



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BIO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:
CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES EN
ADOLESCENTES, PREVIAS AL EMBARAZO, DE
ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES
TÉCNICO-PROFESIONALES DE LA CUIDAD DE
CHILLÁN”.**

☞ **AUTORAS:**

- Llanos Becker, Verónica.
- Ramos Concha, Genoveva.
- Sepúlveda Pérez, Andrea.
- Valenzuela Cid, Sandra.

☞ **DOCENTE GUÍA:**

- Gajardo Valenzuela, Susana.
Magíster en Familia
Mención Mediación.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN-CHILE 2010

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por brindarnos la fortaleza necesaria para el desarrollo de nuestra investigación y no dejarnos vencer por las adversidades que se presentaron durante el transcurso de esta.
- A nuestras familias, por su apoyo incondicional y constituir así un pilar fundamental para nuestro desarrollo personal y profesional.
- A nuestra docente guía, Sra. Susana Gajardo V. por su colaboración y orientación durante el proceso del estudio.
- A la docente Juana Cortés R. por su disposición y apoyo durante el desarrollo de la investigación.
- A la estadística, Sra. Alejandra Rodríguez F. por guiarnos y asesorarnos durante el procesamiento de datos.
- A los establecimientos educacionales con los que trabajamos, especialmente a sus respectivos directores y orientadores por su cálida recepción y disposición para colaborar en la ejecución de la investigación.
- A las alumnas de 1° a 4° medio de los distintos establecimientos educacionales por su disponibilidad para participar en el estudio.
- Y a nosotras mismas por haber desarrollado un trabajo en equipo efectivo y haber crecido como personas y amigas durante el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN

I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Presentación y fundamentación del problema	3
1.2 Importancia para la profesión	4
1.3 Problema	5
1.4 Problematización	5
1.5 Marco teórico	6
1.6 Marco empírico	20
1.7 Propósito de la investigación	24
1.8 Objetivos	25
1.9 Listado de variables	28
II DISEÑO METODOLÓGICO	29
2.1 Tipo de diseño	29
2.2 Universo – Muestra	29
2.3 Unidad de análisis	29
2.4 Aspectos éticos	29
2.5 Criterios de inclusión	30
2.6 Procedimientos para la recolección de datos	30
2.7 Descripción del instrumento recolector	31
2.8 Prueba Piloto	31
2.9 Procesamiento de los datos	31
III ANALISIS	32
3.1 Análisis de resultados	32
3.2 Discusión de los resultados	47
IV CONCLUSIONES	55
4.1 Limitaciones	58

4.2 Sugerencias 59

V BIBLIOGRAFÍA 60

VI ANEXOS

6.1 Definición nominal y operacional de las variables de la investigación

6.2 Cuestionario

6.3 Cartas de autorización

RESUMEN

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Cuyo propósito fue conocer las características psicosociales en adolescentes, previas al embarazo, en establecimientos educacionales técnico-profesionales de la ciudad de Chillán; determinando características que pueden influir en un embarazo precoz.

El universo estuvo compuesto por 100 alumnas con antecedentes personales de embarazo y la muestra corresponde a 81 adolescentes entre 1° a 4° medio; de establecimientos educacionales Técnico- Profesionales de la ciudad de Chillán.

Los datos se obtuvieron de un cuestionario elaborado por las autoras y validado por prueba piloto realizada en el Liceo Federico Heise Marti de la ciudad de Parral. La información obtenida fue ingresada al programa Microsoft Excel 2003, donde se creó una planilla de datos para obtener porcentajes de cada variable y posteriormente confeccionar los gráficos correspondientes.

Los resultados demostraron que, el 77,78% cursó su primer embarazo en la adolescencia media. Respecto a las características familiares, el 67,90% manifestó tener buenas relaciones familiares y el 51,85% presentó antecedentes familiares de embarazo. Referente a las características socioculturales, un 51,8% y 66,7% de padres y madres respectivamente, no cursaron enseñanza media completa. En cuanto a las características personales de las adolescentes, un 58,08% se inició sexualmente entre 15 y 17 años; 82,72% lo hizo por decisión propia; 55,56% no utilizaba métodos anticonceptivos y 19,75% deseaba quedar embarazada. Las variables más representativas fueron: etapa de la adolescencia donde se produce el primer embarazo, antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia y uso de métodos anticonceptivos.

Palabras Claves: adolescente, embarazo en la adolescencia.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia corresponde a una etapa de la vida llena de cambios en todos los ámbitos del desarrollo humano, caracterizada generalmente, porque estos jóvenes se sienten con la capacidad de poder tomar sus propias decisiones, sin oír los consejos de sus padres, que hasta ese momento, actuaban como guías exclusivos, indicando el camino y las opciones más adecuadas. Por este motivo, son comunes las discrepancias con sus progenitores y el deseo intransable de ser independientes, pero en muchos casos, actúan como seres vulnerables que necesitan de constante atención y comprensión.

En esta etapa, se encuentran muy propensos a desarrollar comportamientos riesgosos, en los que él mismo y su medio social, familiar y escolar podrán influir aumentando o disminuyendo la posibilidad de presentarlos. Dentro de estas conductas, destaca el inicio precoz de una vida sexualmente activa, la que tiende a ser poco responsable, con métodos de anticoncepción o de prevención de ETS inadecuados o simplemente inexistentes. Esto ha llevado a muchos jóvenes a vivir situaciones para las que aún no están preparados física ni psicológicamente, como es el embarazo en la adolescencia, que tiene consecuencias no tan solo para aquellas madres que aun no terminan de crecer y desarrollarse; sino que también para aquel menor que llegará en un periodo complejo para su novata madre, su familia y la sociedad entera.

En la actualidad el inicio de la vida sexual se hace cada vez más precoz, aumentando así las cifras de embarazos en la adolescencia; razón por la cual este incremento es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Día a día se buscan las medidas de prevención más adecuadas que logren disminuir los embarazos precoces y el sin número de alteraciones que este provoca, tanto para el hijo como para la madre.

Chile no es la excepción, según el I.N.E. (1) en el año 1990, el 24% de los nacimientos eran de madre adolescente, cifra que ha aumentado a un 32,2% al año 2003 y que

mantiene su tendencia al ascenso hasta el día de hoy; cabe destacar que en regiones se ha hecho notoriamente más crítico este aumento.

El propósito de este estudio se basa en la necesidad de formular mayor cantidad de métodos, datos e información pertinentes al tema, para lograr que cada día sean menos las jóvenes que experimenten un embarazo precoz; y si lo hacen, que sea del modo más adecuado.

Es por esto que enfermería, como la ciencia del cuidado de la salud del ser humano, tiene un papel fundamental en la prevención del embarazo en la adolescencia, preocupándose por ejemplo, de elaborar planes de intervención adecuados para la adolescente embarazada y trabajar integralmente con el equipo de salud multidisciplinario, para así abarcar todas las necesidades de estas jóvenes y velar por su mejor salud.

1.1 PRESENTACION Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento en la incidencia del embarazo en la adolescencia, considerado actualmente un serio problema medico-social.

En Chile, el embarazo en la adolescencia es considerado un problema de Salud Pública grave, ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo en la adolescencia en nuestro país es de 16,16%. Se debe poner de manifiesto las variaciones que presenta entre las distintas regiones, registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%) (2).

La adolescente atraviesa por una serie de cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos; muchas veces se encuentra confundida, sin darse cuenta de que algunas conductas que considera normales, son de riesgo para su salud tanto física como mental; como es el caso de la iniciación precoz de la actividad sexual y su riesgosa consecuencia; el embarazo.

Por esto es de suma importancia centrarse en las edades tempranas de la adolescencia, ya que los jóvenes están más expuestos a presentar conductas de riesgo, siendo los profesionales de la salud, docentes, padres, quienes juegan un rol fundamental al momento de entregar la información necesaria para que los adolescentes asuman conductas responsables ante las distintas tentativas que se les presentarán.

Al poner énfasis en ellos, será posible conocer los principales factores que influyen en este tema y de esta forma obtener las herramientas necesarias para implementar a futuro, acciones de enfermería promocionales y preventivas adecuadas.

1.2 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN

La fecundidad adolescente es considerada un problema social y de salud, no sólo asociada a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, en donde se observa mayor riesgo de aborto, partos prematuros, cesáreas por inmadurez fisiológica, etc.; sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen al binomio madre/hijo, limitando las posibilidades y expectativas de educación materna, relaciones sociales, inserción al trabajo, en definitiva aspectos que se vinculan al círculo de la pobreza.

Este problema se debe abordar de manera integral, siendo las políticas y programas de educación sexual (PES) como las jornadas de conversación sobre actividad sexual (JOCAS), TeenStar, entre otros; una herramienta fundamental para ayudar a paliar las consecuencias que esto tiene.

Se ha mostrado de manera contundente que los riesgos en salud, por la actividad sexual de las adolescentes, se pueden reducir sustancialmente ofreciendo servicios de salud sexual, reproductiva y familiar, adecuados a sus necesidades; a través de la labor conjunta de un equipo multidisciplinario.

Por lo tanto, la enfermera/o tiene un papel fundamental en su función educacional y asistencial, entregando conocimientos en los distintos grupos etáreos con los que trabaja, prestando apoyo social a las adolescentes embarazadas, especialmente las que son muy jóvenes; impartiendo información sobre sexualidad, ofreciendo un mejor acceso a ésta y a los diferentes métodos anticonceptivos existentes; entre muchas otras actividades en conjunto con un equipo integral que abarque todas las necesidades de las usuarias.

Es importante mostrar comprensión y respeto por las adolescentes; y asegurarse de que su primera experiencia con el servicio de salud, como seres autónomos, sea positiva; ya que de no ser así, la joven se mostrará reticente frente a las diversas prestaciones de salud, quedando expuesta y vulnerable a vivir situaciones de riesgo, como el inicio precoz de la actividad sexual.

1.3 PROBLEMA

¿Cuáles son las principales características familiares, socioculturales y personales que influyen en el embarazo en la adolescencia de las alumnas de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de Chillán?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

Influirán en el embarazo en la adolescencia los siguientes factores:

1. Tipo de familia al que pertenece la adolescente.
2. Funcionamiento familiar.
3. Tipo de normas de crianza.
4. Antecedentes familiares de embarazo precoz.
5. Conversaciones sobre sexualidad en el hogar.
6. Escolaridad de los padres de las adolescentes.
7. Tiempo que pasaban solas las adolescentes en el hogar.
8. Tipos de fuentes de información sobre sexualidad.
9. Tipo de actividades que las adolescentes realizan en su tiempo libre.
10. Edad de inicio de la actividad sexual.
11. Motivo de inicio de la actividad sexual.
12. Uso de métodos anticonceptivos.
13. Deseo de quedar embarazada.
14. Consumo de alcohol y drogas.

1.5 MARCO TEORICO

Se ha dicho que el comienzo de la adolescencia es biológico, ya que se produce por cambios endocrinos y sus consecuencias en el cuerpo; y que su fin es psicosocial, terminando cuando el joven es capaz de definir elecciones de pareja, entre otras cosas.

La OMS, para evitar confusiones, ha preferido utilizar criterios cuantitativos, definiendo adolescencia y juventud por grupos de edad (3), Adolescencia Temprana (10 a 14 años), Adolescencia Media (15 a 17 años) y Adolescencia Tardía (De 18 a 20 años).

1. Adolescencia temprana o inicial (10 a 14 años)

Los cambios biológicos de la pubertad, son vividos por el niño como una irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible. En especial la niña, fluctúa en su estado emocional relacionado con sus niveles hormonales, que se acentúan alrededor de las primeras menstruaciones. El cambio en su aspecto externo puede también provocar una preocupación excesiva en ella, ya que comienza a darse cuenta de que los jóvenes del sexo opuesto la miran distinto, de que su padre ya no le demuestra el cariño físico de antes y experimenta una serie de sentimientos encontrados al enfrentarse en el espejo con un cuerpo que ya no es el de antes.

En esta etapa el nivel de desarrollo cognitivo de acuerdo a Piaget y su escuela de Ginebra, va desde el pensamiento lógico concreto del inicio de la edad escolar al pensamiento operatorio formal. Este último se aboca a lo posible y procede contrastando sistemáticamente las alternativas de solución de un problema. Dicho pensamiento permite la construcción de sistemas y teorías; y además, la adopción de una actitud crítica frente a la realidad propia de los adolescentes.

En cuanto a las relaciones interpersonales, es aquí cuando comienza la atracción, generalmente, por el sexo opuesto. Tales enamoramientos fugaces son

de carácter narcisista, buscando un reflejo de si mismo o bien una proyección idealizada de como quisiera ser el adolescente.

La sexualidad en esta etapa es activamente sublimada, sea en proezas deportivas o en una activa vida social. Esta es reforzada positivamente por organizaciones como: *boy scout*, grupos deportivos o de iglesia, entre otros. En cuanto a la familia la relación con el progenitor del mismo sexo se distancia y comienza a enfocarse hacia los grupos de amigos. Este cambio de centro de gravedad, muchas veces mal tolerado por los padres, lleva a producir un grado de tensión al inicio de la adolescencia.

2. Adolescencia media (15 a 17 años)

La característica principal en este periodo es el distanciamiento afectivo del adolescente de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos. Implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino que también para sus padres.

La superación del apego emocional familiar que ha durado 14 ó 15 años y además el dejar de aceptar fielmente el control familiar, es un paso difícil pero necesario, para conocer sin temor el mundo de los demás y para aprender a relacionarse con sus pares. Es aquí donde hay una oscilación entre la rebelión y el conformismo.

Para alejarse de sus padres los jóvenes se visten, hablan y opinan muy diferente a ellos, pero a la vez son muy leales a su grupo de iguales, siguiendo rígidamente modas, expresiones y el estilo de relacionarse de éstos. Los grupos de amigos conforman una subcultura cerrada que hace que los padres se sientan excluidos, ya sea por costumbres o por un lenguaje que no entienden ni aceptan. El uso excesivo de drogas, el inicio sexual precoz y otras actividades riesgosas, surgen dentro de este contexto de búsqueda de hechos que los diferencien con las generaciones que los preceden; a pesar de esto las relaciones sexuales son

relativamente poco frecuentes en esta etapa, dada la prohibición cultural que pesa sobre estos encuentros sexuales.

