



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES
ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**PRESENTADA POR
JUDITH ELENA AZAÑERO MALQUICHAGUA**

**ASESORA
NELLY IRENE MORENO GUTIÉRREZ**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros transformar (traducir, adaptar o compilar) esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

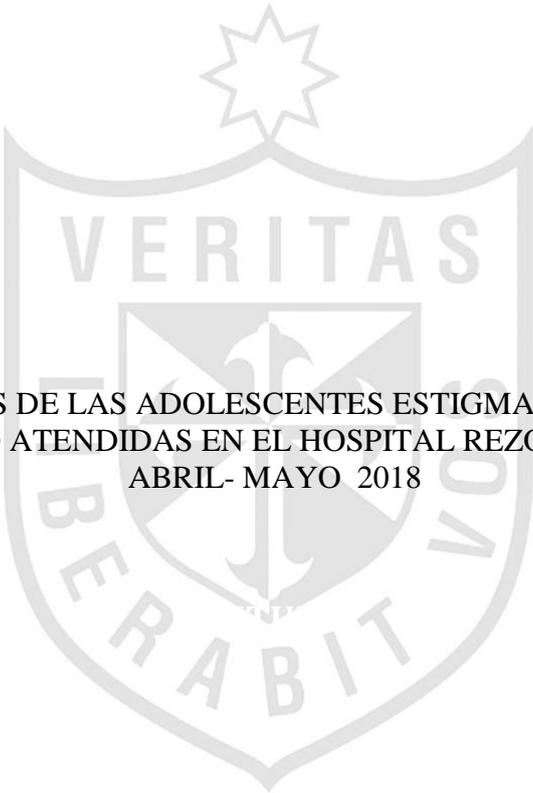
**CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES
ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE ABRIL-MAYO 2018**

**PRESENTADA POR
BACH. OBSTA. JUDITH ELENA AZAÑERO MALQUICHAGUA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2018



CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE
EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018

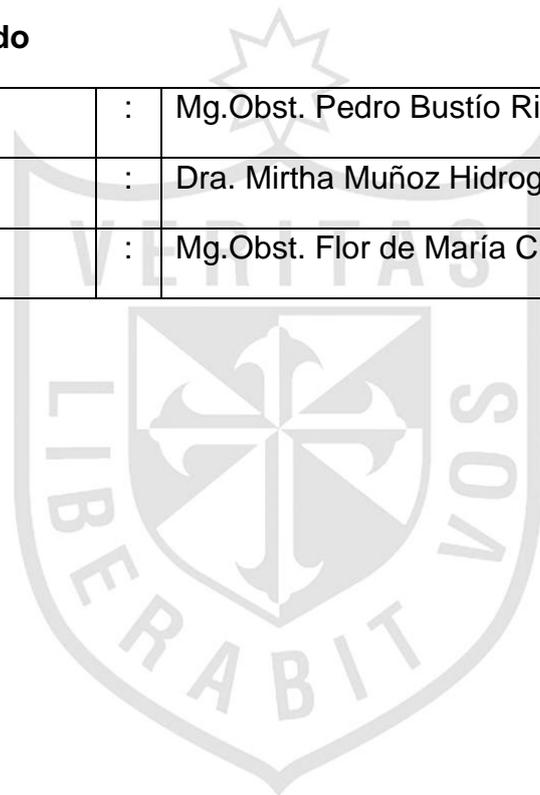
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a):

Dra. Obsta. Nelly Irene Moreno Gutiérrez

Miembros del jurado

Presidente	:	Mg.Obst. Pedro Bustío Rivera
Vocal	:	Dra. Mirtha Muñoz Hidrogo
Secretaria	:	Mg.Obst. Flor de María Chumpitaz Soriano



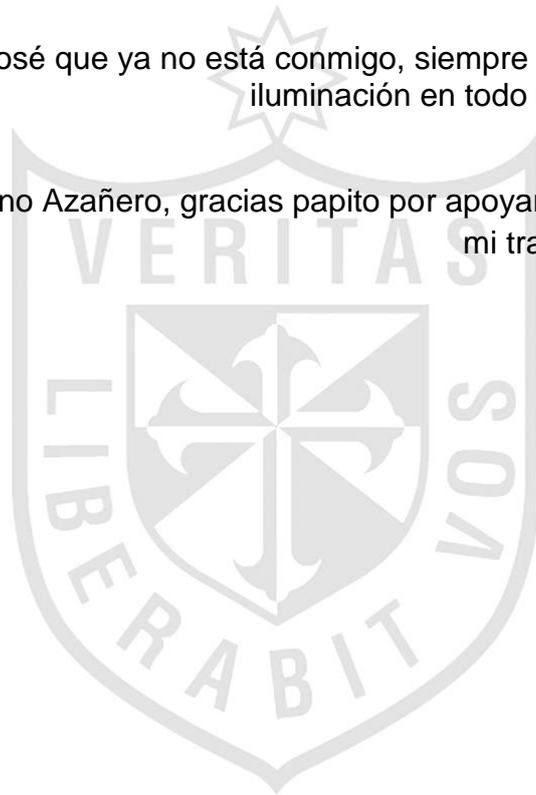
DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía todo el periodo de estudio.

A mis padres Diogenes Azañero y Elizabeth Malquichagua por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por el apoyo en toda mi educación, tanto académica, como de la vida.

A mi abuelo José que ya no está conmigo, siempre me trasmitía la fe y su iluminación en todo mi periodo de estudio.

A mi papito Justiniano Azañero, gracias papito por apoyarme en el trascurso de mi trabajo de investigación.



AGRADECIMIENTOS

- Primero a dios por permitir cumplir cada decisión y proyecto de mi vida y en el desarrollo de mi tesis.
- Gracias Dra. Obsta. Nelly Irene Moreno Gutiérrez por su orientación, por su gran apoyo incondicional desde el primer día del desarrollo del presente informe de tesis.
- A mi prima querida, Mayely Malquichagua, desde la distancia quien me motivo para realizar una investigación sobre **características de las adolescentes estigmatizadas durante el embarazo atendidas en el hospital rezola de cañete.**
- A mi querida madre por transmitirme su apoyo incondicional y su bendición de día a día.
- Una vez más, un profundo agradecimiento a todas mis amistades por transmitirme las buenas vibras; Viviana por su tiempo, a mis hermanas Estefany García y Yennifer Barrios, a mis amigas del internado Gabi, Lail y Fari gracias chicas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	6
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	6
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	7
2.4. VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	7
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	9
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	10
2.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	10
RESULTADOS.....	12
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
TABLA 1	Estigmatización en las adolescentes embarazadas en el tiempo de estudio.	14
TABLA 2	Características generales de las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	15
TABLA 3	Características sexuales en las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	18
TABLA 4	Características reproductivas de las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	20
TABLA 5	Características obstétricas de las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Nº de la figura	Nombre de la figura	Nº de pagina
FIGURA N° 1	Estigmatización en las adolescentes embarazadas en el tiempo de estudio.	14
FIGURA N°2	Características generales de las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	17
FIGURA N°3	Características sexuales en las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	19
FIGURA N°4	Características reproductivas de las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	22
FIGURA N°5	Características obstétricas de las adolescentes embarazadas estigmatizadas participantes en el estudio.	25

RESUMEN

Objetivo: Características de las adolescentes estigmatizadas durante el embarazo atendidas en el Hospital Rezola de Cañete Abril- Mayo 2018.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo simple, transversal, prospectivo. Población: 148 adolescentes. La muestra fueron 84 adolescentes embarazadas seleccionadas según Escala de Estigmatización de la Adolescente Embarazada. El instrumento fue una ficha de datos, validada por juicio de expertos.

Resultados: Del total de población de adolescentes embarazadas, el 56.8% se percibe estigmatizada. De las *Características Generales*, el 84.5% presentaron edades entre los 17 a 19 años; contaban con estudios básicos 81%; no unidas 59.5%, asumen su sustento 53.6%; dependiente 79.8%, sin hábitos nocivos 83.3%. *Características Sexuales:* de inicio sexual entre los 14 a 16 años 59.5%; con dos o más parejas 60.7%. *Características Reproductivas;* sin gestaciones previa 63.1%, que terminaron en parto 71%; utilizaban algún anticonceptivo 72.6%; mayormente preservativo o práctica de coito interrumpido 66.7%. *Características Obstétricas,* tienen embarazo no planificado 52.4%; se encontraban en la primera mitad de gestación 58.3%; ya cumplían 6 a más controles 77.4%; presentaban complicaciones 51.2%.

Conclusiones: Las adolescentes que sufren de estigmatización, en el estudio tienen características generales, sexuales, reproductivas y obstétricas que pueden complicar su maternidad presente.

Palabras clave: características, estigmatización, embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

Objective: Characteristics of stigmatized adolescents during pregnancy treated at the Rezola de Cañete Hospital April- May 2018.

Materials and methods: Simple descriptive, transversal, prospective study. Population: 148 adolescents. The sample consisted of 84 pregnant teenagers selected according to the Stigma Scale of the Pregnant Adolescent. The instrument was a data sheet, validated by expert judgment.

