

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**FACTORES SOCIALES Y ESTILOS DE VIDA DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS. CENTRO
MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR.
CAJAMARCA, 2017**

TESIS

Presentada por la Bachiller en Obstetricia:

Darsyha Irupé Brophy Leyva

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Asesoras:

Obsta. Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales

Obsta. Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez

Cajamarca, 2019

Copyright © 2019 by
Darsyha Irupe Brophy Leyva
Derechos reservados

DEDICADO A:

Mis padres Elmer y Marleni por sus consejos, motivación y su constante apoyo, amor incondicional y comprensión, durante mi vida.

Mi hija Krystell, por ser el motor que me impulsa a seguir adelante para lograr mis metas trazadas.

Mis hermanas Andrea, Evelyn y Laura por su ternura, amistad y cariño.

Mi esposo, por ser el compañero, amigo y cómplice de mis días, por su amor, apoyo y comprensión.

Darsyha

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca, mi Alma Mater y docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por haber contribuido a mi formación profesional.

Expreso mi profundo agradecimiento a las Obstas. Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales y Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez, por todo el apoyo brindado en el asesoramiento de la presente tesis.

A todas y cada una de las adolescentes embarazadas que me proporcionaron información, sin ellas no hubiese sido posible realizar el presente estudio.

Darsyha

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos	6
1.4. Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1. Adolescencia	10
2.2.2. Embarazo adolescente	11
2.2.3. Factores sociales	13
2.2.4. Estilos de vida	18
2.3. Marco conceptual	28
2.4. Hipótesis	29
2.4. Variables	29
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	29
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1. Diseño y tipo de Estudio	31
3.2. Área de estudio y población	31
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	32
3.4. Unidad de análisis	32
3.5. Criterios de inclusión	32

3.6.	Principios éticos de la investigación	33
3.7.	Procedimiento, técnica e instrumento de colección de datos	33
3.8.	Procesamiento y análisis de datos	34
3.9.	Control de calidad de datos	35
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		36
CONCLUSIONES		64
SUGERENCIAS		65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		66
ANEXO 01		75
ANEXO 02		77
ANEXO 03		78
ANEXO 04		79
ANEXO 05		81

RESUMEN

Los estilos de vida de las adolescentes embarazadas son producto de los cambios propios de la etapa, de la gestación y del contexto en el cual se encuentran inmersas, estos pueden depender de diferentes factores sociales. **Objetivo:** determinar los factores sociales asociados a los estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno perinatal Simón Bolívar – Cajamarca, 2017. **Metodología:** el estudio corresponde a un diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo y correlacional, se realizó en 79 adolescentes embarazadas. **Resultados:** la mayoría de adolescentes embarazadas perteneció al grupo etario de 15-17 años (93,6%), con secundaria incompleta (86,1%), convivientes (58,2%), amas de casa (79,7%) y residentes en la zona urbana (50,6%); pertenecen a una familia integrada (68,4%), familia nuclear (65,8%) y disfuncional (64,6%); tienen un estilo de vida bajo (77,2%). Se encontró asociación significativa entre las variables; estilos de vida y estructura familiar ($p = 0,02$) y funcionalidad familiar ($p = 0,000$).

Palabras clave: factores sociales, adolescente embarazada, estilos de vida.

ABSTRACT

The lifestyles of pregnant adolescents are the product of the changes inherent in the stage, the gestation and the context in which they are immersed, these may depend on different social factors. Objective: to determine the social factors associated with the lifestyles of pregnant adolescents attended at the Simón Bolívar - Cajamarca Maternal Perinatal Center, 2017. Methodology: the study corresponds to a cross-sectional non-experimental design, descriptive and correlational in nature, performed in 79 pregnant teenagers. Results: the majority of pregnant adolescents belonged to the age group of 15-17 years (93.6%), with incomplete secondary (86.1%), cohabitants (58.2%), housewives (79.7%) and residents in the urban area (50.6%); they belong to an integrated family (68.4%), a nuclear family (65.8%) and a dysfunctional family (64.6%); they have a low lifestyle (77.2%). There was a significant association between the variables; lifestyles and family structure ($p = 0.02$) and family functionality ($p = 0.000$).

Key words: social factors, pregnant adolescent, lifestyles.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el término adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: "adolescencia temprana"; "adolescencia media" y la denominada "adolescencia tardía", en donde generalmente se presenta el logro de la identidad. La adolescencia se considera como un tránsito a la vida adulta, la sociedad prepara al adolescente y le ofrece los recursos necesarios para que, una vez completada su formación, entre a desempeñar un papel en la sociedad. Los cambios biológicos y psicológicos que suceden en esta etapa, así como, las características geográficas, culturales y sociales que rodean al adolescente, sus características de personalidad y biológicas, darán como resultado un estilo de vida determinado (1).

Los estilos de vida de cualquier persona constituyen la manera en que ésta se comporta en su cotidianeidad, por lo que, de ellos, dependen los riesgos a los que se exponen los individuos y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Los estilos de vida de las adolescentes embarazadas son producto de su propia etapa y del contexto en el cual se encuentran inmersas y pueden estar asociados a factores sociodemográficos (1).

A partir de estas premisas se realizó el presente estudio con el objetivo de Determinar los factores sociales asociados a los estilos de vida de una adolescente embarazada, atendida en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017, llegando a determinar que, el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas tienen un estilo de vida bajo, estilo de vida saludable en la dimensión ejercicio y no saludable en las dimensiones nutrición, responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y autorrealización, los factores sociales se asocian a los estilos de vida son: la procedencia ($p = 0,027$), estructura familiar ($p = 0,02$) y funcionalidad familiar ($p = 0,00$).

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: correspondiente al problema y que comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: comprende el marco teórico e incluye antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Pertenece a este capítulo el diseño metodológico el mismo que incluye el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: correspondiente al análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

También forma parte de la presente investigación las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que ocurre después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (2). Es una etapa, en la cual, aparecen complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales; es decir, se producen importantes transformaciones, que conducen al individuo hacia la madurez del adulto (3). Esta época se caracteriza por la aparición de la pubertad, el establecimiento de la independencia de los padres, la búsqueda de la identidad y el desarrollo de procesos cognoscitivos. A medida, que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden asumir muchos comportamientos de riesgo, entre los que se encuentran el inicio de la actividad sexual (4).

En el Perú 3,600,000 adolescentes pertenecen al grupo etario de 12 a 18 años de edad, representando el 13% de la población (5) y; en Cajamarca, la población de adolescentes de 14 a 18 años es de 320,934, equivalente al 48% del total de la población (6).

La proporción de adolescentes que han experimentado relaciones coitales antes de los 18 años, ha mostrado un aumento progresivo desde los años setenta. Hoy en día, más de la mitad de mujeres ha tenido este tipo de relaciones antes de cumplir los 18 años;

en América Latina, según datos disponibles, la edad media de la unión de pareja no ha tenido cambios, pasando de 20,8 años en 1986 a 20,9 años en el 2010 (7); en el Perú, el INEI informó que el 6,3% de las adolescentes ha tenido relaciones coitales, el 2% se unieron por primera vez y el 0,6% tuvieron un bebé antes de cumplir 15 años (8).

Asimismo, la OMS, ha reportado 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y cerca de un millón de niñas menores de 15 años que enfrentan un parto cada año, ocurriendo la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las Estadísticas

Sanitarias Mundiales del 2014 indican que la tasa media de natalidad mundial, entre las adolescentes de 15 a 19 años, es de 49 por mil adolescentes, además, el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza (9). En América Latina la tasa de embarazo adolescente es de 16,5%, dato superior a la de África, que es de 14,1% (10).

En el Perú, durante el año 2014, existían 207,800 adolescentes de 15 a 19 años de edad, que ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez; cifra que representa el 14,6% del total de adolescentes del país; el 11,7% de ellas fueron madres y el 2,9% estaban embarazadas por primera vez (8).

Más allá de las cifras estadísticas, el embarazo adolescente se constituye en un gran problema de salud pública, por las complicaciones que suelen presentarse durante el embarazo y el parto, las mismas que se establecen como segunda causa de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo; también los recién nacidos de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir, en relación a los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (9).

En este contexto, se puede comprender como los comportamientos sexuales de riesgo suelen estar asociados a un embarazo precoz, el cual tiene un gran impacto social, psicológico y biológico en el desarrollo de la joven y que representa una situación de delicada gravedad, puesto que su embarazo compete, no sólo a ella, sino también a su entorno (11); sobre todo cuando este grupo etario muestra inadecuados estilos de vida que pueden comprometer aún más la situación de riesgo que enfrentan (11).

En la adolescencia, los estilos de vida, en sus diferentes dimensiones, nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y autorrealización, se develan como muy importantes, por ser una etapa vulnerable tanto desde el punto de vista físico como psicológico, es importante de allí que , debe existir una correcta alimentación, siendo necesarios los nutrientes adecuados que faciliten el crecimiento y desarrollo óptimos del individuo; el consumo de una dieta inadecuada, puede influir desfavorablemente sobre el crecimiento somático y la maduración sexual; no menos importante es la actividad física, para la prevención del sobrepeso y la obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo

2. El adolescente, además, debe aprender a ser responsable con su salud, manejar el estrés y de ser posible llegar a la autorrealización.

Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística e informática en 2016, revela que el 35,5% de los peruanos mayores de 15 años tienen sobrepeso. Entre 2007 y 2014, en adolescentes de 10 a 19 años, el sobrepeso pasó de 12,9% a 18,5%. En el caso de la obesidad, la incidencia era de 4,9%, pero se elevó hasta 7,5%. También informa que en el 37,6% de los hogares integrados por niñas, niños y/o adolescentes, existe al menos un menor de 18 años de edad con déficit calórico; siendo mayor en el área rural (47,3%) que en el área urbana (35,2%) y Lima Metropolitana (33,5%) (12); de otra parte, existen estudios que señalan que el 5,9% de adolescentes casi nunca hacen ejercicio y el 24,8% lo hacen rara vez, el 23,3% lo realizan 2 veces a la semana y; el 24,4%, 3 (13); Vargas (2018) por su parte, determinó que el 62,5% de adolescentes presentó nivel de estrés moderado; el 37,5%, (9) un nivel de estrés alto y; el 0% (0), un nivel de estrés bajo (14).

Los estilos de vida no ocurren en un vacío, sino que tienen lugar en contextos que comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales y sociales entre los cuales pueden figurar un bajo grado de instrucción el nivel socioeconómico bajo, disfuncionalidad familiar y la actividad laboral que desarrolla la adolescente, es decir que, para el estudio de los estilos de vida de los adolescentes es determinante comprender el contexto familiar, social y factores socioeconómicos, también conocidas como determinantes situacionales que, influyen, de modo directo o indirectamente, en que un individuo adopte un estilo de vida saludable (15).

En el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar ,se atiende un porcentaje elevado de adolescentes embarazadas, sin embargo, no se indaga sobre su estilo de vida, a pesar de que es muy importante para el bienestar de la madre y el niño por nacer, la única dimensión que se evalúa es el estado nutricional de la gestante, ignorando las otras dimensiones como ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y autorrealización, tampoco se averigua sobre los factores sociales que pueden conllevar a una adolescente a optar por estilos de vida no saludables; motivo por el cual se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la asociación entre los factores sociales y los estilos de vida de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca durante el año 2017.

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre algunos factores sociales y los estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar? Cajamarca, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre los factores sociales y los estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales de las adolescentes embarazadas que formaron parte del estudio.
- Identificar los estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.
- Analizar los factores sociales asociados a estilos de vida de las adolescentes embarazadas.

1.4. Justificación de la investigación

Los estilos de vida de cualquier persona constituyen la manera en que esta se comporta en su cotidianeidad, por lo que, de ellos, dependen los riesgos a los que se exponen los individuos y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Los estilos de las adolescentes embarazadas son producto de los cambios propios de la etapa, de la gestación y del contexto en el cual se encuentran inmersas.

El estilo de vida en las adolescentes adquiere una importante relevancia al tomar en cuenta que éste constituye los hábitos que en el adulto se consideran como parte de sí mismo, es decir, integran los elementos que lo configuran como un ser social.

El embarazo precoz ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia en la sociedad; pues el aumento del número de adolescentes embarazadas se agrava por el hecho de que estas madres tienen más probabilidad de mostrar comportamientos o estilos de vida no saludables, los cuales repercuten en la evolución del proceso grávido, así como en el producto, ya que lo colocan en mayor riesgo de presentar un crecimiento inadecuado, entre otras consecuencias.

Las altas tasas de nacimientos entre las madres adolescentes son motivo de gran preocupación, dado que la salud de éstas y la del producto corren serios riesgos. Éstos se asocian generalmente a la presencia de mayores tasas de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Desde el punto de vista médico, las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones graves como la toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, anemia grave, parto prematuro o placenta previa, entre otras (1). De igual manera, los hijos de mujeres adolescentes tienen una probabilidad 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer, que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más (1).

Las consecuencias de los embarazos en las adolescentes son variadas y de gran importancia, porque repercuten no sólo en los factores psicosociales, afectivos, biológicos y económicos de la joven y del núcleo familiar, sino también en la sociedad en la cual se encuentra inmersa la familia, lo que origina problemáticas que trascienden, incluso, el ámbito nacional (1). Estas consecuencias suelen ser mayores si la adolescente no tiene altos estilos de vida.

Es por ello que surge la idea de realizar el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar los factores sociales asociados a los estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca. El resultado permitirá a los profesionales de Obstetricia, reconocer la importancia de los estilos de vida en las adolescentes embarazadas durante la atención prenatal, así como, elaborar e implementar un programa educativo para la salud dirigido a la promoción estilos de vida saludable que contribuya a mejorar el bienestar biopsicosocial de la futura madre, su niño por nacer, la familia y la sociedad en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Blásquez, M. y cols. (México, 2010) en su estudio formularon como objetivo identificar los estilos de vida en un grupo de adolescentes embarazadas; encontraron como resultados que el mayor porcentaje se ubicó en el rango de edad de 15 a 17 años (56,6%). El 90% de las adolescentes practicaba la religión católica; el 80% eran casadas; la mayoría (66,6%) contaba con escolaridad básica (primaria y secundaria); el 76,3% eran amas de casa, y 23,3% empleadas. El 56,6% de las embarazadas pertenecían a una familia extensa (padres, hijos y otro familiar consanguíneo habitando en la misma casa) y 43,4 % vivían sólo con su pareja (familia nuclear); Los resultados de la variable estilos de vida mostraron que, en relación a responsabilidad con la salud, el 52,7% respondió que nunca se hacía responsable de su salud, seguida de la opción a veces con 25,3%. En cuanto a Ejercicio, presentaron la alternativa nunca en 57,3%, seguida de la opción a veces con 26,7%. En nutrición, la opción a veces representó el porcentaje mayor con 43,3%, seguida de la alternativa rutinariamente con 22,8. El indicador Soporte interpersonal mostró que las elecciones a veces y frecuentemente fueron las que alcanzaron la mayor frecuencia con 33,8% en ambas, En manejo del estrés el 34,8% mostró la opción nunca y el 60% de la muestra manifestó estilos de vida no saludables y el 40% estilos de vida saludables (1).

