

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE VÍNCULO
SOCIOFAMILIAR DE LA PAREJA SEXUAL DE LA MADRE
ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DE LA REGIÓN DE TACNA, 2018 - 2019”.**

TESIS

Presentado por:

Kevin Santos Ale Pablo

Asesor:

Méd. Kenny Ale Pablo

Para optar por el título profesional de médico cirujano

Tacna- Perú

2020

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado principalmente a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi vida y a la vez de mi formación profesional.

A mi madre por ser el apoyo incondicional y el pilar más importante en todas las etapas de mi vida.

A mi padre por darme la confianza necesaria para seguir adelante y no detenerme en lograr mis objetivos.

A mi hermano por ser un guía y estar junto a mí tanto en buenos y malos momentos de mi vida.

Y por último a mis maestros, que gracias a su empeño, dedicación y consejos me han ayudado a alcanzar mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco principalmente a Dios, por haberme dado fuerza espiritual y valor para culminar quizás la mejor etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por mi madre, que sin duda alguna ha estado a mi lado, dándome la confianza necesaria para culminar mis estudios.

De la misma manera a mi padre, quien ha sido la fortaleza para seguir adelante día a día y no darme por vencido. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Agradezco a mi hermano por aconsejarme y a la vez ser un guía en el camino que se llama vida.

Agradezco a mis amistades que, a pesar de no tener mucho tiempo presente, sé que me apoyan y están orgullosos de la persona que soy.

Agradezco a todos mis maestros que sin duda alguna me han ayudado en la formación tanto intelectual como personal.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características demográficas, sociofamiliares y percepción del vínculo del progenitor hacia el embarazo de la madre adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de la Región de Tacna, 2018-2019

Material y método: Estudio observacional de diseño analítico, de tipo relacional en el campo de la salud del adolescente y salud pública; para la entrevista personalizada se utilizó el muestreo aleatorio simple del periodo de estudio 2018 y 2019. Se aplicó un cuestionario a las adolescentes, para desde su perspectiva conocer el vínculo con el progenitor.

Resultados: Se incluyeron 170 madres adolescentes, de ellas 86.4% de las madres adolescentes tenía entre 16 a 17 años. El 67.6% tenía secundaria incompleta. El 43.5% refiere actualmente una pareja y el 79.7% es el padre progenitor de su actual hijo. El 91.2% es primigesta. El 57.6% de madres adolescentes tuvieron actitud positiva al embarazo y el 42.4% una actitud negativa. El 32.9% de los progenitores del menor tenían entre 18 a 20 años. El 25.3% no tiene ocupación. Sólo un 16.5% es estudiante. El 71.8% sí reconoció legalmente al niño. El vínculo del progenitor, edad del progenitor, el tipo de relación y el no sentir el apoyo del progenitor ($p:<0,50$), se asoció a la actitud materna.

Conclusiones: Solo el 8.8% de los progenitores muestra buena vinculación familiar. Sólo el 24.1% cumple con las obligaciones económicas y el 52.4% tuvo mala relación con la madre adolescente y su hijo.

Palabras claves: Progenitor, madre adolescente, actitud, vínculo sociofamiliar.

ABSTRACT

Objective: To determine the demographic, socio-family characteristics and perception of the parental bond towards the pregnancy of the adolescent mother attended at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna in the Tacna Region, 2018-2019

Material and method: observational study of analytical design, of a relational type in the field of adolescent health and public health; For the personalized interview, simple random sampling from the study period 2018 and 2019 was used. A questionnaire was applied to the adolescents, from their perspective to know the relationship with the parent.

Results: 170 adolescent mothers were included, 86.4% of the adolescent mothers were between 16 and 17 years old. 67.6% had incomplete secondary school. 43.5% currently refer to a couple and 79.7% are the parent of their current child. 91.2% are primiparous. 57.6% of adolescent mothers had a positive attitude towards pregnancy and 42.4% a negative attitude. 32.9% of the minor's parents were between 18 and 20 years old. 25.3% have no occupation. Only 16.5% is a student. 71.8% did legally recognize the child. Parental bonding, parental age, type of relationship, and not feeling parental support ($p: <0.50$), were associated with maternal attitude.

Conclusions: Only 8.8% of parents show good family ties. Only 24.1% meet financial obligations and 52.4% had a bad relationship with the teenage mother and her son.

Key words: sexual partner, teenage mother. Attitude, socio-family bond.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Fundamentación del Problema	11
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Objetivos de la investigación	14
1.3.1 Objetivos generales	14
1.3.2 Objetivos específicos	14
1.4 Justificación	15
1.5 Definición de términos	17
CAPÍTULO II	18
2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Antecedentes internacionales	18
2.1.2 Antecedentes nacionales	21
2.1.3 Antecedentes locales	23
2.2 Marco Teórico	23
2.2.1 LA GESTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA	23
2.2.1.1 Epidemiología	24
2.2.2 EL PROGENITOR	26
2.2.2.1 Características Individuales	27
2.2.3 SALUD REPRODUCTIVA	28

2.2.3.1	Relación Coital Consentida/No Consentida.....	28
2.2.4	PREVENCIÓN	29
2.2.5	PATERNIDAD	30
CAPÍTULO III	.....	32
3	LA HIPÓTESIS Y LAS VARIABLES.....	32
3.1	La Hipótesis.....	32
3.2	La Operacionalización de variables	32
CAPÍTULO IV	.....	35
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1	Diseño de investigación.....	35
4.2	Tipo de investigación	35
4.3	Ámbito de estudio.....	35
4.4	Población y muestra	36
4.4.1	Muestra.....	36
4.4.2	Criterios de inclusión.....	36
4.4.3	Criterios de exclusión.....	36
4.5	Instrumento de recolección de datos:.....	37
CAPÍTULO V	.....	38
5	PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	38
5.1	Procedimiento.....	38
5.2	Consideraciones éticas.....	38
5.3	Procesamiento de los datos	38
RESULTADOS	.....	39
DISCUSIÓN	.....	56
CONCLUSIONES	.....	60

RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
Anexos.....	68
ANEXO 1:	69

INTRODUCCIÓN

La idea de esta investigación nace, porque hoy en día se viene observando, un incremento de gestantes que se encuentran en etapa de la adolescencia e incluso la niñez, lo cual es preocupante en nuestra sociedad.

Se ha documentado que los embarazos en adolescentes tienen efectos adversos tanto para la madre como para el niño. Las adolescentes embarazadas podrían enfrentar complicaciones obstétricas como parto prematuro, anemia e hipertensión. Los adolescentes y la sociedad tienden a tener altos costos sociales y económicos para el embarazo adolescente. Los embarazos en adolescentes a menudo tienen un alto grado de estigma social según el contexto social, tienen factores de riesgo sociodemográficos más altos y las adolescentes embarazadas corren un mayor riesgo de aislamiento social y abuso (1).

La diferencia estimada en el costo de tener un hijo antes de los 20 años versus tener un hijo a los 20 o 21 años en los Estados Unidos fue de 9,4 mil millones de dólares. Según la Organización Mundial de la Salud, 16 millones de adolescentes dan a luz cada año, alrededor del 11% de todos los nacimientos en todo el mundo (2).

Casi todos los estudios tienden a centrarse solo en el embarazo adolescente no deseado y el diseño de programas adaptados a las necesidades de estas mujeres, y trabajan para tomar medidas para la prevención del futuro embarazo adolescente no deseado. Sin embargo, a pesar de los efectos adversos fuertemente asociados con el embarazo y el

parto en la adolescencia, no todos los embarazos en la adolescencia son indeseados. Una proporción significativa de embarazos adolescentes es deseada e incluso puede ser planificada. Los estudios (3) también han demostrado que la distribución del embarazo adolescente no deseado y deseado se corresponde con las diferencias en el entorno físico, las características de la población y las normas culturales. La intención adolescente de un embarazo es importante tanto para el bienestar de la madre como del niño, ya que los embarazos no planeados tienen efectos adversos. Además, se ha encontrado que la intención de preñez más baja predice las dificultades iniciales en la crianza de los hijos y se ha encontrado que el arrepentimiento de la maternidad se relaciona recíprocamente a través del tiempo con el estrés parental.

Hasta la fecha, no se ha realizado ningún estudio a nivel nacional que analice los problemas de la gestación en menores desde el enfoque de la pareja sexual. El objetivo de este estudio, por lo tanto, es identificar las características de los progenitores o pareja sexual de las madres adolescentes en estudio.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Hoy en día el embarazo y la maternidad se producen a edades más tempranas que en el pasado, lo que tiene consecuencias sanitarias, demográficas y sociales adversas. El concepto de la adolescencia como un momento de transición gradual de la infancia a la edad adulta es relativamente nuevo, especialmente en los países en desarrollo. Recientemente se ha reconocido que los niños y niñas en el rango de edad aproximado de 10-20 años difieren fisiológica y psicológicamente de niños y adultos y, por lo tanto, constituyen un grupo distinto de individuos. La Reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1974 sobre Embarazo y Aborto en la Adolescencia definió la adolescencia como el período durante el cual: el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta el de la madurez sexual; los procesos psicológicos y los patrones de identificación del individuo se desarrollan desde los de un niño hasta los de un adulto; se hace una transición desde el estado de dependencia socioeconómica total a uno de independencia relativa (1). Históricamente, la mayoría de las culturas intentan controlar la actividad sexual de los adolescentes. En

Asia y en muchas partes de África, el matrimonio precoz para las niñas alienta el parto adolescente, pero asegura que ocurrirá dentro de un patrón socialmente aceptado (4). Algunas culturas africanas permiten la actividad sexual adolescente prematrimonial, pero desalientan el embarazo mediante restricciones rituales como el coitus interruptus. Si el embarazo ocurre a pesar de las precauciones, puede resultar en matrimonio forzado, acciones legales, ostracismo, aborto o incluso infanticidio (5). Sin embargo, en algunas áreas, incluidas partes de América Latina y el Caribe, las relaciones sexuales prematrimoniales y la maternidad son generalizadas y culturalmente aceptables. La madurez sexual previa, el matrimonio posterior y las mayores oportunidades de contactos sexuales debido a los estilos de vida urbanos sugieren que los países en desarrollo se enfrentarán cada vez más con los problemas de la sexualidad de los adolescentes. (6)

Por otro lado, haciendo un análisis de las partes comprometidas con la gestación; están también los varones, sean estos adultos o jóvenes adolescentes. El problema que se viene observando es que la mayoría de los estudios centran el problema de la gestación adolescente solo en la madre adolescente dejando a un lado el papel que tiene el hombre en la fecundidad adolescente, nuestra búsqueda bibliográfica muestra resultados donde el enfoque solo es desde la participación femenina, cuando hasta la sociedad se conoce que para que haya fecundidad se necesita de la participación de un varón.

En todo caso la gestación en la adolescencia traería complicaciones diversas, para la madre, para el neonato, incluso el entorno. Si bien entre los factores se encuentra la iniciación precoz, el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, la disfunción familiar, entre otros, pues se viene observando también que muchos de los embarazos de las menores de 18 años, es provocado por mayores de 20 años, entonces la problemática al parecer va más allá

de la iniciación precoz, y podríamos estar viviendo problemas como seducción a menores, violencia, irresponsabilidad paterna desconocimiento de los métodos anticonceptivos, lucro, trata, etc.