Results: Of the total population of pregnant adolescents, 56.8% are perceived as stigmatized. Of the *General Characteristics*, 84.5% had ages between 17 to 19 years; they had basic studies 81%; 59.5% not united, 53.6% assume their support; dependent 79.8%, with no harmful habits 83.3%. *Sexual Characteristics:* of sexual initiation between 14 to 16 years 59.5%; with two or more couples 60.7%. *Reproductive Characteristics;* without previous pregnancies 63.1%, which ended in labor 71%; they used some 72.6% contraceptive; 66.7% mostly condom or intercourse practice. *Obstetric Characteristics,* have unplanned pregnancy 52.4%; 58.3% were in the first half of gestation; already fulfilled 6 to more controls 77.4%; they presented complications 51.2%.

Conclusions: Adolescents who suffer from stigmatization in the study have general, sexual, reproductive and obstetric characteristics that can complicate their present motherhood.

Key words: characteristics, stigmatization, adolescent pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La etapa de la adolescencia representa de por sí, un periodo de alteraciones caracterizadas por la transición hacia el intento de la madurez biológica y psicológica siempre bajo la influencia del entorno, es la etapa de la consolidación de la personalidad dependiendo de las situaciones que se vivan y experiencias que se generen, periodo de descubrimiento de la sexualidad y en muchos casos de la iniciación sexual y subsecuentes embarazos, convirtiéndose en una condición en la que posiciona a la vida en situación de particular vulnerabilidad, sobre todo a las macroestructuras ideológicas como el machismo, los estereotipos y el prejuicio, naciendo una directa estigmatización hacia la adolescente embarazada de parte de la sociedad, la familia y hasta por ella misma.¹

La estigmatización implica sobre el sentimiento de devaluación de la persona, depresión, ansiedad e impacto social por no cumplir con los estereotipos planteados en el entorno, influyendo el aislamiento de la gestante adolescente, no permitiéndole tener controles prenatales adecuados, impidiéndole la comunicación de sus malestares y abandono de posibles tratamientos de enfermedades. Así también, el sentimiento de estigmatización repercute en los mecanismos fisiopatológicos de la madre y su feto a corto y largo plazo. Según registros de la Organización de las Naciones Unidas aproximadamente 16 millones de adolescentes comprendidas desde los 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.²

La (OMS) describió que 3 millones de mujeres adolescentes se someten abortos peligrosos, puede también tener estratos sociales y psicológicas negativas con diferentes características para las gestantes adolescentes, de lo cual con escasa o ninguna educación y viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. Por lo tanto, sin apoyo ni atención especial para estas adolescentes se implica enfermedades maternas, fetales y neonatales con más frecuencia que en la adulta embarazada.^{3, 4}

En consecuencia, existe una menor acumulación de capital humano para competir en el mercado laboral. Una de las consecuencias más frecuentes e inmediatas de la adolescente embarazada es la exclusión escolar. La adolescente generalmente está forzada a encontrar un empleo inadecuado, para el cual no está preparada y está mal remunerada. Esta circunstancia es un factor de riesgo para caer en pobreza o salir de ella, dado que la deserción escolar está asociada a un bajo desempeño laboral futuro y un proyecto de vida truncado. Indudablemente esto cambia para la adolescente, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida en caso de no haber quedado embarazada. Además, esta pérdida se transmite a lo largo del tiempo, creando una trampa de pobreza intergeneracional ⁵.

En el 2015 el Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud ⁶ registraron 1,538 casos de madres entre los 11 y 14 años de edad que acudieron a esta institución para declarar el nacimiento de sus hijos, y ese mismo año se registraron 3,950 madres de 15 años de edad en Lima.

Las cifras del MINSA⁷, confirmaron la tendencia. En la última década, la cifra de madres menores de 15 años pasó de 936 casos en 2005 a 1,040 nacimientos en el año 2015.

La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA⁸, informó que en la actualidad el 12,7% de adolescentes de 15 a 19 años son madres. Esto quiere decir que, en el Perú, cada día del año, al menos 4 menores de 15 años de edad se convierten en madres, mientras que entre las adolescentes de 15 años se registra un promedio de 11 partos al día; y que la sociedad aun sorprendida hace discriminación fortaleciendo el estigma en las gestantes adolescentes, no trabajando en la prevención ni promoción con lo que la problemática se agudiza. El hecho de que estas adolescentes se encuentren inmersas en situaciones de alta vulnerabilidad, implica que el embarazo observado en estas edades suele ser producto de violencia de género, ya sea mediante violencia sexual, física, simbólica, psicológica o económica. Esto reduce el empoderamiento de la mujer y hace más probable un segundo embarazo⁹.

En el Perú según el INEI, el 57,2% de los hogares tiene entre sus miembros al menos una persona menor de 18 años, es decir entre los 12 a 16 años que en Lima (sin Lima Metropolitana) significa el 86,6%¹⁰.

Asimismo, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), las complicaciones durante el embarazo y parto son la segunda causa de muerte entre las gestantes de 15 a 19 años en todo el mundo. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. Según el Instituto de Estadística e Informática hasta el año 2015 el porcentaje nacional de adolescentes mujeres es de 9.2% de la población total, estas cifras se han visto aumentadas en algunos años y en otros se han mantenido estables, más nunca han tenido una significativa disminución.¹⁰

En consecuencia, este estudio permite investigar un tema como es la estigmatización durante el embarazo en la adolescencia, muchas de aquellas mujeres tienen razones culturales o una probable información, esta capacidad se puede controlar integrando conocimientos y estrategias para la relación de estas adolescentes. Además, los actores responsables a las relaciones sexuales el 50% de los casos se refiere a la pareja y en el 30% de ellos se refiere al padre de familia esto muestra que la implementación de estudios que se toman en consideración donde también, el tema de problemas con violencia es más frecuente durante el embarazo adolescente, como prevalencia de violencia verbal de 53,8% y 14,7 % para violencia física, además de integrarse a un mayor sentimiento de sentirse estigmatizada, un menor autoestima en la madre y una mayor prevalencia en la depresión antes, durante y después de la etapa pre gestacional, gestacional y puerperio.^{11, 12} Sin embargo la estigmatización social de la madre adolescente en un entorno de violencia, pobreza, humillación y sentimiento de desvalorización a su alrededor, pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental, llevando al suicidio en última instancia. Por ejemplo, en El Salvador 1 de cada 2 muertes en embarazadas de entre 10 y 19 años se debe al suicidio ⁵.

Por tal motivo habiendo encontrado que las adolescentes pasan por cambios tanto fisiológicos y psicológicos que al pasar por un embarazo pueden ser pasibles de estigmatización, además, es un tema de importancia en el distrito de San Vicente-Cañete se formuló el siguiente problema:

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de las adolescentes estigmatizadas durante el embarazo, atendidas en el Hospital Rezola de Cañete durante el periodo abril-mayo del 2018?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivos generales

Determinar las características de las adolescentes embarazadas estigmatizadas durante el embarazo, atendidas en el Hospital Rezola de Cañete durante el periodo abril-mayo del 2018.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar la percepción de estigmatización en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo abril-mayo del 2018.
- b) Identificar las características generales en las adolescentes embarazadas estigmatizadas, participantes en el estudio.
- c) Identificar las características sexuales en las adolescentes embarazadas estigmatizadas, participantes en el estudio.
- d) Identificar las características reproductivas en las adolescentes embarazadas estigmatizadas, participantes en el estudio.
- e) Identificar las características obstétricas en las adolescentes embarazadas estigmatizadas, participantes en el estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente proyecto de investigación fue de tipo descriptivo simple, transversal y prospectivo.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 Población

La población fueron 148 adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital Rezola de Cañete, dato proporcionado por la oficina de estadística del Hospital en estudio; quienes inicialmente participaron en el estudio.

2.2.2 Muestra

La muestra ha sido recolectada a partir de la aplicación de la Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada ♦ (7 preguntas) a todas las adolescentes, quedando una muestra de 84 (56.8%), del total de la población considerada para el estudio, siendo las que alcanzaron puntaje establecido en el Cuestionario para presentar la estigmatización.

2.1.3 Muestreo

Muestreo no probabilístico.

2.1.4 Unidad de Análisis

Adolescente embarazada estigmatizada.

♦ Contreras H, Mori E, Espinoza E, Black C, Rojas D, Hinostroza W ¹⁵ (Anexo 1)

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de Inclusión

✓ Adolescente embarazada atendida en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Rezola de Cañete, con o sin gestación previa, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

✓ Adolescente embarazada que a la aplicación de la escala de estigmatización alcanzaron entre 07 a 21 puntos

2.3.2 Criterios exclusión

✓ Adolescente embarazada referidas de otras instituciones solo para alguna atención y sean contrareferidas a su Centro Hospitalario.

✓ Adolescente embarazada que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, y antes de completar el cuestionario, desistieron terminar la información.