Muchas veces esta superación de la dependencia con respecto a la familia se hace descalificando a uno o ambos padres. Ello puede obedecer más a una necesidad inconsciente de aflojar lazos, que a dificultades reales con los progenitores.

El joven busca activamente juicios, opiniones y valores propios sin aceptar ya automáticamente los de sus progenitores; los errores y contradicciones de éstos, son magnificados para facilitar el proceso de desapego.

Lentamente surge la capacidad de enamorarse, integrando componentes espirituales, sentimentales y eróticos en un individuo, no disociadas en diferentes personas, como en etapas anteriores.

3. Adolescencia tardía o final (18 a 20 años)

En esta etapa terminal de la adolescencia se concretan los procesos recién descritos, alrededor de la consolidación de la identidad del Yo. La respuesta a esta pregunta de ¿quién soy yo? es contestada ahora con innumerables variaciones. La búsqueda de vocación definitiva se hace más urgente, muchas veces estimulada por hermanos o amigos que se casan o comienzan a trabajar. Para muchos adolescentes dichas etapas constituyen un desarrollo lógico y no conflictivo como los procesos previos.

Los problemas de identidad en la mujer se centran en la opción entre el papel matrimonial y laboral. La preparación para un título universitario pasa, en algunas adolescentes, a tener más importancia que la búsqueda de una relación de pareja adecuada. El encontrar marido y el realizarse profesionalmente son percibidos como objetivos incompatibles, generándose dinámicas de competencia intelectual con los varones que se les acercan: ellas se sienten, constantemente, superiores a éstos. Dicha configuración explica por qué es más frecuente en mujeres profesionales la soltería prolongada.

Sólo al final de la adolescencia, está el joven preparado para una relación íntima estable. En los periodos previos predominan la exploración y la búsqueda; así como un mayor grado de egocentrismo y narcisismo. La coparticipación y el interés en la satisfacción del otro se hacen más centrales, gradualmente. Existen casos en los cuales el sexo se mantiene separado del amor y del cariño. Éste puede prestarse como un juego, deporte o camino para superar las propias inseguridades, siendo usado agresivamente en la relación con el otro; como por ejemplo en el sadomasoquismo.

El fin de la adolescencia es, por lo tanto, el cierre de un tiempo de cambios rápidos y de exploraciones; y lleva a un compromiso personal y laboral: la *adultez joven*. Los logros más típicos del final de la adolescencia que se encuentran normativamente, son entre otros:

- a) Una capacidad de intimidad adecuada en términos de relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales.
- b) Un sentido claro de la integridad, de lo que está bien y lo que está mal, con desarrollo de sentimientos socialmente responsables.
- c) Una independencia psicológica con sentido de sí mismo que permite tomar decisiones, no depender de la familia; y asumir funciones y responsabilidades propias de los adultos.
- d) Una independencia física y económica, con capacidad de ganarse el propio sustento sin apoyo familiar.

La adolescencia entonces es un periodo de divergencia cada vez mayor entre la mayoría de los jóvenes, que buscan tener una edad adulta satisfactoria y productiva dentro de los cuales uno de cada cinco enfrentará peligros importantes

Entre estos peligros se hallan el embarazo y la maternidad a edad temprana y los elevados índices de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios. Todos estos patrones conductuales que contribuyen a dichos riesgos, como el consumo excesivo de alcohol, el abuso de sustancias, la actividad sexual, la participación en pandillas, el uso de armas, etc.; se establecen al principio de la adolescencia (4,5).

El embarazo en la adolescencia es uno de los peligros que va en aumento y que preocupa a las autoridades de salud; y este se puede definir como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica (6). Dicha situación produce un serio problema biomédico, ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (7,8).

Por todo lo expuesto anteriormente, en la adolescencia la familia debe permanecer firme para servir de soporte a este joven que comienza a sufrir una serie de cambios, desarrollando un sin número de funciones para sus miembros. Quizá la más importante de ellas es proporcionar seguridad emocional y psicológica, a través del cariño, amor y compañía que se generan al vivir juntos padres e hijos. La familia provee también de una función social valiosa, al institucionalizar la procreación y proveer de pautas para regular la conducta sexual, crianza y socialización de los hijos; junto con actividades humanitarias como cuidar a sus miembros enfermos o discapacitados. Desde el ángulo económico, la familia proporciona alimentación, techo, vestuario y seguridad física a sus miembros, especialmente a los que son demasiado jóvenes o viejos, para cuidar de sí mismos. Finalmente desde el punto de vista político, la familia es un mecanismo que proporciona orden y estabilidad a la sociedad como un todo. De allí el nombre que le dio Cicerón: *seminarium civitatis* (la semilla de la ciudad).

La familia es por lo tanto, un elemento indispensable para el desarrollo del individuo. Representa la matriz psicosocial que complementa al útero, matriz biológica que forma al sujeto hasta el nacimiento. Cuando Lidz (9) habla de la familia como núcleo de la *humanización, individuación y personalización*, está aludiendo a esta función emocional de la familia como sostén del desarrollo individual. Es en el mismo sentido que la psicoanalista argentina Aurora Pérez habla de la familia como “*el medio natural por el cual se genera, organiza y mantiene la vida del ser humano*” (10). Este nace como una unidad biológica

incompleta y su indefensión no sólo consiste en que, a diferencia de otros mamíferos, si no es alimentado y cuidado por alguien después de nacer muere en pocos días, sino porque necesita, además, suministros emocionales que le abran la posibilidad de crear una estructura psíquica estable. La permanencia de su medio psicosocial inmediato, es pues, un requisito importante para la estabilización personal del recién nacido, tanto en el corto como en el largo plazo (11).

La familia es definida de forma más conceptual, por la Comisión nacional de la familia, como un grupo social unido entre sí por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables. La clasificación desde el punto de vista de la composición de la familia pone de relieve categorías como parentalidad, conyugalidad y consanguinidad:

1. Familia Nuclear: integrada por una pareja adulta con o sin hijos, o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos. Esta familia nuclear se subdivide en:

- a) Familia nuclear simple: pareja sin hijos.
- b) *Familia nuclear biparental:* padre y madre, con uno o más hijos.
- c) *Familia nuclear monoparental:* uno de los padres y uno o más hijos.

2. Familia extensa: integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros que pueden ser parientes o no parientes. Esta familia extensa se subdivide en:

- a) *Familia extensa simple:* pareja sin hijos y otros miembros parientes o no parientes.
- b) *Familia extensa biparental:* padre y madre, con uno o más hijos y otros parientes.
- c) *Familia extensa monoparental:* uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos y otros parientes.
- d) *Familia extensa amplia (o compuesta):* la pareja o uno de los miembros de ésta, con uno o más hijos y otros miembros parientes y no parientes (12).

Desde Freud en adelante, se ha mostrado cómo esta *placenta familiar* origina un sistema interactivo, que desde el nacimiento biológico y hasta el fin de la adolescencia, sirve para crear un aparato mental estable y resiliente, con capacidad para la toma autónoma de decisiones y de poder enfrentar los desafíos y conflictos que la vida trae consigo. La interacción anterior comienza con el establecimiento de un vínculo madre-hijo apropiado y sigue con relaciones familiares adecuadas, especialmente con el padre y con los hermanos.

En la actualidad existe un número creciente de hogares uniparentales, de jefatura femenina, generalmente producto de separaciones o abandonos del hogar, o de embarazos precoces fuera del matrimonio, seguido por convivencias de corto plazo. Según el Censo 2002 (13), la familia nuclear sigue siendo el tipo de hogar más frecuente (57%); sin embargo, los hogares uniparentales han aumentado en los últimos años (1992: 8,3%; 2002: 11,6%), así como también la jefatura femenina del hogar (1992: 25,3%; 2002: 31,5%), dejando frecuentemente a la mujer y a los hijos en condiciones muy desprotegidas y siendo un fuerte elemento de vulnerabilidad para futuras conductas de riesgo de estos niños.

Muchos adolescentes pasan bastante tiempo solos en su hogar, por el simple hecho de pertenecer a una familia monoparental, siendo su único progenitor quien asume el rol de padre y madre. Diversos estudios manifiestan que los jóvenes con menos supervisión por parte de los padres, presentaban más probabilidades de obtener resultados positivos en las pruebas de ETS, de entregarse a comportamientos sexuales arriesgados y tener antecedentes de consumo de alcohol y marihuana, peleas y arrestos (14).

La adolescencia puede constituir una fuente de crisis en las relaciones familiares, lo que hace que muchos padres traten de mantener a los adolescentes alrededor de ellos con prohibiciones y amenazas. Esto hace que los jóvenes busquen amor, cariño y ternura fuera de las relaciones familiares, surgiendo así áreas potenciales de riesgos.

En base a estas crisis familiares surgen diversos tipos de padres con sus respectivas normas de crianza, entre los que destacan tres; *Padres democráticos* quienes presentan niveles altos en comunicación, afecto y control; evitando el castigo; marcan límites y están dispuestos a escuchar las ideas de sus hijos, llegando a acuerdos con ellos. Los *padres permisivos* presentan bajo nivel de control y exigencias de madurez, pero alto nivel de comunicación y afecto. No exigen responsabilidades ni orden; permiten al niño autoorganizarse, no existiendo normas que estructuren su vida cotidiana; utilizando el razonamiento. Finalmente los *padres autoritarios* se caracterizan por manifestar alto nivel de control y exigencias de madurez; y bajos niveles de comunicación y afecto explícito. Se esfuerzan controlando el comportamiento de sus hijos de acuerdo con patrones rígidos preestablecidos, dan gran importancia a la obediencia, a la autoridad, al uso del castigo y de medidas disciplinarias; y no facilitan el diálogo (15).

Cuando las familias preparan adecuadamente a sus hijos, es mucho más probable que las conductas sexuales estén asignadas por la responsabilidad. En algunos casos esta responsabilidad puede llevar a que se postergue la primera relación sexual, mientras que en otros, significa adoptar precauciones para evitar problemas de salud o embarazos no deseados

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes se ha visto que existe tendencia a una mayor precocidad.

El 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%) (16).

Según Diane Papalia, los adolescentes se vuelven sexualmente activos por muchas razones: ampliar la intimidad sexual, buscar nuevas experiencias, probar su madurez, mantenerse al nivel de sus compañeros, hallar un alivio ante las presiones e investigar los misterios del amor.

Los adolescentes en ningún otro momento de la vida serán capaces de mostrar tanta capacidad de entrega y devoción a los demás. Pueden también enamorarse de modo más apasionado, para romper estas relaciones en forma tan repentina como las comenzaron. Son ascetas, pero abruptamente se permiten las licencias instintivas más primitivas (17).

TEORÍAS

El fundamento teórico de la investigación se basa en las siguientes teorías:

☞ **MODELO DE CONSERVACIÓN** (Myra Estrin Levine)

La conservación de la salud está orientada principalmente a realizar conductas saludables como protección del desarrollo integral de niños y adolescentes, esto debe realizarse desde etapas tan tempranas como la concepción, protegiendo así, de forma completa todo el período de crecimiento y evolución del ser humano. En este sentido, es la función educativa de la enfermera/o la que juega un papel importante al promocionar la salud a través de estrategias educativas, siendo una sólida herramienta al aportar conocimientos básicos para mantener un estado biopsicosocial adecuado; manteniendo a las adolescentes alejadas de situaciones de riesgo como es un embarazo precoz.

Levine basó gran parte de su trabajo en principios científicos de común aceptación.

Los tres conceptos principales del modelo de conservación son: Integridad, Adaptación y Conservación.

En opinión de Levine, la definición de Erikson de **integridad**, permitía explorar las partes de un todo para llegar a comprenderlo. Integridad significa unicidad del individuo, como una forma de resaltar su respuesta íntegra pero singular a los desafíos del entorno.

La **adaptación** “es un proceso de cambios a través del cual el individuo mantiene su integridad dentro de la realidad de su entorno interno y externo”. El resultado de esto es la conservación. La adaptación es un proceso gradual, no es algo que ocurra de una sola vez.

La **conservación** es un término que proviene de la palabra latina *conservatio*, que significa mantener unido. “La conservación describe el modo en que los sistemas complejos pueden continuar funcionando incluso cuando se les somete a duras pruebas”. De este modo se establece una gran relación con la adolescencia ya que esta etapa está saturada de “duras pruebas” o cambios que se esperan lograr, conservando el funcionamiento integral del organismo. El inicio precoz de la sexualidad genera un alto riesgo de pérdida de la conservación, más aun si éste genera un embarazo, ya que la reanudación del funcionamiento normal de los sistemas de la adolescente no pasarán desapercibidos. Gracias a la conservación, las adolescentes son capaces de enfrentar obstáculos y se adaptan a ellos manteniendo su unicidad. “El fin de la conservación es la salud y la fortaleza para afrontar la incapacitación”, de ahí la importancia de mantener este concepto durante la adolescencia.

Levine dice que “la enfermería es una interacción humana”. En esencia la teoría de ella afirma que “cuando la intervención de la enfermera influye favorablemente en la adaptación de una persona, significa que está actuando en un sentido terapéutico; cuando la respuesta a la adaptación es desfavorable, la enfermera proporciona una asistencia de apoyo”. “La meta de la enfermera es promover la adaptación y mantener la integridad”.

Para los adolescentes, salud es un concepto determinado por los grupos sociales en los que éstos se encuentran inmersos y no sólo una serie de estados patológicos. Levine subraya que “la salud está determinada también culturalmente: no es una entidad en sí misma, sino más bien una definición que viene dada por el carácter y las creencias del grupo al que pertenece el individuo”.

Este modelo subraya que las interacciones e intervenciones de enfermería pretenden “conservar los recursos únicos e individuales que integran el bagaje de cada persona”. Es decir educar sobre formas de prevención del embarazo a temprana edad para conservar la integridad de la adolescente y que sean

efectivos los conocimientos de éstas sobre el tema, es uno de los fundamentos de las intervenciones enfermeras en esta etapa.

Existen cuatro principios de conservación:

1. Conservación de energía: Cada persona requiere un equilibrio energético y una renovación constante de ésta para mantener la actividad vital. La energía sufre el acoso de procesos como la curación, el envejecimiento y el embarazo.