Solórzano, M. y cols. (Paraguay, 2013) formularon en su estudio como objetivo identificar los estilos de vida en adolescentes de una comunidad semiurbana y encontraron como resultados que el estado civil en su gran mayoría fue ser solteros. En relación al ejercicio, los adolescentes en un 5,9% casi nunca hacían ejercicio, el 24,8% lo hacían rara vez, mientras que el 23,3% lo realizaban 2 veces a la semana, el 24,4% 3 veces a la semana, y el 21,5% 4 veces a la semana. (16).

Hernando, A. y cols. (España, 2013) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar los estilos de vida que se observan entre los 12 y 17 años de edad y encontraron como resultados que existen correlaciones significativas entre la mayoría de las variables

que conforman los estilos de vida, casi todas de tipo positivo a excepción de las relacionadas con consumo de sustancias en donde la mayoría fueron negativas. Encontraron asimismo una disminución significativa, con el aumento de la edad, en: práctica de la actividad física y deportiva, participación en actividades extraescolares y horas de sueño. El 63% no realiza ninguna actividad física, lo que se asoció al sobrepeso y la obesidad. Casi la mitad tenía una vida sexual activa y usaba el condón (17).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Macavilca, J. (Lima, 2013) realizó una investigación con el objetivo de determinar el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes de la Institución Educativa "Juan de Espinosa Medrano 7082, encontrando como resultados que el 60% tenían estilos de vida saludable y 40%, estilos de vida no saludable. En la dimensión biológica, 58% estilos de vida saludable; y 42%, no saludable. En la dimensión psicológica; 65% estilos de vida saludable; y 35%, estilos de vida no saludable. En la dimensión social; 56% de los adolescentes tienen estilos de vida no saludable; y 44% saludable (18).

Gómez, S. (Arequipa, 2015) planteó como objetivo determinar la relación que existe entre los factores sociales, económicos y culturales de los padres con los estilos de vida de los adolescentes de 12 a 17 años de la Institución Educativa Horacio Zeballos Gamez del distrito de Cerro Colorado, Arequipa, determinando que la edad predominante del grupo de adolescentes participantes del estudio fue el de 14 a 15 años en un 40%, seguidos del grupo de 16 a 17 años con un 31,4% y finalmente el grupo de 12 a 13 años con un 28%, La dimensión que alcanzó el mayor porcentaje (77%), "responsabilidad con su salud" obtuvieron un resultado moderadamente saludable, seguido de "soporte interpersonal" (65,7%), "manejo del estrés" (64%), nutrición (58,2%) y por último el "ejercicio" (49%) (19).

Huachillo, K. (Lima, 2016) en su estudio formuló como objetivo determinar la relación de los estilos de vida y la enfermedad hipertensiva inducida en el embarazo en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue y determinó que las adolescentes no evitan comer entre comidas en el 93,3%. Con respecto a la comida chatarra se observó que solo el 10,2%.de las gestantes adolescentes evitan comer comida chatarra. Además se pudo determinar que el 67,63% tienen estilo de vida no saludable y 32,36% tienen estilo de vida saludable (20).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica", comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, clasificándola en:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (21).

2. Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (21).

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (21).

Sin embargo, el Ministerio de Salud por Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, considera adolescentes a aquellas personas entre los 12 y 17 años de edad, dato que ha sido considerado en el presente estudio, sin desestimar la definición y clasificación realizada por el ente rector en salud que es la Organización Mundial de la Salud (22).

2.2.2. Embarazo adolescente o embarazo precoz

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia (21).

Según Issler, referido por Gamboa (2013) define al embarazo en la adolescencia como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (21).

- **Causas del embarazo en la Adolescencia**

Entre las causas del embarazo en la adolescencia, se encuentran las siguientes:

El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer;

La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos.

La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales;

El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada;

Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y La falta de una buena educación sexual (1).

- **Consecuencias de un embarazo temprano**

Es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente (21).

• **Consecuencias biológicas**

Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras (1).

• **Consecuencias psicosociales**

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar

embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad (1).

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo.

En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan (1).

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social. En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social (22).

El abordaje del embarazo en la adolescencia requiere de una desagregación del concepto para ofrecer respuestas acordes a cada situación y con una mirada integral que contemple tanto la educación en salud sexual y reproductiva para proporcionar información objetiva e integral acerca de los métodos anticonceptivos, cubrir los vacíos de conocimiento acerca de su uso correcto y los efectos secundarios típicos,

para mejorar su comprensión respecto del método y las posibles consecuencias del uso incorrecto. La disponibilidad de escuelas inclusivas y de maternidades seguras que garanticen una atención de calidad para el control prenatal y el parto son también fundamentales para evitar el abandono escolar o complicaciones por riesgos en el embarazo, parto y puerperio (22).

2.2.3. Factores sociales

Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar o en el espacio en el que se encuentren. Un factor social es una dimensión que puede ser movilizadora para explicar otros fenómenos no sociales (23).

Desde que Graunt contabilizó en decesos en los condados de Inglaterra en el siglo XVII, variaciones en la morbilidad y mortalidad han sido observados relacionados a factores sociales, incluyendo la etnia de las personas, el estrato social y los niveles de educación (23).

Las gradientes jerárquicas de la relación 'social-salud' es constante en todo el espectro socioeconómico. - En general, la posición socioeconómica individual influencia la salud de los individuos a un mayor grado que al inverso (23).

- **Factores sociales.** Son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, en el lugar y en el espacio en el que se encuentren (24). Entre los factores sociales se tiene a los siguientes:

1. Grado de instrucción. El Nivel de Instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

El Ministerio de Educación es el encargado de gestionar la educación y garantizar el acceso de todos los peruanos. Se divide en cuatro etapas, siendo las tres primeras de carácter obligatorio:

Estructura del sistema educativo en el Perú:

Inicial. La educación inicial se ofrece las denominadas cunas, donde asisten menores de tres años, jardines para niños de tres a cinco años y a través de programas no escolarizados, destinados a niños carenciados de áreas rurales y urbano-marginales. El último año de este nivel es obligatorio.

Primaria. La educación primaria tiene una duración de seis años. Los estudiantes adquieren conocimientos generales de ciencias, matemáticas y lenguaje, teniendo que contar con un promedio de 11 (sistema vigesimal de evaluación) para superarlo.

Secundaria. La educación secundaria se divide en dos ciclos: el primero, general para todos los alumnos, tiene una duración de dos años y junto con la educación primaria constituyen el bloque de la educación obligatoria; el segundo, con una duración de tres años, es diversificado, con opciones científico-humanista y técnicas. Se ofrece en dos modalidades: para adolescentes (de 12 a 16 años) y para adultos.

Superior. La educación superior se imparte en escuelas, institutos superiores, centros superiores de post-grado y en universidades. Los institutos ofrecen programas de formación de maestros y una variedad de opciones de formación técnica en carreras que tienen una duración entre cuatro y diez semestres académicos. Los institutos y escuelas superiores otorgan títulos de profesional, técnico y experto, y también los de segunda y ulterior especialización profesional. Las universidades otorgan títulos de bachiller, maestro y doctor, así como certificados y títulos profesionales, incluso los de segunda y ulterior especialización (25).

2. Estado civil. Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos (26).

3. Procedencia. Es el lugar de donde procede la adolescente embarazada. La procedencia geográfica que alguien dispone marca muchas de las características que presentará en el plano físico, y asimismo en lo concerniente a su modo de comportamiento o de actuar (26).

4. Zona de residencia. Es el lugar donde vive la adolescente embarazada, puede definirse como zona urbana y zona rural o ciudad y campo.

Define como "áreas urbanas" a los asentamientos o "núcleos urbanos" que son capitales provinciales y cabeceras cantonales o municipios según la división política administrativa (DPA) vigente en el país, sin tomar en cuenta su tamaño. Las "áreas rurales" incluyen las cabeceras parroquiales, otros centros poblados, las periferias de los núcleos urbanos y la población dispersa (27).

5. Nivel socioeconómico. The New Dictionary of Cultural Literacy, referido por Vera (2013) lo refiere como la posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica y la National Center for Educational Statistics, también referido por Vera (2013) la define como una medida de la posición relativa económica y social de una

persona/hogar y de igual forma, la Center for Research on Education, Diversity and Excellence, la presenta como la medida del lugar social de una persona dentro de un grupo social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación (28).

El nivel socio económico se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos.

El nivel socioeconómico junto al sexo y a la edad son los tres indicadores que componen cualquier estudio demográfico. Sin embargo no siempre se está de acuerdo sobre las posibilidades de su determinación lógica (28).

Las definiciones de las dimensiones y variables del nivel socioeconómico son:

a). Variable orientada a Instrucción del Jefe de Familia. Representa condiciones del ámbito social actual y de una situación económica precedente. Definida por APEIM como el grado de instrucción del Jefe de Familia, siendo redefinida como el nivel educativo o de estudios alcanzados por ambos padres o tutores.

b). Variable que representa las comodidades del hogar: tenencia de Bienes (aparatos electrónicos, electrodomésticos), servicios domésticos o comunicaciones (telefonía fija, celular) propiedad de la familia, que suponen un patrimonio, un estándar de vida y muestra de status económico. Esta variable no utilizada por presentar dificultad en su recolección por los jóvenes universitarios.

c). Definida por APEIM como Características de la vivienda: conjunto de materiales con que la vivienda ha sido construida (techo, paredes y piso), reflejo de la situación social y económica.

d). Variable Acceso a salud en caso de hospitalización: representativa de la situación económica actual de la familia y, en forma complementaria, muestra de la actitud social en la misma.

e). Variable incorporada en la nueva escala, por ser un aspecto básico y eje principal de la evaluación del NSE.

f). Variable incorporada en la nueva escala, Hacinamiento: representada por 2 sub escalas: el número de habitantes y el número de habitaciones del hogar disponibles para dormir, reflejando la situación social y económica en conjunto (28).

6. Familia. Se define como grupo de personas, vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda. Se incluyen en la familia las personas del servicio doméstico que pernoctan en la vivienda y los huéspedes en régimen familiar. En la definición se incluyen, asimismo, las personas que viven solas, como familias unipersonales (29).

- **Funciones de la familia**

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar (29).
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad (29).**

- **Clasificación:**

- **Según la integración de la familia:**

Integrada: Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.

Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa, pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada: Los conyugues se encuentran separados.

- **Según la composición de la familia:**

Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.

Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.

Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.) (29).

- **Según su funcionalidad:**

Familias Funcionales: Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.

Familia Disfuncional: Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas (29).

7. Actividad laboral. Es el trabajo realizado por las personas, orientada hacia una finalidad, la producción de un bien, o la prestación de un servicio, que da lugar a una realidad objetiva, exterior e independiente del sujeto, y socialmente útil para la satisfacción de una necesidad (30).

El trabajo involucra a todo el ser humano, y no solamente sus dimensiones fisiológicas y biológicas, dado que al mismo tiempo moviliza las dimensiones psíquicas y mentales. Por regla general, existe una gran diferencia entre el trabajo, tal como es prescripto por quienes tienen la responsabilidad de su concepción, y tal como es ejecutado; moviliza no sólo el esfuerzo, la formación profesional y la experiencia acumulada, sino también la creatividad, el involucramiento y la capacidad para resolver problemas y hacer frente a los frecuentes incidentes en las empresas y organizaciones (30).

Categoría ocupacional:

Empleada. Es el trabajador que se desempeña de preferencia en actividades de índole no manual, presta sus servicios a un empleador público o privado, y que percibe, generalmente, una remuneración mensual (sueldo).

Obrero. Se denomina así, al trabajador que desempeña actividades de carácter manual, que trabaja para un empleador público o privado, y que percibe, generalmente, una remuneración semanal (salario).

Trabajador independiente. Es aquella persona que trabaja en forma individual o asociada, explotando una empresa, negocio o profesión, y que no tiene trabajadores remunerados a su cargo.

Trabajador del hogar: Es la persona que presta servicios en una vivienda particular y recibe una remuneración mensual por sus servicios, y generalmente recibe alimentos.

Ama de casa. Es la persona encargada de los quehaceres del hogar (31).

2.2.4. Estilos de vida

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. Según Perea (2004), referido por Guerrero (2010) en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir (32).

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivos para la salud (32).

En sociología, el estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Una forma de vida que refleja las actitudes, los valores y la visión del mundo de un individuo. Tener una “forma de vida específica” implica una opción consciente o inconsciente entre una forma y otras de comportamiento (32)

Los estilos de vida se caracterizan por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de en una persona. Reaven (1980), observó que la dislipidemia, la hipertensión arterial y la hiperglicemia, eran condiciones frecuentemente asociadas a un inadecuado estilo de vida. Otros autores han resaltado que sujetos que acusan conductas y preferencias relacionadas con un estilo de vida saludable como alimentación balanceada, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el riesgo de presentar patologías cardio-metabólicas era menor, al compararse con sus pares que mostraban un estilo de vida inadecuado (32)

Grandes pensadores se han aproximado a explicar el estilo de vida desde diferentes perspectivas, Pierre Bourdieu (1991), quien fue uno de los sociólogos más importantes de la segunda mitad del siglo XX, centra su teoría en el concepto de hábitos, entendido este como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. Según Bourdieu, por hábitos se entiende las formas de obrar, pensar y sentir que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. Es un principio generador y un sistema clasificador de niveles sociales. Son los comportamientos que una sociedad va adquiriendo, se expresan en una manera de actuar (32).