Luego de tantos años de culpar a la mujer, nuestras sociedades vienen mostrando cambios positivos, así por ejemplo en el año 2015, por primera vez en Estados Unidos, el Centers for Disease Control and Prevention, otorgó *grants* para investigación en prevención de paternidad adolescente enfocados en hombres adolescentes. (7)

Si alguien se pregunta por qué es un problema el embarazo en la adolescencia, pues antiguamente, se acostumbraba el matrimonio a temprana edad; pues, la investigación de tipo social ha venido demostrando que esto traía consecuencias negativas en la mujer, como la desigualdad, futuro profesional truncado, imposibilidad al mercado laboral, y el destino de enclaustrada en el hogar.

Por otro lado, otro punto no tocado por los estudios es sobre cuántas relaciones sexuales se inician por consentimiento mutuo, pues si para las mujeres son incontables las problemáticas relacionadas con el embarazo adolescente, a los hombres tampoco se les debe dejar de lado, pues de ser el caso de ser también adolescentes se presenta un escenario de tener la responsabilidad o no, de buscar empleo, de dejar los estudios por trabajar, la situación económica para continuar con la gestación o inducir un aborto, o dejar la responsabilidad a sus propios padres o abuelos (8).

En todo caso nada se puede afirmar al respecto, pues no hemos encontrado un estudio que muestre el perfil del progenitor, por lo que nuestra idea de investigación se enfocará en la pareja sexual de la madre adolescente.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características demográficas, sociofamiliares y percepción del vínculo del progenitor hacia el embarazo de la madre adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de la Región de Tacna, 2018-2019?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivos generales

Determinar las características demográficas, sociofamiliares y percepción del vínculo del progenitor hacia el embarazo de la madre adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de la Región de Tacna, 2018-2019

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar las características demográficas y sociofamiliares de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.
- b) Identificar las características demográficas y sociofamiliares del progenitor según versión de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.
- c) Conocer la actitud hacia su embarazo de la madre adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.

- d) Identificar el vínculo familiar del progenitor hacia el embarazo según la percepción de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.
- e) Determinar la asociación entre el vínculo familiar del progenitor y la actitud hacia el embarazo, de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.
- f) Determinar la asociación entre las características demográficas y la actitud hacia el embarazo de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.
- g) Determinar la asociación entre las características demográficas – sociofamiliares del progenitor y la actitud hacia el embarazo de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna durante los años 2018 y 2019.

1.4 Justificación

De acuerdo a la Academia Americana de medicina y la de pediatría manifiestan que, un embarazo en la adolescencia, definitivamente se trata de un embarazo que no fue planificado, por tanto es inesperado, además algunas características comunes nos hacen ver que se trata de personas económicamente dependientes, sin una relación estable, incluso se encuentran en la etapa escolar (9).

Por consecuencia, una serie de problemas derivarán de aquella situación, como es el abandono escolar, planes de vida truncados, falta

de preparación para el empleo, por tanto, la condición social, cultural y laboral serán precarias.

Las tasas de paternidad adolescente para hombres son sustancialmente distintas que las de las mujeres. De acuerdo a la base de datos de los nacimientos registrados en las Estadísticas Vitales del DANE, en Colombia entre 1998 y 2013 “hubo alrededor de 3.6 madres adolescentes por cada padre adolescente”. Buscan esta información porque hasta entonces se habían dado cuenta que muchas de las políticas cuando se trata de embarazo adolescente tienen un enfoque eminentemente femenino. Porque hasta ese entonces se pensaba que madre adolescente se encontraba embarazada por otro adolescente, pero las estadísticas de nacimientos en ese país nos muestran que no es tanto así, en ese mismo estudio se menciona que sólo en 5% de los casos ambos padres son adolescentes. La gran mayoría de los casos, entonces, involucran a alguien mayor de 20 años. Afectando de forma mucho más marcada, a las jóvenes madres (7).

Así que el problema va mucho más allá de dos niños conociendo el amor, el problema de la gestante en la adolescencia contiene, por lo tanto, un componente importantísimo de desbalance, mucho de nuestra cultura ha venido suavizando la problemática con frases consabidas como que “el amor no tiene edad”, o que si la menor sale embarazada podría librarse al progenitor aceptando casarse con ella, y muchas otras situaciones que se sustentan en el honor familiar, y muy pocas veces se piensa en la menor enfrentando el problema o el nuevo padre adolescente ante ese mismo dilema (7).

Nuestra cultura, nuestra sociedad a diferencia de lo varones, se las educa en la maternidad sacrosanta e inmaculada, mientras que a los varones se les inculca a tener chicas, enamoradas, tener novias, algún día casarse y tener amantes, aventuras; por lo que la precocidad en la vida sexual suele ser más temprana que las mujeres añadiendo a esto

un alto grado de irresponsabilidad, por lo que se piensa que el cuidado de la concepción solo corresponde a la mujer y por ende debiera ser ella sola la que debe protegerse y cuidarse (8).

Es por esta y muchas razones más por las que se justifican la realización de este trabajo de investigación.

1.5 Definición de términos

Progenitor

Se denomina progenitor al individuo por cuya reproducción, sexual, provoca la transmisión de una herencia genética (10).

Pareja

Persona con la que se mantiene una relación sentimental en una relación socio-afectiva y sexual.

Actitud

Comportamiento particular motivado por una situación (11). En este caso el haber quedado embarazada en la etapa adolescente.

Vínculo sociofamiliar

Intervención del progenitor en la responsabilidad paterna y familiar ante el embarazo.

Madre adolescente

La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años y se considera ser madre precozmente (12).

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Gomes de Mello et al (13) en el 2020, publican un estudio sobre la participación del padre joven en el seguimiento del prenatal: el punto de vista del profesional de salud. Los participantes declararon observar la diferencia entre ser padre joven y adulto, destacando la madurez. La mayoría condenó el embarazo adolescente, y la no-asistencia de los padres a las consultas. Concluyen en que ser padre, a cualquier edad, mantiene las relaciones tradicionales de género por tanto su inclusión es insuficiente. Interpretar negativamente la paternidad adolescente contribuye al alejamiento del joven padre de servicios de salud

Guzmán-Salas, G. et al (14) realizaron un estudio en el año 2017 en Chile para probar las *“Propiedades psicométricas de una escala de percepción materna del vínculo prenatal paterno”*. Instrumento que ha sido denominado *“PeMViPP”* que significa percepción materna de vínculo prenatal paterno.

Estudio de observación cuantitativa. La escala PeMViPP está diseñada para medir evidencia científica, contiene 13 preguntas y tres factores: "Interacción directa con niños", "Apoyo y Contención" y "autoanálisis y corrección de patrones de comportamiento" con respuestas tipo Likert. Protegen aspectos éticos aprobados por el comité. La muestra fue de tipo aleatorio simple, correspondiente a 240 madres atendidas en un hospital de maternidad en el sistema público chileno. Prueba de verificación de la aplicación contenido, estructura y estándares, y medidas de confiabilidad. El análisis factorial exploratorio, permitieron identificar 10 ítems y un factor como el vínculo prenatal paterno. El instrumento demostró suficiente confiabilidad interna, $\alpha=0.90$. permitiendo demostrar que la determinación de las variables maternas afecta la percepción de esta conexión, correspondiente al embarazo. El valor p planificado fue de <0.0001 . La escala PeMViPP tiene suficientes características psicométricas para evaluar esta relación prenatal con los padres.

Brahmbhatt H. et al. Realizan un estudio en el año 2014, con el objeto de conocer la prevalencia y factores determinantes del embarazo adolescente en entornos urbanos desfavorecidos en cinco ciudades, Baltimore (456), Johannesburgo (496), Ibadán (449), Delhi (500) y Shanghai (438). Los resultados mostraron que, entre los sexualmente experimentados, el embarazo fue más común en Baltimore (mujeres 53%, hombres 25%) y Johannesburgo (mujeres 29%, hombres 22%). La experiencia heterosexual y, por lo tanto, los embarazos fueron poco frecuentes en Ibadan, Delhi y Shanghai. La escolaridad actual y el uso del condón en la

primera relación sexual disminuyeron las probabilidades de embarazo entre las mujeres en los participantes de Baltimore y Johannesburgo. Los factores asociados con mayores probabilidades de embarazo fueron: debut sexual temprano (participantes de Johannesburgo, mujeres de Baltimore) criados por alguien que no sea de 2 padres (mujeres de Johannesburgo); consumo de alcohol y borracheras en el último mes (participantes de Baltimore); mayor violencia en la comunidad y un entorno físico deficiente (hombres de Baltimore, participantes de Johannesburgo) (15).

Urgilés, Fernández y Durán (16) en el año 2018 en Cuenca, Ecuador, estudió la “influencia sociofamiliar en adolescentes embarazadas”. Se trabajó con un total de 80 adolescentes en siete unidades educativas, también evaluó el nivel afectivo de la pareja. La participación de ambos adolescentes en la resolución ante el embarazo que se dio en forma no marital, se buscó examinar si las características de las mujeres adolescentes y sus parejas afectaban en el rendimiento académico en las relaciones familiares la probabilidad de un embarazo no matrimonial. Los resultados mostraron que no hubo afectación en los adolescentes y que aceptaron su embarazo tampoco se afectó el rendimiento académico, las adolescentes recibieron apoyo afectivo de la pareja, el enfrentamiento con los padres fue difícil. Las adolescentes encuestadas, sí aceptan el embarazo y no se avergüenzan de su estado. El programa ayudó a afrontar las relaciones sociales.

Baker et al (17) en el 2018 investiga el papel de la relación madre-padre y el grado de compromiso positivo de los padres. La investigación previa se ha limitado en gran medida a los informes maternos. Las experiencias de relación positiva predijeron la participación positiva de los padres a lo largo del tiempo (desde el nacimiento del niño hasta los 5 años de edad) tanto para las madres como para los padres. Además, la fuerza de las asociaciones entre las experiencias de relación positiva y la participación positiva de los padres no difería en gran medida según la estructura familiar, la pobreza o la raza. Estos hallazgos resaltan la importancia de investigar la relación madre-padre utilizando un marco de sistemas familiares para comprender mejor la participación positiva de los padres.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Reaño Avendaño, D. El propósito de este estudio fue analizar la relación entre la percepción de la madre primeriza sobre la participación de los padres y su sensación actual de bienestar. Con este fin, se aplicó la "Escala de compromiso de los padres" a 27 madres primerizas, cuya edad oscilaba entre 25 y 35 años ($M = 31.59$), y tenían hijos de 0 a 6 meses ($M = 5.13$), en dos centros preparativos para antes y después del parto del distrito de Miraflores. Es decir, en otras palabras, la madre piensa que el padre del niño pensará en él o ella, incluso si él no está físicamente, recordando y hablando de ello y su sensación de bienestar, sentimientos sobre la vida, el propósito y su relación interpersonal son positivos. Una posible explicación para este resultado es que la madre conoce el papel de su madre en la nueva posición y el

significado que representa, por lo que sentirá más apoyo y compañía, incluso si el padre está fuera, el padre recordará a su niño y se puede argumentar que esta excitación del padre hacia el bebé cumplió su compromiso con el padre, que está relacionado con aliviar el estrés de la madre. Además, se encontró que había una correlación entre la edad del bebé y la dimensión interactiva de la participación de los padres. Del mismo modo, según el género del bebé, se encontraron diferencias significativas en el impacto positivo (18).

