿Cuál es tu grado de instrucción?**

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria

d. Superior

**4. ¿Cuál es tu estado civil?**

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente

**5. ¿Tienes deseos de estudiar después del parto?**

- a. Si
- b. No

**II CONDICIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**6. ¿A qué edad de la Menarquia?**

- a. < 10 años
- b. 11-14
- c. 15-17

**7. ¿Edad que iniciaste tu primera relación sexual?**

- a. 10-14 años
- b. 15-19 años

**8. Mencione cuantos compañeros sexuales has tenido a la fecha?**

- a. 1
- b. 2
- c. 3 a mas

**9. ¿Cuál fue la razón para quedar embarazada?**

- a. Por amor
- b. Por irse a vivir con su pareja
- c. Curiosidad
- d. Escasa información
- e. No usar MAC

**10. Has usado algún método anticonceptivo?**

- a. Si
- b. No



**11. Cual fue el método anticonceptivo que usaste?**

- a. Píldora anticonceptiva
- b. Preservativo
- c. Método del ritmo
- d. Inyectable mensual

**12. Por qué vía fue tu parto?**

- a. Vaginal
- b. Cesárea

**13. Has tenido algún aborto?**

- a. Si
- b. No

**14. ¿Cuál de estas complicaciones has tenido en el puerperio?**

- a. Fiebre
- b. Mastitis
- c. Hemorragia
- d. Dehiscencia de episiorrafia
- e. Estreñimiento
- f. Ninguno

**III CONDICIONES FAMILIARES****15. Familiar o persona con quien vives**

- a. Pareja o esposo
- b. Padres
- c. Abuelo

**16. Tipo de familia que tienes en la actualidad**

- a. Nuclear
- b. Monoparental

**17. Persona con quien tienes más confianza?**

- a. Pareja
- b. Madre
- c. Padre
- d. Hermanos

**18. Recibes maltrato de tu pareja?**

- a. Si
- b. No

**IV CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS****19. ¿A qué te dedicas en la actualidad?**

- a. Ama de casa
- b. Empleada publica
- c. Empleada privada
- d. Comerciante

**20. Grado de instrucción de tu madre**

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

**21. Persona que sustenta económicamente tu hogar**

- a. Pareja
- b. Padres
- c. Familiares
- d. Ella misma

**22. Grado de instrucción de tu padre**

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

**V NECESIDADES RELACIONADAS AL CUIDADO DE SU R.N Y  
AUTOCUIDADO****23. ¿Cuál de estas necesidades educativas es más importante para el cuidado  
De tu Recién Nacido?**

- a. Frecuencia de alimentación para el pecho
- b. Lactancia materna exclusiva

- c. Posiciones para amamantar
- d. Precauciones para bañar al bebe
- e. Cuidado del cordón umbilical
- f. Frecuencia del cambio del pañal
- g. Recomendaciones para vestir al bebe
- h. Formas de expresar afecto
- i. Posiciones para dormir al bebe
- j. Estimulación temprana
- k. Vacunas

**24. ¿Cuál de estas necesidades educativas es más importante para tu Autocuidado?**

- a. Alimentación
- b. Higiene
- c. Actividad física
- d. Planificación familiar
- e. Descanso
- f. Cuidado de mamas
- g. Otro



**UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

---

**ANEXO N° 03**

**ASENTIMIENTO INFORMADO**

**“PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA, EN EL SERVICIO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS  
GUARDIA-HUARAZ-2018”**

**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada del Asentimiento.

Huaraz..... de..... Del 2018

.....

Firma del investigador

.....

Firma de la participante

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

---

**ANEXO N°04**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....de .....años de edad, con DNI.....,madre de.....autorizo de manera voluntaria la participación de mi menor hija (o); en la investigación sobre: “PERFIL DE LA MADRE ADOLESCENTE PRIMÍPARA, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA-HUARAZ-2018”, el cual será realizado por las Bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. La aplicación del instrumento de recolección de datos se realizará como parte de la investigación en el Hospital Víctor Ramos Guardia, para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Durante la aplicación del instrumento de recolección de datos que será a través de un formulario de preguntas (Cuestionario, las mencionadas Bachilleres encuestarán a las púérperas según el problema y los objetivos planteados.

Durante la cual las investigadoras no revelaran los nombres de cada participante en ningún momento de la investigación, ni después de ella. Los resultados de la encuesta servirán con fines académicos y de investigación, salvaguardando siempre la identidad, la integridad de la participante.

Para cualquier información adicional o dificultad podrán contactarse con la investigadora al teléfono.....

Huaraz.....de.....del 2018.

**Nombre y firma del participante**

**Nombre y firma de la madre**

**Nombre y firma de las investigadoras**