La conservación de la energía ha sido aplicada durante mucho tiempo en la práctica enfermera, incluso en los procedimientos más elementales. Las intervenciones de la enfermera "...graduadas según la capacidad del individuo, dependen de que se proporcione una asistencia que genere la menor demanda adicional posible". En relación al embarazo adolescente, si las medidas de prevención son efectivas frente a la sexualidad de los jóvenes, se evitará incurrir en demandas energéticas extras como lo es un embarazo.

2. Conservación de integridad estructural: La curación es un proceso de restauración de la integridad estructural y funcional (18). Luego de un embarazo, las adolescentes deben reestablecer su integridad orgánica, la que fue alterada por la formación de una nueva vida al interior de su vientre. De este modo estas jóvenes pierden la conservación de la integridad estructural, la que se hace más crítica mientras menor sea el desarrollo físico y psicológico de esta durante el embarazo.

3. Conservación de integridad personal: La autoestima y el sentido de propia identidad son importantes para la joven. De este modo las adolescentes más vulnerables son quienes ven erosionado su sentimiento de intimidad y se sienten invadidas por la ansiedad. "El objetivo de la enfermera es inculcar fuerza y conocimientos para que el individuo pueda reanudar su vida" de la manera más adecuada para la situación.

4. Conservación de integridad social: La vida adquiere sentido a través de los grupos sociales y la salud también está determinada socialmente. En la

adolescencia se amplían y diversifican estos grupos y en muchas ocasiones promueven conductas de riesgo.

Las enfermeras desempeñan roles profesionales, se convierten en miembros de la familia, asisten en necesidades religiosas y se valen de las relaciones interpersonales para preservar la integridad social.

☞ **MODELO DE LA ADAPTACIÓN** (Sor Callista Roy)

Cuando un individuo es influenciado por factores externos, sufre de una u otra forma una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales; y la forma como responde a estos cambios, es lo que determinará la conservación de su salud o el desencadenamiento de una enfermedad. Cuando los mecanismos de afrontamiento (respuesta) al entorno cambiante, en la adolescencia son ineficaces, se pueden presentar conductas de riesgo tales como, alcohol, drogas, precocidad sexual, etc., este último con su respectivo posible resultado, un embarazo no deseado, actuando como un factor negativo para su desarrollo íntegro.

En este sentido “La enfermería actúa para mejorar la relación entre la persona y el entorno, para promover la adaptación”; un ejemplo de esto es el control salud escolar que realiza la enfermera en su función asistencial, pesquisando de forma precoz situaciones que puedan interferir en la adaptación eficaz de los adolescentes.

El modelo de adaptación de Roy se definió en 1964, a partir de los trabajos de Harry Helson en el ámbito de la psicofísica. Según la teoría de la adaptación de Helson, las respuestas adaptativas son el resultado de los estímulos recibidos y el nivel de adaptación, es por esto, que el grado de adaptación de una adolescente dependerá en gran medida de la capacidad adaptativa que presente la joven y el tipo de estímulos que reciba de su familia y la sociedad.

Roy desarrolló Supuestos científicos extraídos de la teoría de los sistemas y de las teorías de la adaptación al estrés de Helson y supuestos filosóficos asociados a

los valores humanos complementados en una monografía de la National League of Nursing Press (19).

Roy define la enfermería como, “sistema teórico de conocimientos que ordena el proceso de análisis y acción relacionado con las personas enfermas o que pueden estarlo”. “Las actividades de la enfermería comprenden la valoración de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los criterios aplicados se basan en esta valoración y las intervenciones se planifican de manera que respondan a estos estímulos”.

Según Roy (20), una persona es un “ser bio-psicológico en constante interacción con un entorno cambiante”. La persona como ser vivo es un “todo constituido por partes o subsistemas que actúan como una unidad para un cierto fin”.

Para Roy la salud es “El estado y el proceso de ser o de convertirse en una persona completa e integral. Como tal, es un reflejo de la adaptación, es decir, de la interacción entre el sujeto y el entorno”. Roy llega a esta definición de salud a partir de la idea de que la adaptación es un proceso que favorece la integridad fisiológica, psicológica y social y de que tal integridad se entiende como una situación que conduce a la totalidad y a la unidad. En sus últimos escritos, Roy insiste en la salud como un proceso.

Un factor importante de la adaptación corresponde al entorno. Roy definió este entorno como el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y la conducta de las personas y los grupos”. “Un entorno cambiante estimula las respuestas de adaptación de una persona” (21).

1.6 MARCO EMPIRICO

Las investigaciones que sustentan el presente estudio son:

Poo, A. y col. (Temuco-2005), determinó la influencia de cada uno de los tres grupos mas representativos de factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, destaca la gran importancia de los factores individuales, con una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares representaron un 20,3% y los sociales un 11,6% (22).

Por su parte Reyes, N. (Nicaragua-2005) para optar al título de Master en Salud Pública en el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma, estableció los principales factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en la adolescencia, con una muestra de 81 adolescentes con edades entre 13 y 19 años, que asistieron a consulta prenatal a la Clínica de atención integral del adolescente, Comayaguela.

Entre los principales resultados están los siguientes:

- El 77% presentaba buen funcionamiento familiar, 22% regular y 1% malo.
- En lo referido a las normas de crianza o conductas establecidas en el hogar de las adolescentes, el 72% no tenían establecida ninguna norma de crianza y un 28% si.
- En relación a las personas con quienes vivía la adolescente en su casa, un 68% convivía con su pareja, 16% vivía sólo con la madre, 10% con ambos padres y un 6% con otras personas.
- En lo referido a la escolaridad de los padres de las adolescentes, un 58% cursaron básica completa, 23% básica incompleta, 11% media y 8% son analfabetos.
- Según la existencia de conversaciones sobre sexualidad en el hogar, un 70% no hablan de ese tema y el 30% restante han hablado alguna vez.

- En cuanto al lugar donde adquirieron los conocimientos de planificación familiar, de las 45 adolescentes que sí conocen algún método; un 43% obtuvo la información en el colegio, 22% en el centro de salud, 14% en la casa, 13% a través de los amigos y un 8% a través de los medios de comunicación.
- La utilización del tiempo libre de las adolescentes refleja que, el 50% ven televisión, 22% hace nada, otras actividades 12%, 7% escucha música, 5% conversa y un 4% lee.
- Con respecto a los métodos de planificación familiar más utilizados fueron, la Depoprovera con un 82%, los métodos orales y anticonceptivos, cada uno en un 9%.
- Respecto a la edad de inicio de actividad sexual de las adolescentes, un 58% la iniciaron después de los 15 años y el 42% restante entre los 12 y 14 años.
- Si deseaban o no el embarazo las adolescentes, un 60% no deseaba quedar embarazada y el 40% restante si.
- Según el consumo de alcohol de las adolescentes, un 68% no han consumido alcohol y un 32% si han consumido alguna vez pero no embarazadas (23).

Por otra parte en la Universidad Cesar Vallejo (Perú-2007), se determinaron los factores socioafectivos que influyen frente al embarazo precoz, realizándose el estudio en una población de 60 alumnas del colegio Modelo del distrito de Trujillo.

Obteniéndose los siguientes resultados:

- El 71,6% de las adolescentes viven con ambos padres y el 28,4% restante no. De éstas últimas, un 11,8% vive solo con el padre, 58,8% vive solo con la madre y el 29,4% vive con otras personas.
- El 86,7% de las adolescentes tienen una buena comunicación con sus padres.
- El 30% de las adolescentes ya han iniciado su vida sexual. De estas, un 5,5% inició su vida sexual a los 13 años, un 72,2% la inició entre los 14 a 15 años y un 22,3% a los 16 años.

- De las adolescentes que han iniciado su vida sexual, el 83,3% usan métodos anticonceptivos en sus relaciones y un 16,7% no utilizan (24).

Contreras, Y. y col. (región del Bío-Bío, 1997), relaciona el embarazo adolescente y la jefatura de hogar femenina; utilizó una de doce comunas de la región que constituyen el universo de estudio, con una muestra de 216 personas. Obteniéndose los siguientes resultados:

- Respecto a la edad en el primer embarazo, un 17% tenían entre 12 y 16 años, el 46% entre 17 y 20 años, seguido por el 26% que tenía entre 21 y 24 años.
- En relación a las características de los padres, del total de 212 mujeres jefas de hogar considera que su madre era adecuada o autoritaria, en un 26,4% y 25,9% respectivamente. El 15,6% de ellas la estimaron cariñosa.
- Según las características del padre, el 31,1% lo reconoce como autoritario y el 19,3% como adecuado. Un 15% lo identificó como castigador.
- En la relación con los padres, un 48,1% la califica como buena, 27,4% como mala y 11,8% como regular (25).

Díaz, A. y col. (Santiago 2002-2004) determinó la relación que existe entre la educación sexual y utilización de métodos anticonceptivos previos al embarazo en la adolescencia. Encontrándose los siguientes resultados:

- Del total de las usuarias un 79,5% refería haber recibido algún tipo de educación sexual. En cuanto al lugar en que recibieron educación sexual, un 48,18% dijo haberla recibido tanto en su hogar como en el colegio, un 33,19% solo en el colegio y un 13,4% solo en el hogar.
- Al preguntar si conocían algún método anticonceptivo previo al embarazo un 98,55% dijo que si, y de ellos los mas nombrados fueron los anticonceptivos orales y el preservativo. Dentro de las pacientes del estudio que ocuparon método anticonceptivo, un 55,1% usaron anticonceptivos orales y un 39,37% prefirió preservativos.

- Al analizar la relación entre la educación sexual previa y la utilización de algún método anticonceptivo, se concluyó que del total de las usuarias que recibieron alguna educación sobre sexualidad solo un 34,5% utilizó anticonceptivos (26).

Padron, G. (México 2002-2003), en un estudio titulado “Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes”. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 47.2% señaló no tener conocimiento de los métodos anticonceptivos. Sólo el 8.8% manifestó la utilización previa de métodos anticonceptivos.
- El embarazo fue deseado en un 50.4% de los casos.
- El inicio de la vida sexual activa más temprano fue a los 11 años y la más tardía a los 18 años.

Cueva, V. y col. (México 2003), en un estudio titulado “Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo”. Se obtuvo lo siguiente:

- El 85 % presenta antecedente familiares de embarazo adolescente.
- Un 85 % tenía información sobre métodos de planificación familiar.
- El 69 % no usó métodos de planificación familiar.

Thompson, B. y col. (Chile, 1999-2000) realizó un estudio titulado “Diagnostico del embarazo adolescente en la Octava región del Bio-Bío”, concluyéndose que:

- La mayoría de las adolescentes embarazadas pertenecían a una familia de tipo incompleta (80,9%), generalmente de tipo monoparental (67%), donde las relaciones entre los padres eran consideradas como muy malas por las entrevistadas (67%).
- Estas adolescentes eran hijas de mujeres que también fueron madres adolescentes con hijos previos a la iniciación de la vida en pareja (27).

1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer las características psicosociales en adolescentes, previas al embarazo; de Establecimientos Educativos Técnico- Profesionales de la ciudad de Chillán.

1.8 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL 1:

Conocer las características psicosociales de las adolescentes, previas al embarazo, de Establecimientos Educativos Técnico- Profesionales de la ciudad de Chillán.

OBJETIVO GENERAL 2:

Conocer características familiares de las adolescentes, previas al embarazo, de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la Ciudad de Chillán.

Objetivos específicos:

2.1 Identificar el tipo de familia al que pertenecían las adolescentes, previo al embarazo, de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

2.2 Identificar el tipo de funcionamiento familiar de las adolescentes, previo al embarazo, de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

2.3 Identificar el tipo de normas de crianza de las adolescentes, previas al embarazo, de Establecimientos educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

2.4 Conocer la existencia de antecedentes familiares de embarazo temprano en el grupo familiar de las adolescentes de Establecimientos Educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

2.5 Identificar la existencia de conversaciones sobre sexualidad en el hogar de las adolescentes, previo al embarazo, de Establecimientos Educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

OBJETIVO GENERAL 3:

Conocer características socioculturales del grupo familiar y de las adolescentes, previas al embarazo, de Establecimientos Educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

Objetivos específicos:

3.1 Identificar escolaridad de los padres o tutor de las adolescentes con antecedentes personales de embarazo, de Establecimientos Educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

3.2 Conocer cuantas horas pasaban solas en el hogar, previo al embarazo, las adolescentes de Establecimientos Educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

3.3 Identificar las principales fuentes de información sobre sexualidad de las adolescentes, previo al embarazo, de Establecimientos Educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

3.4 Conocer las actividades que realizaban en su tiempo libre, previo al embarazo, las adolescentes de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

OBJETIVO GENERAL 4:

Conocer las características personales de las adolescentes con antecedentes de embarazo de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán

Objetivos específicos:

4.1 Establecer la edad de inicio de la actividad sexual de las adolescentes con antecedentes personales de embarazo de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

4.2 Identificar el motivo de inicio de la actividad sexual de las adolescentes con antecedentes personales de embarazo de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

4.3 Conocer si las adolescentes utilizaron métodos anticonceptivos, previo al embarazo, de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

4.4 Establecer si deseaban quedar embarazadas, las adolescentes de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

4.5 Identificar si consumían alcohol o drogas, previo al embarazo, las adolescentes de Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

1.9 LISTADO DE VARIABLES

I. VARIABLE DEPENDIENTE:

- Embarazo en la adolescencia

II. VARIABLES INDEPENDIENTES:

a) Variables familiares:

- Tipo de familia.
- Funcionamiento familiar.
- Tipos de normas de crianza.
- Antecedentes familiares de embarazo precoz.
- Conversación sobre sexualidad en el hogar.

b) Variables socioculturales:

- Escolaridad de los padres.
- Horas solas en el hogar.
- Fuentes de información sobre sexualidad.
- Tipo de actividad en el tiempo libre.

c) Variables personales:

- Edad de inicio de la actividad sexual.
- Motivo de inicio de la actividad sexual.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Deseo de quedar embarazada
- Consumo de alcohol y drogas.