El hábito es la generación de prácticas que están limitadas por las condiciones sociales que las soporta.

Por otro lado, el constructo estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo (32)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), establece que el estilo de vida, es una forma general de vivir, basada en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Así, cada persona presenta patrones de comportamientos conscientes o hábitos fomentadores de la salud, conocidos como factores protectores de la salud, o de manera inconsciente tiende a exponerse a factores de riesgos o condiciones sociales económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con un incremento de la susceptibilidad para la enfermedad, salud deficiente o lesiones (33).

También están los factores económicos que se relacionan con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ya que un estado socio-económico bajo se asocia con un estilo de vida sedentario y un menor consumo de frutas y vegetales. Otros factores que también afectan la salud son los comportamentales que involucran la nutrición, la actividad física (AF), el consumo de tabaco (CT) y el exceso de alcohol (33).

Al hablar del estilo de vida se debe tener en cuenta los componentes que hacen parte de él. Estos se consideran como esquemas de comportamiento que comprenden hábitos saludables y no saludables que interactúan entre sí. Los principales aspectos relacionados con el estilo de vida son la sexualidad, el estrés, el sueño, el tiempo libre y desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales. Sin embargo, con el pasar del tiempo, se han estudiado los factores que se consideran de mayor influencia en el diario vivir de las personas, dentro de los cuales se destacan la AF, la nutrición y el consumo de tabaco y alcohol (CTA) (34).

Al identificar el estilo de vida se deben contemplar tanto los comportamientos de riesgo de las personas, por ejemplo, el hábito de fumar, la conducta sexual desprotegida,

etc., como las conductas protectoras de salud, que se refieren a aquellas acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de las enfermedades o sus secuelas.

En términos generales se sugiere que se debe dormir de 7 a 8 horas; desayunar; hacer tres comidas al día, sin picar entre comidas (tomar alimento entre comidas); mantener el peso corporal en los límites normales; practicar ejercicio físico regularmente; consumo moderado o no consumo de alcohol; y no fumar (34).

- **Estilos de vida de las adolescentes embarazadas**

Un estilo de vida saludable está integrado por un conjunto de factores que deben funcionar de forma armoniosa y completa. Las variables que la investigación ha demostrado como más influyentes en un estilo de vida saludable son: los hábitos alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y los comportamientos sexuales (35).

El estilo de vida en los adolescentes constituye los hábitos que en el adulto se consideran como parte de sí mismo, es decir, integran los elementos que lo configuran como un ser social.

El estilo de vida de cualquier persona, constituye la manera en que ésta se comporta en su cotidianidad, por lo que de él dependen los riesgos a los que se expone y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Se sabe que, durante la etapa de la adolescencia, el sujeto tiende a imitar conductas de sus grupos familiares, sociales y, principalmente, se inclina a copiar estilos que se promueven por los medios de difusión o comunicación social.

Los estilos de vida abarcan cuestiones referentes a la casa en la que la persona vive, los alimentos que se consumen, las actividades recreativas que se realizan, la distribución del tiempo libre, entre otras. Cuando se es niño, los padres ejercen gran influencia en la socialización de los estilos de vida, guiando la alimentación, la distribución del tiempo libre, la forma de vestir, etc., sin embargo, cuando se llega a la adolescencia, los jóvenes toman varias decisiones por sí mismos.

Parte de los estilos de vida están:

- **Nutrición**

Los hábitos alimentarios constituyen un factor determinante del estado de salud, tanto a nivel individual como poblacional. La modernización de la sociedad ha supuesto una serie de cambios sociológicos y/o culturales que afectan inevitablemente a los hábitos y preferencias alimentarias. Por ejemplo, cada vez se dedica menos tiempo a la

compra de alimentos y elaboración de las comidas y, en contraposición, se prefieren los alimentos procesados que, generalmente, conllevan un consumo excesivo de alimentos de origen animal, especialmente de carnes y derivados, y de azúcares refinados, con el consecuente incremento de grasas saturadas y colesterol en la dieta y, al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal. Todo ello se traduce en una disminución en el aporte porcentual de energía a partir de hidratos de carbono complejos y proteínas de origen vegetal, y un aumento en la proporción de grasas saturadas e hidratos de carbono simples (34).

Los hábitos alimentarios inadecuados, tanto por exceso como por defecto, se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad (enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras). Estas modificaciones en la dieta se acompañan de importantes cambios en el entorno, en los estilos de vida y en una progresiva disminución de la actividad física y el gasto energético derivado de la deambulación, el trabajo y el mantenimiento del equilibrio térmico. Los factores que determinan la selección de los alimentos que integrarán la dieta de un individuo son de naturaleza compleja y no están del todo bien definidos. No obstante, se puede asumir que, en la selección de unos determinados alimentos, y no otros, estarían implicados numerosos factores, aunque básicamente la tipología alimentaria está supeditada a factores socioculturales y familiares junto con la capacidad de elección, determinada por la disponibilidad económica, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo. Dentro de los condicionantes socioculturales se englobarían diversos factores, como creencias religiosas, costumbrismo y tradiciones, modas y las campañas de publicidad y marketing que pretenden promocionar una determinada cultura o modelo alimentario (34).

Durante el embarazo, las recomendaciones principales incluyen evitar el alto consumo de azúcares refinados debido a que se asocian a bajo peso al nacer (consumir menos del 10% de la energía total en forma de hidratos de carbono refinados), consumir 25-35grs de fibra al día para prevenir estreñimiento, consumir 5 porciones de frutas y verduras al día y aumentar el consumo de granos enteros. En cuanto al consumo de proteínas se recomienda que dos tercios de la proteína sea de alto valor biológico y preferir el consumo de alimentos de origen animal magros y bajos en grasa. Respecto al consumo de lípidos se sugiere proveer ácidos grasos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del feto y mantener un bajo consumo de ácidos grasos saturados

y trans. Es necesario cubrir el requerimiento (IDR) de hierro, calcio, zinc y ácido fólico (36).

Se ha encontrado que después de la semana 28 de gestación, las adolescentes en crecimiento continúan acumulando grasa en lugar de movilizar las reservas de grasa como lo hacen las adolescentes que ya no están en crecimiento o las mujeres adultas. La cantidad de nitrógeno necesario para el aumento de peso en el embarazo y el desarrollo fetal son 148 gr., equivalente a 925 gr. de proteína. Esta cantidad de proteína es la acumulación de la sumatoria de los componentes proteicos del feto (440gr.), útero (166gr.), expansión del volumen sanguíneo (81gr.), placenta (100gr.), líquido extracelular (135g.) y líquido amniótico (3gr) (36).

Las proteínas son necesarias para cubrir las necesidades del crecimiento del feto, de la placenta y de los tejidos maternos, de ahí que se deba de ingerir más cantidad de proteínas. Se calcula que la mujer embarazada necesite una ingesta adicional de 10 gramos de proteínas al día. La cantidad de lípidos en la dieta será un 30% aproximadamente de la energía total. No solo es importante la cantidad sino la calidad de la grasa que se ingiere durante la gestación. Se debe tomar en cuenta la necesidad de ciertos ácidos grasos, que son importantes para la formación del sistema nervioso y la retina del feto, y éste aporte se garantiza incluyendo pescado en la dieta (37).

- **Ejercicio**

La actividad física se define como el movimiento corporal producido por la contracción del músculo esquelético que aumenta el gasto energético por encima del nivel basal. Así pues, al hablar de actividad física debemos valorar las actividades que la persona realiza durante las 24 horas del día (como, por ejemplo, el trabajo, las tareas del hogar, las actividades de ocio o de tiempo libre y el transporte) (34).

El término "ejercicio físico" se utiliza para indicar la actividad física que es programada, estructurada y repetitiva que produce un mayor o menor consumo de energía, y cuyo principal objetivo es la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la forma física (34).

Tanto el ejercicio físico como la actividad física se definen por 4 componentes: tipo (modalidad del ejercicio), intensidad (consumo energético por unidad de tiempo), frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física durante una semana) y duración (tiempo durante el cual se realiza la actividad física) (34).

La forma física es necesaria para todas las actividades de la vida diaria y constituye un indicador de primer orden del estado de salud, además de ser un factor protector independiente de riesgo cardiovascular. Una persona con buena forma física tiene mayor capacidad para tolerar los desafíos físicos que plantea la vida diaria, mientras que la que no está en forma se verá obligada a interrumpir la actividad a causa de la fatiga. Se distinguen cinco componentes de la forma física: resistencia cardiorrespiratoria (corazón y pulmones), fuerza muscular, resistencia muscular, composición corporal y flexibilidad. La resistencia cardiorrespiratoria es la capacidad para efectuar una actividad física prolongada. La fuerza y resistencia musculares están relacionadas y mejoran con ejercicios de carga. Las proporciones de músculo, tejido adiposo (grasa) y agua conforman la composición corporal. La flexibilidad guarda relación con la amplitud de movimientos y mejora con ejercicios suaves y sistemáticos de estiramiento muscular y del tejido conjuntivo que rodea los músculos (34).

El deporte, es un tipo de ejercicio que lleva implícito la competición con otras personas o contra uno mismo. El deporte se puede definir como un juego o un sistema ordenado de prácticas corporales en el que se hacen pruebas de agilidad, destreza o fuerza. El deporte tiene dos vertientes, el deporte de competición y el deporte de ocio (34).

Según la OMS (2010), se entiende por actividad física moderada la que requiere un ejercicio físico moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco, y requiere aproximadamente entre 3 y 6 MET como por ejemplo caminar a paso rápido, bailar, realizar tareas domésticas, etc. En cambio, una actividad física intensa requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardiaca (aproximadamente > 6 MET) (34).

La intensidad suele definirse también en términos categóricos como: ligera, moderada y vigorosa. En general se define la actividad física moderada como aquella que “hace respirar un poco más fuerte de lo normal” o que supone “empezar a sudar”. La actividad vigorosa es aquella que supone “respirar mucho más fuerte de lo normal” o “que aumenta la respiración dificultando el mantener una conversación”. En niños y jóvenes se ha definido la actividad física ligera como aquella que supone un gasto energético inferior a 5 METs, la moderada entre 5 y 8 METs y la intensa superior a 8 METs (34).

Beneficios del ejercicio físico

El vínculo entre actividad física y los beneficios sobre la salud son ampliamente conocidos. Como, el sedentarismo que provoca problemas importantes de salud y se

convierte en el germen de muchas enfermedades, tanto de forma directa como indirecta. La actividad física regular es una parte importante del estilo de vida saludable que comporta beneficios que contribuyen al bienestar de las personas en los ámbitos físico, psíquico y social.

Las personas que presentan un estilo de vida activo tienen tasas más bajas de mortalidad y una mayor longevidad que las que mantienen una actividad sedentaria.

Es más, aquellas que en un determinado momento de su vida abandonan el sedentarismo e inician una forma de vida físicamente activa, también reducen de forma significativa sus tasas de mortalidad, aunque hay que tener presente que la protección que otorga el ejercicio físico no es permanente si se deja de practicar. Sus beneficios se dan mientras la actividad física se mantenga en el tiempo y se produce además una reducción de la mortalidad a medida que el nivel de forma física aumenta.

La actividad física puede afectar favorablemente tanto a la disminución como a la distribución de la grasa corporal. El papel de la actividad física en la prevención del sobrepeso y la obesidad es esencial, ya que es un problema muy frecuente en las sociedades industrializadas. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo muy importantes y causa de muchas enfermedades como la cardiopatía coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, la artrosis, el dolor lumbar, algunos cánceres, además de numerosos problemas de carácter psicológico y social (38).

- **Responsabilidad en salud**

Capacidad de comportarse con sensatez, sentido común y de acuerdo a las normas sanitarias, con el fin de cuidarse uno mismo y cuidar a las personas que se tiene a cargo y preservar la salud, entendida esta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición dada por la Organización Mundial de la Salud en 1946. El cuidar constituye un elemento esencial para proteger la salud. En el contexto del cuidado humano es imprescindible reflexionar sobre el cuidar de sí como imperativo esencial para proteger el sí mismo considerado por Jersild como: un conjunto de pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de la existencia individual de la persona, su concepción sobre quién es y lo que es. El sí mismo de una persona es la suma total de todo lo que ella puede llamar suyo e incluye un sistema de ideas, actitudes, valores, compromisos. Es el ambiente subjetivo de la persona (39)

La responsabilidad está muy relacionada con la madurez de la personalidad y permite fomentar la responsabilidad personal en el cuidado de la salud para modificar favorablemente los perfiles de riesgo, morbilidad y mortalidad que afectan al país.

Bajo esta premisa, la adolescente embarazada debe cuidar por su propio bienestar y la del niño por nacer, asumiendo la responsabilidad de su maternidad.

- **Manejo del estrés**

El estrés se denomina como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”. También puede ser denominado como “el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Ante tal situación la adolescente embarazada debe tener en cuenta diferentes formas de manejar esta situación como: practicar ejercicio con regularidad, convertir la relajación en una parte regular de su vida. tomarse tiempo para jugar y recrearse, desarrollar un buen sentido del humor, estructurar un fuerte sistema de apoyo emocional, desarrollar una potente fuente de apoyo espiritual, disminuir el consumo de cafeína, reducir el contacto con personas negativas, recompensarse cuando tenga éxito, aunque sea pequeño, convertir las experiencias negativas en valiosas experiencias de aprendizaje para determinar qué podrá hacer de manera diferente la próxima vez, aumentar su capacidad para aceptar la incertidumbre, separar el pasado del presente, desarrollar una visión más realista del mundo y de su lugar en él, desarrollar una apreciación de su propio valor, aceptar que no es responsable de las reacciones emocionales de los demás, buscar hechos más que opiniones, eliminar el pensamiento distorsionado, aceptar sus debilidades y errores, abstenerse de compararse con los demás, limitar el número de compromisos que contrae, aumentar el número de cosas positivas que se diga sobre sí mismo, practicar hacer cumplidos genuinos a los demás, identificar y recordar sus puntos fuertes, identificar sus debilidades y lo mejor, trabajar sobre los pensamientos que tiene sobre ellas (40).