2.4. VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONAL

2.4.1 Variables

- ❖ Variable 1: Características Generales
- ❖ Variable 2. Características Reproductivos
- ❖ Variable 3. Características Sexuales
- ❖ Variable 4. Características Obstétricas

2.4.2 Operacionalización de variables

Variable 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES				
Sub-VARIABLES		INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Edad de la adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Adolescencia temprana (14 a 16 años) Adolescencia tardía (17 a 19 años) 	Intervalo	Ficha de datos. Cuestionario de Preguntas
	Grado de Estudio	<ul style="list-style-type: none"> Estudios básicos: (primaria y secundaria) Estudios superiores: (Técnicos, Universidad) 	Ordinal	
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> Unida (conviviente y casada) No unida (soltera, separada) 	Nominal	
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> Dependiente: (ama de casa, estudiante.) Independiente: (obrera, empleada comerciante) 	Nominal	
	Hábitos Nocivos	Si () No () Si es si: <ul style="list-style-type: none"> Legales (tabaco, alcohol) Ilegales (marihuana, otros) 	Nominal	
VARIABLE 2. CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVOS				
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVOS	Gestaciones previas	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	Nominal	Ficha de datos. Cuestionario de Preguntas
	Termino de gestación anterior	Si es que hubo: <ul style="list-style-type: none"> Parto Aborto Otro (ectópico, mola) 	Nominal	
	Antecedente de uso de Método Anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> Métodos de larga duración (implantes, DIU) Métodos de corta duración (preservativo, coito interrumpido) 	Nominal	

VARIABLE 3. CARACTERÍSTICAS SEXUALES				
CARACTERÍSTICAS SEXUALES	Edad de inicio de Relaciones Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana (14 a 16 años) • Adolescencia tardía (17 a 19 años) 	Intervalo	Ficha de datos. Cuestionario de Preguntas
	Número de parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • + de 2 	Ordinal	
VARIABLE 4. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICO				
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICO	Tipo de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Deseado/ No deseado • Hubo tentativa de abortar: Si/No 	Nominal	Ficha de datos. Cuestionario de Preguntas
	Edad de gestación actual	<ul style="list-style-type: none"> • Primera mitad.... Semanas • Segunda mitad ... Semanas 	Nominal	
	N° de controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 5 CPN.... • 6 CPN a más.... 	Nominal	
	Complicaciones obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de aborto • Anemia • Placenta Previa • Infección Urinaria • Transtorno Hipertensivo 	Nominal	

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización a través de una carta de presentación de parte de la autoridad de la Facultad de Obstetricia y Enfermería para la realización del presente estudio. Una vez aceptado, se realizó coordinaciones con las autoridades del Hospital Rezola de Cañete, para que autorice el recojo de información en el servicio de Obstetricia durante los meses de abril y mayo del 2018, en horarios de lunes a viernes de 8am a 8pm horas, hasta completar la información requerida.

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista a cada adolescente embarazada que haya sido atendida dentro del servicio y se tomaron los datos necesarios considerados, que forman parte de la investigación.

Para validar la ficha de datos se solicitó la colaboración de Juicio de Expertos, siendo un total de 3, teniendo entre ellos, dos obstetras especialistas y un ginecólogo de la institución en estudio quienes aportaron recomendaciones importantes para el desarrollo de la investigación. (Anexo 2). El instrumento, entonces ha sido elaborado como una ficha Recolección de Datos estructurada con preguntas cerradas (Anexo 3), considerando las características generales de la gestante adolescente (15 preguntas).

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Una vez obtenido la información se ingresaron los datos a una base de Excel y posteriormente en el paquete estadístico SPSS versión 21. Para las variables cualitativas se analizaron las frecuencias y proporciones, determinando los valores de tendencia central y las medidas de dispersión.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la USMP-FOE y por el Comité Institucional de Ética e Investigación del hospital en estudio.

En razón a que nuestro deber como Obstetra, es promover y velar por la salud de las gestantes, para la investigación se ha tenido en cuenta aspectos éticos según la declaración de Helsinki adoptado por la 18.^a Asamblea Médica Mundial y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983) y Hong Kong (1989).

Se consideró un consentimiento (asentimiento) de la adolescente gestante para participar en el estudio, informándole de los objetivos y su derecho a participar o no, lo cual no redundaría de ninguna manera en las atenciones que de la institución seguiría recibiendo. (Anexo 4).

Se protegió y se tomó las precauciones para resguardar en todo momento la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las gestantes adolescente que se obtuvo mediante la entrevista.



RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE ABRIL- MAYO 2018

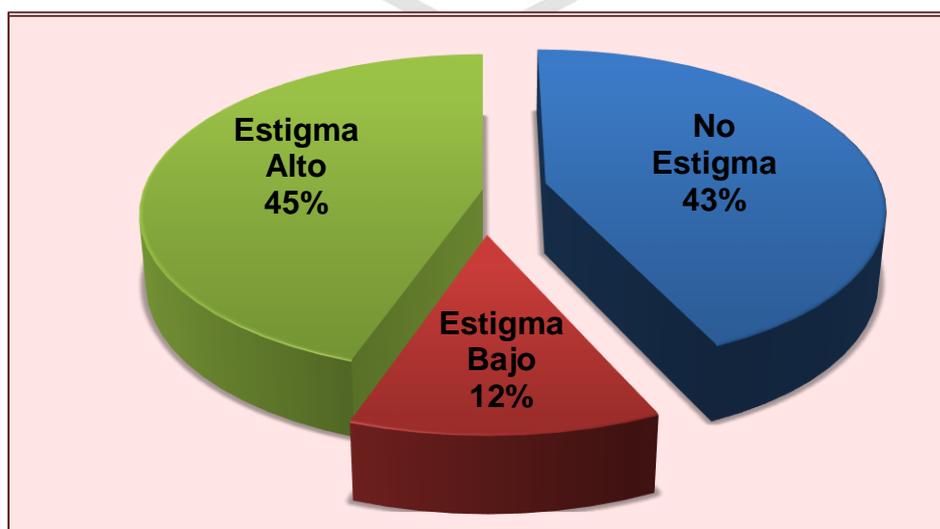
TABLA 1
ESTIGMATIZACIÓN EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Nivel		N°	Total %	N°
Sin estigma	No Estigma	64	43.2	64 43.2%
Con estigma	Estigma Bajo	18	12.2	84 56.8%
	Estigma Alto	66	44.6	
Total		148	100.0	MUESTRA

ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO ABRIL- MAYO DEL 2018

En la tabla se observa que en el 43.2% de adolescentes no hubo frecuencia de estigmatización, mientras que el 12.2% poseen nivel de estigma bajo y el estigma alto 44.6%, sumando estos dos últimos grupos se obtiene el 56.8% (84 casos) quienes finalmente fueron la muestra de estudio.

FIGURA 1
ESTIGMATIZACIÓN EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE EN EL PERIODO
ABRIL- MAYO DEL 2018



**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**TABLA 2
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

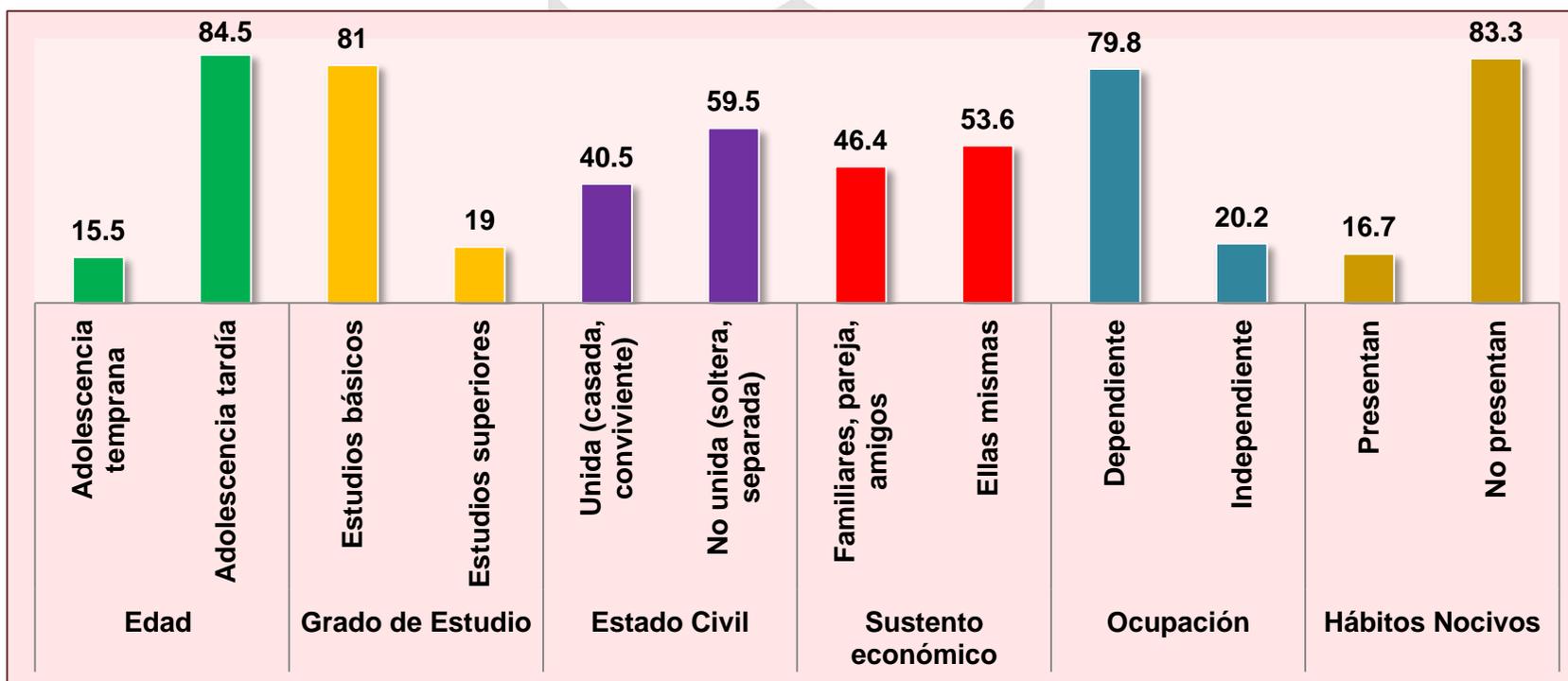
CARACTERÍSTICAS	Total	
	N°	%
Edad		
Adolescencia temprana	13	15.5
Adolescencia tardía	71	84.5
Grado de Estudio		
Estudios básicos	68	81.0
Estudios superiores	16	19.0
Estado Civil		
Unida (casada, conviviente)	34	40.5
No unida (soltera, separada)	50	59.5
Sustento económico		
Familiares, pareja, amigos	39	46.4
Ellas mismas	45	53.6
Ocupación		
Dependiente	67	79.8
Independiente	17	20.2
Hábitos Nocivos		
Presentan	14	16.7
No presentan	70	83.3
Total	84	100.0