Osorio Alania, Rubén, en el año 2014, Lima. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes en el hospital María Auxiliadora en Lima, entrevistó a 100 adolescentes en estado gestacional y encontró que el 80% no había planificado el embarazo, que el 64% proviene de familias disfuncionales, el 65% recibe apoyo de los padres, el 82% tienen algún conocimiento sobre anticonceptivos (19).

Urreta Palacios, M.E. en el 2008, Lima. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes en el Hospital San Juan de Lurigancho fueron 78 adolescentes embarazadas, donde el 48,7% tenía una familia disfuncional, igualmente fue evaluado el ambiente emocional donde el 60,3% tiene un ambiente emocional disfuncional en casa, concluyendo que la disfunción familiar y emocional son frecuentes en más de la mitad de la población de adolescentes gestantes (20).

Chaparro Leyva (21) 2019, refiere que la autoeficacia materna y la historia de vínculo con los cuidadores serían dos factores asociados a las problemáticas relacionadas a la maternidad adolescente, sugiere una posible relación entre las cualidades del vínculo con las figuras cuidadoras y las creencias con respecto al desempeño materno. Existen pocas investigaciones que estudian esta relación en Latinoamérica. Por lo que se propuso evaluar y describir la posible relación entre la autoeficacia materna y la historia vincular en un grupo de madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Lima, y de la percepción de apoyo de la pareja y grado de instrucción de las madres. Para ello, se aplicó a 29 madres adolescentes entre 16 y 19 años (prom.17.52) la Escala de Eficacia Parental - EEP (Farkas, 2008) y el Parental Bonding Instrument - PBI (Parker, Tupling y Brown, 1979). No se encontraron correlaciones significativas entre los puntajes del EEP y las escalas del PBI. En cuanto a los objetivos específicos, no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes del EEP de acuerdo con la variable percepción de apoyo del padre y nivel educativo. Estos resultados constituyen un punto de partida para futuras investigaciones.

2.1.3 Antecedentes locales

A nivel local no se encontraron estudios similares.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 LA GESTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

El tema del embarazo adolescente surge como una constante discusión sobre actividad sexual y anticoncepción en el sector

salud y hasta educativo. Los adolescentes pueden buscar información sobre el embarazo directamente de su proveedor de atención médica, pero como se encuentran ingresando recién a la actividad sexual el desconocimiento acerca de esta situación, no permite la adecuada prevención (22).

La prevención del embarazo, los problemas de anticoncepción y una descripción general del diagnóstico y las manifestaciones clínicas del embarazo temprano se tratan por separado. La atención prenatal y posparto, las complicaciones del embarazo y los problemas de parto también se revisan por separado.

2.2.1.1 Epidemiología

La tasa de natalidad adolescente en los Estados Unidos aumentó transitoriamente entre 2005 y 2007, disminuyó a mínimos históricos entre 2007 y 2016, en gran medida relacionado con un mayor uso de anticonceptivos y un mayor uso de métodos anticonceptivos altamente efectivos. En 2016, las tasas de natalidad entre los adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años fueron de 0,2 y 20,3 por 1000, respectivamente. La tasa de natalidad general entre los adolescentes de 15 a 19 años disminuyó en un 9% entre 2015 y 2016: 11% entre los 15 y 17 años y 8% entre los 18 y 19 años. Sin embargo, las disparidades raciales / étnicas continúan. La tasa de natalidad en adolescentes hispanos y adolescentes negros no hispanos fue aproximadamente el doble que en adolescentes blancos no hispanos; la tasa de natalidad en los adolescentes indígenas americanos / nativos de Alaska fue aproximadamente 2.5 veces mayor que en los adolescentes blancos no hispanos. Los adolescentes con

síntomas de salud mental o enfermedades mentales graves parecen estar en mayor riesgo de embarazo. Aproximadamente el 10% de todas las mujeres de 15 a 19 años, y el 19% de las que tienen relaciones sexuales quedan embarazadas. La mayoría de los embarazos entre adolescentes no son intencionales. Entre las mujeres de 15 a 19 años con embarazos no planeados que resultaron en nacidos vivos entre 2004 y 2008, el 50% no usaba ningún método anticonceptivo antes del embarazo (24% porque su pareja no quería usar anticonceptivos), 31% creían que no podían quedar embarazadas en ese momento, el 13% tenía problemas para obtener la anticoncepción y el 22% no se molestaba si quedaban embarazadas. Los datos de vigilancia indican que aproximadamente el 17% de los nacimientos entre adolescentes de 15 a 19 años de edad en los Estados Unidos en 2015 fueron reincidencia de gestación adolescente. Los factores de riesgo para el embarazo adolescente recurrente incluyen depresión, antecedentes de aborto y vivir con una pareja o un mayor apoyo de la pareja. Los factores de protección incluyen niveles más altos de educación y uso de métodos anticonceptivos, particularmente anticonceptivos reversibles de acción prolongada. (23)

Respecto a la realidad peruana los datos los ofrece INNPARES y la mesa de concertación de la lucha contra la pobreza donde especifica que en 12 regiones peruanas se ha incrementado solo entre el 2016 y 2017, el número de embarazos adolescentes; como el caso de: Lima Metropolitana (De 6.2% a 9.6%), Moquegua (De 6.8 a 8.6%), Amazonas (De 19.9% a 23.8%), Ayacucho (De 14.6% a

16.8%), y La Libertad (De 14.8% a 16.8%). Loreto registra la tasa más alta de embarazo en adolescentes (30.4%) (24).

En la Región de Tacna la natalidad por adolescentes en el periodo 2016 al 2017 subió del 8.2% al 9% y que en el año 2017 se han atendido a un total de 4,241 gestantes y de ese total 193 fueron gestantes adolescentes comprendidas entre las edades de 12 a 17 años (24).

2.2.2 EL PROGENITOR

Vargas G, Borus J, Charlton BM. Realizan un estudio de revisión sobre la prevención del embarazo adolescente: el papel de los hombres jóvenes. Donde mencionan que, si bien en algunas partes del mundo el embarazo adolescente está disminuyendo, en muchas partes del mundo sigue estando asociado con considerables resultados sociales, de salud y económicos. Los esfuerzos de prevención del embarazo se centran principalmente en las mujeres jóvenes, con una atención mínima a los hombres jóvenes. Esta revisión destaca la literatura reciente sobre el papel de los hombres jóvenes en la prevención del embarazo. Los recientes estudios revelan que los jóvenes tienen diferentes puntos de vista sobre la anticoncepción, así como que ambos son compañeros y los dos (pareja) deberían ser responsables del uso de anticonceptivos. Y que además el conocimiento limitado sobre anticoncepción reduce la comunicación de salud sexual de los hombres jóvenes, así como el uso de anticonceptivos. El personal de los servicios de salud juega un papel importante, como una de las principales fuentes de información de salud sexual para hombres jóvenes, pero existen lagunas en el

cuidado de la salud sexual de los hombres jóvenes, por lo que han surgido nuevas pautas. La literatura reciente destaca la gama de puntos de vista de los hombres jóvenes sobre la anticoncepción, así como su bajo conocimiento sobre la salud sexual y la comunicación sobre la salud sexual (25). Para abordar el embarazo adolescente y mejorar el bienestar general de los hombres jóvenes, el personal de salud que brinda atención médica debe abordar de manera rutinaria la salud sexual. Como orientar a los iniciados, evaluar la salud sexual, y el uso algún método anticonceptivo, examinar genitales, detección de ITS, hablar con él y ella, hablar con los padres o tutores, e incorporar recomendaciones clínicas actuales. (26,27)

2.2.2.1 Características Individuales

Diferencias de edad entre chicas adolescentes y hombres progenitores. En promedio, el progenitor tiende a ser solo dos o hasta tres años mayor que la adolescente, una edad. Pero también la mayoría de los varones adolescentes experimentan con parejas sexuales cerca de su propia edad, la diferencia de edad promedio es menos de seis meses (22).

La mayoría de los hombres adultos que tienen relaciones sexuales con las adolescentes están en sus veinte años aproximadamente y sus parejas es probablemente tengan 18 o 19 años. 19% de los hombres de edades 20 y 21 informan haber tenido sexo con una mujer menor en el último año; la mayoría de las chicas tenían 17 años. Alrededor de 1/4 de hombres

sexualmente activos de 22 a 26 años informa tener sexo con una mujer adolescente en el último año; sin embargo, solo el 4 % tuvo sexo con una menor; no obstante, algunos varones adolescentes y algunos hombres jóvenes tienen relaciones sexuales de manera significativa con chicas más jóvenes (8).

2.2.3 SALUD REPRODUCTIVA

Primera relación sexual

2.2.3.1 Relación Coital Consentida/No Consentida

Se han encontrado muy pocos estudios sobre el consentimiento sexual, sin embargo, en el tema de la sexualidad el consentimiento se relaciona con varias otras áreas de investigación, incluida la comunicación sexual y coacción sexual.

Las conceptualizaciones actuales del consentimiento sexual se derivan de tres áreas diversas:

Primero, el consentimiento requiere conocimiento. Para poder dar su consentimiento, una persona debe entender lo que él o ella está consintiendo. Esto requiere, no solo información sobre el acto sexual, sino también sobre el significado social del acto. Diferentes culturas, sin embargo, tienen diferentes significados con respecto a las actividades sexuales. En muchas sociedades tienen formas de coerción sexual o violencia que están socialmente (y legalmente)

condenados y otros que son sancionados por costumbres sociales. En nuestra sociedad la mentalidad de hace 20 años está siendo reemplazada, en el caso de los niños/as la etiqueta es "fecha de violación". Se deduce que el consentimiento sexual también es un concepto socialmente construido basado en la percepción de lo que es y lo que no se tolera en una sociedad determinada. Si el acto de comportamiento de forzar la relación pene-vaginal a un cónyuge es una costumbre social tolerada en un determinado sector social, entonces es probable que se plantee la cuestión del consentimiento sexual en asociación con este comportamiento. Consensuar sexualmente es una función de lo que una determinada cultura atribuye designa lo que es y lo que no es. Así se determina ser sexualmente coercitivo es incongruente con nuestra sociedad (21,28)

2.2.4 PREVENCIÓN

Los chicos adolescentes y hombres jóvenes, por mucho tiempo han sido una pieza fundamental olvidada en el papel que cumplen con el embarazo adolescente. Es por esta razón que tanto, niños y hombres son cada vez más reconocidos como una parte clave de la prevención. En los Estados Unidos, solo en los últimos años: varios estados están implementando o planea implementar estrategias para prevenir el embarazo no deseado o la paternidad demasiado temprana, según, de acuerdo al Centro Nacional de Niños en la pobreza. En más de la mitad de estos estados están adoptando la escuela o la comunidad para iniciativas, y

actividades existentes para prevenir embarazo adolescente, orientado al enfoque masculino, enseñando a hombres jóvenes a ser efectivos usuarios de anticoncepción. Además de campañas por los medios sociales son alentadoras informando a los chicos adolescentes para abstenerse del sexo y usar anticonceptivos si son sexualmente activos, liderado por una amplia iniciativa en California, siete estados están haciendo cumplir las leyes legales de violación contra hombres adultos involucrados con menores como una forma de reducir el embarazo adolescente. (20,29)

Este nuevo enfoque en el rol masculino en la prevención del embarazo adolescente llega en un momento de renovación interés en la importancia de paternidad responsable Estados y el gobierno federal han intensificado la ayuda infantil aplicación y esfuerzos para establecer la paternidad.