- **Soporte interpersonal**

Lo interpersonal imprime un carácter más específico y detallado, al indicar que se está haciendo referencia a lo ocurrido entre personas o seres humanos. Por consiguiente, una conceptualización inicial en torno a las relaciones interpersonales, dice que puede definirse como el conjunto de vínculos e interacciones entre seres humanos o personas, también puede ser definido como el conjunto de vínculos e interacciones

establecidas entre seres humanos o personas, determinadas por factores como la etapa de la vida y el rol o papel desempeñado en un ámbito social específico. Con ello se quiere enfatizar en que las relaciones interpersonales no presentan un carácter neutro debido a que existen algunos aspectos que inciden de manera directa e indirecta en su configuración y características.

En la adolescencia la independencia del núcleo familiar en algunos casos, permite incrementar las relaciones entabladas con personas de su mismo sexo o edad. Esto hace que el adolescente cambie sus perspectivas, motivaciones e intereses frente a los demás y, por consiguiente, sus formas de relación interpersonal. De igual modo, estos factores pueden ocasionar dificultades asociadas con el comportamiento y emociones expresadas en el momento de establecer sus relaciones interpersonales no solo con las personas adultas, sino con sus pares o individuos de la misma edad (41).

- **Autorrealización**

De acuerdo con Maslow las personas compartimos una necesidad superior, que es la de sentirnos exitosas, satisfechas y realizadas, pero sólo podemos alcanzar esta autorrealización luego de haber satisfecho necesidades anteriores que también compartimos como seres humanos, por ejemplo, estar acompañados.

La satisfacción de esas necesidades nos llevaría a tener experiencias de alegría y bienestar psicológico que, a su vez, nos llevan a la autorrealización. A estas experiencias Maslow las llamó experiencias cumbre, y son las que nos permitirían reducir el miedo, resolver conflictos, tener más libertad y entonces sentirnos afortunadas (42).

- **Estilos de vida saludables**

Los estilos de vida saludables son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de las personas y grupos de población dirigidos a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

- **Características fundamentales del estilo de vida saludable**

Las características fundamentales del estilo de vida saludable, están resumidas en los siguientes cuatro apartados:

Posee una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.

Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida (43).

El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.

El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común (43).

- **Factores protectores de la calidad de vida**

Poseer empleo y seguridad económica.

Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.

Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.

Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.

Gozar capacidad de autocuidado.

Estar satisfecho con la vida.

Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.

Emplear sanamente el tiempo libre y disfrute del ocio.

Poseer seguridad social y accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales y recreativos, entre otros.

Preocuparse por controlar los factores de riesgo y enfermedades crónicas

Comunicarse y participar en el ámbito familiar y social.

Brindar afecto y mantener la integración social y familiar (44).

- **Estilo de vida promotor de salud**

Búsqueda de adecuada autoestima,

Propósitos vitales realistas y satisfacción con la propia situación personal.

Comportamientos de responsabilidad con la salud. Información y educación acerca de la salud, uso racional de los servicios de salud,

Conocimiento del estado personal actual de los factores de riesgo que causan las enfermedades más importantes de la época,

Autoobservación personal y compromiso con el mantenimiento de un medio ambiente sano.

Hábitos de ejercicios.

Estilo de vida activo y no sedentario, así como ejercicio físico apropiado para la salud y la edad.

Hábitos nutricionales. Comportamientos relacionados con la cantidad y calidad de la alimentación.

Comportamientos de soporte interpersonal. Interacción social, habilidades de interacción y de expresión de sentimientos, tanto con personas íntimas como con personas distantes.

Habilidades para el manejo del estrés.

Comportamientos de relajación, meditación, descanso y conocimiento de las fuentes de estrés (45).

2.3. Marco conceptual

Adolescencia. Periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (2).

Gestación. Periodo en el cual se gesta y desarrolla un embrión, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (46).

Embarazo en la adolescencia. Se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente (46).

Factor social. Algo que afecta a los seres humanos en su conjunto (23).

Estilos de vida. Conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud (32).

2.4. Hipótesis

Existe asociación significativa entre los factores sociales y los estilos de vida de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

Factores sociales

2.4.2. Variable dependiente

Estilos de vida de las adolescentes embarazadas.

2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Variable independiente: Factores sociales. Son aquellos elementos que afectan a las adolescentes embarazadas en su conjunto, en el lugar y en el espacio en el que se encuentren (24)	Edad. Tiempo que han vivido las adolescentes embarazadas	13 14 15 16 17	De razón
	Grado de instrucción. Es el grado más elevado de estudios realizados por las adolescentes embarazadas.	Sin grado de instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnica Superior universitaria	Ordinal
	Estado civil. Situación personal en que se encuentran o no las adolescentes embarazadas, en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Soltera Conviviente Casada	Nominal
	Zona de residencia. es el lugar donde viven las adolescentes embarazadas.	Urbana Rural	Nominal

	<p>Nivel socioeconómico. Posición de las adolescentes embarazadas dentro de una estructura social jerárquica</p>	<p>Nivel A: 22 – 25 puntos Nivel B: 18 – 21 puntos Nivel C: 13 – 17 puntos Nivel D: 9 – 12 puntos Nivel E: 5 – 8 puntos</p>	Ordinal
	<p>Tipo de familia. Referida al cumplimiento de las funciones de la familia de las adolescentes embarazadas</p>	<p>Integrada Desintegrada</p>	Nominal
	<p>Estructura de la familia. Es la forma como está constituida la familia de las adolescentes embarazadas.</p>	<p>Nuclear Extendida Ampliada</p>	Nominal
	<p>Funcionalidad familiar. Conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta</p>	<p>Familia funcional: 70 – 57 puntos: Familia moderadamente funcional: 56 – 43 puntos Familia disfuncional: 42-28 puntos. Familia severamente disfuncional: 27-14 puntos</p>	Ordinal
	<p>Actividad laboral. Es el trabajo realizado por las personas, orientada hacia una finalidad (30)</p>	<p>Ama de casa Trabajadora del hogar. independiente Trabajadora estatal</p>	Nominal
<p>Variable dependiente:</p> <p>Estilos de vida. Constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir "estar en el mundo", expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres (32).</p>	<p>Estilos de vida. Conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud (Guerrero & León, 2010).</p>	<p>Estilo de vida alto: 138 a + -Estilo de vida medio: 121 a 137 Estilo de vida bajo: 120 a -</p>	Intervalo

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación fue descriptivo, correlacional, correspondiente a un diseño no experimental de corte transversal.

No experimental: porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable del estudio.

Descriptivo: porque buscó identificar los estilos de vida de las adolescentes embarazadas.

Correlacional: porque permitió conocer la asociación entre los factores sociales y los estilos de vida de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca.

De corte transversal: porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

3.2. Área de estudio y Población

El estudio se llevó a cabo en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, ubicado en la Av. Mario Urteaga del distrito de Cajamarca, el que se encuentra en el valle del Río Chonta, entre el paralelo 7°9'56" de latitud sur y el meridiano 78°27'07" de longitud oeste.

Se encuentra a una altitud de 2,667 msnm, correspondiéndole la Zona IV Sierra Tropical, grupo ecológico bosque seco - Montaña Bajo Tropical. La humedad relativa promedio es de 74%, la temperatura máxima promedio es de 21°C y la mínima promedio es de 7°C, se presentan heladas descendiendo la temperatura a menos de 0 °C en los meses de diciembre, junio y julio.

Su topografía es de relieve plano, con paisaje característico propio de la zona baja y sus suelos cubiertos por cultivos agrícolas.

La población estuvo constituida teniendo como antecedente todas las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de control prenatal durante el año 2016 que según el libro de registros (47) es de 79.

N = 79

3.3. Muestra y tipo de muestreo

El tipo de muestra fue probabilístico, es decir que todos los individuos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de una muestra y, consiguientemente, todas las posibles muestras de tamaño tienen la misma probabilidad de ser seleccionadas.

3.3.1. Tamaño de la muestra

No fue necesario establecer una muestra debido a que estuvo constituida por toda la población de gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca durante el año 2017.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

Las gestantes adolescentes participantes del estudio para ser incluidas en el mismo, cumplieron con los siguientes criterios,

- Gestantes en edades comprendidas entre los 12 y 17 años de edad.
- Gestantes en pleno uso de facultades mentales.
- Gestantes que acepten voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.5.1. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión considerados fueron los siguientes:

- Gestante mayor de edad.
- Gestantes con alguna complicación obstétrica.

3.6. Principios éticos de la investigación

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía. La gestante adolescente entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficencia. La información se obtuvo luego que la gestante adolescente brindó el consentimiento para la entrevista y acceso a su historia clínica.

Consentimiento informado. Luego que la gestante adolescente fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitirá su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Privacidad. Se respetó el anonimato de la gestante adolescente entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información personal de la gestante adolescente ha sido protegida para que no sea divulgada sin su consentimiento.

3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

En una primera etapa se conversó con la directora del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca, a quien se le informó de la naturaleza de la investigación y del aporte teórico que brindaron los resultados.

En una segunda etapa se conversó con el profesional obstetra, responsable del consultorio de control prenatal del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, a quien también se le explicó de la naturaleza del estudio.

En una tercera etapa, se visitó a diario los consultorios de control prenatal y se le aplicó una encuesta a cada gestante adolescente, mientras se encontraba esperando para su atención, a fin de obtener la información necesaria. Se utilizó la técnica de la **encuesta** y como instrumentos:

- **El cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron los datos sociales como edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación; (Anexo 01); datos referentes a los factores sociales y los resultados del estilo de vida.
- **Escala de percepción de Funcionamiento Familiar. FF-SIL**, utilizada para evaluar la funcionalidad familiar, como factor social, que tiene 14 reactivos los cuales se evalúan como casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre y se puntúan con 1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente, cuya interpretación es: familia funcional: 70 – 57 puntos; Familia moderadamente funcional: 56 – 43 puntos; familia disfuncional: 42 – 28 puntos y familia severamente disfuncional: 27-14 puntos (Anexo 02) (48).
- **Escala APEIM** para medir nivel socioeconómico, la cual consta de 5 reactivos los cuales tienen un puntaje máximo: reactivo 1 se puntúa hasta 7; el reactivo 2 se puntúa hasta 4; el reactivo 3 consta de dos sub escalas la primera se puntúa hasta 4 y la segunda hasta 5 y el reactivo 5 se puntúa hasta 5 haciendo un total de 25 puntos. Siendo la interpretación: nivel socioeconómico A: 22-25 puntos; Nivel B: 18-21 puntos; Nivel socioeconómico C; 13-17 puntos; Nivel socioeconómico D: 9-12 puntos y el nivel socioeconómico E: 5-8 puntos (Anexo 03) (28).
- **Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)**, que mide los estilos de vida validado desde el año 1996 el mismo que consta de 48 reactivos, con 6 sub escalas, los que se evalúan como nunca (1); a veces (2); frecuentemente (3); rutinariamente (4): Se realiza la sumatoria total considerando:
Un puntaje de 138 corresponde a un estilo de vida alto;
121 a 137 puntos, estilo de vida medio y
Si la suma es de 120 a menos, se considera estilo de vida bajo (Anexo 04) (49).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 21 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como frecuencias, medianas, así como la d de Somers.

3.8.2. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistente en describir los resultados referentes a los estilos de vida y su asociación a factores sociales, en gestantes adolescentes.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos la misma que estuvo dada por los estudios realizados para validar dichas escalas.

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Identificación de factores sociales de las gestantes adolescentes.

Tabla 01-A. Factores sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

		n°	%
Edad	13	1	1,3
	14	4	5,1
	15	8	10,1
	16	22	27,8
	17	44	55,7
Grado de instrucción	Sin nivel de instrucción	1	1,3
	Primaria incompleta	1	1,3
	Primaria completa	2	2,5
	Secundaria incompleta	68	86,1
	Secundaria completa	7	8,9
Estado civil	Soltera	26	32,9
	Casada	7	8,9
	Conviviente	46	58,2
Actividad laboral	Ninguna	1	1,3
	Ama de casa	63	79,7
	Empleada del hogar	14	17,7
	Trabajadora independiente	1	1,3
Zona de residencia	Zona urbana	40	50,6
	Zona rural	39	49,4
Nivel socioeconómico	Nivel A	4	5,1
	Nivel B	8	10,1
	Nivel C	52	65,8
	Nivel D	15	19,0
	Total	79	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

El mayor porcentaje de adolescentes lo constituye el grupo de 17 años con 55,7%, seguido del grupo de 16 años con 27,8%; datos que difieren de los reportados por Blásquez y cols. (2010) quien informó, en su estudio que, el 56,6% de adolescentes embarazadas se ubicó en el rango de edad de 15-17 años, contrario al encontrado al

presente estudio (93,6%); también son diferentes a los de Gómez (2016), él informó que el 40% de adolescentes pertenecía al grupo etario de 14-15 años; seguido del grupo de 16 a 17 años con un 31,4% y finalmente el grupo de 12 a 13 años con un 28% (1,19).

La edad correspondiente a la adolescencia, es importante porque en ella se desarrollan y afianzan muchos de los hábitos saludables como la práctica habitual de ejercicio físico, dormir las horas necesarias y llevar una dieta saludable, entre otros. Al mismo tiempo también se desarrollan diversas conductas perjudiciales, que pueden tener consecuencias inmediatas a largo plazo para la salud, como pueden ser el sedentarismo, llevar una dieta poco saludable o el consumo de drogas (50). Los múltiples cambios y retos a los que deben hacer frente los adolescentes facilitan que a menudo tengan que tomar decisiones acerca de si se implican o no en conductas que van a tener consecuencias negativas para su salud (por ejemplo, si fuman, beben alcohol o mantienen relaciones sexuales con o sin protección) (50).

Elliot (citado en Rodríguez, 2017) establece que los estilos de vida adolescentes pueden condicionar en gran medida los estilos de vida adultos. Este mismo autor considera la adolescencia como la etapa evolutiva más adecuada para intentar evitar la adopción de estilos de vida no saludables y, en caso de que se hayan iniciado de forma experimental, intentar modificarlos antes de que se establezcan de forma definitiva (50).