En la tabla se observa con respecto a:

- **Edad:** Fueron en el total de entrevistadas adolescentes tardías (17 a 19 años), siendo así el 84.5%.
- **Grado de Estudio:** Fueron en el total de entrevistadas adolescentes con estudios básicos el 81.0%.
- **Estado Civil:** Fueron en el total de entrevistadas adolescentes, que nos mencionan según su estado civil, siendo así en el grupo de las adolescentes (no unida) el 59.5%.
- **Sustento Económico:** Según el total de entrevistadas adolescentes asumen su sustento económico ellas mismas el 53.6%.
- **Ocupación:** Según el total de entrevistadas de adolescentes tienen una ocupación dependiente el 79,8%.
- **Hábitos nocivos:** El total de entrevistadas de adolescentes no presentan los hábitos nocivos siendo así el 83.3%.

**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**FIGURA 2
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**



**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**TABLA 3
CARACTERÍSTICAS SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

Características	Total	
	N°	%
Edad Inicio RS		
Adolescencia temprana (14 a 16 años)	50	59.5
Adolescencia tardía (17 a 19 años)	34	40.5
Total	84	100.0
Número de parejas sexuales		
Uno	33	39.3
Dos a mas	51	60.7
Total	84	100.0

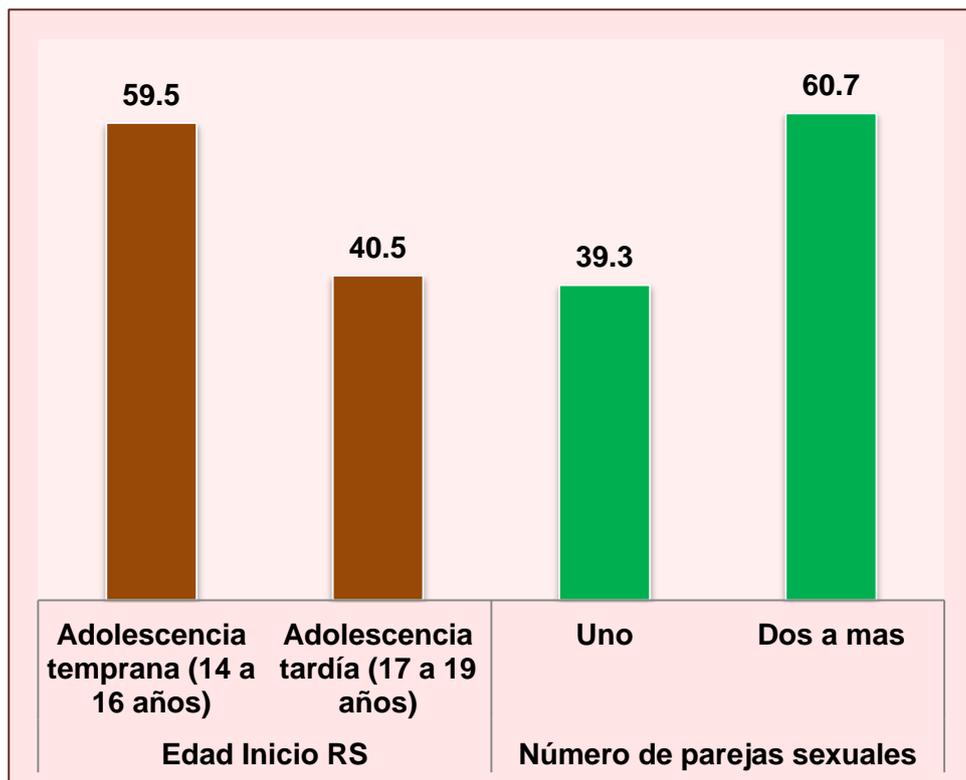
En la tabla se observa con respecto a:

- **Edad Inicio RS:** Fueron en el total de entrevistadas adolescentes, el grupo entre los 14 a 16 años, es decir el 59.5%.
- **Número de parejas sexuales:** El total de entrevistadas adolescentes embarazadas presentan dos o más parejas sexuales el 60.7%.

**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

FIGURA 3

**CARACTERÍSTICAS SEXUALES EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**



**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**TABLA 4
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

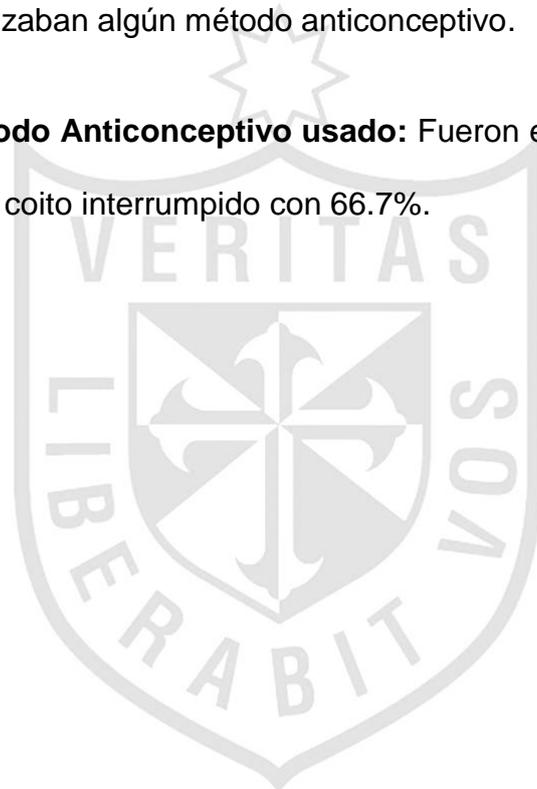
Características	Total	
	N°	%
Gestaciones previas		
SI (*)	31	36.9
NO	53	63.1
Total	84	100.0
Termino gestación previa (*)		
Aborto	9	29.0
Parto	22	71.0
Total	31	100.0
Uso de MACs previamente		
SI (**)	61	72.6
NO	23	27.4
Total	84	100.0
Tipo de Método Anticonceptivo usado (**)		
Hormonales, DIU	14	23.0
Preservativo, Coito interrumpido	47	66.7
Total	61	100.0

(*) Solo las que contestaron Si han tenido gestaciones previas: 31 adolescentes

(**) Solo las que contestaron Si han usado un MAC previamente: 61 adolescentes

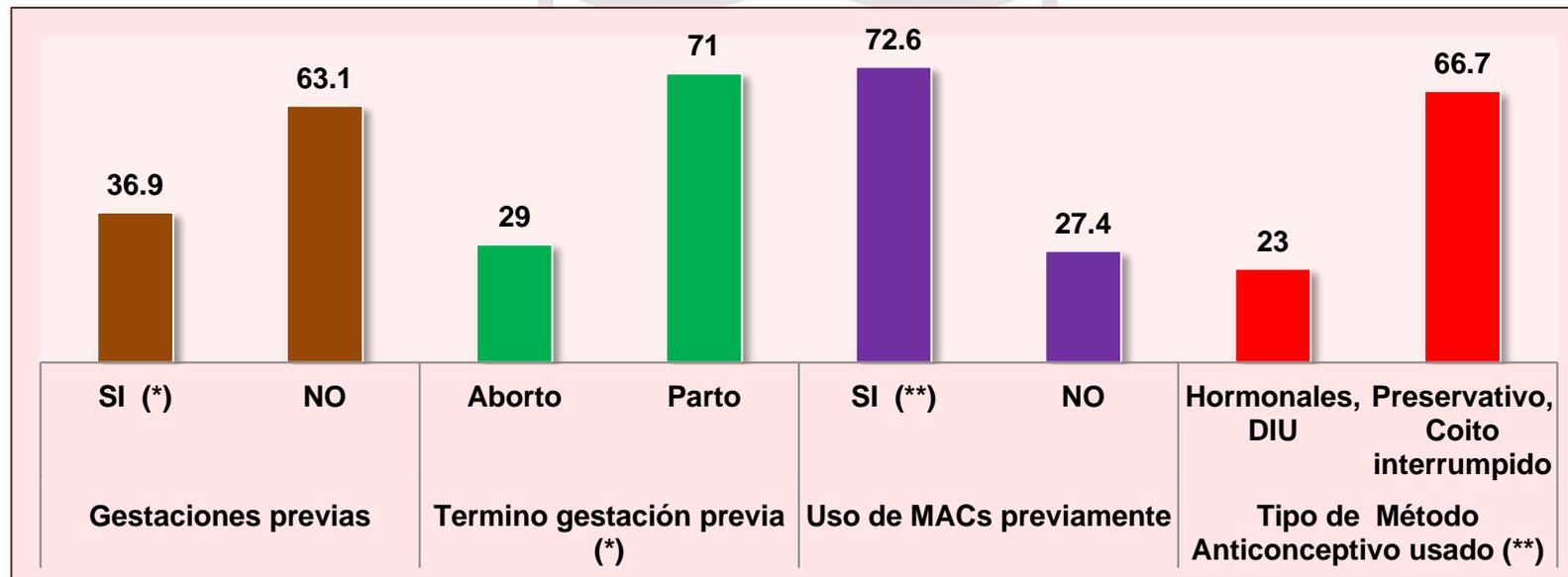
En la tabla se observa con respecto a:

- **Gestaciones:** Del total de entrevistadas adolescentes no tuvieron gestaciones previas el 63.1%.
- **Termino de gestaciones previa:** Del total de entrevistadas adolescentes que refirieron gestación previa el 71.0% terminó en parto.
- **Uso de MACs previamente:** Del total de entrevistadas adolescentes el 72.6%, si utilizaban algún método anticonceptivo.
- **Tipo de Método Anticonceptivo usado:** Fueron en el total MACs como preservativo, coito interrumpido con 66.7%.



**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**FIGURA 4
CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**



(*) Solo las que contestaron Si han tenido gestaciones previas: 31 adolescentes

(**) Solo las que contestaron Si han usado un MAC previamente: 61 adolescentes

**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE ABRIL- MAYO 2018**

**TABLA 5
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

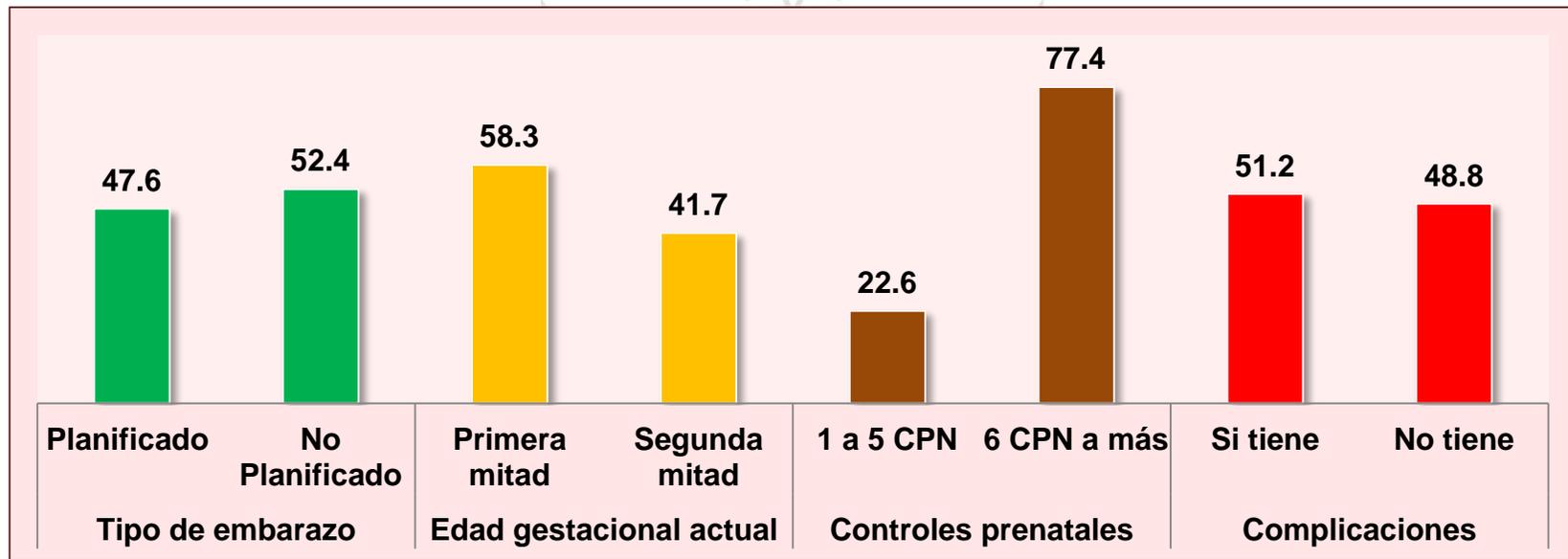
Características	Total	
	Nº	%
Tipo de embarazo		
Planificado	39	47.6
No Planificado	43	52.4
Total	84	100.0
Edad gestacional actual		
Primera mitad	49	58.3
Segunda mitad	35	41.7
Total	84	100.0
Número de controles prenatales		
1 a 5 CPN	19	22.6
6 CPN a más	65	77.4
Total	84	100.0
Complicaciones		
Si tiene	43	51.2
No tiene	41	48.8
Total	84	100.0

En la tabla se observa con respecto a:

- **Tipo de embarazo:** Fueron el total de porcentaje de entrevistadas adolescentes embarazadas que respondieron que su embarazo fue no planificado el 52.4%.
- **Edad gestacional actual:** En el total de porcentaje de entrevistadas adolescentes embarazadas estuvieron en la primera mitad de gestación el 58.3%.
- **Número de controles prenatales:** En el total de adolescentes embarazadas al momento de la entrevista presentaban 6 a más CPN con el 77.4%.
- **Complicaciones:** El 51.2% del total de entrevistadas adolescentes embarazadas tuvieron complicaciones.

**CARACTERÍSTICAS DE ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018**

**FIGURA 5
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ESTIGMATIZADAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**



DISCUSIÓN

Un embarazo puede provocar en las adolescentes serios trastornos e interrumpir el proyecto u objetivo educativo; la necesidad de un trabajo, generalmente mal remunerado, surge sin remedio; y la censura social en su contra y la de su familia puede llegar a convertirse en un estigma ¹³

Si bien la maternidad es altamente valorada de manera casi incondicional, el embarazo adolescente como tal es mal visto, resultado de haber roto el tabú de la sexualidad, asociado a una actitud de rebeldía y desobediencia frente a los normas sociales y culturales establecidos. Se espera así que la adolescente embarazada sienta vergüenza y arrepentimiento, ya que el embarazo es la prueba de haber tenido relaciones sexuales y significa perder el honor y el respeto que se debe al padre, a la familia y a la comunidad ¹⁴.

TABLA 1. Estigmatización en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Rezola de Cañete en el periodo abril- mayo del 2018

Para el estudio, se ha entrevistado a 148 adolescentes detectado en 84 de ellas (muestra) que presentaban estigmatización, dividiéndose en dos grupos: con estigma bajo (18 embarazadas adolescentes) y con estigma alto el (66 casos).

En el estudio de **Hans Contreras, Elizabeth Mori, Daniel Rojas, Eduardo Espinoza, Carolina Black, Willy Hinostroza (Perú, 2012)** ¹⁵, en su estudio trabajaron con 292 púerperas adolescentes, las que se consideraron en el 100% como portadoras de estigma, cifra muy superior a la que se presenta.

Kelly Santa Cruz y Mirella Soriano (Perú, 2017) ¹⁶, en su estudio refiere haber trabajado con 25 adolescentes embarazadas, quienes mostraron estigmatización durante la gestación, población menor que la estudiada en esta investigación.

Rosalynd Solano (Perú 2018) ¹⁷, trabajó en su estudio con 93 adolescentes atendidas en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo de julio a diciembre del 2017; muestra semejante al presente estudio.

TABLA 2: Características generales de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio

Las características generales de las adolescentes embarazadas predominantemente fueron edades entre los 17 a 19 años 84.5%; con estudios básicos 81%; solteras 59.5%; asumen su sustento económico con ayuda de otras personas 53.6%; de ocupación dependiente 79.8%; sin hábitos nocivos, 83.3%.

En el estudio de **Elizabeth Mori, Hans Contreras, Willy Hinostroza, Nelly Lam, Oscar Huapaya, Horacio Chacón, et al (Perú, 2015)** ¹⁸, en su muestra estudiada de la caracterización mencionan edad promedio de $16,5 \pm 1,1$ años (rango: 13 a 18); de estado civil soltera 51.4%; con estudios básicos (secundaria) 91.1%, conviven con su pareja.

En el estudio de **Rosalynd Solano (Perú 2018)** ¹⁷, informa de las adolescentes embarazadas, edad de 17 a 19 años 85%, Secundaria Incompleta 37%, conviviente 82%, y la pareja es el sustento económico 58%.

En la investigación de **Hans Contreras, Elizabeth Mori, Daniel Rojas, Eduardo Espinoza, Carolina Black, Willy Hinostroza (Perú, 2012)** ¹⁵, determinaron que el 20% tenían entre 13 y 15 años, más de 50% son solteras y el 67% tenían secundaria incompleta.

Las adolescentes que al hallarse embarazadas abandonan los estudios, a veces es porque continuar asistiendo a la institución de enseñanza es una decisión no de ella misma sino de las autoridades a pesar que en las normativas dadas por el estado se contempla que no renuncie. De todas formas, se observa que en caso de continuarlos se le dificulta por el compartir con sus compañeros de aula y de escuela en general lo que se superpone al estigma que sufre, que las aísla y no hay quien las proteja y ayude en esta situación.

TABLA 3: Características sexuales de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio

En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales fueron en el total, el grupo entre los 14 a 16 años, es decir las adolescentes tempranas con el 59.5%; con dos o más parejas sexuales fueron del total de 60.7%

Para **Adelayda Rodríguez y Charo Sucño (Perú, 2016)** ¹⁹, las adolescentes del estudio las edades que iniciaron su primera relación sexual fueron entre los 15 a 19 años con 53%, y tuvieron una sola pareja sexual seguido del cual es el 47%.

Los datos mencionados presentan una gran diferencia en los informes de **Jennifer Garnica (Perú 2016)** ²⁰ en que el número de parejas sexuales por las adolescentes embarazadas eran 1 pareja el 16.7% y 2 a 3 parejas sexuales 9.3%. También nos menciona que las adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual a los 14 años 4.7% y a los 15 años el 14.7%.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** ²¹, en Guatemala, el 13% de las menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad; las relaciones sexuales entre adolescentes representan el 63% con esposo o compañero en las edades de 13 y 14 años, mientras que el 54% se comporta en el grupo etario de 15 a 17 años.

Las uniones tempranas siguen siendo una problemática en estas edades adolescentes en donde se fija la estigmatización por el embarazo tan precoz, así en la encuesta realizada por la **ENSMI** ²², obtuvo que el 30% de las adolescentes menores de 13 años tuvo sus primeras relaciones sexuales

De acuerdo con la **ENDES 2011 (Perú)** ²³, la edad media del inicio sexual en mujeres es 19 años en zonas urbanas y 17 años en zonas rurales. En Loreto y Ucayali ocurre antes de los 17 años.

A nivel mundial **Yadileidis Fernández Rodríguez y José Rafael Escalona Aguilera (Cuba)** ²⁴, reconocen en su estudio el aumento de la actividad sexual de los adolescentes, y, en consecuencia, una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose así la incidencia de partos en mujeres menores de 19 años.

Gladys Guzmán Ledesma y Sandra Medina Álvarez (Ecuador, 2012) ²⁵, reportan que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales manifestada por las adolescentes es de 17 años alcanzando un 48%, seguido del 33% que inicio a los 18 años y un 19% que inicio a los 16 años. En relación a la preferencia de métodos anticonceptivos utilizados por los adolescentes el preservativo es el método más utilizado en un 40%, seguido de las inyecciones en un 30%, las pastillas en un 18% y el coito interrumpido en un 12%.

TABLA 4: Características reproductivas de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio

El fenómeno del embarazo y la maternidad en la adolescencia afecta en mayor medida a las mujeres pobres, rurales y a aquellas con menor nivel educativo, exponiendo a la joven madre, a su pareja y a su bebé al riesgo de que el círculo vicioso de la pobreza se extienda al menos por una generación más ²⁶.

Del total de entrevistadas adolescentes no tuvieron gestaciones previas 63.1%. De estas gestaciones previas el 71.0% terminó en parto.

En el estudio de **Mori et al (Perú, 2015)** ¹⁵, el término de las gestaciones de las adolescentes fue el aborto y se registró en 7,5% casos, mientras que 2,7% púerperas tenían un hijo previo.

En el estudio de **Adelayda Rodríguez y Charo Sucño (Perú, 2016)** ¹⁹, se puede apreciar del número de adolescentes embarazadas el 57% tuvieron un hijo, es decir terminaron en parto de la gestación anterior.

Datos hallados en el presente estudio muestran una gran diferencia y según **Ahman y Shah** ²⁷, estiman que cada año se practican alrededor de 3 millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad y que estas adolescentes no usaban actualmente un método anticonceptivo.

Informamos que el 72.6%, utilizaron algún anticonceptivo previamente; lo que al revisar el tipo de anticonceptivo usado fue el preservativo y la práctica anticonceptiva del coito interrumpido con 66.7%

Según las cifras nacionales de la **ENDES 2011** ²³, el 12.8% de las adolescentes emplea algún método anticonceptivo. Entre las adolescentes en unión conyugal el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es mayor 60.7%, pero sigue siendo menor al de otros grupos de edad.

Así mismo **Yover Ruiz Gómez (Perú, 2017)** ²⁸, en su estudio menciona que el uso de métodos anticonceptivos es un punto clave en la prevención de embarazos no deseados encontrando que más del 60% de los casos iniciaron relaciones sexuales sin usar ningún método anticonceptivo, de ese grupo comenta que el 61,9% no uso preservativo, el 38,1% uso condón, comparando en el presente estudio que el 72.6% en que si usaron preservativo o coito interrumpido. Sin embargo, **Tolli (Alemania, 2012)**²⁹, menciona que han concluido que los programas tienen efectos limitados en la promoción de conductas seguras y en el mejoramiento de la salud.

Sadler Michielsen y Francisco Aguayo. (Chile, 2015)³⁰, también menciona y compara con grupos control, no se han encontrado diferencias significativas

en términos, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes sexualmente activos o el uso de un método en la última relación sexual, aunque se ha observado que los programas han logrado reducir el estigma.

Se coincide con el estudio de **Julia Nogueira** ³¹, que explica la educación sexual que incluyen aspectos en materia de salud sexual y reproductiva y acceso universal a la anticoncepción, ayudaría a reducir el número de embarazos no deseados, lo que incidiría en un decremento de las tasas de aborto, en el uso adecuado y oportuno de los anticonceptivos de las adolescentes, lo que de alguna manera disminuiría el sentimiento de estigmatización.

TABLA 5. Características obstétricas de las adolescentes embarazadas participantes en el estudio

El embarazo en las adolescentes, según estudios realizados por UNICEF ¹⁴, es deseado por la ausencia de proyectos de vida, o que la adolescencia es un período en el que la persona se siente fascinada por el riesgo y no evalúa las consecuencias de las relaciones sexuales y en algunas comunidades el valor de la maternidad o de ser madre es tan aceptado socialmente que hasta cierto punto aminora la sanción de un embarazo adolescente o no planificado o no deseado

De las adolescentes entrevistadas, el embarazo fue no planificado en 47.6% en el total de la muestra.

Rubén Osorio Alania (Perú, 2014) ³², informa en su tesis que el 80% de adolescentes en su muestra, respondieron que no habían planificado su embarazo, porque estaban provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, lo cual ya es un estigma que sufre la adolescente.

Rosalyn Solano (Perú 2018) ¹⁷ informa que las adolescentes entrevistadas, presentaban embarazo no planificados en un 84%; y, **Daris Hoyos de Arce y Fermín Fernández (Colombia, 2013)** ³³ observaron que la gestación no planificado por la adolescente fue de 62%, frente al 82% en el grupo que presentaba el resultado adverso. **Elaine Esperanza Calle (Perú, 2015)**³⁴ relata en su informe de tesis que el 78,3% de las adolescentes encuestadas respondieron que no quisieron salir embarazadas, es decir presentaron embarazos no planificados, precisando que las adolescentes necesitan saber cuáles son las consecuencias de determinadas acciones y el ejercicio de su sexualidad se debe asumir como un derecho de manera informada, con responsabilidad y autonomía, para enfrentar el estigma que se presenta en el embarazo.

El **MINSA- Perú** ³⁵, clasifica los controles prenatales en: controles prenatales suficientes (6 a más controles), controles prenatales insuficientes (3 a 5 controles) y no controles prenatales (0 a 2 controles), además menciona que una gestante controlada debe tener como mínimo 6 controles prenatales; lo cual en el estudio que se presenta se obtuvo que las adolescentes si cumplían con este requisito.

La edad gestacional actual de las adolescentes al momento del estudio, se situó principalmente en la primera mitad de gestación 58.3%. El número de controles prenatales que presentaban las adolescentes embarazadas fue de 6 a más controles prenatales con 77.4%,

Datos menores el presente estudio fueron hallados por **Morí, et al (Perú, 2015)**¹⁸, en su investigación encontró en relación a los controles prenatales, 65,1% de puérperas presentaron seis o más controles prenatales mientras que 34,9% tuvieron menos de seis controles.

Así mismo **Rosalyn Solano (Perú 2018)**¹⁷ en su estudio encontró que hubo una frecuencia similar al presente estudio, menciona que los controles prenatales fueron mayor o igual a 5 en 72%, lo cual significaría soporte brindado por el obstetra para la adolescente en caso de presencia de estigmatización.

En la investigación de **Daris Hoyos de Arce y Fermín Fernández (Colombia, 2013)**³³ observaron que el control prenatal fue considerado satisfactorio (6 a más controles) en 36% de los casos

Nancy Williamson⁹, informa en el Estado de la Población Mundial 2013 que existen 70.000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y del parto, cifra muy importante por cuanto una muerte materna significa para el mundo.

De las adolescentes embarazadas entrevistadas el 51.2% presentaron complicaciones

Datos mayores en el presente estudio fueron hallados por **Mori, et al (Perú, 2015)** ¹⁸, quienes en su investigación encontraron diferentes patologías obstétricas que juntas significaron el 74.7% del total de adolescentes embarazadas estigmatizadas.

Daris Hoyos de Arce y Fermín Fernández (Colombia, 2013) ³³ observaron en su estudio, 20% de complicaciones en la gestante adolescente, datos menores en el presente estudio, sin embargo, encontraron 78% de efectos adversos en el perinato, incluyendo la muerte perinatal.

Así, **Williamson (2013)**⁹, nos menciona en su estudio, que existen muchos problemas asociados con el embarazo que afectan a las mujeres, especialmente cuando se habla de niñas y adolescentes, quienes van a tener problemas de salud en el futuro. Por ejemplo, la desnutrición por mala alimentación, la anemia o las enfermedades reproductivas relativas a la falta de atención médica oportuna. Las “madres primerizas o las físicamente inmaduras son particularmente vulnerables a un trabajo de parto prolongado y obstruido, que puede causar fístula obstétrica, especialmente si el parto por cesárea no está disponible ni accesible”.

CONCLUSIONES

Del total de adolescentes embarazadas entrevistadas, la mayoría se sentía estigmatizada, constituyéndose en la muestra de estudio.

En cuanto a las características

- **Generales**, las edades fluctuaron entre los 17 a 19 años, con estudios básicos, de estado civil unidas (convivientes), ellas mismas asumen su sustento económico, de ocupación dependiente, y no presentan hábitos nocivos.
- **Sexuales**, la edad de inicio de relaciones sexuales fue entre los 14 a 16 años, y presentan dos o más parejas sexuales.
- **Reproductivas**, no tuvieron gestaciones previas, terminaron en parto, y utilizaban algún método anticonceptivo, siendo mayormente el preservativo, y la práctica del coito interrumpido.
- **Obstétricas**, su embarazo fue no planificados, se encontraban en la primera mitad de gestación, tenían 6 a más CPN, y presentaban complicaciones.

RECOMENDACIONES

A los profesionales que atienden a las adolescentes embarazadas, especialmente a las y los Obstetras del Hospital Rezola de Cañete, se les sugiere:

- Realizar y fortalecer estrategias de captación de adolescentes, sobre todo las adolescentes tempranas durante las atenciones prenatales, a fin de prevenir los efectos de estigmatización que se pudieran producir en el embarazo precoz, y ocasionar probables problemas como conducta de riesgo en su salud sexual y reproductiva, que puede complicar el embarazo.
- Realizar talleres y/o charlas educativas dirigidas a la comunidad en general sobre salud sexual y reproductiva, para concientizar a las y los adolescentes, y comprometer a la familia y sociedad inmediata en la disminución de esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington.D.C. OPS,2005. [Consultado el 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN.pdf>
2. Gogna, M. [Texto]. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: Cedes-Unicef. [En línea]. 2005. [Consultado el 05 de abril 2018]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad6/complementaria/embarazo_maternidad_adolescencia.pdf
3. Chávez M. La estigmatización de la adolescencia como grupo poblacional en riesgo y sus repercusiones en la construcción de ciudadanía. En: Sinéctica no.42 Tlaquepaque ene- jun. 2014.
4. Muñoz M, Pérez E, Crespo M. [Texto]. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Septiembre 2009. Editorial Complutense. Madrid.
5. Azevedo J, Favara M, Haddock S, Lopez L, Müller M, Perova E. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Washington DC, Estados Unidos. 2012

6. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes”. [En línea]. Reporte N° 4-2016-SC/MCLCP Prevención del embarazo en adolescentes. situación y perspectivas al 2021 [Consultado el 11 de abril 2018]. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembarzoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf
7. Ministerio de Salud (MINSA). Documento Técnico: Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú. 2017 / -1a ed.- [En línea]. Ministerio de Salud - Lima, 2017. [Consultado el 12 de abril 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
8. Ministerio de Salud (MINSA). **Comisión multisectorial** de monitoreo, seguimiento y evaluación de Prevención del Embarazo Adolescente. [En línea]. 2013-2021. [Consultado el 12 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131106-MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente.pdf>
9. Williamson N y colaboradores. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. UNFPA El Estado de la Población Mundial 2013. [Internet]. División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York, NY 10158 Estados Unidos de América. 2013. [Consultado el 15 de mayo 2018]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
10. Morí E, Contreras H [En línea]. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev. Perú. med. expo. Salud Pública. Lima jul. 2013. [Consultado el 06 de abril 2018]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo junio 2009. [Internet]. [Consultado el 05 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). El embarazo en la adolescencia. septiembre de 2014 [Internet]. [Consultado el 05 de abril 2018]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es>
13. Cajamarca J. “Prevención del embarazo en adolescentes de 12 a 20 años” Bogotá-Colombia 2013. Universidad Santo Tomas de Aquino. Especialización en Gerencia de Multimedia. Programa de multimedia. Colombia, 2013
14. Salinas S, Castro M, Fernández C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región informe final. Plan internacional- Oficina Regional para las Américas. UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panamá, Agosto, 2014.
15. Contreras H, Mori E, Espinoza E, Black C, Rojas D, Hinostroza W. Cuando los padres están ausentes: el involucramiento de la pareja y la estigmatización en la embarazada adolescente de Lima Metropolitana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012. Lima, Perú En: Revista Científica Vol 9 N° 3, setiembre-diciembre 2012

16. Santa Cruz K, Soriano M. Apoyo social y resiliencia en adolescentes embarazadas del centro de salud huambocancha baja. [En línea]. Cajamarca – Perú. Diciembre – 2017. [Consultado 15 de mayo de 2018] Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/602/TESIS%20SANTA%20CRUZ%20-%20SORIANO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
17. Solano R. Perfil epidemiológico de madres adolescentes que presentaron sentimiento de estigmatización durante el embarazo, Hospital de Vitarte, periodo julio – diciembre, 2017. Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. Lima – Perú 2018
18. Mori E, Contreras H, Hinojosa W, Lam N, Huapaya O, Chacon H. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. An. Fac. med. 2015 Abr; 76(2) 141-146.
19. Rodríguez A, Sucño C. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza. Chupaca de enero a marzo 2016. Universidad Peruana del Centro UPECEN. Huancayo –2016. Perú, 2016
20. Garnica J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del embarazo adolescente en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Nacional Santa Rosa 6094. Chorrillos, 2016. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Lima - Perú 2016.

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5681/Garnica_nj.pdf?sequence=1

21. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Creciendo juntos responsablemente. [En línea]. Organización Mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Consultado 22 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518
22. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). [En línea]. ENSMI 2014- 2015. [Consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en: <http://onu.org.gt/2017/03/01/ensmi-2014-2015/>
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). "**Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2011**". [En línea]. Lima, mayo 2012. [Consultado 22 de mayo de 2018] Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1027/index.html>
24. BIREME - OPS – OMS. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Fernández Y, Escalona J. Comportamiento del embarazo en la adolescencia: Policlínico José Martí, Gibara, Junio 2009. [En línea]. *Rev. pediatr. electrón;* 8(1) abr. 2011. Consultado 19 de mayo de 2018] Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-673416>

25. Guzmán G, Medina S. Uso de los métodos de planificación familiar en adolescentes y su relación con la prevención de embarazos no deseados estudio a realizarse en el centro materno infantil Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo durante el 2012. Universidad Técnica de Babahoyo. [En línea]. Ecuador, 2012 [Consultado 05 de mayo de 2018] Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/387/6/T-UTB-FCS-ENF-000017.pdf>
26. Mora G. La prevención del embarazo adolescente: reto de la educación sexual. Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte Loynaz” [En línea]. Manabí, Ecuador 2015. [Consultado 13 de mayo de 2018] Disponible en: <http://docplayer.es/15512591-La-prevencion-del-embarazo-adolescente-reto-de-la-educacion-sexual-prevention-of-adolescent-pregnancy-a-challenge-for-the-sexual-education.html>
27. Ahman E, Shah I. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. Preventing Unsafe Abortion, Special Program of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland. [En línea]. International Journal of Gynecology and Obstetrics 115 (2011) 121-126. [Consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf;jsessionid=E035557ECC45486EDE1BABC6EAD76B80?sequence=1
28. Ruiz Y. Epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E. Bernales. Enero 2017. Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos Facultad de Medicina E.A.P. de Medicina Humana. [En línea]. Lima, Perú. 2017 [Consultado 10 de mayo de 2018] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6159/Ruiz_gy.pdf?sequence=1
29. Tolli M. "Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies." Universidad Libre de Berlín. Berlín, Alemania 2012. En: Health education research 27.5 (2012): 904–913.
30. Sadler M, Aguayo F. Gestación adolescente y dinámicas familiares. Centro Interdisciplinario de Estudios del Género (CIEG). Universidad de Chile. . [En línea]. Santiago de Chile, Marzo, 2015. [Consultado 12 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/07-Gestacion-adolescente-y-dinamica-familiar-1.pdf>
31. Nogueira J. Análisis de la Legislación europea y española sobre Salud Sexual y Reproductiva. Editorial: Fundación Alternativas. España, 2014.
32. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Lima – Perú 2014.
33. Hoyos D, Fernández F. Factores de riesgo asociado a los resultados perinatales adversos en la población gestante adolescente. Barranquilla, enero de 2012-abril de 2013. Universidad Libre Seccional. Colombia,

Barranquilla2013. En: Biociencias. Volumen 8. Número 1- 19 – 25.
Enero-Junio 2013.

34. Calle E. Percepción de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Escuela de Postgrado. Programa de Maestría en Gestión en Atención Primaria de la Salud. [En línea]. Perú, Lima, 2015. [Consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en:

<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/575498/FACTORES.ASOCIADOS.pdf;jsessionid=0F2CD1B8861BD30ECA298964F8D83502?sequence=1>

35. Ministerio de Salud (MINSA).” Prevención del embarazo en adolescentes”. La Salud del adolescente y el joven. Lima-Perú. 2010. Base de datos nacional de Egresos Hospitalarios. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática, Perú 2009 – 2011

36. Tilleria W. Testimonio sobre embarazo adolescente. En: Salud y derechos. Fundación DONUM [En línea]. 2014. [Consultado 23 de mayo de 2018] Disponible en: <file:///C:/Users/profesorfoe/Downloads/393-918-1-PB.pdf>

37. Sulet M. Autoconcepto en madres solteras, que se encuentran a cargo de la crianza de sus hijos. Guatemala- Ecuador. [En línea] Enero de 2016 Universidad Rafael Landívar. [Consultado 18 de mayo de 2018] Disponible en:

<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/05/42/Sulet-Marlen.pdf>

38. Henríquez G. Madres adolescentes: significados y experiencias. Una mujer debe poder decir sin sentirse culpable ¿Quién soy y qué quiero de la vida? [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla. España, 2016-02-19.
39. Bermeo J, Crespo A. "Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el "Hospital Regional Vicente Corral Moscoso." Mayo-noviembre, Cuenca- Ecuador". Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. [En línea] Cuenca-Ecuador 2015. [Consultado 18 de mayo de 2018] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24444/1/CUIDADO%20DEL%20RECIEN%20NACIDO%20EN%20MADRES%20ADOLESCENTES%20CUENCA.pdf>
40. Terán N. Adopción del rol materno en relación con el nivel de vinculación madre adolescente – recién nacido. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. 201. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud. Trujillo – Perú 2014
41. Cruzado M. Características socioculturales y conocimiento de las madres adolescentes sobre el cuidado básico del recién nacido. Hospital José soto cadenillas. [En línea]. Chota - Perú 2014. [Consultado 18 de mayo de 2018] Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/276/T%20306.874%20C955%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

ANEXO 1

SENTIMIENTO DE ESTIGMATIZACIÓN EN MADRES ADOLESCENTES (*)

INTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta, luego complete los espacios en blanco o marque con un aspa (X), la respuesta que crea conveniente.

SENTIMIENTO DE ESTIGMATIZACIÓN	Siempre/todo el tiempo (3 puntos)	La mayoría de veces (2 puntos)	A veces / raramente (1 punto)	Nunca (0 puntos)
1. Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia				
2. Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia				
3. Tuve temor de cómo reaccionarían mis padres				
4. Durante los cuidados de mi embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente				
5. Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos				
6. Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo				
7. Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada				

(*) **Escala utilizada para seleccionar la MUESTRA.** Está basada en un cuestionario validado en el estudio “Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú” cuyos autores son: **Elizabeth Mori Quispe y colaboradores** ¹⁸

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n2/a06v76n2.pdf>

ANEXO 1a
CATEGORIZACION DE LA VARIABLE ESTIGMA UTILIZANDO LA
ESCALA DE STANONES

Para la categorización del ESTIGMA en las Adolescentes embarazadas, se procedió de la siguiente manera:

Promedio Aritmético : 10.85

Desviación estándar : 5.85

Número de Preguntas : 20

Constante : 0.75

Reemplazando:

$$a = 10.85 - 0.75 (5.85) = 6.46$$

$$b = 10.85 + 0.75 (5.85) = 15.23$$

NIVEL	:	INTERVALO
No Estigma	:	00 – 06
Estigma Bajo	:	07– 14
Estigma Alto	:	15 – 21

ANEXO N°2
USMP
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERIA
ESCALA DE CALIFICACION DEL EXPERTO

Estimado (a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se solicita su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Agradeceré se sirva marcar con una X (aspa) en SI o NO su respuesta de acuerdo a lo que considere conveniente, así como también proporcionamos sus valiosos aportes y observaciones.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación	✓		
2	El instrumento persigue los fines de los Objetivos Generales	✓		
3	El instrumento persigue los fines de los Objetivos Específicos	✓		
4	La participación de la variable en sus dimensiones es satisfactoria	✓		
5	La escala utilizada es la correcta	✓		
6	Los puntajes de calificación están bien	✓		
7	La estructura del instrumento es adecuada	✓		
8	Los ítems del instrumento responden a los objetivos del estudio	✓		
9	Los ítems son claros y entendibles	✓		
10	El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		
11	Eliminaría algún ítem en el/los instrumentos		✓	
12	Agregaría algún ítem en el/ los instrumentos		✓	

SUGERENCIAS

.....
GALLEGOS CAJO, Miguel Angel
 MEDICO GINECO - OBSTETRA
 CMP 41172

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REZOLA DE CAMPE

LIC. MILAGROS DEL PILAR BEAS MASCOSO
 COP N° 18928

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REZOLA DE CAMPE

LIC. ROXANA ALVARADO ZELADA
 COP N° 30603

ANEXO 3
CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES ESTIGMATIZADAS DURANTE EL EMBARAZO
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE
ABRIL- MAYO 2018

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS/CUESTIONARIO

PRESENTACION:

Yo soy la Bachiller Obsta. JUDITH AZAÑERO, quien le saluda cordialmente para comunicarle y solicitarle, que participe de este estudio cuyo objetivo Determinar las características de las adolescentes estigmatizadas durante el embarazo atendidas en el Hospital Rezola de Cañete, y que redundará en la mejora de atención a su persona durante su embarazo. Es totalmente confidencial y anónimo, y lo que me responda sólo será utilizado para esta investigación. En caso usted no desee participar, de ninguna manera alterará las atenciones de salud que se le tenga que realizar. Muy agradecida por su colaboración para llenar este cuestionario.

INTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta, luego complete los espacios en blanco o marque con un aspa (X), la respuesta que crea conveniente.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad de la mujer

- Adolescencia temprana (14 a 16 años) ()
 Adolescencia tardía (17 a 19 años) ()

Grado de Estudio

- Estudios básicos: Primaria () Secundaria ()
 Estudios superiores: Técnicos () Universidad ()

Estado Civil

- Unida Conviviente () Casada ()
 No unida Soltera () Separada ()

Sustento económico

- Familiares: Padres () Apoderados ()
 Otros: Parejas () Por si misma ()

Ocupación

- Dependiente: Ama de Casa () estudiante ()
 Independiente: Obrera () empleada () comerciante ()

Hábitos Nocivos

- SI No

CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVOS

Gestaciones previas

- Si No

Termino de gestación anterior

- Parto Aborto
 Otro (ectópico, mola).....

Antecedente de uso de Método Anticonceptivo

- Métodos de larga duración () implantes () DIU
 Métodos de corta duración () preservativo () coito interrumpido

SEXUALES**Edad de inicio de Relaciones Sexuales**

- Adolescencia temprana (14 a 16 años)
 Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Número de parejas sexuales.....

- 1 + de 2.....

OBSTÉTRICOS**Tipo de embarazo**

- Planificado () No Planificado ()
Hubo tentativa de abortar
 Si () No ()

Edad gestacional actual

- Primera mitad Semanas
 Segunda mitad ... Semanas

Nº de controles prenatales

- 1 a 5 CPN 6 CPN a más

Complicaciones obstétricas

- Amenaza de aborto
 Anemia
 Placenta previa
 Infección urinaria
 Trastorno hipertensivo

Gracias por su participación

ANEXO 4

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, usted dará su consentimiento para que participe en la investigación propuesta por la estudiante de obstetricia **JUDITH ELENA AZAÑERO MALQUICHAGUA** de la Universidad de San Martín de Porres; habiéndose explicado la naturaleza y los propósitos de este estudio y las posibles contrariedades que se puedan presentar.

La presente investigación tiene como objetivo: Características de las adolescentes estigmatizadas durante el embarazo atendidas en el Hospital Rezola de Cañete abril- mayo 2018.

Los resultados de este estudio nos permitirán.

Identificar, conocer, analizar la estigmatización durante el embarazo en madres adolescentes. Además de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se podrá adoptar conjuntamente con los expertos (obstetras y médicos) medidas de solución sobre el sentimiento de estigmatización durante el embarazo en madres adolescentes.

Su participación es voluntaria, no existen riesgos físicos ni psicológicos y tiene la oportunidad de hacer cualquier pregunta con respecto al proceso investigativo. La información obtenida será tratada de manera confidencial.

.....
TESISTA

.....
MADRE DE FAMILIA