Además, en el despertar y aumento de la epidemia del VIH entre otras enfermedades sexualmente transmitidas, los esfuerzos públicos de salud buscan cada vez más alentar a los hombres a ser más usuarios consistentes de condones. (29)

2.2.5 PATERNIDAD

Gran parte de los varones en la etapa de la adolescencia siente que el embarazo a esa edad solo le traería consecuencias negativas para su vida futura unas dos terceras parte de ellos pensarían en el aborto. Ellos también

quieren ser partícipes en la decisión de continuar o no con la gestación. También los estudios muestran que los hombres tienen más parejas y a edades más tempranas y menor acceso a actividades preventivas. (30,31)

CAPÍTULO III

LA HIPÓTESIS Y LAS VARIABLES

3.1 La Hipótesis

La presente investigación no considerará hipótesis estadística por ser un trabajo observacional, no experimental.

3.2 La Operacionalización de variables

Variables	Indicadores	Categorías	Tipo
Características demográficas y sociofamiliares de la madre adolescente	Edad	1. 10 a 12 años 2. 13 a 15 años 3. 16 a 17 años	Intervalo
	Estado civil	1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada	Nominal
	Grado de instrucción	1. Primaria completa 2. Secundaria Incompleta 3. Secundaria completa 4. Superior incompleta	Nominal
	Ocupación	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Trabajo independiente	Nominal
	Área de residencia	1. Área urbana 2. Urbano marginal 3. Rural	Nominal
	Con pareja actual	1. Sí 2. No	Nominal

	Pareja actual es el progenitor	1. Sí 2. No	Nominal
	Edad de inicio de relaciones coitales	1. < 10 años 2. 10 a 12 años 3. 13 a 15 años 4. 16 a 17 años	Nominal
	Uso de métodos anticonceptivos	1. Sí 2. No	Nominal
	Método anticonceptivo	1. No usó 2. Condón 3. Píldoras anticonceptivas	Nominal
	Consentimiento de la relación coital	1. Consentida 2. No refiere	Nominal
	Número de parejas sexuales hasta el momento de la gestación	1 2 3 o más	Nominal
	Tiempo de relación sexual con el progenitor	< 6 meses 6 -12 meses 13 - 18 meses 19 - 24 meses	Intervalo
	N° de gestaciones	1 2	
	N° de abortos	Ninguno 1	
	Año del parto	2018 2019	
Características demográficas y sociofamiliares del progenitor	Edad del progenitor	1. 15 a 17 años 2. 18 a 20 años 3. 21 a 29 años 4. 30 a 39 años	Nominal
	Relación con el progenitor	1. Enamorado 2. Conviviente/esposo 3. Amigo 4. Hombre casado con pareja	Nominal
	Actual ubicación del progenitor	1. No sabe 2. Convive con el progenitor de su hijo	Nominal

		3. Sólo viene a visitarle ocasionalmente 4. Vive con sus padres 5. Está en otra ciudad 6. Con su esposa y familia	
	Ocupación del progenitor	1. No sabe 2. Estudiante 3. Sin Ocupación 4. Trabajador dependiente 5. Trabajador independiente 6. Realiza "trabajos" algunas veces	Nominal
	Progenitor reconoció al niño/a	Si No	Nominal
	Primera reacción del progenitor con el embarazo	1. Se alegró 2. Se preocupó 3. Se asustó 4. Negó ser el padre 5. La rechazó tajantemente 6. Le pidió lo aborte 7. La apoyó	Nominal
	Cumple con las obligaciones económicas	Sí No A veces Es muy reacio Solo cuando hay mucha insistencia	Nominal
	El progenitor es un apoyo para la madre y su hijo	Si No	Nominal
Actitud hacia el embarazo	Percepción de la madre adolescente	Negativa Positiva	
Vínculo del progenitor	Percepción de la madre adolescente	Mala vinculación Regular vinculación Buena vinculación	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño de investigación

Diseño analítico, de tipo relacional en el campo de la salud del adolescente y salud pública. En la línea de investigación de enfoque de riesgo epidemiológico

4.2 Tipo de investigación

Estudio observacional, de corte transversal; porque no hubo manipulación de ninguna variable, el recojo de la información se hizo en un solo momento y a partir de la aprobación del presente proyecto.

4.3 Ámbito de estudio

Tacna está ubicada al sur del Perú, con una población estimada de 320240 habitantes ubicada a 800 m.s.n.m. El Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, perteneciente al Ministerio de Salud, cuenta con 253 camas arquitectónicas. Cuenta con un servicio de Ginecobstetricia que atiende al grupo sujeto de la presente investigación por atención de consulta externa o por referencia de los establecimientos de salud de la región de Tacna.

4.4 Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las pacientes atendidas en los años 2018 y 2019 que en promedio fueron 305 en ambos años de estudio.

4.4.1 Muestra

Para la entrevista personalizada se utilizó el muestreo aleatorio simple del periodo de estudio mediante la siguiente función:

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

N = tamaño de la población (305, referencia de valor promedio anual 2 años).

p= 0.5 (50%)

z = Nivel de confianza (95% = 1.96)

d= 5%

$$n=170$$

La selección fue aleatoria bajo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.4.2 Criterios de inclusión

- Paciente adolescente con menos de 18 años de edad.
- Con atención de parto por vía vaginal o cesárea
- De procedencia regional.
- De toda condición conyugal o de pareja actual.
- Primíparas.

4.4.3 Criterios de exclusión

- Pacientes con patología psiquiátrica.

- Pacientes que ya no vivan en la región de Tacna.
- Pacientes que no desee ser parte del estudio.

4.5 Instrumento de recolección de datos:

a) **Técnica:** La encuesta

b) **Ficha sociodemográfica:** Consiste en un conjunto de preguntas dirigidas a obtener información que brindara la adolescente respecto a las características del progenitor de su hijo. Tomado de Chaparro Leyva (21) del trabajo de Tesis “Autoeficacia materna percibida e historia vincular en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo en Lima” Validado para el Perú $\alpha=0.85$

Escala actitudinal de la madre respecto a su embarazo en adolescencia:

Actitud Negativa: 0 a 35 puntos

Actitud Positiva: 36 a 48 puntos

Escala de percepción materna del vínculo paterno $\alpha 0,75(18)$ (32). El instrumento considera las variables sociodemográficas de la madre y percepción respecto a la responsabilidad paterna con valores calculados por coeficiente de stanones, contiene trece ítems:

DONDE: Nunca=1, A veces=2 y Siempre=3 pts.

Compute:

$P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7+P8+P9+P10+P11+P12+P13$

Media: 18.83, desv std:4.43

- Mala: 0 a 19 puntos
- Regular: 20 a 26,5 puntos
- Buena: 26,6 a 39 puntos

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

5.1 Procedimiento

Para el acopio de la información se realizó una adaptación de términos respetando la semántica de la información registrada en el servicio y contrastada con el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y terminología determinada por el Ministerio de Salud del Perú.

5.2 Consideraciones éticas

- Para el desarrollo del estudio se cumplió con las autorizaciones de la institución para el conocimiento de la identidad de las pacientes madres adolescentes.
- Se utilizaron las historias clínicas para obtener información de los pacientes y lograr su ubicación.
- Se garantizó a cada adolescente la confidencialidad y confiabilidad de la información.

5.3 Procesamiento de los datos

Para el procesamiento de los datos se procedió a ingresar los datos al programa spss versión 26, una vez conformada la matriz de datos, se elaboraron tablas descriptivas y analíticas, así como gráficos según indican los objetivos.

RESULTADOS

TABLA 01

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MADRE
ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DE LA REGIÓN DE TACNA, 2018 - 2019**

Características demográficas		N	%
Edad	10 a 12 años	0	0%
	13 a 15 años	23	13.5%
	16 a 17 años	147	86.4%
	Total	170	100.0%
Estado Civil	Soltera	121	71.2%
	Conviviente	34	20.0%
	Casada	15	8.8%
	Total	170	100.0%
Grado de instrucción	Primaria completa	32	18.8%
	Secundaria incompleta	115	67.6%
	Secundaria completa	14	8.2%
	Superior incompleta	9	5.3%
	Total	170	100.0%
Ocupación	Estudiante	74	43.5%
	Ama de casa	62	36.5%
	Trabajo independiente	34	20.0%
	Total	170	100.0%
Área de residencia	Área urbana	136	80.0%
	Área urbano marginal	17	10.0%
	Rural	17	10.0%
	Total	170	100.0%

Fuente: Ficha sociodemográfica

Descripción: En la tabla 1, podemos observar que el 86.4% tenía entre 16 a 17 años seguido de unos 13.5% con 13 a 15 años. No se observó embarazos entre los 10 a 12 años.

Según el estado civil, el 71.2% de las madres adolescentes tenía la condición de soltera seguido de un 20% conviviente y 8.8% era casada.

Según grado de instrucción, el 67.6% tenía secundaria incompleta seguido de un 18.8% con primaria completa y 8.2 % con secundaria completa.

Según la ocupación, el 43.5% era estudiante y el 36.5% ama de casa. Sólo un 20% refirió tener un trabajo independiente.

Según área de residencia actual, el 80% reside en área urbana, el 10% en el área urbano marginal, así como también un 10% en el área rural.