En cuanto al grado de instrucción, el 86,1% de adolescentes tiene secundaria incompleta; el 8,9% tiene secundaria completa, el 2,5% primaria completa, además, un pequeño porcentaje (1,3%) no tiene ningún grado de instrucción, datos diferentes a los reportados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017) que informó que en el año 2015, del total de nacidos vivos de madres adolescentes, el 75,3% fue de aquellas que tienen nivel secundario, 15,7% nivel primario y 8,4% de madres con nivel superior (51). También son diferentes a los encontrados por Solano (2018) quien informa que el grado de estudio más frecuente de las adolescentes embarazadas fue el de secundaria incompleta representando un 37% habiendo poca diferencia entre las que terminaron secundaria completa 34% y las que no comenzaron secundaria o terminaron primaria completa 23% (52).

El grado de instrucción le permite a la adolescente obtener conocimientos, capacidad y motivaciones necesarias para preservar y mejorar su salud. El nivel educativo alto, permite aumentar la conciencia sobre los factores sociales y ambientales que influyen directamente sobre la salud y provocan cambios positivos determinantes en el

entorno, promoviendo la mejora de estilos y hábitos saludables, desde una perspectiva física, psicológica, social y medioambiental.

Nuño y cols. (2017) sostienen que la salud y la educación son condiciones necesarias para el pleno desarrollo humano y se encuentran estrechamente relacionadas entre sí. Por un lado, el aprovechamiento escolar está relacionado con la salud física y mental de los estudiantes; por el otro, las personas con mayor educación tienden a gozar de un mejor estado de salud y reportan conductas más saludables (53).

De otra parte, la educación se constituye un factor protector de riesgo del embarazo adolescente; las adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más posibilidades de ser madres que aquellas con mayor educación formal (54). Miguez (2013) afirma que las adolescentes con educación secundaria tienen menos probabilidad de quedarse embarazadas y las jóvenes sin educación es más de cuatro veces mayor la probabilidad de quedar embarazada (55).

La Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza (2018) también afirma que la educación es un factor protector frente al riesgo de embarazo en adolescentes. A mayor nivel educativo menores posibilidades de embarazo. Reporta que a nivel nacional en el año 2017; 12 de cada 100 adolescentes con educación secundaria ha estado embarazada. 7 de cada 100 adolescentes con educación superior ha estado embarazada. 32 de cada 100 adolescentes sin educación ha estado embarazada. 45 de cada 100 adolescentes que solo tienen educación primaria ha estado embarazada (56).

Respecto al estado civil, el 58,2% de adolescentes dijeron ser convivientes, el 32,9% solteras y solo el 8,9% casadas. Datos coincidentes con los reportados por el INEI quien informó que, en el año 2012, la mayoría de los nacidos vivos fueron de madres adolescentes que se encontraban en estado de convivencia (76,2%) y alrededor de la quinta parte (17,7%) de madres solteras. Estos datos son diferentes a los reportados por Blásquez (2010) quien encontró en su estudio que el 80% de adolescentes embarazadas eran casadas; Solórzano por su parte encontró que la mayoría de adolescentes embarazadas eran solteras (1,16).

De acuerdo a la información de la ENDES (2015), la mayor proporción de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, mantienen una relación de pareja, es decir, casada o conviviente, pero también existe una importante proporción de madres solteras. Según la encuesta de 2014/2015, el 68,7% de las adolescentes casadas o convivientes son madres o

estaban gestando por primera vez y un 22,5% no tienen pareja conyugal, es decir, son solteras. Este comportamiento casi no ha variado en los últimos cinco años, las madres solteras se mantienen en alrededor de un 23,0 % (57).

El estado civil de las adolescentes, se constituye en un problema social, en el caso de madres adolescentes que son solteras, esto ocurre por algunas razones, una de ellas es la violencia sexual, dado que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos; otro factor es el abandono de la pareja que la mayoría de las veces tiene la misma edad que la adolescente, mientras que aquellas que son casadas no necesariamente ha sido por voluntad propia de la pareja, pues a veces estos son presionados a casarse; siendo en todo caso el estado de convivencia es el más conveniente para la adolescente, aunque muchas de ellas tienen que renunciar a continuar con sus estudios.

Referente a la ocupación, el 79,7% de madres adolescentes manifestaron ser amas de casa; el 17,7% dijeron ser empleadas del hogar, el 1,3%, trabajadoras independientes y el 1,3% refirieron estar desocupadas. Datos similares fueron encontrados por Blásquez (2010) quien encontró que el 76,3% de las adolescentes embarazadas eran amas de casa (1).

Las adolescentes amas de casa asumen este rol por diversas razones, se les dificulta encontrar un empleo ya que el cuidado del bebé requiere una alta demanda de tiempo por parte de la madre, no tienen la preparación suficiente para la adquisición de un empleo bien remunerado, etc.; sin embargo, las adolescentes que manifestaron ser empleadas del hogar probablemente han sido abandonadas por su pareja y rechazadas en su familia, lo que las obliga a obtener recursos económicos de alguna manera.

Loredo (2017) señala que, cuando la adolescente informa a la familia de su embarazo, habitualmente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción y el problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada (58).

En cuanto a la zona de residencia, el 50,6% de madres adolescentes viven en la zona urbana y el 49,4% en la zona rural, datos coincidentes, a los que presenta la Mesa de

Concertación para la lucha contra la pobreza (2017), quienes sostienen que el riesgo de embarazo en adolescentes que viven en zonas rurales es más alto que el área urbana. En el área urbana 11 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres mientras que, en el área rural 23 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez (56).

Estos datos permiten aseverar que, en las zonas rurales, las mujeres campesinas se encuentran en situación de vulnerabilidad, con uniones tempranas, embarazos tempranos e incluso en riesgo frente a la violencia sexual, entre otros. o están embarazadas por primera vez en mayor porcentaje, comparado con la zona urbana.

Respecto al nivel socioeconómico, el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas pertenece al nivel C con 65,8%, el 19% pertenece al nivel D, solamente el 5,1% pertenece al nivel A.

La situación de las madres adolescentes del nivel C y D es totalmente diferente a quienes pertenecen al nivel A y B, tanto porque las adolescentes de estratos bajos tienen mayores probabilidades de tener un embarazo no deseado, como de tener estilos de vida menos saludables que quienes pertenecen a estratos más altos.

El INEI (2016) reportó que de acuerdo al quintil de riqueza del hogar donde residen las adolescentes, cuanto más bajo es el nivel el socioeconómico, mayor es la probabilidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad de ser madres en comparación con las adolescentes de los estratos más altos. Así, en 2014/2015, una de cada cuatro adolescentes del quintil inferior ya eran madres o se encontraban gestando por primera vez (24,9%), en cambio, en las del quintil superior solo el 4,9% se encontraba en dicha situación (57).

Tabla 01-B. Factores sociales según tipo, estructura y funcionalidad familiar de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

	N°	%	
Tipo de familia	Familia integrada	54	68,4
	Familia desintegrada	25	31,6
	Total	79	100,0
Estructura familiar	Estructura familiar	n°	%
	Familia nuclear	52	65,8
	Familia extensa	25	31,6
	Ampliada	2	2,6
	Total	79	100,0
Funcionalidad familiar	Funcionalidad familiar	n°	%
	Familia funcional	6	7,6
	Familia moderadamente funcional	21	26,6
	Familia disfuncional	51	64,6
	Familia severamente disfuncional	1	1,2
	Total	79	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En esta tabla se evidencia que el 68,4% de madres adolescentes pertenece a una familia integrada, mientras que el 31,6% pertenece a una familia desintegrada;

El embarazo adolescente por sí mismo tiene consecuencias en los estilos de vida, influyendo en diferentes aspectos como el ocio, la economía, el trabajo, el rol familiar, percepción de vida, responsabilidad, obligaciones, prioridades y protección, mucho más si tienen una familia desintegrada.

Para realizar el análisis de estos datos es preciso señalar que la familia es el núcleo del hogar y es responsable que fluya un ambiente positivo, vida saludable, promoviendo bienestar y desarrollo entre sus miembros. Para llevar a cabo esta pretensión, la familia cumple funciones en la sociedad contemporánea que ayudan al ser humano en su realización y bienestar a lo largo de sus diferentes etapas de vida: en la familia se aprende de las crisis, de las diferencias, de los aciertos y desaciertos, se construyen vínculos estables y estilos de vida saludables, sobre esa base, se

construyen las sociedades equilibradas que facilitan el desarrollo humano y la potenciación de las capacidades humanas (59), pero cuando la familia se desintegra, la separación tiene un gran impacto en la vida de los hijos y estos se ven mucho más afectados por la manera en que la familia se reestructura y la manera en que se manejan los sentimientos después de la separación, inclusive pueden cambiar los estilos de vida (60), más aun si la adolescente tiene un embarazo, que va ver su salud comprometida así como la del bebé, pues, la salud es resultado de la interacción del individuo con su medio ambiente, y está determinada o influenciada por aspectos de tipo biológico, psicológico y social, lo que produce determinados niveles de bienestar físico, mental y social (61).

En cuanto a la estructura familiar, el 65,8% tiene una familia nuclear, el 31,6% a una familia extensa y el 2,6% a una familia ampliada. Datos dispares con los de Blásquez (2010) quien encontró que el mayor porcentaje (56,6%) de adolescentes embarazadas pertenecían a una familia extensa y 43,4% vivían sólo con su pareja (familia nuclear)

El tener un porcentaje alto de adolescentes pertenecientes a una familia nuclear es beneficioso porque existe mayor calidad de las relaciones familiares al permanecer viviendo con ambos progenitores y mantener un contacto fluido con ellos y la existencia de mayores recursos socio-económicos al existir dos figuras parentales en el hogar. Es, más, la adolescente al tener un embarazo, es posible que tenga mayor apoyo por parte de sus padres; sin embargo, si la madre adolescente se queda a formar parte de su familia de origen se constituye en una familia extensa que en el presente estudio es del 31,6%, este tipo de familia tiene ventajas y desventajas y si bien es cierto una ventaja lo constituye la economía, una desventaja es que la intimidad de la pareja joven ve limitada, y el papel de la mujer tiende a ser marginal, porque la autoridad, en la mayoría de veces, es masculina.

El 64,6% de madres adolescentes tiene una familia disfuncional, seguido del 26,6% que tiene una familia moderadamente funcional; solamente el 7,6% tiene una familia funcional y un pequeño porcentaje (1,2%) tiene una familia severamente disfuncional.

La familia disfuncional tiene muchas desventajas a diferencia de otras familias, cuando se entabla el diálogo entre la familia y los problemas socialmente expuestos desde la disfuncionalidad, como el embarazo a temprana edad, la familia es el centro de discusión como el contexto responsable de las actuaciones de sus miembros: las adolescentes que se embarazan no son comprendidas, hecho que les va a generar

un estrés permanente que puede disminuir su bienestar y la del bebé; en ocasiones la adolescente puede abandonar el hogar, tener empleos poco remunerados, o tener una nueva pareja que la conllevará, posiblemente, a un embarazo reincidente.

Machuca (2016) sostiene que siendo la familia el núcleo de la sociedad y el lugar donde se desarrolla cada individuo, el divorcio, el maltrato físico, psicológico o sexual, las adicciones, la falta de comunicación entre los miembros del sistema familiar, como es el caso de una familia disfuncional, es una de las principales razones que de alguna manera promueve a que el o la adolescente busque un sentido de pertenencia en otro lugar o con otras personas (62).

4.2. *Identificación de los estilos de vida de las adolescentes embarazadas.*

Tabla 02. Estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017

Estilo de vida	N°	%
Estilo de vida alto	8	10,1
Estilo de vida medio	10	12,7
Estilo de vida bajo	61	77,2
Total	79	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se observa que el mayor porcentaje de madres adolescentes (77,2%) presentó un puntaje correspondiente a un estilo de vida bajo, solamente el 12,7% y el 10,1% presentaron estilos de vida medio y alto, respectivamente. Macavilca (2013) encontró que el 60% de adolescentes tenía estilos de vida saludables y 40%, estilos de vida no saludables datos disímiles a los encontrados en el presente estudio; Huachillo (2016) por su parte encontró que el 67,63% de las gestantes adolescentes tienen estilo de vida no saludable y 32,36% tienen estilo de vida saludable (18,20).

Estos datos permiten visualizar una realidad difícil que tiene que afrontar la joven madre, frente a un embarazo que en muchos casos ni siquiera lo deseó, pero que repercute profundamente en diferentes esferas de su vida social, económica, biológica y psicológica. Desde el punto de vista social, la joven se ve enfrentada, en la mayoría de los casos, al rechazo de su familia, de sus amigos y de su pareja, y en el peor de los casos debe abandonar su hogar. Lo que significa que su proyecto de vida se ve afectado, dado que la presencia de un hijo le exige salir a trabajar y abandonar sus estudios, para empezar el papel de madre (11)

La vida social de la madre cambia rotundamente, dejando de lado la convivencia con sus amigos, algo muy importante para el desarrollo de la adolescencia, el proceso de formación emocional y la confianza en sí misma se ven afectados. Es importante tener presente que ante este tipo de estrés, la adolescente es vulnerable a mermar la responsabilidad hacia el embarazo pudiendo caer en cierto tipo de problemas socio legales, tales como la prostitución, el consumo de drogas la delincuencia y el maltrato infantil (63).

Loaiza (2015) hace un análisis de la situación de la madre adolescente manifestando que la adolescente gestante representa una situación de delicada gravedad biosicosocial, puesto que el embarazo no sólo le compete a ella, sino también a su entorno familiar y social, ya que la concepción de un hijo es un acontecimiento que reviste gran interés tanto en su magnitud, por el incremento de estos, como su significancia para los jóvenes, sus familias y la sociedad. Éste fenómeno en la mayoría de sociedades y culturas ha implicado una situación indeseable, un acto de censura especialmente para la joven; tanto es así que, el embarazo en esta etapa ha sido asociado con pobreza, reducción de oportunidades, y llamado caso especial para los servicios de salud, constituyéndose en un problema de salud pública que afecta el desarrollo psicosocial de la madre y de su hijo, además de su entorno familiar, social y económico, pues, la maternidad en la adolescencia no sólo conlleva a empobrecer el desarrollo sicosocial de la joven madre, sino que también se convierte en un problema mayor para la sociedad (11).