II. DISEÑO METODOLÓGICO.

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

2.2 UNIVERSO – MUESTRA

El universo estuvo compuesto por un total de 100 alumnas con antecedentes personales de embarazo, de entre 1° a 4° medio; de establecimientos educacionales Técnico- Profesionales de la ciudad de Chillán.

La muestra estuvo compuesto por 81 alumnas con antecedentes personales de embarazo de entre 1° a 4° medio; de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Alumna adolescente de 1° a 4° medio, con antecedentes personales de embarazo, de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se enviaron cartas realizadas por la directora de escuela de enfermería de la Universidad del Bío-Bío, Sra. Elena Espinoza Lavoz, a los directores/as y orientadores/as de los establecimientos educacionales con los que se trabajó, solicitando autorización para realizar el estudio.

Asimismo, se envió una solicitud al Director del Liceo Técnico-Profesional Federico Heise Marti, de la ciudad de Parral, para la realización de la Prueba Piloto, en alumnas de 1° a 4° medio de dicho establecimiento.

Además se consideró la protección de la identidad de todas las alumnas que participaron del estudio, ya que el cuestionario fue respondido de forma anónima, con consentimiento informado verbal, como también se resguardo el uso confidencial de los datos.

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de 1° a 4° medio con antecedentes personales de embarazo, de los establecimientos: Liceo Técnico-Profesional Mabel Condemarín, Instituto Superior de Comercio (INSUCO), Colegio Técnico Darío Salas, Colegio Tecnológico Darío Salas, Liceo Vida Nueva y Colegio Martín Ruíz de Gamboa.
- Voluntad de contestar el cuestionario por parte de las adolescentes en estudio.

2.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario denominado “características presentes en las adolescentes, previo a su primer embarazo, en Establecimientos Educativos Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán”, elaborado por las autoras de la investigación, en el que se incluyó el APGAR familiar.

El cuestionario se aplicó a las participantes a través de visitas realizadas por las investigadoras a los establecimientos Técnico-Profesionales y a cada uno de los cursos considerados en la investigación, en los meses de abril y mayo del año 2010.

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR.

Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario elaborado por las investigadoras, el que fue validado por la prueba piloto. En él se recopiló información sobre características familiares, socioculturales y personales del adolescente. Consta de 17 preguntas cerradas, de carácter cuantitativo, de las cuales 6 son dicotómicas y 10 politómicas. Se incluyó el APGAR Familiar desarrollado por Smilkstein y colaboradores, para evaluar el funcionamiento familiar, el que se clasifica como: buena funcionalidad con puntaje entre 7-10, moderado con puntaje entre 4-6 y malo entre 0-3 puntos.

Esta escala consta de 5 preguntas cerradas, con tres alternativas de elección en cada una (casi nunca 0 pts., a veces 1 pts., casi siempre 2 pts.).

2.8 PRUEBA PILOTO

Se aplicó a 6 alumnas con antecedentes personales de embarazo de entre 1° a 4° medio del liceo Federico Heise Marti de la ciudad de Parral. Esta prueba sirvió para especificar aún más la redacción de las preguntas, enfocándolas en el periodo previo al primer embarazo; ya que se encontraron jóvenes con más de un hijo.

2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos por medio de cuestionarios fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2003, en el que se creó una planilla de datos para obtener porcentajes de cada variable en estudio y posteriormente confeccionar los gráficos correspondientes.

III. ANALISIS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

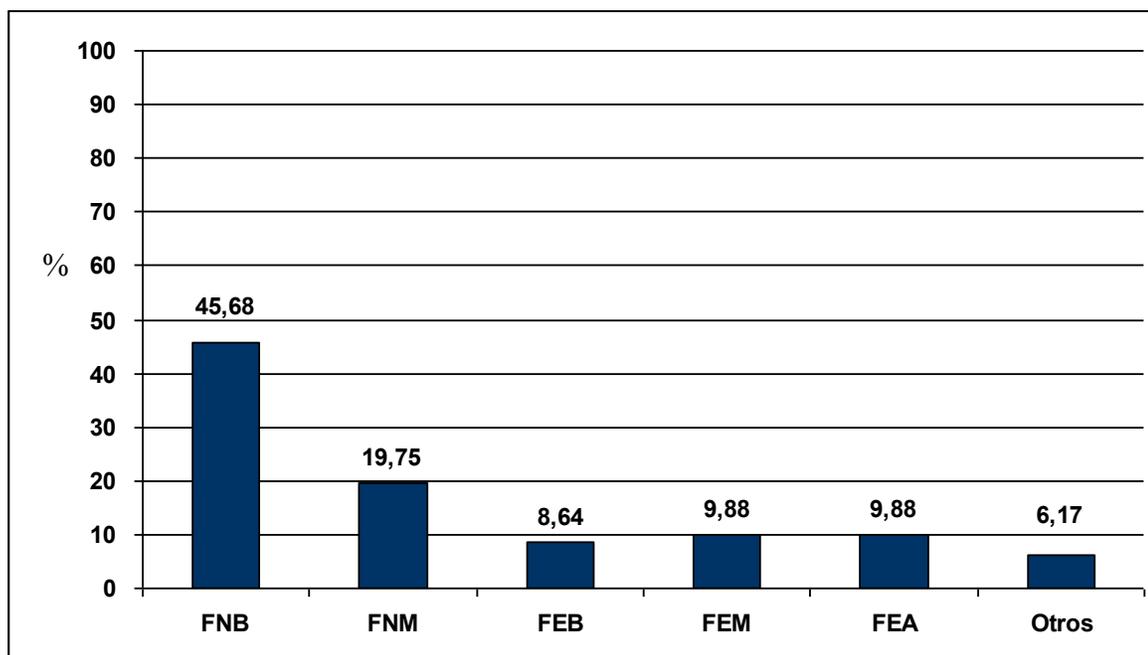
Tabla N° 1: Etapa de la Adolescencia en la que se produce el primer embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.

Embarazo adolescente	Etapa de la adolescencia en que se produce el primer embarazo						Total	
	Adolescencia Temprana		Adolescencia Media		Adolescencia Tardía			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
si	11	13,58	63	77,78	7	8,64	81	100

Fuente: “Características psicosociales en adolescentes, previas al embarazo, de establecimientos educacionales Técnico- Profesionales de la ciudad de Chillán”.

A partir de la tabla se puede observar que de las 81 adolescentes que conformaron la muestra, un 77,78% (n=67) cursaron su primer embarazo en la adolescencia media; 13,58% (n=11) en la adolescencia temprana y 8,64% (n=7) en la adolescencia tardía.

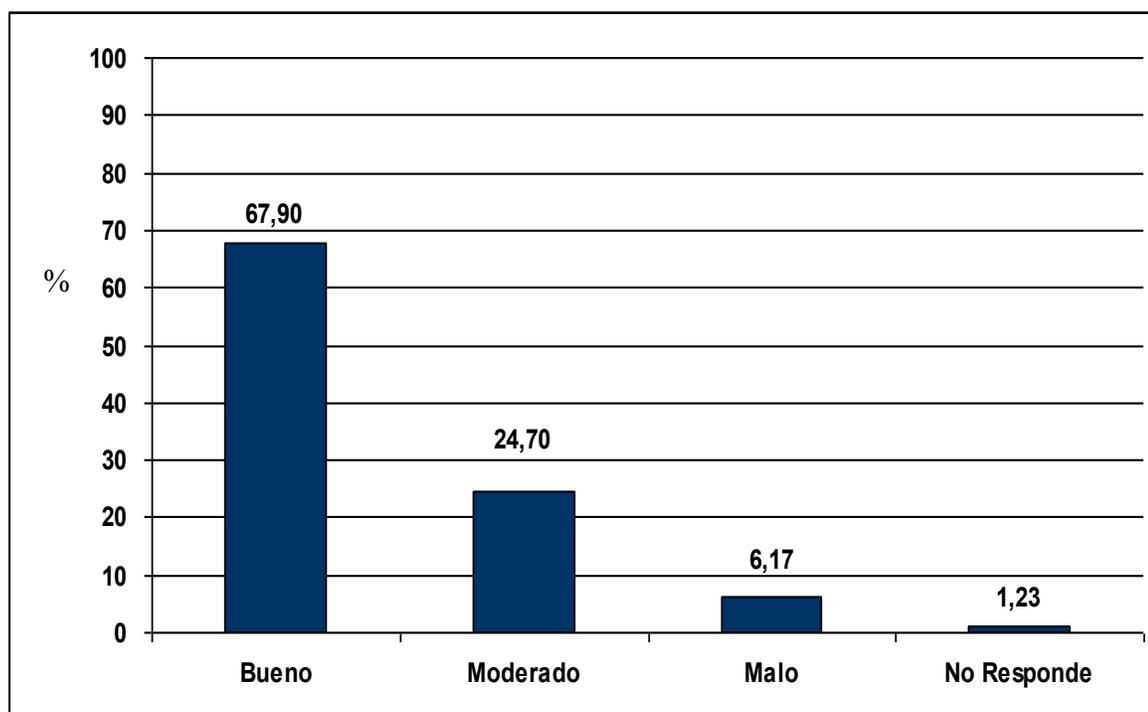
Gráfico N° 2: Tipo de familia al que pertenecían las adolescentes con antecedentes personales de embarazo, de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes con antecedentes personales de embarazo, un 45,68% (n=37) pertenecía a una familia nuclear biparental; 19,75% (n=16) a una familia nuclear monoparental; 8,64% (n=7) a una familia extensa biparental; familia extensa monoparental y familia extensa amplia ambas con un 9,88% (n=8) y 6,17% (n=5) otros.

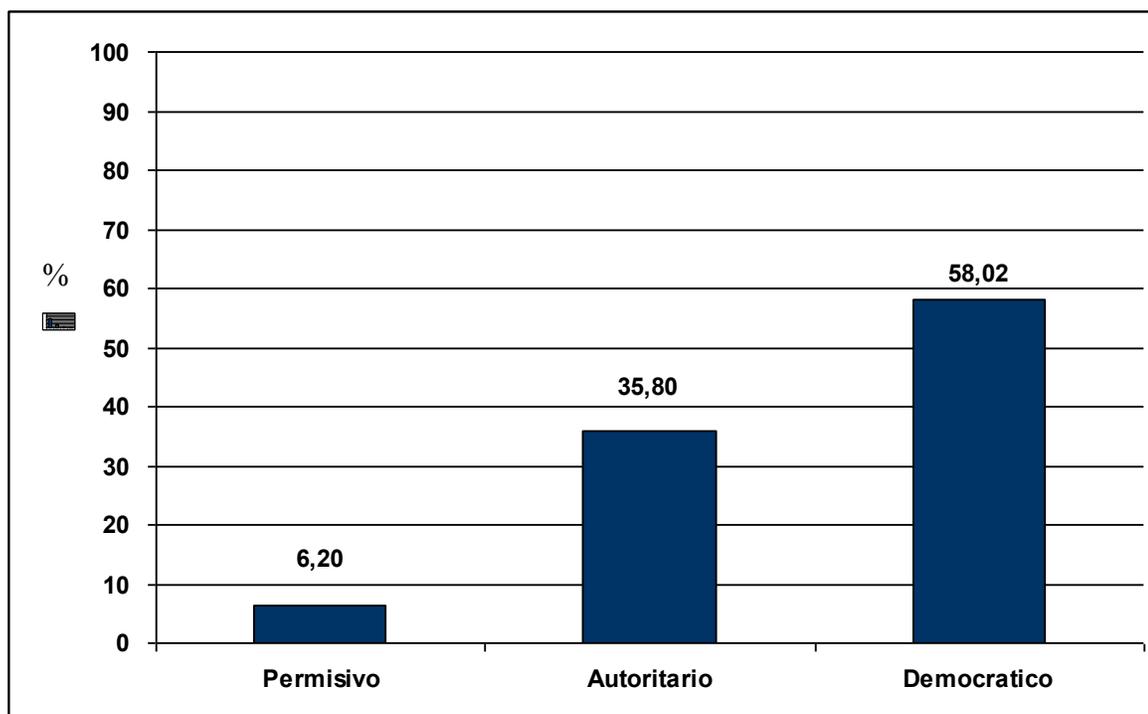
Gráfico N° 3: Tipo de Funcionamiento Familiar, previo al embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes estudiadas el 67,90% (n=55) presentaba buen funcionamiento familiar; 24,70% (n=20) moderado; 6,17 % (n=5) mal funcionamiento familiar y un 1,23% (n=1) no responde.

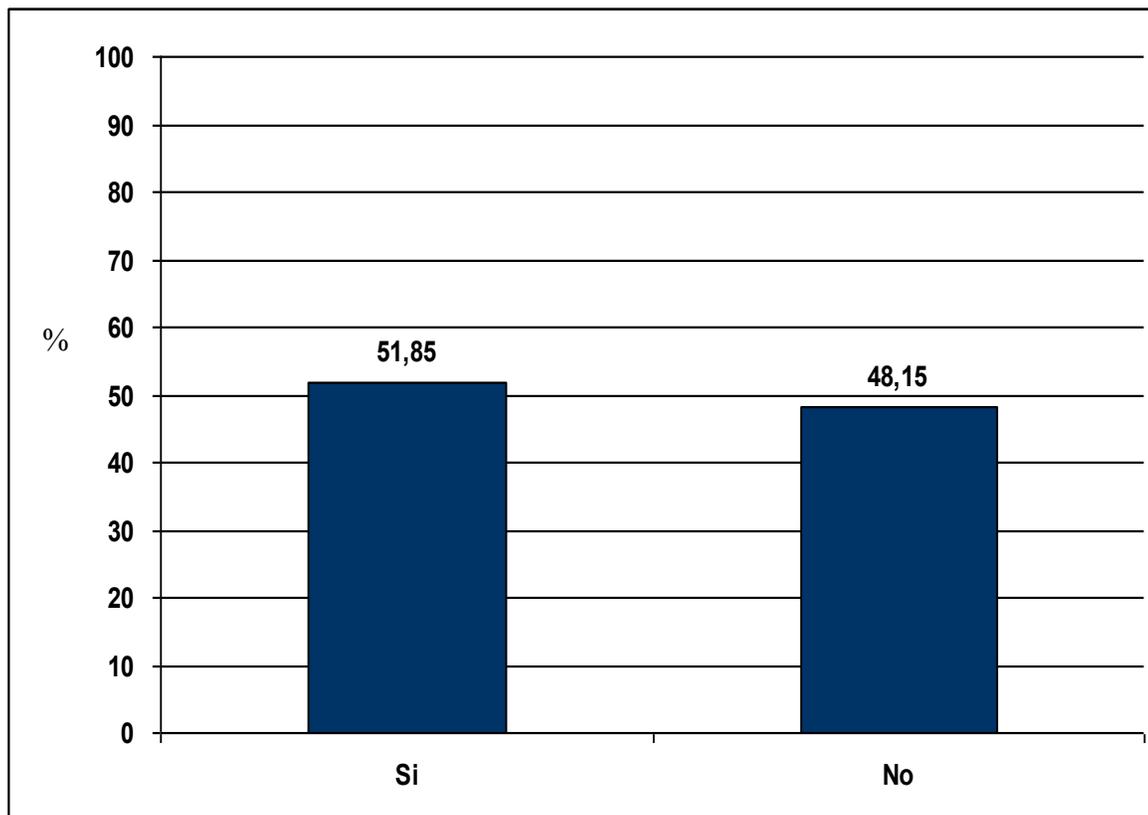
Gráfico N° 4: Tipo de normas de crianza ejercidas por los padres, previo al embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes con antecedentes personales de embarazo, un 58,02% (n=47) presentaba normas de crianza de tipo democrático; 35,80% (n=29) normas de crianza de tipo autoritario y un 6,20% (n=5) normas de crianza de tipo permisivo.

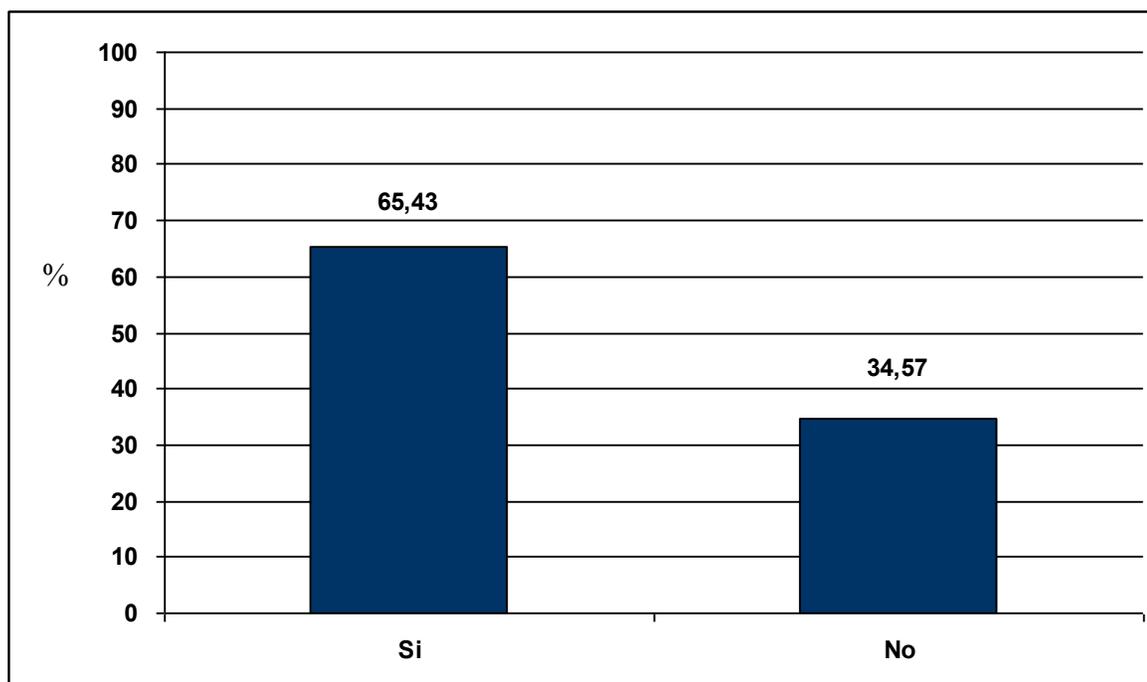
Gráfico N° 5: Existencia de antecedentes familiares de embarazo precoz, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes estudiadas, el 51,85% (n=42) presentó antecedentes familiares de embarazo precoz y un 48,15% (n=39) no.

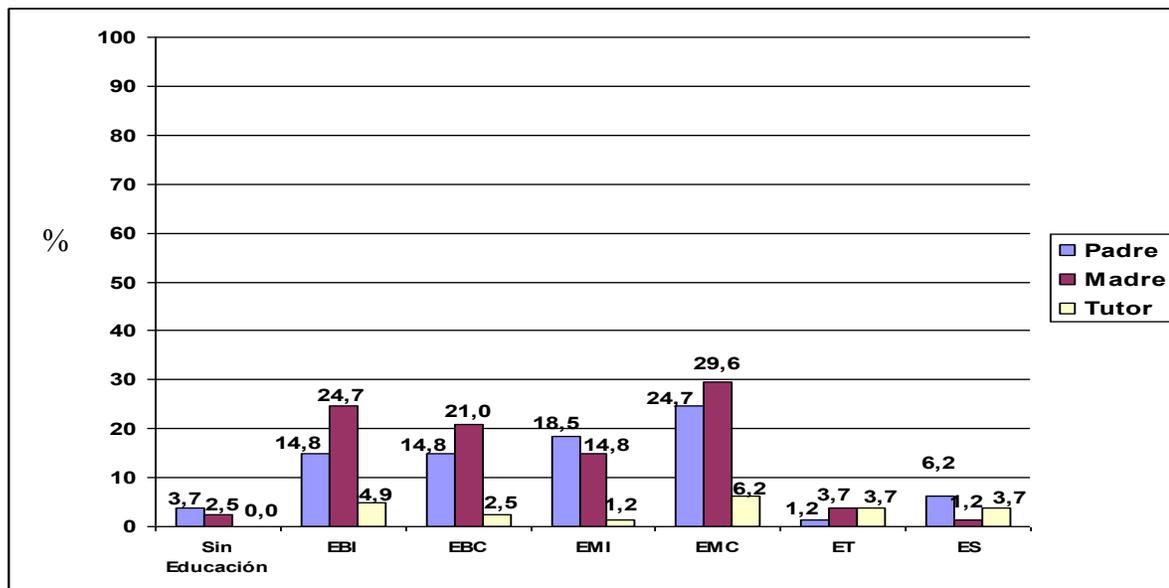
Gráfico N° 6: Existencia de conversaciones sobre sexualidad en el hogar, previo al embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes con antecedentes de embarazo, el 65,4% (n=53) tenían conversaciones sobre sexualidad en el hogar y el 34,6% (n=28) no.

Gráfico N° 7: Escolaridad de los padres o tutor de las adolescentes con antecedentes personales de embarazo, de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



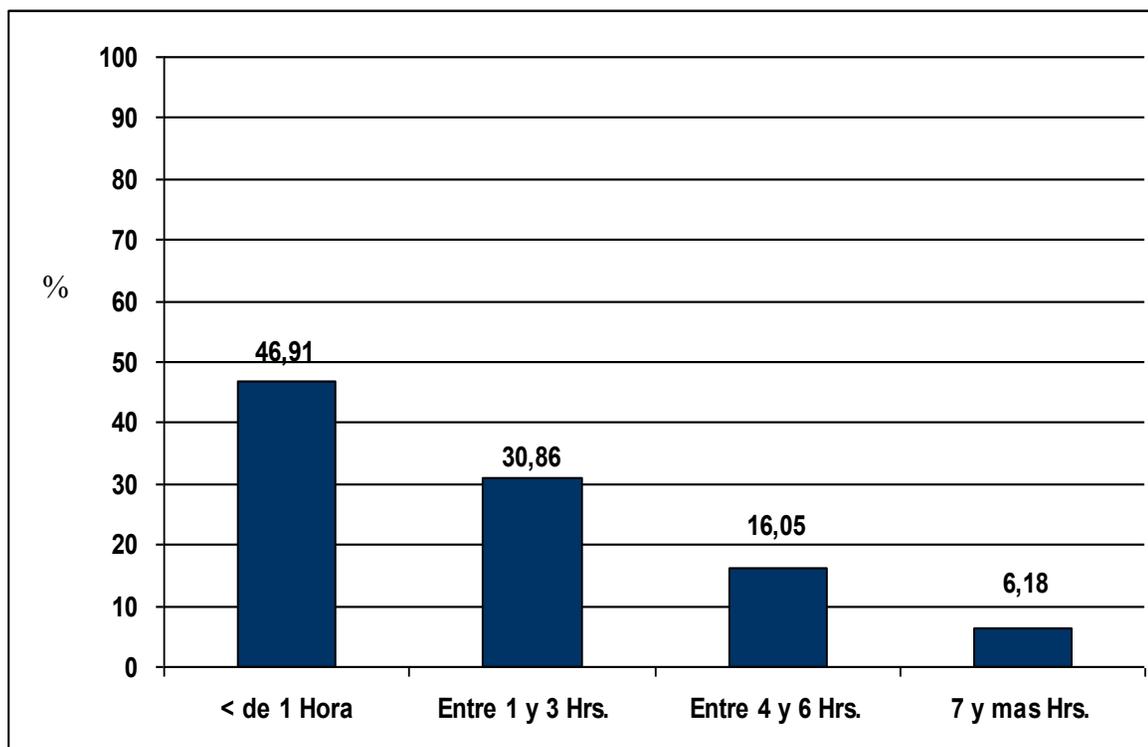
Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se pudo observar que en cuanto a la escolaridad del padre, un 3,7% (n=3) no tiene educación; educación básica incompleta y básica completa ambas con un 14,8% (n=12); 18,5% (n=15) media incompleta; 24,7% (n=20) media completa; 1,2% (n=1) técnico-profesionales y 6,8% (n=5) estudios superiores.

En cuanto al nivel educacional de la madre un 2,5% (n=2) no posee educación; 24,7% (n=20) educación básica incompleta; 21% (n=17) básica completa; 18,5% (n=12) media incompleta; 29,6% (n=24) media completa; 3,7% (n=3) técnico-profesional y 1,2% (n=1) estudios superiores.

En relación al nivel educacional del tutor, un 4,9% (n=4) posee enseñanza básica incompleta; 2,5% (n=2) educación básica completa; 1,2% (n=1) media incompleta; 6,2% (n=5) media completa; estudios técnico-profesionales y superiores ambos con un 3,7% (n=3).

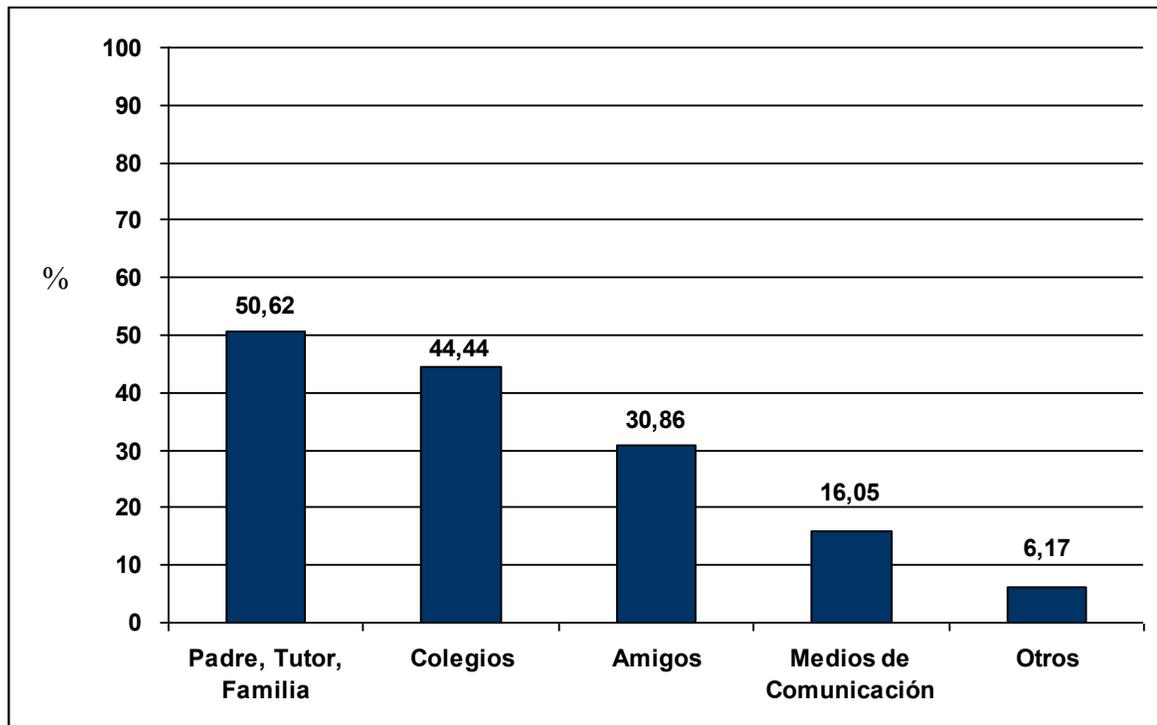
Gráfico N° 8: Horas que pasaban solas en el hogar, previo al embarazo, las adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de adolescentes estudiadas, un 46,91% (n=38) de ellas pasaban menos de una hora solas en el hogar; 30,86 % (n=25) entre una y tres horas; 16,05% (n=13) entre cuatro y seis horas y 6,18% (n=5) pasaban más de siete horas solas en el hogar.