TABLA 02

**CARÁCTERÍSTICAS SOCIOFAMILIARES DE LA MADRE
ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA DE LA REGIÓN DE TACNA, 2018 - 2019**

Características sociofamiliares	n	%	
Año de parto	2018	98	57.6%
	2019	72	42.4%
	Total	170	100.0%
Cuántas gestaciones ha tenido	1	155	91.2%
	2	15	8.8%
	Total	170	100.0%
Cuántos abortos ha tenido	Ninguno	161	94.7%
	1	9	5.3%
	Total	170	100.0%
Edad de Inicio de relaciones coitales	< 10 años	18	10.6%
	10 a 12 años	65	38.2%
	13 a 15 años	54	31.8%
	16 a 17 años	33	19.4%
	Total	170	100.0%
Uso de Métodos Anticonceptivos	Sí	62	36.5%
	No	108	63.5%
	Total	170	100.0%
Método anticonceptivo	no usó	108	63.5%
	Condón	45	26.5%
	Píldoras diarias	17	10.0%
	Total	170	100.0%
¿Actualmente tiene pareja?	Sí	74	43.5%
	No	96	56.5%
	Total	170	100.0%
¿Es su pareja actual el padre del bebé?	Sí	59	79.7%
	No	15	20.3%
	Total	74	100.0%
Consentimiento de Relación coital	Consentida	161	94.7%
	No refiere	9	5.3%
	Total	170	100.0%
Número de parejas sexuales hasta el momento de la gestación	1	130	76.5%
	2	23	13.5%
	3 o más	17	10.0%
	Total	170	100.0%
Tiempo de relación sexual con el progenitor	< 6 meses	49	28.8%
	6 – 12 meses	85	49.9%
	13 - 18 mese	27	15.9%
	19 - 24 meses	9	5.3%
	Total	170	100.0%

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Descripción: En la tabla 2, podemos observar que el 57.6% de las madres adolescentes tuvo su parto en el 2018 y el 42.4% en el 2019; que el 91.2% de la muestra refiere un antecedente de una sola gestación y el 8.8 % era su 2ª gestación. Asimismo, el 94.7% de las gestantes adolescentes no presento abortos, y solo el 5.3% presento 1 aborto antes de esta gestación.

Observamos, además, que el 38.2% inició sus relaciones coitales entre los 10 a 12 años seguidos de un 31.8% entre los 13 a 15 años. Se observa un 10.6% que inició antes de los 10 años (n=18).

Así también se observó que el 63.5% refiere que en esta última relación no uso algún método anticonceptivo y un 26.5% que uso el condón. Sólo el 10% manifestó uso de píldoras de toma diaria.

Del grupo de estudio, el 43.5% refiere que sí tiene actualmente una pareja, independientemente de la condición del estado conyugal y el 34.7% es el padre a progenitor de su actual hijo. Y el 56.5% No tiene pareja. Así mismo observamos que el 94.7% refiere que las relaciones coitales en este embarazo en estudio fueron "consentidas". Existió un 5.3% que prefiere no referir.

Finalmente encontramos que, del grupo observado, el 76.5% refiere que tuvo sólo una pareja seguido de un 13.5% con 2 parejas y un 10% tener el antecedente de 3 parejas coitales. Según el tiempo de relación sexual con el progenitor, el 28.8% refiere que es menos de 6 meses, seguido de un 49.9% tienen un tiempo entre 6 a 12 meses. El 15.9% refiere un tiempo de relación entre 13 a 18 meses y tan solo el 5,3% tuvieron entre 19 a 24 meses de relaciones coitales.

TABLA 03

**CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOFAMILIARES DEL
PROGENITOR SEGÚN LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DE LA REGION TACNA,
2018 - 2019**

		n	%
Edad del progenitor	15 a 17 años	55	32.4%
	18 a 20 años	56	32.9%
	21 a 29 años	42	24.7%
	30 a 39 años	17	10.0%
	Total	170	100.0%
Relación con el progenitor	Enamorado	121	71.2%
	Conviviente/esposo	15	8.8%
	Amigo	17	10.0%
	Hombre casado/con pareja	17	10.0%
	Total	170	100.0%
Actual ubicación del progenitor	No sabe	27	15.9%
	Convive con progenitor	41	24.1%
	Sólo viene a visitarle ocasionalmente	14	8.2%
	Vive con sus padres	26	15.3%
	Está en otra ciudad	45	26.5%
	Con su esposa y familia	17	10.0%
Total	170	100.0%	
Ocupación del progenitor	No sabe	17	10.0%
	Estudiante	28	16.5%
	Sin ocupación	43	25.3%
	Trabajador dependiente	18	10.6%
	Trabajador independiente	24	14.1%
	Realiza "trabajos" algunas veces	40	23.5%
	Total	170	100.0%
¿El progenitor reconoció al niño?	Sí	122	71.8%
	No	48	28.2%
	Total	170	100.0%
Primera reacción del progenitor, cuando le dijo que estaba embarazada	Se alegró	10	5.9%
	Se preocupó	22	12.9%
	Se asustó	57	33.5%
	Negó ser el padre	31	18.2%
	La rechazó tajantemente	27	15.9%
	Le pidió lo aborte	8	4.7%
	La apoyó	15	8.8%
Total	170	100.0%	
¿cumple con las obligaciones económicas de padre?	Sí	41	24.1%
	No	52	30.6%
	A veces	27	15.9%
	Es muy reacio	40	23.5%
	Solo cuando hay mucha insistencia	10	5.9%
	Total	170	100.0%
¿Siente que el padre del bebé es un apoyo para usted y su hijo?	Sí	32	18.8%
	No	138	81.2%
	Total	170	100.0%

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Descripción: En la Tabla 3, observamos que el 32.9% de los padres del menor tenían entre 18 a 20 años seguido de un 32.4% entre 15 a 17 años. Se logró observar un 10% de un grupo entre 30 a 39 años de edad. El 24.1% convive con el padre del menor y el 26.5% vive en otra ciudad y no hay vínculo. El 25.3% no tiene ocupación seguido de un 23.5% que realiza trabajos ocasionales. Sólo un 16.5% es estudiante.

Así mismo, podemos observar que el 71.8% sí reconoció legalmente al niño y un 28.2% que no. Respecto a la primera reacción del progenitor cuando se enteró del embarazo, el 33.5% de las madres refieren a haber percibido que éste "se asustó" seguido de un 18.2% que negó ser el padre y un 15.9% que la rechazó tajantemente. Un 4.7% solicitó a la adolescente que aborte y tan solo un 8.8% de las madres percibieron que la pareja o padre del menor las apoyaba. Actualmente sólo el 24.1% cumple con las obligaciones económicas de ser padre. El 23.5% se mostró "reacio". Se observó que el 30.6% no aportaba o cumplía económicamente con la obligación de manutención que corresponde al padre. Actualmente el 81.2% de las madres adolescentes refieren que no se sienten apoyadas por el progenitor de su hijo y tan solo un 18.8% de que sí.

TABLA 04

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL NIVEL DE ACTITUD HACIA SU EMBARAZO DE LA MADRE ADOLESCENTE, ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DE LA REGION DE TACNA, 2018 – 2019

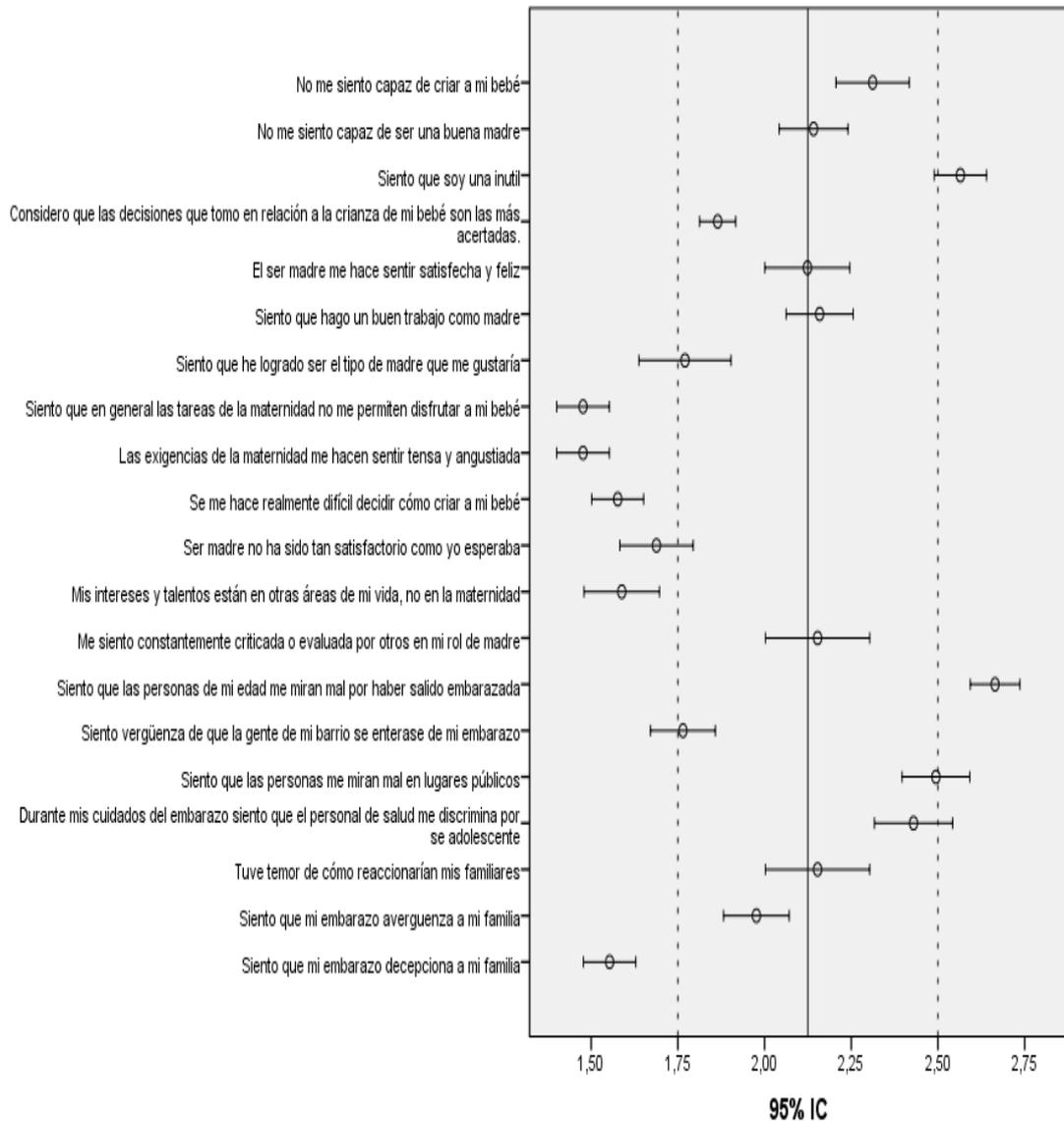
ACTITUD DE LA MADRE ADOLESCENTE	n	%
Negativa	72	42.4%
Positiva	98	57.6%
Total	170	100.0%

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Descripción: En la tabla 4, aplicando un instrumento de medición de actitud se logró evidenciar que un 57.6% tenía una actitud positiva pero un 42.4% una actitud negativa.

GRÁFICA 1

TENDENCIA DE LOS REACTIVOS DEL TEST DE ACTITUD EN LA MADRE ADOLESCENTE



Descripción: En la gráfica 1, se puede observar la tendencia de los reactivos del Test actitudinal de la madre adolescente. Podemos observar que los reactivos en los cuales la adolescente reconoce como favorables

son “no siente que es inútil” o “siente que las personas de su edad no le miran mal por haber salido embarazada”.