No obstante, el 10,1% de madres adolescentes tienen un estilo de vida alto, probablemente se deba a la aceptación del embarazo tanto por parte de la pareja, padres y familia política que van a constituir un pilar de soporte psicosocial para el binomio madre niño y que va a permitir conservar estilos de vida saludables o inclusive, el embarazo puede valer para que la adolescente, formando parte de una nueva familia, adopte un estilo de vida alto, considerando que existen familias protectoras que van a brindar todo el apoyo para que la adolescente continúe, sus estudios, siendo los padres o suegros quienes asumen totalmente la responsabilidad del nuevo miembro de la familia, también va a depender del nivel de estudios alcanzado hasta el momento del embarazo y del grado de aceptación de su embarazo por ella misma.

Tener un estilo de vida alto implica, que cada una de sus dimensiones sean posibles: de lograr como tener una nutrición saludable que satisfaga las demandas del embarazo, realizar ejercicio prudente y moderado, asumir responsabilidad de su propia salud, manejar el estrés eficientemente, conseguir soporte interpersonal y de ser posible lograr la autorrealización (Anexo 06).

Loaiza (2015) sobre los estilos de vida de una adolescente embarazada sostiene que, están muy ligados como en todo ser humano, a sus comportamientos y actitudes, y estos a su vez al nivel del desarrollo psicológico y social, sin negar la importancia de otras esferas del desarrollo humano, como la biológica, y física, entre otras; además,

de las condiciones de vida de cada adolescente: su nivel de educación, su estado de salud, su incursión en el mercado laboral, la estructura familiar, etc. (11)

Un factor de gran interés, al momento de abordar los estilos de Vida de las adolescentes gestantes, es la manera como ellas asumen la sexualidad, para lo cual se parte del reconocimiento que, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es una de las causas del embarazo precoz, y las razones son múltiples, dentro de las cuales se destacan: la presión de grupo, con la idea de que las relaciones sexuales son la norma entre los jóvenes; la influencia del alcohol, las drogas, la curiosidad, el deseo de aventura y los modelos establecidos por los medios de comunicación y el grupo social donde se desenvuelven (11).

4.3. Asociación entre factores sociales y estilos de vida de las adolescentes embarazadas.

Tabla 03. Factores sociales asociados a estilos de vida, según edad, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017

Edad	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
13	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,3
14	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	5,1
15	1	12,5	0	0,0	7	87,5	8	10,1
16	2	9,1	1	4,5	19	86,4	22	27,8
17	4	9,1	9	20,5	31	70,5	44	55,7
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = - ,104

p = 0.204

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se aprecia en la presente tabla que la mayoría de adolescentes de diferentes edades tienen un estilo de vida bajo, solamente el 25% de adolescentes de 14 años tiene un estilo de vida alto, pero también, el 20,5% de adolescentes de 17 años tiene un estilo de vida medio. El 100% de adolescentes embarazadas que tienen un estilo de vida bajo es poco significativo porque se trata de una sola adolescente; sin embargo, en términos absolutos a mayor edad de las adolescentes hay un mayor número de ellas con un estilo de vida bajo.

La adolescencia es, una etapa de la vida donde se presentan los cambios físicos y psicológicos que permitirán el paso exitoso a la siguiente etapa de la vida; sin embargo, cuando llega el embarazo de forma intempestiva se produce una ruptura que va a cambiar el proyecto de vida que tenía la adolescente y con ello sus estilos de vida, dependiendo obviamente de si reciben apoyo por parte de la familia y la pareja o no; sin embargo, aun con apoyo, tiene que asumir el nuevo rol de su maternidad.

Quintero (2015) afirma que, además de los cambios en su vida cotidiana, también las adolescentes expresan sentimientos de aceptación ante su embarazo, la necesidad de las prácticas de acomodamiento y supervivencia, pero de manera resignada, es decir, les toca asumir el nuevo rol de madres, según ellas no tienen más opciones, a pesar de que existen algunas alternativas, ellas prefieren no pensar en ello, Las adolescentes no se encuentran emocional y socialmente preparadas para asumir y

adaptarse a este inesperado acontecimiento, que en gran medida marca su cotidianidad, las expectativas que tenían ellas y sus padres de mejores oportunidades termina por transformar, ya sea de manera positiva o negativa, la vida de las adolescentes. Por otro lado, el nuevo rol de las adolescentes las mantiene aisladas de actividades de ocio y diversión, la nueva responsabilidad les restringe y limita el tiempo libre, en efecto, las adolescentes asumen el rol histórico de las mujeres como dadoras de cuidado y sus padres o parejas son los proveedores de lo material y económico (64).

La vida de ella se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja (58).

Tabla 04. Factores sociales asociados a estilos de vida, según grado de instrucción, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Grado de instrucción	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Sin nivel de instrucción	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,3
Primaria incompleta	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Primaria completa	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	2,5
Secundaria incompleta	4	5,9	7	10,3	57	83,8	68	86,1
Secundaria completa	2	28,6	3	42,9	2	28,6	7	8,9
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = -,0205

p = 0,327

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla muestra que el 83,8% de adolescentes embarazadas con secundaria incompleta tiene un estilo de vida bajo, porcentaje que disminuye a 28,6% en adolescentes con secundaria completa, aunque en este mismo porcentaje las adolescentes con este nivel educativo tienen un estilo de vida alto.

La educación ofrece la oportunidad de adquirir aptitudes y conocimientos esenciales para el trabajo y la vida en general. También ayuda a rescatar a las personas de la pobreza, al mismo tiempo que las empodera y ayuda para que disfruten de un mejor estado de salud, sobre todo si hay un embarazo.

La educación, también, es una herramienta poderosa que permite interrumpir el ciclo de pobreza y rescatar de su situación de desventaja a individuos, familias y países. Muchos estudios han demostrado que la educación tiene efectos positivos en los ingresos individuales y el crecimiento económico. Además, cuantos más altos son los niveles de educación de una nación, mayor es su crecimiento económico (65).

Además, los niveles más elevados de educación dan lugar a un mayor grado de empoderamiento a la mujer respecto a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos y en el caso de las adolescentes embarazadas un nivel educativo alto permitirá que puedan afrontar su embarazo con mayor responsabilidad y con menores problemas emocionales y estilos de vida más altos, sobre todo si continúan estudiando, pues tienen una meta fijada y con ello la esperanza de un futuro mejor.

Tabla 05. Factores sociales asociados a estilos de vida, según estado civil, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017

Estado civil	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Soltera	3	11,5	1	3,8	22	84,6	26	32,9
Casada	0	0,0	1	14,3	6	85,7	7	8,9
Conviviente	5	10,9	8	17,4	33	71,7	46	58,2
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = -,106

p = 0,221

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que las adolescentes en su mayoría tienen un estilo de vida bajo ya sean casadas (85,7%), solteras (84,6%) y convivientes (71,7%), ello por la naturaleza misma de la adolescencia.

Estos datos permiten aseverar que las adolescentes embarazadas, deben crear y desarrollar un nuevo plan de vida para asumir un nuevo rol que no corresponde a la adolescencia. Si son solteras tendrán que depender económicamente de sus padres o buscar un trabajo mal remunerado, las adolescentes casadas no siempre son sinónimo de felicidad o bienestar, pues muchas veces los matrimonios son forzados y van a terminar en fracaso, ocurre casi lo mismo con las mujeres convivientes, aunque en menor proporción que las casadas, pero en general, las adolescentes embarazadas, por el nuevo rol que tienen que asumir van a ver limitadas la oportunidad de alcanzar un estilo de vida alto, a menos que cuenten con el apoyo de sus familiares y continúen estudiando

El embarazo en la adolescencia se presenta como un momento de ruptura, partiendo en antes y después la vida y cotidianidad de las jóvenes marcada por un acontecimiento significativo, donde la noticia resulta ser traumática y estresante tanto para quienes están asumiendo el rol de madres y las que están viviendo su embarazo, como para los padres de las adolescentes y la familia en general, ante un cambio repentino en el estilo de vida (64).

Quintero (2015) señala que el embarazo no es un problema en sí mismo, es decir, que este puede ser una decisión tomada por ellas, pero se vuelve problemático en un

contexto determinado, donde este grupo encontró limitadas perspectivas a futuro, entonces el mayor problema radica en la falta de educación para tomar decisiones más conscientes y responsables sobre su sexualidad, la falta de garantía de sus derechos y la sociedad patriarcal en la que se ofrece como opción de vida a las mujeres ser madres (64).

Tabla 06. Factores sociales asociados a estilos de vida, según actividad laboral, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Actividad laboral	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Ninguna	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,3
Ama de casa	7	11,1	7	11,1	49	77,8	63	79,7
Empleada del hogar	1	7,1	3	21,4	10	71,4	14	17,7
Trabajadora independiente	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,3
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = -,106

p = 0,221

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra observar en los presentes datos que el 77,8% de adolescentes embarazadas que son amas de casa tienen un estilo de vida bajo, así como el 71,4% de quienes son empleadas del hogar que también tienen este mismo estilo de vida, solamente el 11,1% de adolescentes amas de casa y el 7,1% de empleadas del hogar tienen un estilo de vida alto.

Estos datos son comprensibles pues estas actividades que realizan las adolescentes embarazadas probablemente no formaban parte de su proyecto de vida. Cuando son amas de casa existe una dependencia total de la pareja, padres o suegros, constituyendo un cambio muy significativo en la vida de las adolescentes pues, cuando no estaban embarazadas tenían libertad de pedir a sus padres lo que sea que les gustara en vestimenta, maquillaje, perfumes, etc. Lo que no pueden estando embarazadas por vergüenza, estrés o depresión, elementos que no le permiten alcanzar un estilo de vida alto.

La figura del ama de casa está estrechamente ligada al trabajo doméstico; es decir, con el conjunto de actividades no remuneradas que realizan los miembros del núcleo familiar en el hogar para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria. En la mayoría de las sociedades, la distribución tradicional de los cuidados y la producción doméstica otorga a las mujeres del núcleo familiar su desempeño —en diferentes

grados y funciones, según la jerarquía que cada una de ellas ocupa dentro del mismo— y, al mismo tiempo, las excluye de otras tareas fuera del ámbito doméstico.

Lobera (2014) afirma que, la colocación de la mujer en el pedestal del hogar la mostraba como —reina del hogar- en lo doméstico pero dependiente y subordinada en lo extradoméstico, lo que llevaba como consecuencia una pérdida de identidad como ser social, una cesión de derechos individuales en favor de la familia y su aislamiento como colectivo. Todo ello ha imposibilitado el reconocimiento de su estatus como individuo y su afirmación como grupo social (66).

Tabla 07. Factores sociales asociados a estilos de vida, lugar de residencia de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Lugar de residencia	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Zona urbana	6	15,0	6	15,0	28	70,0	40	50,6
zona rural	2	5,1	4	10,3	33	84,6	39	49,4
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,00

d-Somers = 0,154

p = 0,098

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra ver en la presente tabla que el 84,6% de adolescentes embarazadas residentes en la zona rural, así como el 70% de las residentes en la zona urbana, tienen un estilo de vida bajo.

Realmente, los datos encontrados muestran que no hay diferencias significativas entre el estilo de vida de las adolescentes embarazadas de la zona urbana y de la zona rural; sin embargo, culturalmente existen diferencias significativas entre ambas zonas; en algunas comunidades rurales el embarazo adolescente es totalmente normal, no así en la zona urbana; aun así, ello no significa que el embarazo en esta etapa de la vida no fragmente el proyecto de vida de la adolescente e influya en su estilo de vida que por lo general tiene una tendencia a disminuir.

Existen comunidades en donde las hijas son presionadas en su entorno familiar para casarse a temprana edad, eliminándose la responsabilidad de la manutención por parte de los padres, situación que no favorece a la joven adolescente, pues la lleva a iniciar su propio camino a la pobreza, agravando su situación en caso de que esta ya pertenezca a los grupos más vulnerables, económicamente hablando. Sin lugar a duda, una de las causas principales de la reproducción de la pobreza es el embarazo adolescente, pues la joven se ve impedida para continuar sus estudios y así tener mejores oportunidades de acceder a un trabajo que le permita satisfacer sus necesidades y la de sus hijos, teniendo que depender la mayor de las veces únicamente del salario del esposo o concubino que en la mayoría de los casos también es un adolescente que no concluyó los estudios y tiene un trabajo mal remunerado; o bien, ambos dependen de la precaria economía de los padres de él (67).

Tabla 08. Factores sociales asociados a estilos de vida, según nivel socioeconómico, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2017

Nivel socioeconómico	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Nivel A	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	5,1
Nivel B	0	0,0	0	0,0	8	100,0	8	10,1
Nivel C	4	7,7	6	11,5	42	80,8	52	65,8
Nivel D	2	13,3	3	20,0	10	66,7	15	19,0
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = 0,154

p = 0,098

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se puede visualizar en la presente tabla que el 50,0% de adolescentes embarazadas que pertenecen al nivel socioeconómico A (alto) tienen un estilo de vida alto, mientras que solamente el 25% de adolescentes de este mismo nivel tienen un estilo de vida bajo y otro 25% un estilo de vida medio; en cambio el 80,8% de adolescentes del nivel socioeconómico C y el 66,7% del nivel socioeconómico D tienen un estilo de vida bajo, lo que significa que el nivel socioeconómico influye notablemente en el estilo de vida de la adolescente embarazada.

Benavides y col. (2018) afirman que, el embarazo en la adolescencia es un fenómeno de causa multifactorial que ocurre en todos los estratos socioeconómicos, sin embargo es en los niveles socioeconómicos más bajos donde hay mayor riesgo de embarazarse a edad temprana, además son más frecuentes los embarazos no deseados y la falta de cuidados prenatales, lo cual aumenta la posibilidad de detectar de manera temprana los factores de riesgo, lo cual resulta en una mayor morbimortalidad materna y perinatal. Además, en la mayoría de los casos constituye un problema de tipo social, que hace que la madre interrumpa su vida escolar para dedicarse a los cuidados de su hijo o a trabajar para el sostenimiento de ambos; de otra parte las adolescentes que pertenecientes a un nivel socioeconómico más bajo, tienen un grado de discernimiento, lo cual se ha reflejado en otros trabajos, donde se ha concluido que existe una importante relación entre la pobreza, la inequidad y la

desigualdad, con el embarazo antes de los 15 años, lo que tiende a incrementar la pobreza, la ausencia de oportunidades, la desnutrición infantil (68).