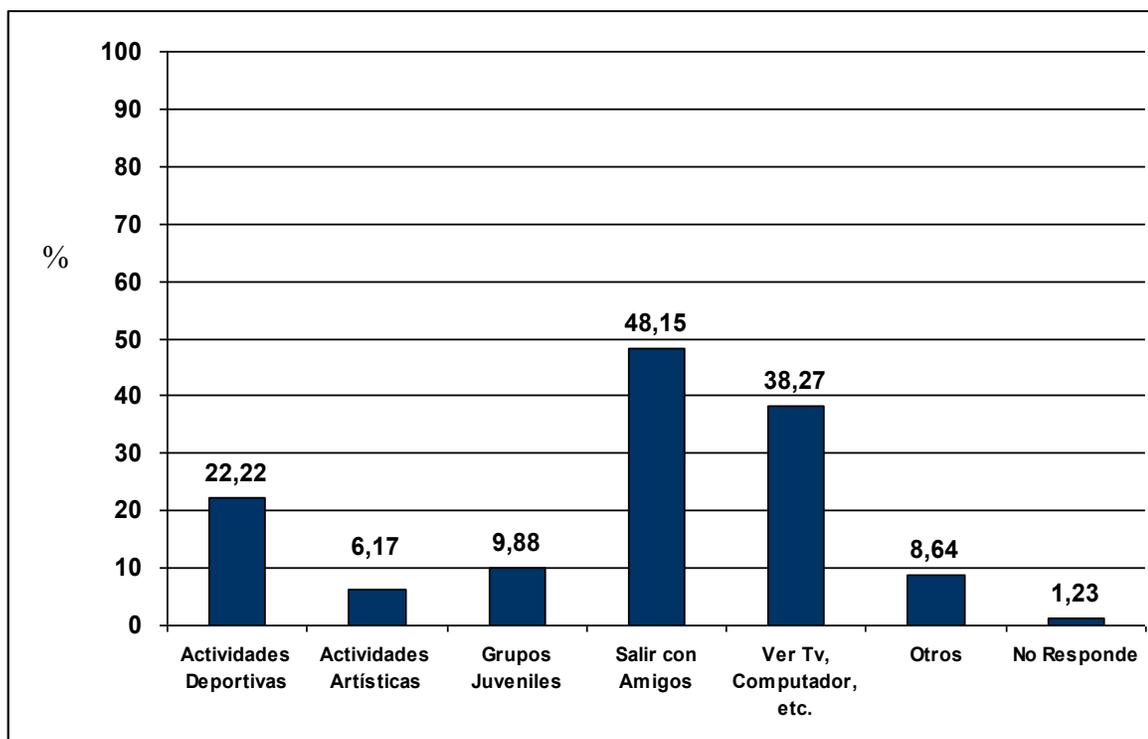
Gráfico N° 9: Fuentes de información sobre sexualidad, previo al embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes embarazadas, el 50,62% (n=41) de ellas señaló que una de sus principales fuentes de información sobre sexualidad fueron sus padres tutor o familia; 44,44% (n=36) señaló el colegio como fuente de información; 30,86% (n=25) a los amigos; 16,05% (n=13) a los medios de comunicación y 6,17% (n=5) señaló otras fuentes de información sobre sexualidad.

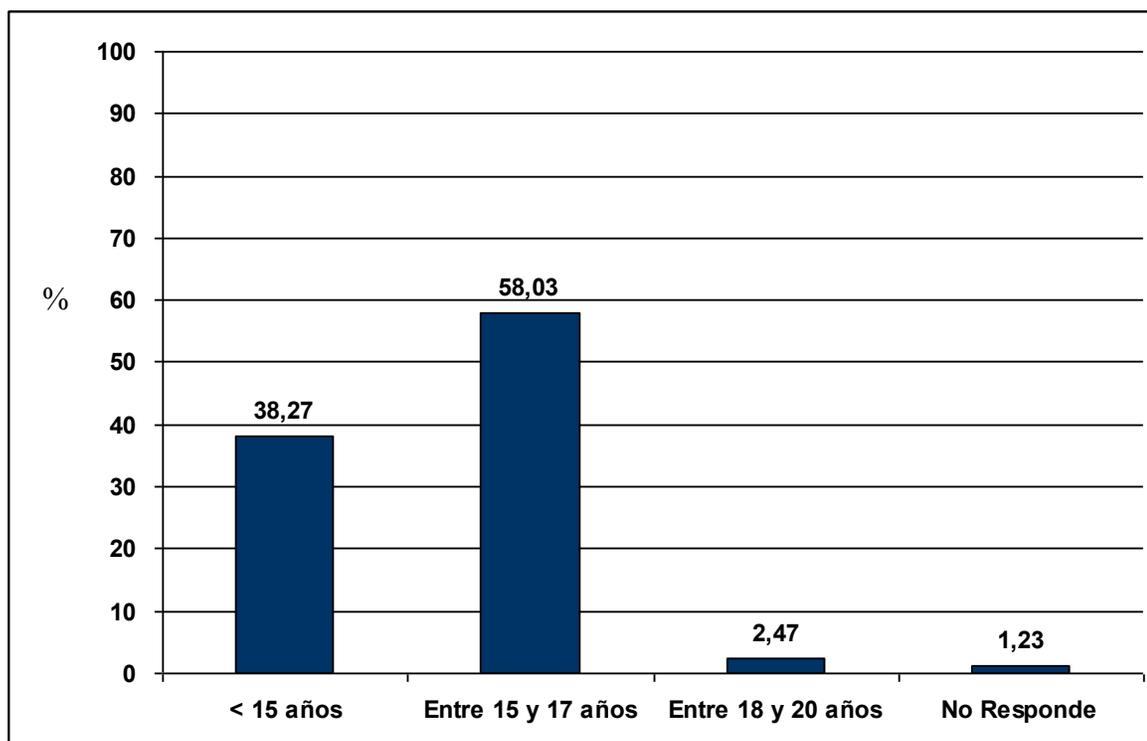
Gráfico N° 10: Tipo de actividades que realizaban en su tiempo libre, previo al embarazo, las adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes analizadas, el 48,15% (n=39) salía con amigos; 38,27% (n=31) veía TV, utilizaba computador, escuchaba música; 22,22% (n=18) realizaban actividades deportivas; 9,88% (n=8) participaba en grupos juveniles; 8,64% (n=7) realizaban otro tipo de actividad; 6,17% señaló que realizaba actividades artísticas y el 1,23% (n=1) no respondió.

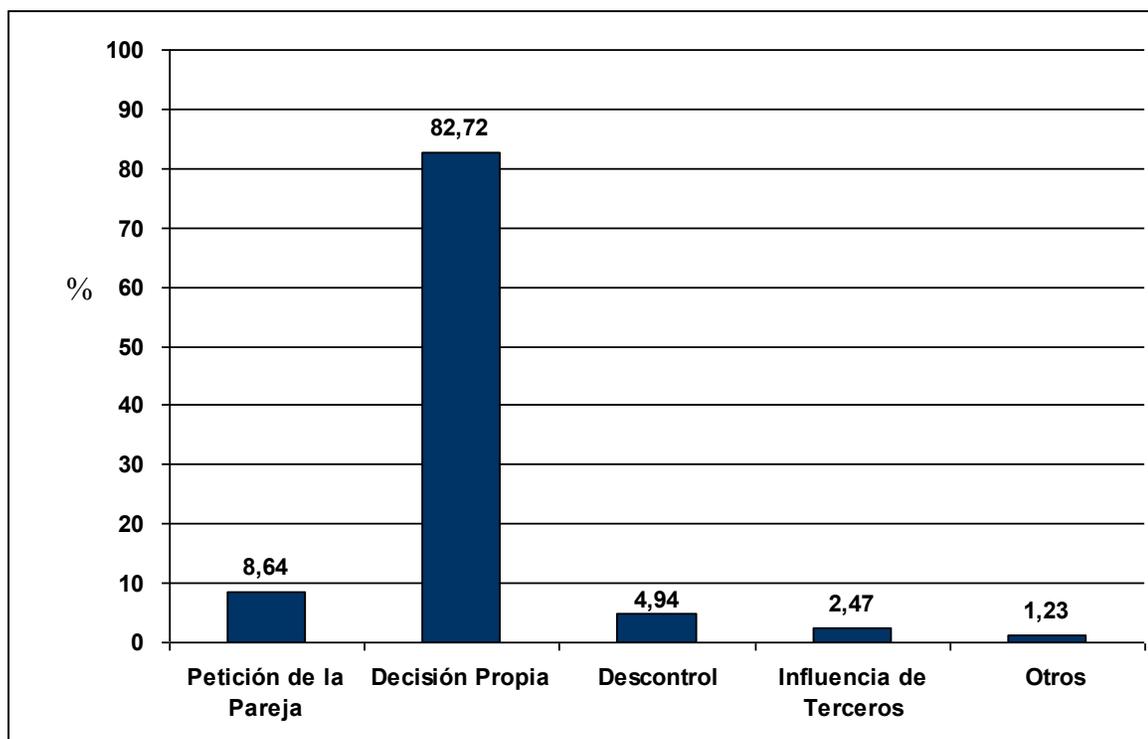
Gráfico N° 11: Edad de inicio de la actividad sexual, en adolescentes con antecedentes personales de embarazo, de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes con antecedentes de embarazo, el 58,03% (n=47) inició su actividad sexual entre los 15 y 17 años; 38,27% (n=31) antes de 15 años; 2,47% (n=2) entre los 18 y 20 años y 1,23% (n=1) no responde.

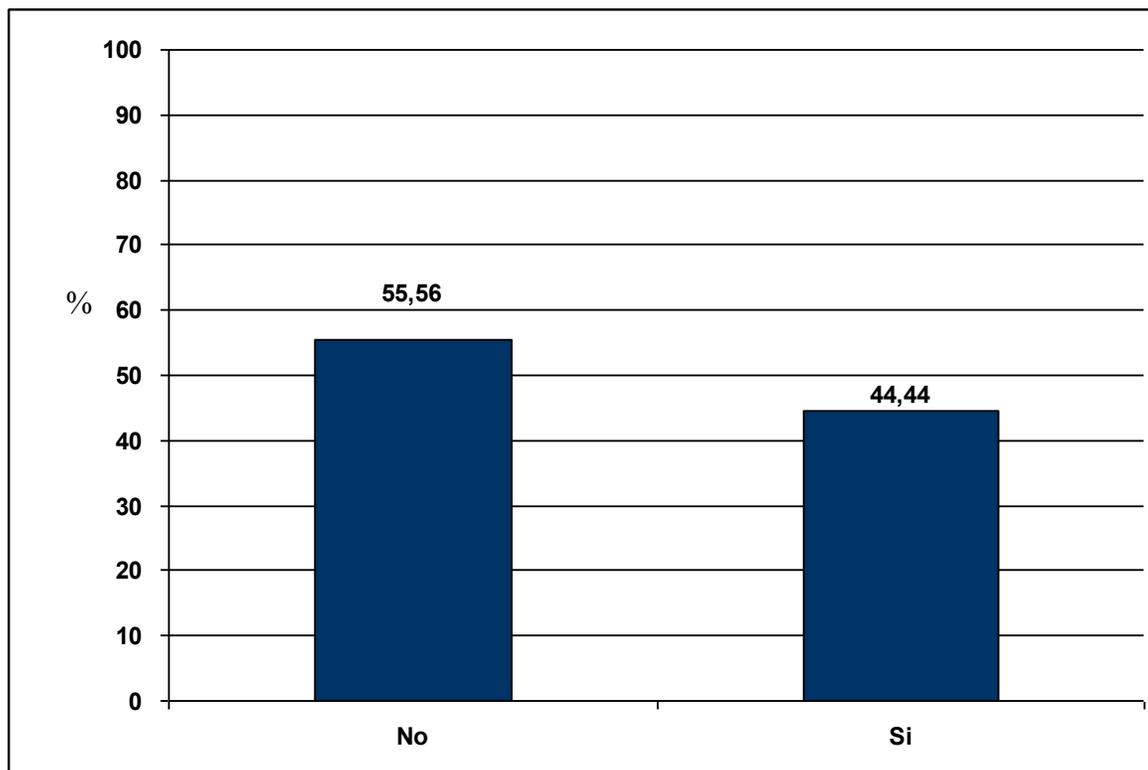
Gráfico N° 12: Motivo de inicio de la actividad sexual en adolescentes con antecedentes personales de embarazo, de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes analizadas, un 82,72% (67) inició su actividad sexual por decisión propia; 8,64% (n=7) por petición de su pareja; 4,94% (n=4) por descontrol; 2,47% (n=2) por influencia de terceros y 1,23% (n=1) por otros motivos.

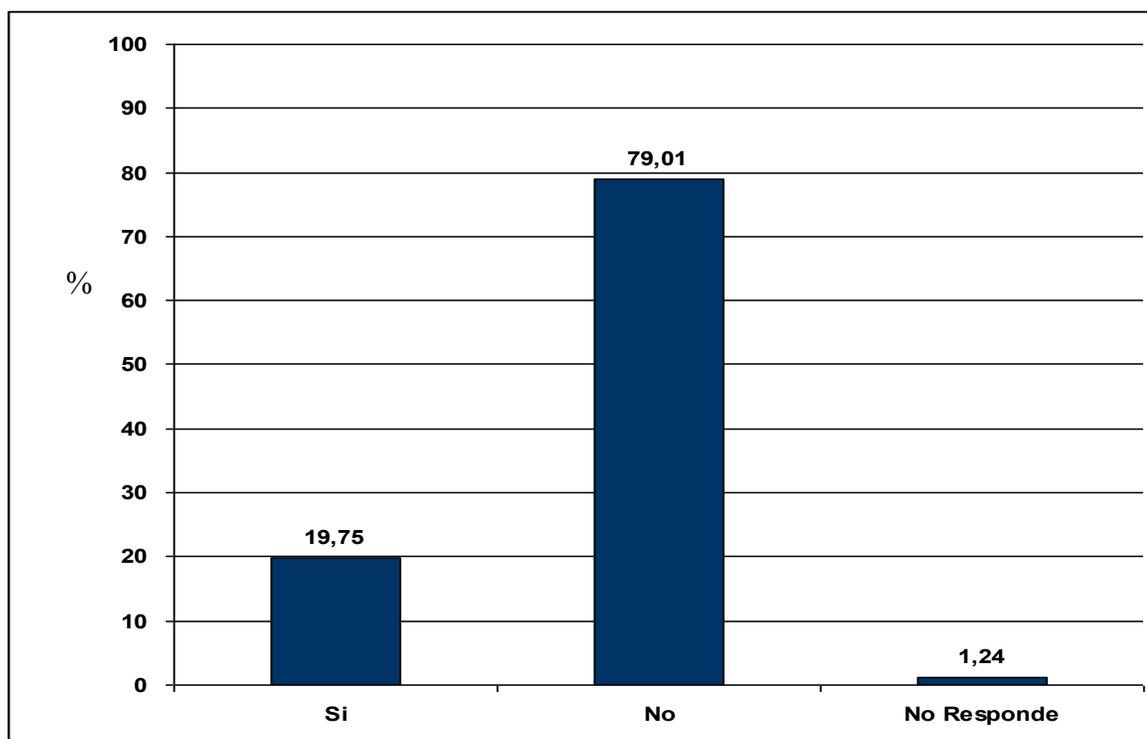
Gráfico N° 13: Uso de métodos anticonceptivos, previo al embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes estudiadas, el 55,56% (n=45) de ellas no utilizaba ningún método anticonceptivo y el 44,44% (n=36) si.