En las condiciones que si se evidencia una marcada influencia negativa es el "sentir que su embarazo decepciona a su familia", "qué sus intereses y talentos están en otras áreas de su vida y no en la maternidad", "el sentir que se le hace difícil decidir cómo criar a su bebé", "el sentir que la exigencia de la maternidad le hace sentir tensa y angustiada" y "qué la exigencia de la maternidad le hace sentir que no puede disfrutar a su bebé".

Estás áreas deben ser exploradas en el grupo de estudio principalmente en futuros estudios.

Estos resultados tienen un nivel de confianza del 95%. Si el estudio lo repitiéramos 100 veces, los resultados, en el 95% de los casos, serían los mismos.

TABLA 05

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN VINCULO FAMILIAR DEL PROGENITOR HACIA EL EMBARAZO SEGUN LA PERCEPCION DE LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DE LA REGION DE TACNA, 2018 – 2019

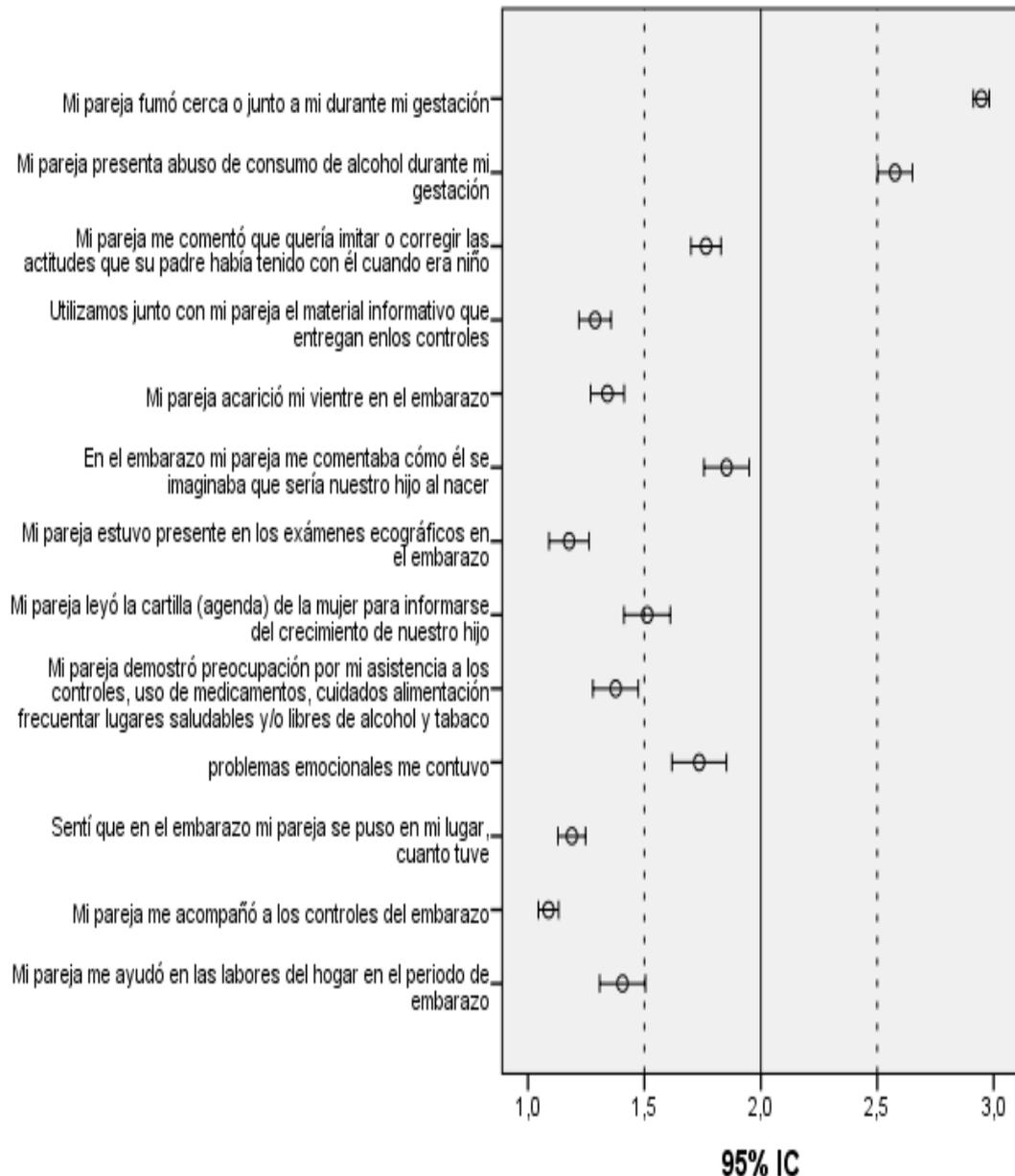
VINCULO DEL PROGENITOR	n	%
Mala	89	52.4%
Regular	66	38.8%
Buena	15	8.8%
Total	170	100.0%

Fuente: Ficha Sociodemográfica.

Descripción: En la Tabla 5, podemos observar que el 52.4% tuvo una mala relación con la madre adolescente y su hijo, seguido de un 38.8% como regular. Tan sólo un 8.8% fue buena.

GRÁFICA 02

TENDENCIA DE LOS REACTIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL VÍNCULO FAMILIAR PERCIBIDO EN EL PROGENITOR



Descripción: En la gráfica 2, podemos observar que las características mayormente desfavorables encontradas en el padre del recién nacido son

que "no acompañó a los controles del embarazo", "sentir que la pareja no se puso en el lugar de la madre", "el manifestar despreocupación por la asistencia los controles medicamentos cuidados alimentación etc.", "percibir que la pareja no acarició su vientre en el embarazo" y "no leyó junto con la pareja el material informativo que se entregan en los controles".

Estos resultados se encuentran en el 95% de confianza. Si el estudio repitiéramos 100 veces encontraríamos en el 95% de los casos las mismas características observadas aquí.

TABLA 06

RELACION ENTRE EL VINCULO FAMILIAR DEL PROGENITOR Y LA ACTITUD HACIA EL EMBARAZO DE LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DE LA REGION DE TACNA, 2018 – 2019.

		ACTITUD DE LA MADRE ADOLESCENTE						p
		Negativa		Positiva		Total		
		n	%	n	%	n	%	
VINCULO DEL PROGENITOR	Mala	40	44.9%	49	55.1%	89	100%	0,002
	Regular	32	48.5%	34	51.5%	66	100%	
	Buena	0	0.0%	15	100.0%	15	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Descripción: En la tabla 6, indica que existe una fuerte relación del vínculo del progenitor en la actitud de la madre adolescente en su actual condición. (p: 0,002).

Además, podemos observar que en el grupo de padres que tuvieron una mala relación con la madre adolescente, el 44.9% tiene y ocasiona una actitud negativa en ella, en comparación con aquellos padres con vínculo considerado bueno, donde en el 100% de ellos generaron una actitud positiva en la madre adolescente. Esta relación fue altamente significativa.

TABLA 07

RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y LA ACTITUD HACIA EL EMBARAZO DE LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DE LA REGION DE TACNA, 2018 – 2019

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MADRE		ACTITUD DE LA MADRE ADOLESCENTE						p
		Negativa		Positiva		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	10 a 12 años	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0,00
	13 a 15 años	15	65.2%	8	34.8%	23	100%	
	16 a 17 años	57	38.8%	90	61.2%	147	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Estado civil	Soltera	72	59.5%	49	40.5%	121	100%	0,00
	Conviviente	0	0.0%	34	100.0%	34	100%	
	Casada	0	0.0%	15	100.0%	15	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Área de residencia	Área urbana	72	52.9%	64	47.1%	136	100%	0,00
	área urbano marginal	0	0.0%	17	100.0%	17	100%	
	Rural	0	0.0%	17	100.0%	17	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Grado de instrucción	Primaria completa	0	0.0%	32	100.0%	32	100%	0,00
	Secundaria incompleta	49	42.6%	66	57.4%	115	100%	
	Secundaria completa	14	100.0%	0	0.0%	14	100%	
	Superior incompleta	9	100.0%	0	0.0%	9	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Ocupación	Estudiante	39	52.7%	35	47.3%	74	100%	0,00
	Ama de casa	33	53.2%	29	46.8%	62	100%	
	Trabajo independiente	0	0.0%	34	100.0%	34	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Descripción: En la tabla 7, encontramos que, las principales variables demográficas asociadas a la actitud de la madre adolescente son la edad (p:0,00), estado civil (p:0,00), área de residencia (p:0,00), grado de instrucción (p:0,00) y ocupación (p:0,00) estuvieron asociadas a la actitud de la madre adolescente.

Podemos observar que a menor edad mayor actitud negativa. La actitud negativa estuvo más asociada a la condición de soltera, proceder de área urbana y con grados de instrucción de secundaria o superior. Según ocupación, la actitud negativa estuvo más asociada a ser estudiante o ama de casa, siendo más fuertemente asociada a una actitud positiva, cuando ella trabaja en forma independiente.

TABLA 08
RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS –
SOCIOFAMILIARES DEL PROGENITOR Y LA ACTITUD HACIA EL
EMBARAZO DE LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DE LA REGION DE
TACNA, 2018 – 2019

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIOFAMILIARES DEL PROGENITOR		ACTITUD DE LA MADRE ADOLESCENTE						P
		Negativa		Positiva		Total		
		n	%	n	%	n	%	
¿Actualmente tiene pareja?	Sí	41	55.4%	33	44.6%	74	100%	0,002
	No	31	32.3%	65	67.7%	96	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
¿Es su pareja actual el padre del bebé?	Sí	41	69.5%	18	30.5%	59	100%	0,00
	No	0	0.0%	15	100.0%	15	100%	
	No tengo pareja	31	32.3%	65	67.7%	96	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Edad del progenitor	15 a 17 años	41	74.5%	14	25.5%	55	100%	0,00
	18 a 20 años	22	39.3%	34	60.7%	56	100%	
	21 a 29 años	9	21.4%	33	78.6%	42	100%	
	30 a 39 años	0	0.0%	17	100.0%	17	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Relación con el progenitor	Enamorado	55	45.5%	66	54.5%	121	100%	0,00
	Conviviente/esposo	0	0.0%	15	100.0%	15	100%	
	Amigo	17	100.0%	0	0.0%	17	100%	
	Hombre casado/con pareja	0	0.0%	17	100.0%	17	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
Actual con ubicación del progenitor	No sabe	27	100.0%	0	0.0%	27	100%	0,00
	Convive con el progenitor	9	22.0%	32	78.0%	41	100%	
	Sólo viene a visitarle ocasionalmente	0	0.0%	14	100.0%	14	100%	
	Vive con sus padres	9	34.6%	17	65.4%	26	100%	
	Está en otra ciudad	27	60.0%	18	40.0%	45	100%	
	Con su esposa y familia	0	0.0%	17	100.0%	17	100%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100%	
¿El progenitor reconoció al niño?	Sí	55	45.1%	67	54.9%	122	100.0%	0,251
	No	17	35.4%	31	64.6%	48	100.0%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100.0%	
¿cumple con las obligaciones económicas de padre?	Sí	9	22.0%	32	78.0%	41	100.0%	0,00
	No	17	32.7%	35	67.3%	52	100.0%	
	A veces	13	48.1%	14	51.9%	27	100.0%	
	Es muy reacio	23	57.5%	17	42.5%	40	100.0%	
	Solo cuando hay mucha insistencia	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100.0%	
¿Siente que el padre del bebé es un apoyo para usted y su hijo?	Sí	0	0.0%	32	100.0%	32	100.0%	0,00
	No	72	52.2%	66	47.8%	138	100.0%	
	Total	72	42.4%	98	57.6%	170	100.0%	

Fuente: Ficha sociodemográfica.

Descripción: En la Tabla 8, podemos observar que la edad del progenitor ($p:0,00$), el tipo de relación ($p:0,00$) y la ubicación actual ($p:0,00$), están asociadas a la actitud de la madre adolescente.

Podemos observar que a menor edad del progenitor mayor es la probabilidad de una actitud negativa en la madre adolescente, así como que la relación sea o haya sido de enamorado o amigo. Asimismo, la condición de mayor actitud negativa en la madre se encuentra en aquellos progenitores que están en otra ciudad o que viven con sus padres.

También podemos observar que la obligación económica ($p:0,00$) y el no sentir el apoyo del progenitor ($p:0,00$), son las variables generalmente más asociadas a actitud negativa de la madre adolescente

Estas diferencias fueron altamente significativas.

DISCUSIÓN

El ser madre adolescente es enfrentar diferentes estados, más negativos que positivos. Se pueden evidenciar situaciones que van desde la violencia del entorno familiar, violencia sexual y de pareja, y múltiples desventajas para el desarrollo personal y laboral. Es muy pobre la asistencia sanitaria para este especial grupo. Esta oferta sanitaria solo se enfoca en el control del embarazo, que no es realmente “diferenciado”, y el parto. Las acciones posteriores son casi nulas, dejando a “su suerte” el futuro posterior de la menor que se convirtió en madre. Además del propio estado nuevo de responsabilidad, para lo cual no fue preparada y que realizará casi instintivamente, devendrá para la madre niña o adolescente estados futuros de depresión, conflicto familiar y social, abandono de la pareja, problemas económicos y barreras para el desarrollo personal. En este campo, el apoyo que debe brindar, también, el progenitor de ese neonato, es casi ausente como el sistema sanitario existente. Los estudios no existentes a nivel local al respecto agravan la situación. No tenemos experiencias de investigaciones que revelen el comportamiento del padre del recién nacido de madre adolescente y cómo este se articula en el vínculo familiar que debería existir.

Para la madre adolescente las probabilidades de repetir su condición con un nuevo embarazo, y la intensificación de su carencia económica, se hace más probable en sociedades con escasos recursos. según **Brahmbhatt H. et al.** observó que los factores asociados con mayores probabilidades de embarazo adolescente fueron: debut sexual temprano, criados por alguien que no sea de 2 padres, (familias disociadas); consumo de alcohol y borracheras en el último mes; mayor violencia en la comunidad y un entorno físico deficiente. (15)

En nuestro trabajo encontramos que las madres adolescentes en nuestro medio el 86.4% tenía entre 16 a 17 años seguido de unos 13.5% entre 13 a 15 años. El 71.2% de las madres adolescentes tenía la condición de soltera y el 67.6% tenía secundaria incompleta. El 43.5% era estudiante y el 36.5% ama de casa. El 43.5% refiere que sí tiene actualmente una pareja, pero tiene el antecedente que en el último embarazo el 63.5% refiere que no usó algún método anticonceptivo. El inicio temprano de relaciones coitales es un factor importante asociado y existente en casi todas las publicaciones. En nuestro grupo de investigación observamos que el 38.2% inició sus relaciones coitales entre los 10 a 12 años seguidos de un 31.8% entre los 13 a 15 años. **Brahmbhatt H. et al.** encontraron que la escolaridad actual y el uso del condón en la primera relación sexual disminuyeron las probabilidades de embarazo entre las mujeres adolescentes. (15) En nuestro medio, esta cuestión, por preceptos de forma, legalidad y condiciones de creencias, no se aborda abiertamente la posibilidad de poner a disposición y hacer más accesible la educación sexual del menor y el real servicio diferenciado. **Osorio Alania, Rubén**, en el año 2014 en Lima, realizó un estudio para identificar los factores que se asocian al embarazo en adolescentes que se atendieron en el hospital María Auxiliadora en Lima, y encontró que el 82% tienen algún conocimiento sobre anticonceptivos (19), pero no se investigó su actitud y finalmente el uso correcto de estos. No se investigó el acceso a los insumos y la orientación a su correcto uso. No se investigó de la capacidad del personal de salud para abordar el tema en adolescentes y toda esta responsabilidad, incluida la asistencia, se la delega a los padres y madres de la menor.

Gomes de Mello et al (13) sobre la participación del padre joven en el seguimiento del prenatal, concluyen en que ser padre, a cualquier edad, mantiene las relaciones tradicionales de género por tanto su inclusión es insuficiente. Interpreta negativamente la paternidad adolescente contribuye al alejamiento del joven padre de servicios de salud. **Baker et al** (17) realiza

una publicación sobre el papel de la relación madre-padre y el grado de compromiso positivo de los padres. Las experiencias de relación positiva predijeron la participación positiva de los padres a lo largo del tiempo (desde el nacimiento del niño hasta los 5 años de edad) tanto para las madres como para los padres. Estos hallazgos resaltan la importancia de investigar la relación madre-padre utilizando un marco de sistemas familiares para comprender mejor la participación positiva de los padres.

Chaparro Leyva (21) refiere que existen pocas investigaciones que estudian esta relación en Latinoamérica. La importancia de la percepción de apoyo de la pareja. No se encontraron diferencias significativas entre la variable percepción de apoyo del padre y nivel educativo. Aceptan que sus resultados constituyen un punto de partida para futuras investigaciones.

En nuestra experiencia observamos que, desde la percepción de la madre adolescente, el 33.5% refieren a haber percibido que el padre de su hijo "se asustó" al enterarse del embarazo, algo esperado por que el 32.9% de ellos tenían entre 18 a 20 años, seguido de un 32.4% entre 15 a 17 años.

Reaño Avendaño, D. (18) El demostró que había una correlación entre la edad del bebé y la dimensión interactiva de la participación de los padres. Del mismo modo, según el género del bebé, se encontraron diferencias significativas en el impacto positivo. Resultados que no se observaron en nuestro estudio.

Asimismo, la madre percibe que un 18.2% negó ser el padre y un 15.9% que la rechazó tajantemente. Actualmente sólo el 24.1% cumple con las obligaciones económicas de ser padre. Finalmente, el 81.2% de las madres adolescentes refieren que no se sienten apoyadas por el progenitor de su hijo y tan solo un 18.8% de que sí.

Guzmán-Salas, G. et al (15) en cambio manifiesta que no se percibe el apego paterno en el embarazo. Al analizar las razones de esta falta de relación, pudiera deberse a que en las mujeres no logran identificar que el comportamiento del padre del progenitor de su hijo incida en el comportamiento de padre de este último.

Múltiples pueden ser las causas de estos problemas, desde el orden educativo, rol del estado y actuales políticas sociales y sanitarias. Estas condiciones se contrastan con sociedades como las descritas por **Urgilés, Fernández y Durán** (16) que examina las características de las mujeres adolescentes y sus parejas. Refiere que las adolescentes encuestadas en su región, sí aceptan el embarazo y no se avergüenzan de su estado. **Urreta Palacios, M.E.** realiza un trabajo para determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes y encontró que el 48,7% tenía una familia disfuncional, (20). En ambos casos, no es la mayoría de acuerdo a las condiciones regionales; Responden a características muy individuales de su ámbito. El problema es multifactorial y que ameritaría mayores estudios y que incluyan actores familiares, de pareja y ambiente social. Esta debe ser diferenciada por áreas según creencias y preceptos preconcebidos. No existe un protocolo único que aborde el problema y eso hace que sea más difícil su abordaje. Nos queda aportar con otras investigaciones integradas por múltiples equipos y que aborden todas las variables en un solo contexto regional.

CONCLUSIONES

1. Las características demográficas y sociofamiliares de las madres adolescentes fueron: El 86.4% de las madres adolescentes tenía entre 16 a 17 años. El 71.2% era soltera. El 67.6% tenía secundaria incompleta y según ocupación, el 43.5% era estudiante. El 80% reside en área urbana. El 43.5% refiere actualmente una pareja y el 79.7% que es el progenitor su actual pareja. El 91.2% es primigesta.
2. Las características demográficas y sociofamiliares del progenitor son las siguientes: El 32.9% de los padres del menor tenían entre 18 a 20 años. El 25.3% no tiene ocupación.
3. La actitud de la madre, se concluye que, el 57.6% de las adolescentes tienen una actitud positiva respecto a su condición de madre.
4. El 71.8% de los progenitores sí reconoció legalmente al niño. Sólo el 24.1% cumple con las obligaciones económicas. El 52.4% tuvo una mala relación con la madre adolescente y su hijo.
5. Con una diferencia significativa ($p: 0,002$) se observa que, de los progenitores con vínculo familiar bueno, en el 100% las madres tuvieron una buena actitud hacia el embarazo, de aquellos padres con regular vínculo familiar, el 51.5% de las madres adolescentes tuvieron actitud positiva hacia el embarazo.
6. Las características asociadas a la condición actitudinal de la madre adolescente que presentaron significancia ($p:0,00$) son: que a menor

edad la madre adolescente tiene una mayor actitud negativa, esta actitud negativa estuvo más asociada a la condición de soltera. También que, según su educación, la actitud negativa tuvo una mayor asociación a ser estudiante o ama de casa.

7. Con lo que respecta a las características asociadas en referencia al progenitor se concluye que, el cumplir con la obligación económica y el sentir el apoyo del progenitor, presentan una actitud positiva de la madre adolescente.

RECOMENDACIONES

1. Realizar trabajos de investigación desde el enfoque perceptivo del progenitor. Sus variables asociadas y condiciones respecto a su responsabilidad y posibilidades de apoyo.
2. Proponer un protocolo de apoyo diferenciado exclusivamente a madres adolescentes en los servicios de salud del primer nivel de atención en áreas rurales como urbanas, con seguimiento de cada caso y abordaje familiar con equipo multidisciplinario.
3. Realizar capacitaciones periódicas para reforzar el uso de métodos anticonceptivos de barrera y hormonales enfocado en adolescentes.
4. Hacer mayor hincapié en la relación del progenitor, en el cuidado y protección tanto de la gestante adolescente, como en el cuidado del menor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Adolescent pregnancy [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Sekharan VS, Kim THM, Oulman E, Tamim H. Prevalence and characteristics of intended adolescent pregnancy: an analysis of the Canadian maternity experiences survey. *Reprod Health* [Internet]. 5 de noviembre de 2015 [citado 24 de junio de 2018];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636060/>
3. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 19 de junio de 2020];30(3). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/286>
4. OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Recopilación de artículos. WHO, Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. junio. 2009 [citado 19 de junio de 2020];405-84. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
5. Pinheiro PS. Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas [Internet]. Disponible en: [https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf)
6. Dpto. Of Medical and Public Affairs. Adolescent fertility Risk and consequences. *Population Reports Family Planning Programs* [Internet]. julio de 1976;Serie J(Number 10):The George Washington University Medical Center, 20001 S. Street , N W Washinton DC 20009. Disponible en: https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=pop_reports
7. Amador D. Los hombres y el embarazo adolescente – Foco Económico [Internet]. 2016 [citado 24 de junio de 2018]. Disponible en: <http://focoeconomico.org/2016/06/14/los-hombres-y-el-embarazo-adolescente/>

8. Montoya Acevez JL. Los hombres del embarazo adolescente [Internet]. Prevenir con educación 2015. [citado 24 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.prevenirconeducacion.org/index.php/noticias/1137-los-hombres-del-embarazo-adolescente>

9. Ministerio de Salud y protección social de Colombia y UNEFA. Protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años [Internet]. Bogotá Colombia; 2014. 143 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>

10. Farlex. Diccionario By Farlex. Término Progenitor [Internet]. 2015 [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://es.thefreedictionary.com/progenitor>

11. Graus. Significado de Actitud [Internet]. Significados. [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.significados.com/actitud/>

12. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. septiembre de 2012 [citado 6 de junio de 2020];38(3):333-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Gomes de Mello M, Cordeiro Parauta T, Lopes Saldanha B, Lemos A. Participação do pai jovem no acompanhamento do pré-natal: a visão do profissional de saúde. Rev Pesqui Univ Fed Estado Rio J Online [Internet]. 2020 [citado 23 de marzo de 2020];12:94-9. Disponible en: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7068/pdf>

14. Guzmán-Salas G, Contreras-García Y, Pérez-Villalobos C, Manríquez -Vidal C. Propiedades psicométricas de una escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. abril de 2017 [citado 19 de marzo de 2020];82(2):126-38. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Brahmhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker M, Olumide A, Ojengbede O, et al. Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban, Disadvantaged Settings across Five Cities. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med [Internet]. diciembre de 2014 [citado 24 de junio de 2018];55(6 0):S48-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4454788/>

16. Urgilés León SJ, Fernández Aucapiña NY, Durán Oleas JC. Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas Socio-family influence in pregnant adolescents. Revista Killkana Sociales [Internet]. 2018;2(1):49-54. Disponible en: [Dialnet.uni.riojaDialnet-InfluenciaSocioFamiliarEnAdolescentesEmbarazadas-6353054.pdf](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6353054)
17. Baker EA, DeLuca Bishop H, Stigall LA, van Dulmen MHM. Positive parental engagement: Investigating the role of the mother-father relationship. J Fam Psychol [Internet]. 2018 [citado 23 de marzo de 2020];38(2):1005-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000470>
18. Reaño Avendaño D. Compromiso Paterno percibido y bienestar em madres primerizas. Lima, Perú.: Pontificia Universidad Católica del Perú. Facultad de Psicología; 2018 p. 46.
19. Osorio Alania R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013 [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3570/Osorio_ar.pdf;jsessionid=00BD1B6A86712ED9CBC4F9948B404BC5?sequence=1
20. Urreta Palacios ME. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho [Internet] [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/3313/Urreta_pm.pdf?sequence=1
21. Chaparro Leyva M. Autoeficacia materna percibida e historia vincular en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo en Lima [Internet] [Tesis]. [Lima, Perú.]: Pontificia Universidad católica del Perú; 2019. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14334/Chaparro_Leyva_Autoeficacia_materna_percibida1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Olavarría J. Estudio de la situación de maternidad y paternidad en el Sistema educativo Chileno. Matrícula inicial y Actas Finales 2005. Secretaría técnica de educación en sexualidad, afectividad y género. Chile: Ministerio de educación y Corporación de estudios para el desarrollo de la mujer; 2007. 60 p.

23. NCHS Data Visualization Gallery - U.S. and State Trends on Teen Births [Internet]. 2017 [citado 24 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data-visualization/teen-births/index.htm>
24. Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó. “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”. ALERTA N° 1-2018-SC/MCLCP. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”.
25. Farkas-Klein C. Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. Univ Psychol [Internet]. 2008 [citado 3 de marzo de 2020];7(2). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000200012
26. Vargas G, Borus J, Charlton BM. Teenage pregnancy prevention: the role of young men. Curr Opin Pediatr. agosto de 2017;29(4):393-8.
27. Araujo-Robles E, Ucedo-Silva VH, Bueno-Cuadra R. Validación de la Escala de Comunicación Padres: Adolescente en jóvenes universitarios de Lima. Rev Digit Invest Docencia Univ [Internet]. 2018 [citado 3 de marzo de 2020];12(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-25162018000100015
28. Humphreys TP. Sexual consent in heterosexual dating relationships: attitudes and behaviours of university students [Internet] [Tesis de doctorado en filosofía]. [Ottawa, Canadá]: The University of Guelph; 2000. Disponible en: <http://www.nlc-bnc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp04/NQ56282.pdf>
29. ASPE. Involving Teen Boys and Young Men in Teen Pregnancy Prevention. Chapter 4 de Get organized: a Guide to preventing teen pregnancy “Tailoring Pregnancy prevention Programs to Stages of Adolescent Development.” Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services on policy development. Washinton U.S. [Internet]. (Office of the assistant secretary for planning and evaluation). Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/basic-search/pregnancy%2Bteen>
30. Lohan M et al. Los hombres adolescentes frente al embarazo [Internet]. Faros HSJBCN. 2011 [citado 25 de junio de 2018]. Disponible en: <http://faros.hsjdbcn.org/es/noticia/hombres-adolescentes-frente-embarazo>
31. Gonzales Rodríguez M, Velarde Mayol C. Evidencias en Pediatría - Actitud de los hombres adolescentes ante el embarazo en la

adolescencia. Evidencias en pediatría [Internet]. junio de 2011 [citado 25 de junio de 2018];7(2). Disponible en: http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmVw8OMTH7cSciKRlyujxE51Xh_YfYbo7kSc752OgAoHGIEWEeCjfGLAJ8zRI8_Bu4g

32. Guzmán-Salas G, Contreras-García Y, Pérez-Villalobos C, Manríquez -Vidal C. Propiedades psicométricas de una escala de Percepción Materna del Vínculo Prenatal Paterno. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. abril de 2017 [citado 30 de marzo de 2020];82(2):126-38. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Anexos

ANEXO 1:

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA Y DE VINCULACIÓN DE LA PAREJA EN LA GESTACIÓN EN ADOLESCENTES

Este cuestionario es totalmente anónimo y solo con fines científicos, le rogamos nos responda con absoluta sinceridad

A. INFORMACIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE

1. Edad: _____ años
2. Estado Civil:
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada
 - d) Separada
 - e) Viuda
3. Lugar De Nacimiento

4. Área De Residencia
 - a) Área Urbana
 - b) Área Urbano marginal
 - c) Área Rural
5. Grado De Instrucción
 - a) Sin instrucción
 - b) Primaria incompleta**
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria incompleta**
 - e) Secundaria Completa**
 - f) Superior incompleta**
6. Ocupación
 - a) Estudiante
 - b) Ama de casa
 - c) Trabajo independiente
 - d) Trabajo dependiente
 - e) Estudios superiores incompletos
 - f) Otro: _____
7. Actualmente ¿tiene pareja?
 - a) Sí
 - b) No
8. ¿Es su pareja actual el padre del bebé?
 - a) Sí
 - b) No
9. Edad de Inicio de relaciones coitales: _____
 - a) < de 10 años
 - b) 10 a 12 años
 - c) 13 a 15 años**
 - d) 16 a 17 años**
10. Uso de Métodos Anticonceptivos
 - a) Si ¿Cuál? _____
 - b) No
11. ¿Cuántas gestaciones ha tenido Ud. a la fecha?
 - a) Solo 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) Más de 3
12. ¿Cuántos abortos ha tenido Ud. a la fecha?
 - a) Ninguno
 - b) 1
 - c) 2
 - d) Más de 2
13. Convivencia familiar: ¿Con quiénes vive en su casa?
 - a) Sola
 - b) Con el progenitor de su hijo
 - c) Padre
 - d) Madre
 - e) Hermanos
 - f) Tíos
 - g) Abuelos
 - h) Otros: _____
14. Consentimiento de Relación coital
 - a) Consentida, sabia de que se trataba

B. DATOS DEL PROGENITOR

1. Edad de progenitor:

2. Relación con el progenitor
 - a) Desconocido
 - b) Enamorado
 - c) Esposo
 - d) Amigo
 - e) Amante
 - f) Hombre casado
 - g) Familiar: _____
 - h) Otro: _____
3. Actual ubicación del progenitor
 - a) No sabe
 - b) Convive con el progenitor
 - c) Sólo viene a visitarle ocasionalmente
 - d) Otro: _____
4. Ocupación del progenitor (padre del RN)
 - a) No sabe
 - b) Estudiante
 - c) Trabajador dependiente
 - d) Trabajador independiente
 - e) Sin ocupación
 - f) Profesión u oficio: _____
5. El progenitor reconoció al niño (inscripción en el registro civil de nacimiento)
 - a) Sí
 - b) No
6. ¿Cuál fue la primera reacción del progenitor cuando Ud. le dijo que se encontraba embarazada?
 - a) Se alegró
 - b) Se preocupó
 - c) Negó ser el padre
 - d) La rechazó tajantemente
 - e) Le pidió lo aborte
 - f) La apoyó
 - g) Otro: _____
7. El progenitor ¿cumple con las obligaciones económicas de padre?
 - a) Sí
 - b) No
 - c) A veces
8. ¿Siente que el padre del bebé es un apoyo para usted y su hijo?
 - a) Sí
 - b) No

Escala de percepción materna del vínculo paterno durante la gestación

DEL PADRE: Apoyo y contención	Nunca	A veces	siempre
1. Mi pareja me ayudó en las labores del hogar en el periodo de embarazo			
2. Mi pareja me acompañó a los controles del embarazo			
3. Sentí que en el embarazo mi pareja se puso en mi lugar, cuando tuve problemas emocionales me contuvo			
4. Mi pareja demostró preocupación por mi asistencia a los controles, uso de medicamentos, cuidados alimentación frecuentar lugares saludables y/o libres de alcohol y tabaco			
Interacción directa con el hijo			
5. Mi pareja leyó la cartilla (agenda) de la mujer para informarse del crecimiento de nuestro hijo			
6. Mi pareja estuvo presente en los exámenes ecográficos en el embarazo			
7. En el embarazo mi pareja me comentaba cómo él se imaginaba que sería nuestro hijo al nacer			
8. Mi pareja acarició mi vientre en el embarazo			
9. Utilizamos junto con mi pareja el material informativo que entregan en los controles			
Patrón de conducta			
Mi pareja me comentó que quería imitar o corregir las actitudes que su padre había tenido con él cuando era niño			
Mi pareja presenta abuso de consumo de alcohol durante mi gestación			
Mi pareja fumó cerca o junto a mi durante mi gestación			