Es por ello, que cuando las adolescentes interrumpen su vida cotidiana, con hechos tan relevantes como un embarazo, ven transformado su estilo de vida actual y futuro a largo plazo, lo cual en muchos casos genera grandes traumas en la vida tanto de la madre como del hijo. Sin embargo, en el caso de algunas adolescentes, la maternidad a edad temprana constituye una etapa que puede ser vivida plenamente, bien sea porque han planeado ser madres o porque asumen este nuevo rol de vida como algo positivo que transforma directamente su estilo de vida.

Tabla 09. Factores sociales asociados a estilos de vida, según tipo de familia, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Tipo de familia	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Familia integrada	6	11,1	8	14,8	40	74,1	54	68,4
Familia desintegrada	2	8,0	2	8,0	21	84,0	25	31,6
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = 0,096

p = 0,317

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Puede observarse en la presente tabla que el 84% de adolescentes embarazadas que tienen una familia desintegrada tienen un estilo de vida bajo, pero también el 74,1% de adolescentes embarazadas que tienen una familia integrada también tienen este estilo de vida; también puede notarse que el 11,1% de adolescentes embarazadas con una familia integrada tienen un estilo de vida alto y el 8% con familia desintegrada también tienen este mismo estilo de vida.

Es bastante conocido que cuando hay una separación de los padres, o conflictos entre ellos, que también es una manera de familia desintegrada, se pierde la función básica de la familia que es la de protección, de tal manera que cuando una adolescente tiene un embarazo, suele estar desprotegida o rechazada en el seno de su hogar.

La desintegración familiar, representa uno de los fenómenos con mayor impacto en la sociedad, pues afecta a su núcleo principal: la familia, produciendo un cambio en la misma. Este problema se ha generado debido al tipo de vida actual que se lleva en esta sociedad tan preocupada por el desarrollo del capital, lo que ha producido el desgaste de ciertas relaciones sociales como las existentes en las familias (60).

El proceso de separación es una fuente de gran estrés, que está acompañado de muchos sentimientos y emociones desagradables y perjudiciales como son: culpa, rencor, lástima, dolor, miedo, odio, tristeza; lo cual puede tener implicaciones en la salud mental y en el desarrollo personal y social de cada uno de los miembros que forman parte de una familia. La separación tiene un gran impacto en la vida de los

hijos y estos se ven mucho más afectados por la manera en que la familia se reestructura y la manera en que se manejan los sentimientos después de la separación. Lo primero y lo más evidente que pierden los niños tras una separación es la comunicación diaria con uno de sus padres. Aunada a esta pérdida, el padre que se queda con la custodia o cuidado, debido al estrés y los cambios que supone una separación, suele distanciarse de sus hijos; por ello es común observar en los hijos sentimientos como desvalorización personal, irritabilidad, miedo al abandono, etc. (60). En este contexto una adolescente embarazada buscará solucionar su problema fuera del hogar, sujeta a un cambio de pareja, un embarazo reincidente u otros sociales.

Rodríguez y cols. (2014) señalan que La mayoría de adolescentes embarazadas provienen de familias en las que está ausente el padre, o en las que han existido otras mujeres en su misma circunstancia (hermanas, primas), esto obliga a las adolescentes a trasladarse a hogares de otros familiares. El periodo de equilibrio y desarrollo se caracteriza por intentos de abortos para resolver los problemas percibidos (69).

Tabla 10. Factores sociales asociados a estilos de vida, según estructura familiar, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Estructura familiar	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Familia nuclear	8	15,4	8	15,4	36	69,2	52	65,8
Familia extensa	0	0,0	2	8,0	23	92,0	25	31,6
Familia ampliada	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	2,5
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = 0,239

p = 0,02

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se evidencia que el 100% de las adolescentes embarazadas pertenecientes a una familia ampliada tienen un estilo de vida bajo, el 92% pertenecientes a una familia extensa y el 69,2% pertenecientes a una familia nuclear también tienen este tipo de estilo de vida; solamente el 15,4% de adolescentes embarazadas pertenecientes a una familia nuclear tienen un estilo de vida alto.

Es posible que una familia nuclear tenga mayores posibilidades de brindar el apoyo que la adolescente embarazada necesita ya que las decisiones las toman únicamente los padres; en tanto que en una familia extensa o ampliada suele existir intromisión y diversidad de opiniones por los diferentes miembros que conforman la familia, generando estrés y ansiedad en la adolescente que por su estado de gestación se torna vulnerable a diversos trastornos psicológicos que le van a impedir conseguir un estilo de vida alto.

En general, la familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia (69).

Tabla 11. Factores sociales asociados a estilos de vida, según funcionalidad familiar, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca, 2017.

Funcionalidad familiar	Estilo de vida						Total	
	Estilo de vida alto		Estilo de vida medio		Estilo de vida bajo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Familia funcional	2	33,3	2	33,3	2	33,3	6	7,6
Familia moderadamente funcional	3	14,3	7	33,3	11	52,4	21	26,6
Familia disfuncional	3	5,9	1	2,0	47	92,2	51	64,6
Familia severamente disfuncional	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,3
Total	8	10,1	10	12,7	61	77,2	79	100,0

d-Somers = 0,401

p = 0,000

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 92,2% de adolescentes embarazadas que pertenecen a una familia disfuncional mostraron un estilo de vida bajo; solamente el 5,9% de adolescentes pertenecientes a este mismo tipo de familia mostraron un estilo de vida alto; de la misma forma, el 52,4% de adolescentes pertenecientes a una familia moderadamente funcional también mostró un estilo de vida bajo y solamente el 14,3% un estilo de vida alto. En porcentajes similares (33,3%) de adolescentes embarazadas pertenecientes a familias funcionales presentaron un estilo de vida alto y bajo, respectivamente, notándose claramente que la funcionalidad familiar influye considerablemente en el estilo de vida de las adolescentes embarazadas.

Una familia disfuncionalidad afecta el bienestar de los integrantes, pues altera los roles, funciones, normas, comunicación y toda la dinámica, generando problemas en el desarrollo del adolescente y esto a su vez influye en las habilidades sociales como: la competencia social, resolución de conflictos, asertividad y el comportamiento adaptativo, más aún con la llegada de un nuevo miembro, la familia tiene dificultades para adaptarse a esta nueva realidad y en relación con la adolescente embarazada la familia sufre una crisis emocional, dando consigo enfrentamiento dentro del entorno familiar, en donde la joven se sentirá presionada y en algunas ocasiones con

tendencias suicidas, es obvio que en estas circunstancias le será difícil a la joven madre tener un estilo de vida alto.

Zumba (2017) señala que la disfuncionalidad familiar disminuye la calidad de vida del núcleo familiar, alterando los roles, los modos de expresión afectiva y la interiorización de lo normativo. Situación que determina la importancia del ambiente familiar para el desarrollo psicológico del sujeto (70).

González (2012) referido por Zumba (2017) sobre el análisis de familias disfuncionales, dice que los conflictos en el clima familiar ya mencionados anteriormente, provocan problemas en la convivencia familiar, los mismos que dificultan los procesos de desarrollo emocional, social y afectivo de sus miembros. Por ende, los problemas que presentan las familias disfuncionales generan efectos negativos principalmente en el desarrollo psicosocial del niño y del adolescente y por supuesto en el estilo de vida de estos (70).

Urgilés y cols. (2018) afirman que, los factores sociales y familiares que inciden en el embarazo en adolescentes señalan que: El sistema familiar es más que solo la suma de sus partes individuales. Por tanto, la familia como sistema será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral en esta relación entre las partes y el sistema social que, si un individuo o subsistema familiar flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada (71).

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las gestantes adolescentes en su mayoría tienen 17 años, el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria incompleta, convivientes, amas de casa, y residentes en la zona urbana; así mismo, la mayoría pertenecen al nivel socioeconómico C y de igual manera, la mayoría pertenecen a una familia integrada, nuclear y disfuncional.
2. El mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas presentan un estilo de vida bajo.
3. Las adolescentes embarazadas tienen un estilo de vida saludable en la dimensión ejercicio y no saludable en las dimensiones nutrición, responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y autorrealización.
4. Los factores sociales que se asocian significativamente a estilo de vida, en el presente estudio son: estructura familiar ($p = 0,02$) y funcionalidad familiar ($p= 0,00$), corroborándose parcialmente la hipótesis formulada.

SUGERENCIAS

Al concluir el presente estudio se sugiere:

1. A las autoridades del Centro Materno Perinatal, implementar y/o reforzar los programas de salud que aborden la problemática de la familia; por ejemplo: escuelas de padres, programa de familias, y otros; con el propósito de proteger a la adolescente, principalmente si están embarazadas.
2. A los obstetras, encargados de la salud de la gestante adolescente, incidir en la familia de esta y realizar oportunamente la detección de factores de riesgo lo que permitirá brindar atención individualizada y solicitar el apoyo del profesional encargado de la salud mental.
3. A los futuros tesisistas de Obstetricia, realizar otras investigaciones con enfoque cualitativo, profundizando en el aspecto de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blásquez M. Embarazo adolescente. Revista electrónica de Medicina, Salud y Sociedad. 2012 Agosto 15. Recuperado el 25 de Junio de 2017, http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Temas de salud. Ginebra - Suiza; 2016. Recuperado el 02 de Marzo de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
3. Quezada M, Romero M, Prieto M, Rodríguez C. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista del Archivo Médico de Camaguey. 2010; 14(3). Recuperado el 05 de Julio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300010
4. Barrozo M, Pressiani G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. Tesis para obtener la licenciatura de enfermería. San Martín, Mendoza - Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2011. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf
5. UNICEF en el Perú. Adolescencia. Informe técnico. Lima; 2016. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de https://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm
6. DIRESA - Cajamarca. Etapa de vida adolescente - 2013 - 2015. Informe técnico. Cajamarca; 2016. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/2016/regionales/cajamarca.pdf>
7. Pacheco C. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. Revista gerencia y políticas de salud. 2015 Julio y diciembre; 14(29). Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a05.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. Informe técnico. Lima - Perú; 2015. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>

9. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Ginebra - Suiza: Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud; 2014. Recuperado el 09 de Junio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
10. Mesa J. América Latina es la región con más embarazos adolescentes del mundo. Artículo original. Colombia; 2016. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/hacer-deporte-temprana-edad-favorece-el-desarrollo-de-la-memoria-de-trabajo-articulo-701669>
11. Loayza Y, Padrón N. Concepciones y estilos de vida de las adolescentes gestantes. Tesis. Colombia: Universidad de Manizales. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <https://www.google.com.pe/search?q=UNIVERSIDAD+DE+MANIZALES&oq=UNIVERSIDAD+DE+MANIZALES&aqs=chrome..69i57j0l5.2636j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la niñez y adolescencia. Informe Técnico N° 2. Lima; 2018. Recuperado el 2 de Marzo de 2019, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_ninez-y-adolescencia-ene-feb-mar2018.pdf
13. Solórzano M, Arellano A, Flores J, Mejía A, Nava M, Sánchez I, et al. Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semiurbana. Eureka (Assunción). 2013; 10(1). Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v10n1/a09.pdf>
14. Vargas Z. Nivel de estrés en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. Amazonas. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2018. Recuperado el 2 de Marzo de 2019, de <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1394/VARGAS%20MARINA%20ZOILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Valdivia R. Estilo de vida y factores socioculturales del adulto joven del Centro Poblado Menor de cambio Puente - Chimbote. Informe de tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles - Chimbote; 2015. Recuperado el 10 de Marzo de 2019, de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/166/VALDIVIA_MA

16. Solórzano M. et al. Estilos de vida en adolescentes de nivel medio superior de una comunidad semiurbana. Eureka. 2013; 10.
17. Hernando A, Oliva A, Pertegal M. Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. Psychosocial Intervention. 2013; 22(1): p. 15-23.
18. Macavilca J. Funcionamiento familiar y estilos de vida en el adolescente en la Institución Educativa Juan de Espinosa Medrano 7082. Tesis. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de <https://www.google.com.pe/search?q=Funcionamiento+familiar+y+estilos+de+vida+en+el+adolescente>
19. Gómez S. Algunos factores sociales, económicos y culturales de los padres relacionados con los estilos de vida en adolescentes de la Institución Educativa Horacio Zevallos Gamez. Cerro Colorado. Tesis para obtener el título profesional de Enfermera. Arequipa - Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2015. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de [Repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/361](http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/361)
20. Huachillo K. Relación de estilos de vida y la enfermedad hipertensiva del embarazo en adolescentes del Hospital Hipólito Unanue. Tesis para obtener el título de licenciada en obstetricia. Lima - Perú: Universidad Norbert Wiener; 2016. Recuperado el 05 de Julio de 2017, de http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/41665/1/T061_46833114_T.pdf
21. Gamboa C, Valdés S. El embarazo adolescente México: Dirección de Servicios de Investigación y Análisis; 2013. Recuperado el 25 de Junio de 2017, de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
22. Ministerio de Salud. Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. Primera edición ed. Lima: SINCO Diseño E.I.R.L.; 2017. Recuperado el 07 de mayo de 2019, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
23. UNICEF. Embarazo en la adolescencia. Argentina; 2012. Recuperado el 25 de Junio de 2017.
24. González G, Pérez M. Factores sociales como mediadores de la salud pública. Salud Uninorte. 2007; 23(2): p. 193-203. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de Factores sociales como mediadores de la salud pública

25. Ministerio de Educación. Factores sociales. Artículo original. Argentina; 2010.
Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <http://campus.ort.edu.ar/crea/santafe2010>
26. Ministerio de Educación. Estructura del sistema educativo. Lima; 2010.
27. Gómez L. Operacionalización de variables. Argentina; 2012. Recuperado el 12 de Setiembre de 2017, de [http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/Operacionalizacion%20\(Dr_%20Gomez\).pdf](http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/Operacionalizacion%20(Dr_%20Gomez).pdf)
28. SIICE. http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_areare.htm. [Online]; 2012. Available from: http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/glosario/figlo_areare.htm. Vera O, Vera F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico. 2013; 7(1): p. 15-19. Recuperado el 06 de Julio de 2017
30. Medigraphic. com. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar. 2015; 7(1).Recuperado el 06 de Julio de 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
31. Neffa J, Panigo D, Pérez P. Empleo y desempleo. Primera edición ed. Buenos Aires: CEIL - CONICET; 2014. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <https://blogdelaamhe.files.wordpress.com/2014/07/neffa-panigo-perez-persia-actividad.pdf>
32. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) Instituto Nacional de Estadística. Glosario de términos de empleo. Lima; 2010.
33. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. Educere. 2010; 14(48). Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
34. García D, García G, Tapiero Y, Ramos D. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Hacia la promoción de la salud. 2012 Julio - diciembre; 17(2): p. 169-185. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>
35. Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. Tesis doctoral. España: Universitat de les Illes Balears; 2012. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <http://www.tesisenred.net/handle/10803/84136>