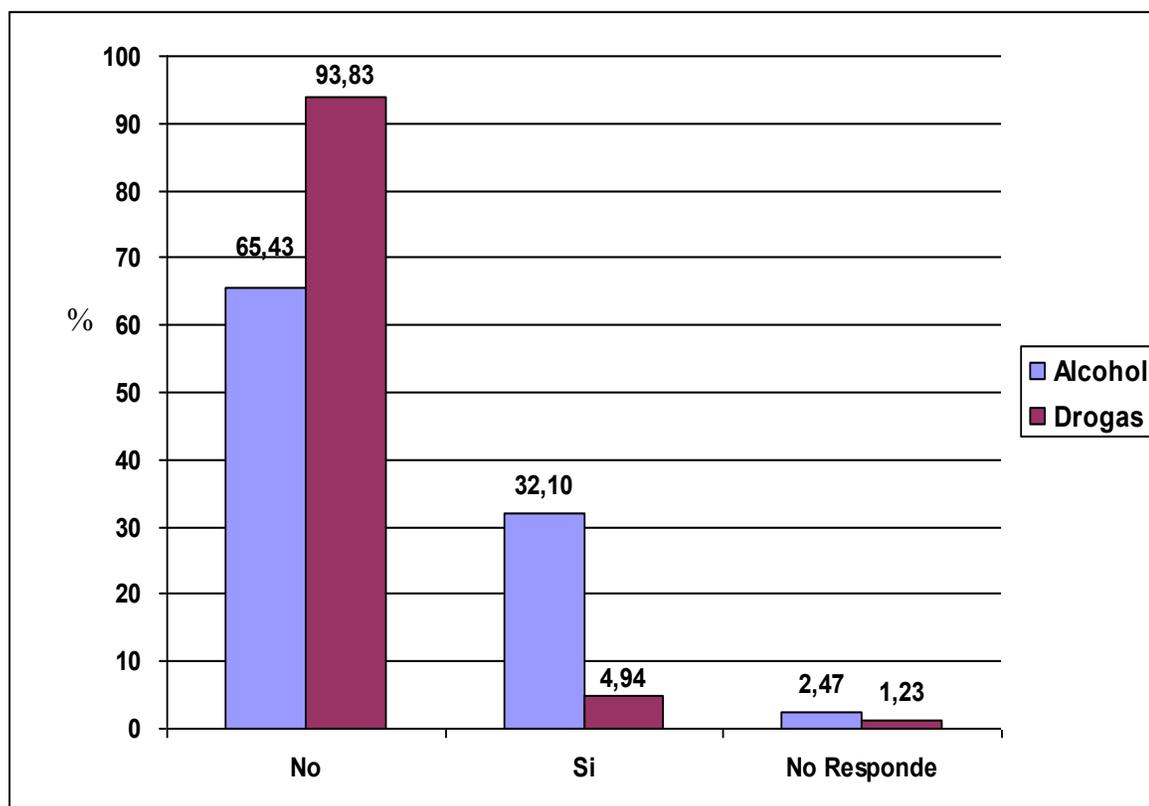
Gráfico N° 14: Deseo de quedar embarazada, en adolescentes con antecedentes de embarazo, de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes estudiadas, el 79,01% (n=64) no deseaba quedar embarazada; 19,75% (n=16) si lo deseaba y el 1,24% (n=1) no responde.

Gráfico N° 15: Consumo de alcohol y drogas, previo al embarazo, en adolescentes de establecimientos educacionales Técnico-Profesionales de la ciudad de Chillán.



Fuente: Ídem tabla N° 1

A partir del gráfico se puede observar que del total de las adolescentes estudiadas, un 65,43% (n=53) no consumía alcohol; 32,10% (n=26) si consumía y 2,47% (n=2) no responde. En cuanto a las drogas, el 93,83% (n=76) no consumía; 4,94% (n=4) si consumía y 1,23% (n=1) no responde.

3.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

- En relación a los datos obtenidos sobre la etapa de la adolescencia en la que se produce el primer embarazo, un 77,78% lo cursó en la adolescencia media; 13,58% en la adolescencia temprana y 8,64% en la adolescencia tardía. Esto se contrapone con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Yolanda Contreras, "et al" en la región del Bío-Bío en 1997, titulado "Relación embarazo adolescente y jefatura de hogar femenina" donde un 17% de las adolescentes cursó su primer embarazo entre la adolescencia temprana y media (12 a 16 años) y un 46% en la adolescencia tardía (17 a 20 años).

El resultado de este estudio se puede deber a que en los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento en la incidencia del embarazo en la adolescencia.

- Con respecto al tipo de familia al que pertenecían las adolescentes, un 45,68% correspondía a una familia nuclear biparental; 19,75% familia nuclear monoparental; 8,64% familia extensa biparental; 9,88% familia extensa monoparental y 6,17% familia extensa amplia. Esto concuerda con el estudio realizado por la Universidad Cesar Vallejo de la ciudad de Trujillo-Perú, en Octubre del 2007, titulado "Factores socioafectivos que influyen frente al embarazo precoz", en el que se observó que el 71,6% de las adolescentes viven con ambos padres y el 28,4% restante no. De éstas últimas, un 11,8% vive solo con el padre; 58,8% vive solo con la madre y el 29,4% vive con otras personas. Sin embargo contrastó con el estudio realizado por Brandell Thompson "et al", realizado en Chile entre los años 1999-2000, titulado "Diagnostico del embarazo adolescente. Octava Región del Bío-Bío", donde se concluyó que la mayoría de las adolescentes embarazadas pertenecían a una familia de tipo incompleta (80,9%), generalmente de tipo monoparental.

El resultado de este estudio se puede deber a que, la familia es el sistema que les proporciona a estos jóvenes la capacidad para la toma autónoma de decisiones y para que ellos puedan enfrentar los desafíos que la vida trae consigo. Sin embargo más importante que tener una familia biparental, es que sea una familia sólida y preparada para los cambios físicos, psicológicos y emocionales que se presenten en sus hijos adolescentes, ya que si no es así, comienzan las crisis familiares y con ello las conductas de riesgo que pueden llevar a sus hijas a cometer errores como lo es en este caso, el embarazo adolescente.

- En cuanto al tipo de funcionamiento familiar previo al embarazo, el 67,90%, presentó buen funcionamiento familiar; 24,70% moderado; 6,17% malo y un 1,23% no responde. Esto se asemeja a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Nidia Reyes Turcios en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua el año 2005, titulado “Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos adolescentes”, donde un 77% presentaba buen funcionamiento familiar, 22% regular y 1% malo.

El resultado de este estudio se puede deber a que la existencia de un vínculo madre-hijo apropiado genera relaciones familiares adecuadas, especialmente con el padre y con los hermanos. Sin embargo, esto no asegura una relación familiar basada en la confianza, ya que para muchos adolescentes, buena relación es sinónimo de no discutir. Es por esto que los jóvenes depositan su confianza en sus pares, quienes viven el mismo proceso de cambios rápidos, exploraciones y conflictos, quedando igualmente expuestos a situaciones riesgosas.

- En relación al tipo de normas de crianza ejercidas por los padres previo al embarazo, un 58,03% presentaba normas de crianza de tipo democrático; 35,80% normas de crianza de tipo autoritario y un 6,17% normas de crianza de tipo permisivo. Esto se contrapone con el estudio realizado por Nidia Reyes Turcios, donde el 72% no tenían establecida ninguna norma y un 28% si.

Los resultados de este estudio se pueden deber a que, en la adolescencia es donde la familia debe permanecer firme para servir de soporte a la joven que comienza a sufrir una serie de cambios. No obstante, a pesar de que en este estudio la mayoría de las jóvenes establece junto a sus padres los límites y normas, la adolescencia se caracteriza por una oscilación entre la rebelión y el conformismo, lo que hará que muchas veces acaten las normas acordadas y otras las pasen por alto.

- En cuanto a la existencia de antecedentes familiares de embarazo precoz, un 51,85% de las estudiantes refirió que sí presentaba antecedentes y un 48,15% no. Resultados que concuerdan con el estudio realizado por Victoria Cueva Arana, Jesús Fernando Olvera Guerra y Rosa María Chumacera López realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Acapulco, Guerrero, entre septiembre y noviembre del 2003 titulado “Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo”, donde un 85% de las jóvenes en estudio presentó antecedentes familiares de embarazo precoz.

Los resultados de este estudio se pueden deber a que la familia es quien provee una función social valiosa de pautas para la regulación sexual, de crianza y socialización. Por esta razón la adolescente considera a su familia una guía de interacción social futura, razón por la que tendrá más probabilidades de enfrentarse a situaciones similares a las vividas por sus progenitores, en este caso, un embarazo en la adolescencia.

- Respecto a los datos obtenidos en cuanto a la existencia de conversaciones sobre sexualidad en el hogar, previo al embarazo, el 65,43% tenían conversaciones sobre sexualidad en el hogar y el 34,57% no las tenían.

Esto se contraponen con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Nidia Reyes Turcios, donde el 70% no presentaba conversaciones sobre sexualidad en el hogar y el 30% restante había hablado alguna vez de este tema.

El resultado de este estudio se puede deber a que los padres de estas jóvenes a pesar de que en su mayoría no completaron la enseñanza media, cuentan con conocimientos básicos sobre sexualidad, los cuales han transmitido a sus hijas. Sin embargo estos no han sido suficientes para prevenir el embarazo. Por lo tanto es de suma importancia que los padres cuenten con la información necesaria sobre sexualidad y sepan como entregarla a sus hijas, para que estas logren internalizarla y utilizarla efectivamente.

- En cuanto a los datos obtenidos sobre la escolaridad de los padres, en el caso del padre, un 3,7% no tenía educación; mientras que un 14,8% tenía educación básica incompleta y básica completa; el 18,5% media incompleta; 24,7% media completa; 1,2% técnico profesionales y 6,8% estudios superiores.

En cuanto al nivel educacional de la madre un 2,5% no posee educación; 24,7% educación básica incompleta; 21% básica completa; 18,5% media incompleta; 29,6% media completa; 3,7% técnico profesional y 1,2% estudios superiores.

En relación al nivel educacional del tutor un 4,9% posee enseñanza básica incompleta; 2,5% educación básica completa; 1,2% media incompleta; 6,2% media completa; estudios técnico-profesionales y superiores ambas con un 3,7%.

Lo anterior es discordante con el estudio realizado por Nidia Reyes Turcios donde un 58% de los padres cursaron la enseñanza básica completa, 23% básica incompleta, 11% enseñanza media y un 8% son analfabetos.

Los resultados de este estudio dan cuenta que las adolescentes están informadas de la escolaridad de sus padres, quienes en un 51,8% y 66,7% no tenían estudios o no alcanzaron la enseñanza media, en el caso del padre y la madre respectivamente.

Lo que adquiere relevancia ya que estos padres contarán con una menor gama de conocimientos para orientar a sus hijos a lo largo de sus vidas. Esto refleja la importancia de tener un mejor nivel educacional y así poder utilizar las herramientas adquiridas a través de la educación formal de manera efectiva, logrando guiar a los hijos a través de conversaciones de calidad y dando

respuestas satisfactorias frente a inquietudes que estos puedan presentar, como es el caso de la sexualidad.

- En relación a los datos obtenidos respecto a las horas que pasaban solas en el hogar, previo al embarazo, el 46,91% de las adolescentes pasaban menos de una hora solas en su hogar; 30,86% entre una a tres horas; 16,05% entre cuatro y seis horas y 6,18% pasaban más de siete horas solas en el hogar.

No se encontraron investigaciones específicas relacionadas con esta variable, sin embargo existe información que manifiesta que los jóvenes que pasan bastante tiempo solos en su hogar y tienen menos supervisión por parte de los padres, presentan más probabilidades de entregarse a comportamientos sexuales arriesgados. Sin embargo los resultados obtenidos en este estudio, se pueden deber a que según el Censo 2002 en Chile, la familia nuclear biparental sigue siendo el tipo de hogar más frecuente (57%), hecho que genera más posibilidades de que la adolescente no se mantenga tanto tiempo sola en su hogar.

Además el total de las integrantes de la investigación correspondía a adolescentes pertenecientes al sistema formal de educación, en donde la jornada escolar completa las mantiene la mayor parte del día en el establecimiento.

- En relación a los datos obtenidos respecto a las fuentes de información sobre sexualidad de las adolescentes previo al embarazo, se pudo observar que, el 50,65% obtuvo la información de sus padres, tutor o familia; 44,44% del colegio; 30,86% de los amigos; 16,05% de los medios de comunicación y 6,17% señaló otras fuentes de información. Lo anterior contrasta en cierto modo con la investigación realizada por Nidia Reyes Turcios donde un 43% manifestó que obtuvo la información en el colegio; 22% en el centro de salud; 14% en la casa; 13% de los amigos y 8% a través de los medios de comunicación.

Los principales resultados obtenidos en este estudio se pueden deber a que todas las adolescentes estudiadas vivían con algún familiar lo que aumentaba las oportunidades de adquirir información de estos, además se encontraban en el

sistema formal de educación, lo que explica que este destaque como la segunda fuente de información más importante. También es relevante el tercer porcentaje representado por los amigos, el cual se puede deber a que en la adolescencia los amigos adquieren gran importancia y credibilidad.

- En cuanto a los datos obtenidos sobre las actividades que las adolescentes realizaban en su tiempo libre previo al embarazo, el 48,15% salía con amigos; 38,27% veía TV, utilizaba computador, escuchaba música; 22,22% realizaban actividades deportivas; 9,88% participaban en grupos juveniles; 8,64% realizaban otro tipo de actividad; 6,17% realizaban actividades artísticas y el 1,23% no respondió. Lo anterior contrasta en cierto modo con la investigación realizada por Nidia Reyes Turcios, en donde, el 50% veía televisión; 22% hacía nada; 12% otras actividades; 7% escuchaba música; 5% conversaban y un 4% leía.

En este estudio las adolescentes presentaron una amplia tendencia a la opción de salir con amigos. Estos resultados se pueden deber a que todas las jóvenes, al permanecer la mayor parte del día en el establecimiento educacional, establecen un vínculo amplio, constante y estable con sus amigos propio a su edad.

Por otro lado ver televisión también es una de sus principales opciones, lo cual se asemeja al estudio de Nidia Reyes, esto puede deberse a que la TV es considerada, a nivel global, como una fuente importante de entretenimiento e información.

- Respecto a la edad de inicio de la actividad sexual, el 58,03% fue entre los 15 y 17 años; 38,27% antes de los 15 años; 2,47% entre los 18 y 20 años y 1,23% no responde. Esto se asemeja a los resultados obtenidos en el estudio de Nidia Reyes donde, un 58% inició su vida sexual después de los 15 años y el 42% restante entre los 12 y 14 años. Sin embargo se contraponen con los resultados obtenidos en una investigación realizada por la Universidad Cesar Vallejo de Perú en Octubre del 2007; titulado "Factores socioafectivos que influyen frente al embarazo precoz"; en el cual, del 30% de las adolescentes que ya habían iniciado

su vida sexual, un 5,5% la inició a los 13 años; 72,2% entre los 14 a 15 años y un 22,3% a los 16 años; o sea más del 77% había iniciado su vida sexual a una edad igual o inferior a los 15 años.

Los resultados de este estudio se pueden deber a que la adolescente atraviesa por una serie de cambios fisiológicos, emocionales y psicológicos, encontrándose muchas veces confundida, sin darse cuenta de que algunas conductas que considera normales son de riesgo para su salud tanto física como mental, como es el caso de la iniciación precoz de la actividad sexual.

- En cuanto al motivo de inicio de la actividad sexual de las adolescentes, el 82,72% lo hizo por decisión propia; 8,64% por petición de su pareja; 4,94% por descontrol; 2,47% por influencia de terceros y 1,23% por otros motivos.

No se encontraron investigaciones para esta variable, no obstante Diane Papalia en su libro, *Psicología del Desarrollo*, expone que los adolescentes se vuelven sexualmente activos por muchas razones como, ampliar la intimidad sexual, buscar nuevas experiencias, probar su madurez, mantenerse al nivel de sus compañeros, hallar un alivio ante las presiones e investigar los misterios del amor. Todas estas razones son finalmente decisiones que la joven toma por voluntad propia.

- En relación a los datos obtenidos respecto al uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo, un 55,56% no utilizaba ningún método y 44,44% si.

Esto contrasta con el estudio realizado por la Universidad Cesar Vallejo de la ciudad de Trujillo-Perú, donde se determinó que de las adolescentes que habían iniciado su vida sexual, el 83,3% usaban métodos anticonceptivos y un 16,7% no. Los resultados obtenidos en este estudio se pueden deber a que en la adolescencia existe una menor conciencia sobre riesgos a los que puedan enfrentarse, ya que tienden a creer que no les sucederán eventos negativos. Es por esto que una joven sexualmente activa que no utiliza anticonceptivos tendrá una alta probabilidad de embarazarse.

- Con respecto al deseo de quedar embarazadas de las jóvenes en estudio el 79,01% no deseaba quedar embarazada; 19,75% si lo deseaba y el 1,24% no responde.

Esto se asemeja a los resultados obtenidos en un estudio realizado por Nidia Reyes Turcios donde, un 60% no deseaba quedar embarazada y el 40% restante si. Sin embargo se contrapone con el estudio realizado por Guillermo Padron A., realizado en México entre los años 2002-2003 titulado “Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes”, donde el 50,4% de los casos, si deseaban quedar embarazadas.

El resultado de este estudio, con casi un 20% de jóvenes embarazadas por decisión personal; cifra no menor, puede deberse a que en ningún otro momento de la vida, más que en la adolescencia, estas chicas serán capaces de mostrar tanta capacidad de entrega y devoción a los demás; llegando a enamorarse de modo tan apasionado, que erróneamente buscaran formas de mantenerse unidas a sus parejas; a pesar que, como característica también de esta etapa, podrán romper estas relaciones en forma tan repentina como las comenzaron.

- En relación al consumo de alcohol y drogas previo al embarazo, un 65,43% no consumía alcohol; 32,10% si consumía y 2,47% no responde; en cuanto a las drogas, el 93,83% no consumía; 4,94% si consumía y 1,23% no responde.

Esto se asemeja a los resultados obtenidos por Nidia Reyes T., donde un 68% no han consumido alcohol y un 32% si han consumido alguna vez pero no embarazadas. En cuanto al consumo de drogas no se encontraron estudios relacionados para esta variable.

Sin embargo los resultados de este estudio dejan de manifiesto que existe consumo de alcohol y drogas, siendo el primero el más significativo; esto puede deberse a que muchas de las actividades riesgosas para los adolescentes surgen dentro de un contexto de exploración de hechos que los diferencien con las generaciones que los preceden; buscando tener una edad adulta satisfactoria y productiva dentro de los cuales uno de cada cinco enfrentará peligros importantes.

IV. CONCLUSIONES

A partir de los resultados de la investigación podemos concluir que:

- En relación a la etapa de la adolescencia en la que se produce el primer embarazo existió predominio en la adolescencia media representado por un 77,78%.
- Respecto al tipo de familia de las adolescentes, previo al embarazo, se pudo observar que el 45,68% pertenecía a una familia nuclear biparental.
- Acerca del tipo de funcionamiento familiar, previo al embarazo, se evidenció que gran parte de las adolescentes tenía buen funcionamiento familiar representado por un 67,90%, así como también destaca que solo un 6,17% tenía mal funcionamiento familiar.
- Sobre el tipo de normas de crianza ejercidas por los padres, previo al embarazo, existió predominio del tipo de normas de crianza democrático con un 58,03%; sin embargo también destacó un 35,80% que lo identificó como autoritario.
- En cuanto a la existencia de antecedentes familiares de embarazo precoz se observó que un 51,85% de las jóvenes presentaba antecedentes de este tipo, de estas el 58,9% correspondía a antecedentes de la madre, y respecto a los antecedentes de la hermana y de la abuela ambas con un 25,6%.
- En relación a la existencia de conversaciones sobre sexualidad en el hogar, previo al embarazo, se evidenció que un 65,43% de las adolescentes sí tenía conversaciones sobre este tema en su hogar.
- En cuanto a la escolaridad del padre, el resultado más relevante fue un 24,69% correspondiente a la educación media completa, similar al de la madre de las adolescentes el que fue de un 29,63%. Sin embargo la

mayoría de los padres no tenían estudios o no alcanzó la enseñanza media, con un 51,8% y 66,7% para el padre y la madre respectivamente

- En relación a los datos obtenidos respecto a las horas que pasaban solas en el hogar, previo al embarazo, destaca que el 46,91% de las adolescentes pasaban menos de una hora solas en su hogar y solo un 6,18% pasaban más de siete horas solas en el hogar.
- Acerca de las fuentes de información sobre sexualidad de las adolescentes, previo al embarazo, se observó que un 50,65% obtuvo la información de un familiar, seguido por un 44,44% que señaló el colegio como fuente de información, además es importante destacar que un 30,86% obtuvo la información de sus amigos.
- En cuanto a los datos obtenidos sobre las actividades que las adolescentes realizaban en su tiempo libre, previo al embarazo, se observó que la mayoría representada por un 48,15% salía con amigos, seguido por una cantidad no menor de 38,27% que señaló que veía TV, utilizaba computador y escuchaba música.
- Respecto a la edad de inicio de la actividad sexual se evidenció que el 58,03% de las adolescentes la inició entre los 15 y 17 años, sin embargo también es relevante que el 38,27% lo hizo antes de los 15 años de edad.
- En relación al motivo de inicio de la actividad sexual de las adolescentes destacó que el 82,72% lo hizo por decisión propia.
- Según el uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo, un 55,56% no utilizaba ningún método. Sin embargo el 44,44% señaló que sí utilizaba. De estas el 44,4% manifestó usar preservativo, pastillas anticonceptivas y coitus interruptus ambas con un 25% y solo un 11,1% señaló haber utilizado el método calendario.
- Con respecto al deseo de las adolescentes de quedar embarazadas es importante destacar que el 79,01% no deseaba quedar embarazada. Sin embargo un 19,75%, cifra no menor, si lo deseaba.

- En relación al consumo de alcohol y drogas previo al embarazo, un 65,43% no consumía alcohol, sin embargo el 32,10% si consumía. De estas el 50% lo hacia entre 2 a 4 veces por mes, 34,6% mensualmente, 11,5% entre 2 a 3 veces por semana y solo un 3,8% 4 o mas veces por semana. En cuanto a las drogas, el 93,83% no consumía, y solo un 4,94% si.

4.1 LIMITACIONES

- Dificultad para ubicar a las adolescentes en los establecimientos educacionales durante su horario de clases al momento de aplicar el cuestionario.
- Déficit de recursos económicos para multicopiar el instrumento de recolección de datos.

4.2 SUGERENCIAS

- Difusión de los datos obtenidos a los respectivos establecimientos educacionales donde se realizó el estudio, con el fin de darles a conocer la situación real del embarazo en la adolescencia.
- Utilizar los resultados del estudio para realizar una investigación de tipo analítico, e identificar factores de riesgo y factores protectores frente al embarazo de adolescentes en la ciudad de Chillán.
- Utilizar los resultados obtenidos en el estudio para efectuar una investigación de tipo cualitativa y así profundizar en las variables presentes previo al primer embarazo en las adolescentes.
- Realizar un estudio en el que se amplíe la muestra, incorporando a los varones que han sido padres adolescentes.
- Efectuar un estudio con muestra más diversa, incorporando a los establecimientos educacionales con modalidad científico humanista de la ciudad de Chillán, entre otros.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Estadísticas de género: Una *visión demográfica*. Instituto Nacional de Estadística. 2006. [en línea] www.ine.cl/canales/chile_estadistico/genero/word/2estadisticasdegenero.doc [consulta 02/09/09 11:16 Hrs].
2. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Enfoques Estadísticos N°9. Fecundidad Juvenil en Chile 2000.
3. Ford, C.S. y Beach, F.A. *Patterns of sexual Behavior*. Nueva York, Harper, 1951.
4. Papalia, D.; Wendkos, S.; Duskin, R. *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia*. 9° edición. México. 2005. Mc Graw-Hill, Interamericana. Offer, 1987; Offer y Schonert-reichl, 1992. Pág. 432
5. Papalia, D.; Wendkos, S.; Duskin R. *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia*. 9° edición. México. 2005. Mc Graw-Hill, Interamericana. Petersen, 1993; Rivara y Grossman, 1996. Pág. 432
6. Routi, A: Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev. SOGIA 1994; 1:70-2.
7. Stevens Simon C. Adverse reproductive outcome and young maternal age. N Engl J Med 1995; 333:801-2.
8. Molina, M.; Pérez, R.; Ferrada C., et al. Embarazo en la adolescencia. Rev. Ciencia y salud 1997; 1: 25-9.

9. Lidz, T. La Persona: Su desarrollo a lo largo del ciclo vital. Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
10. Pérez, A. Familia y Adolescencia. Educación a Distancia en Salud del Adolescente 2 (2): 1-82, 1996.
11. Florenzano, R. 1997. El Adolescente y sus Conductas de Riesgo. 2° edición. Santiago, Chile. Ediciones Universidad.
12. Informe de comisión nacional de la familia. SERNAM. 477p.
13. Instituto nacional de estadística (INE). (revisado 17 de marzo, 2007).
14. Papalia, D.; Wendkos, S.; Duskin, R. Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia. 9° edición. México. 2005. Mc Graw-Hill, Interamericana. DiClemente et al, 2001. P. 505
15. Padres y Desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. España 2005 [en línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-07052005000200011&script=sci_arttext [consulta: 21-04-2010 15:45 hrs].
16. Peláez, J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev. Cubana Obstetro Ginecológica 1997; 23:13-17.
17. Florenzano, R. 1997. El Adolescente y sus Conductas de Riesgo. 2° edición. Santiago, Chile. Ediciones Universidad, Anna Freud “El yo y los mecanismos de defensa”. Pág.41.

18. Beland, I. (1971). *Clinical Nursing: Pathophysiological and psychosocial implications* (2° ed.) New York: Macmillan.
19. Roy, C., & McLeod, D. (1981). Theory of the person as an adaptive system. In C. Roy & S.L. Roberts (Eds.), *Theory construction in nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
20. Roy, C. (1967). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
21. Tomey, A. M. y Alligood, M. R. 1999. *Modelos y teorías en enfermería*. 4° ed. Madrid, Harcourt Brace. 555p.
22. Poo, A.; Baeza, B.; Capel P.; et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev. SOGIA* 2005; 12; 17-24.
23. Reyes, N. 2006. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Tesis para master en salud pública. Managua, Nicaragua. Universidad nacional autónoma de Nicaragua. 48p.
24. Factores socioafectivos que influyen frente al embarazo precoz. Octubre 2007 [en línea] <http://www.docstoc.com/docs/1645391/Embarazo-Precoz> [consulta: 03-09-09 16:40 hrs.].

25. Investigación “Relación embarazo adolescente y jefatura de hogar femenina “. 1997. Por Contreras, Yolanda “et al”. Universidad de Concepción – SERNAM, Fondo nacional de desarrollo regional. 86p.
26. Díaz, A.; Sugg, C.; Valenzuela M., Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Santiago-chile año 2002-2004. Revista SOGIA 2004; 79-83.
27. Muñoz, C.; Osses, F.; Rodríguez, L., Santana C. Percepción familiar frente al embarazo adolescente. Tesis para optar al grado de licenciado en enfermería. Chillán, Universidad del Bio-Bio. 62 p.