36. Andaluz J, Ledesma A. Los hábitos alimentarios y su incidencia en el rendimiento académico de las y los estudiantes del quinto y sexto ciclo de la carrera de enfermería de la Universidad estatal de Bolívar. Tesis para la obtención del título de licenciadas en enfermería. Guaranda - Ecuador: Universidad Estatal de Bolívar; 2015. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1345/1/PROYECTO%20LOS%20HABITOS%20ALIMENTICIOS%2014.pdf>
37. Merino A. Evaluación y seguimiento nutricio en la adolescente embarazada. Proyecto de terminación presentado como requisito para obtener el grado de Maestra en Nutrición Clínica. México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014. Recuperado el 02 de Febrero de 2019, de <http://catalogoinsp.mx/files/tes/053579.pdf>
38. Ramón V. Evaluación del estado nutricional en las madres adolescentes gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital María Lorena Serrano Aguilar del Cantón El Guabo. Tesis de grado previo a la obtención del Título de Licenciado en Enfermería. Machala: Universidad Técnica de Machala; 2014. Recuperado el 02 de febrero de 2019, de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/783/8/CD00158-TESIS.pdf>
39. Moreno C. Factores que influyen en la actividad física y en los hábitos alimentarios de los estudiantes universitarios. Tesis doctoral. España: Universitat de les Illes Balears; 2015. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84130/tcmg1de1.pdf;jsessionid=DF2DDB9FFB7F9FBB3238509BFDDA2A59?sequence=1>
40. Guevara B, Zambrano A, Evies A. Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. Enfermería Global. 2011; 10(21). Recuperado el 13 de abril de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100021
41. Gobierno de El Salvador. Manejo del estrés: talento humano en salud. Recuperado el 8 de Febrero de 2019, de https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf

42. Ibarguen L. Relaciones interpersonales y calidad de vida en la adolescencia (12 a 16 años). Un campo de acción para el deporte. Monografía para optar al título de profesional en Ciencias del Deporte. Santiago de Cali - Colombia: Instituto de Educación y Pedagogía; 2014. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/7711/1/3410-0473504.pdf>
43. Guzmán G. La pirámide de Maslow: teoría de la jerarquía de necesidades. Viviendo la salud. 2016. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de <https://viviendolasalud.com/psicologia/piramide-maslow>
44. Wong C. Estilos de vida. Informe técnico. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
45. González S. Factores protectores para una buena calidad de vida. Artículo original. España; 2010. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <https://www.forofamilia.org/documentos/EDUCACION%20-%20Factores%20protectores%20para%20una%20buena%20calidad%20de%20vida%20-%20Sara%20Gonz%C3%A1lez-%20Gallo%20-%20JUL%202005.PDF>
46. Dehesa G. Modos y estilos de vida. Artículo original. España; 2014. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de http://www.uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/modo_y_estilo_de_vida_promocion_de_salud_gdehesa.pdf
47. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3).[Online]; 2008 [cited 2017 Julio 10. Available from: <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>. Hospital Regional Docente Cajamarca. Informe estadístico. In; 2016; Cajamarca. Martínez A, González R, Izaguirre R, Matos C, César M. Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento. Revista Médica MULTIMED. 2012 Abril - junio; 16(2). Recuperado el 20 de Julio de 2017, de <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-2/10.html>
50. Bezzolo G. Autoestima y estilo de vida en estudiantes universitarios de Ciencias de la Comunicación. Tesis. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. Recuperado el 20 de Julio de 2017, de <https://es.scribd.com/doc/147549344/Informe-Final-Autoestima-y-Estilos-de-Vida>

51. Rodríguez J. Hábitos y estilos de vida en la adolescencia y convivencia familiar. Trabajo de fin de grado en Trabajo Social. España: Universidad de La Laguna; 2017. Recuperado el 29 de Enero de 2019, de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6900/Habitos%20y%20estilos%20de%20vida%20en%20la%20adolescencia%20y%20convivencia%20familiar.pdf?sequence=1>
52. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en la adolescencia 2015. Informe técnico. Lima - Perú; 2017. Recuperado el 29 de Enero de 2019, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1443/libro.pdf
53. Solano R. Perfil epidemiológico de madres adolescentes que presentaron sentimiento de estigmatización durante el embarazo. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Hospital de Vitarte; 2018. Nuño A, Grandos O, Tirán R, Jara S, Treviño J, Gómez I. Salud en tu escuela México D.F.: Secretaría de Educación Pública; 2017. Salinas S, Castro M, Fernández C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Artículo original. Panamá: UNICEF; 2014. Míguez Á. Ocupaciones y roles de las madres adolescentes. Trabajo de fin de Grao. La Coruña; 2013. Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza. Embarazo en adolescentes y niñas en el Perú. Publicación. Lima; 2018. Recuperado el 30 de Enero de 2019, de <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Alerta%20embarazo%20en%20adolescentes%20y%20ni%C3%B1as%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf>
58. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Fecundidad adolescente. Síntesis estadística. Lima; 2016. Recuperado el 30 de Enero de 2019, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Per%C3%BA%20%20fecundia-d-adolescente.pdf>
59. Loredó A, Vargas E, Casas A, González J, Gutiérrez C. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017 Noviembre 11; 55(2): p. 223-229. Recuperado el 30 de Enero de 2019, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
60. Meza J, Páez R. Familia, escuela y desarrollo humano. Primera edición ed. Bogotá: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2016. Zuazo N. Causas

- de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima de Piura. Tesis de Maestría en educación con Mención en Psicopedagogía. Piura; 2014. Recuperado el 31 de Enero de 2019, de <https://pirhua.udep.edu.pe/handle/11042/181>
62. Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre. Hábitos y estilos de vida saludable. Primera edición ed. Bogotá: Imprenta Nacional; 2014. Recuperado el 31 de Enero de 2019, de https://cardiosalud.org/files/documents/habitos_tomo_ii.pdf
63. Machuca L. El embarazo adolescente en familias disfuncionales. Monografía previa a la obtención del Título de Licenciada en Orientación Familiar. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016. Recuperado el 31 de Enero de 2019, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22931/1/MONOGRAFIA.pdf>
64. Basantes M. Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas que mantienen una relación de pareja. Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica. Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2016. Ecuador. Recuperado el 02 de Febrero de 2019, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15366/1/T-UCE-0007-PC046-2018.pdf>
65. Quintero R, Rojas H. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2015;(44): p. 222-237. Recuperado el 06 de Febrero de 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194238608016>
66. UNICEF. El argumento en favor de la inversión en la educación y la equidad. Resumen ejecutivo. Nueva York; 2015. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de [https://www.unicef.org/ecuador/La_educacion_y_la_equidad_2015\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/La_educacion_y_la_equidad_2015(1).pdf)
67. Lobera J, García C. Identidad, significado y medición de las amas de casa. Quaderns de Psicologia. 2014: p. 213-226. Recuperado el 07 de Febrero de 2019, de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1193>
68. Secretaría de Educación Pública. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. Primera edición ed. México, D.F.; 2012. Recuperado el 07 de Febrero de 2019, de

https://www.promajoven.sep.gob.mx/files/materiales/Embarazo_Adolescente.pdf

69. Benavides A, Moreno F. Contexto social y familiar desencadenante del embarazo en adolescentes. Revista baiana enfermagem. 2018; 32(24664). Recuperado el 7 de Febrero de 2019, de <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
70. Rodríguez P, Díaz I, González S. Factores familiares, educativos y económicos que afectan a las adolescentes en embarazo entre las edades de 13 a 17 años que asisten a control pre natal en el Hospital San Antonio. Tesis. Arequipa - Perú: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2014. Recuperado el 07 de Febrero de 2019, de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/3470/TTS_RodriguezGualterosJenny_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
71. Zumba D. Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la Fundación proyecto Don Bosco. Título de Psicóloga clínica. Ambato - Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1941/1/76442.pdf>
72. Urgilés S, Fernández N, Durán J. Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. Revista Kullkana. 2018 Enero-abril; 2(1): p. 49-54. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i1.87

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. FACTORES SOCIALES

1. **Edad:**

2. **Grado de instrucción**

Sin nivel de instrucción () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior técnica ()

Superior universitaria ()

3. **Estado civil**

Soltera() Casada () Conviviente ()

4. **Actividad laboral**

Ama de casa () Empleada del hogar ()

Trabajadora estatal () Trabajadora independiente ()

Empleada de empresa privada ()

5. **Procedencia**

Costa () Sierra () Selva ()

6. **Lugar de residencia**

Zona urbana () Zona rural ()

7. **Nivel socioeconómico**

Nivel A () Nivel B () Nivel C ()

Nivel D () Nivel E ()

8. **Tipo de familia**

Familia integrada () familia desintegrada ()

9. **Estructura de la familia:**

Familia nuclear () Familia extensa ()

Ampliada ()

10. **Funcionalidad familiar**

Familia funcional () Familia moderadamente funcional ()

Familia disfuncional () Familia severamente disfuncional ()

ANEXO 02

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF -SIL

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted puede clasificar y marcar con una X la respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1 Se toma decisiones para cosas importantes de la familia					
2 En mi casa predomina la armonía					
3 En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5 Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles					
8 Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otra persona					
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14 Nos demostramos el cariño que tenemos					

Interpretación

Familia funcional:	70 – 57 puntos
Familia moderadamente funcional:	56 – 43 puntos
Familia disfuncional:	42 – 28 puntos
Familia severamente disfuncional:	27 – 14 puntos

ANEXO 03
ENCUESTA NSE-VL

Reactivo	
N1. N1 ¿Cuál es el grado de estudios de padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres	
1	Primaria completa /incompleta
2	Secundaria incompleta
3	Secundaria completa
4	Superior no universitaria (Instituto superior)
5	Estudios universitarios incompletos
6	Estudios universitarios completos (Bachiller, titulado)
7	Post grado
N2 ¿A dónde acude el jefe de hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?	
1	Posta médica/farmacia/naturista
2	Hospital del Ministerio de Salud/Hospital de la Solidaridad
3	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4	Médico particular en consultorio
N3 ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?	
1	Menos de 750 soles/mes, aproximadamente
2	2 Entre 750 – 1000 soles/mes, aproximadamente.
3	3 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
4	4 > 1500 soles/mes, aproximadamente
N4- A ¿Cuántas habitaciones tiene su hogar, exclusivamente para dormir?	
	0-1
1	2
2	3
3	4
4	5 o más
5	¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico?)
	9 a más personas
1	7- 8 personas
2	5 – 6 personas
3	3 – 4 personas
4	1 - 2 personas
5	
N5 ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda	
1	Tierra / arena
2	Cemento sin pulir (falso piso)
3	Cemento pulido / tapizón
4	Mayólica/loseta / cerámicos
5	Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo

Interpretación

Nivel 1	A	22 – 25 puntos
Nivel 2	B	18 – 21 puntos
Nivel 3	C	13 - 17 puntos
Nivel 4	D	9 - 12 puntos
Nivel 5	E	5 - 8 puntos

ANEXO 04

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)

a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.

b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.

c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca 2. = A veces 3. = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

	Reactivos	1	2	3	4
1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas				
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud				
3	Te quieres a ti mismo(a)				
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana				
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que eleven tu presión arterial)				
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento				
7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (mg en sangre)				
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida				
9	Crees que estás creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas				
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales				
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios)				
12	Te sientes feliz y contento				
13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana				
14	Comes tres comidas al día				
15	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud				
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales				
17	Trabajas en apoyo a metas a largo plazo en tu vida				
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos				
19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservantes)				
20	Le preguntas a un médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud				
21	Miras hacia el futuro				
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida				
24	Te gusta expresar y que te exprese cariño personas cercana a tí				
25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción				
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)				
27	Pasas de 15-20 minutos diariamente en relajamiento o meditación				
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud				
29	Respetas tus propios éxitos				
30	Controlas tu pulso durante el ejercicio físico				
31	Pasas tiempo con amigos cercanos				

32	Haces que te midan la presión arterial y conoces el resultado				
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives				
34	Ves cada día como interesante y desafiante				
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (Proteínas, carbohidratos, grasas y vitaminas)				
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir				
37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida				
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo, etc.				
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros				
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir				
41	Pide información a los profesionales para cuidar de tu salud				
42	Encuentras maneras positivas para expresa tus sentimientos				
43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro				
44	Eres realista en las metas que te propones				
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)				
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal				
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)				
48	Creas que tu vida tiene un propósito				

N°	Subescalas	N° de variables	Reactivos
1	Nutrición	06	1,5,14,19,26,35
2	Ejercicio	05	4,13,22,30,38
3	Responsabilidad en la salud	10	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46
4	Manejo del estrés	7	6,11,27,36,40,41,45
5	Soporte interpersonal	7	10,18,24,25,31,39,47
6	Autoactualización	13	3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48

Interpretación:

138 a +: Nivel de estilo de vida alto
121 a 137: Nivel de estilo de vida medio
120 a -: Nivel de estilo de vida bajo

ANEXO 05

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ una vez informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca de de 201...

Firma

ANEXO 06

Dimensiones de los estilos de vida de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. 2017

Nutrición	n°	%
Saludable	37	46,8
No saludable	42	53,2
Total	79	100,0
Ejercicio	n°	%
Saludable	63	79,7
No saludable	16	20,3
Total	79	100,0
Responsabilidad en salud	n°	%
Saludable	21	26,6
No saludable	58	73,4
Total	79	100,0
Manejo del estrés	n°	%
Saludable	5	6,3
No saludable	74	93,7
Total	79	100,0
Soporte interpersonal	n°	%
Saludable	10	12,7
No saludable	69	87,3
Total	79	100,0
Autorrealización	n°	%
Saludable	6	7,6
No saludable	73	92,4
Total	79	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos