

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO



**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO
ADOLESCENTE REINCIDENTE DE PACIENTES DE 15 A 19
AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES –
LIMA 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA : Lic. LAURA LUIS OSORIO

HUANUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía; a mis padres que con su esfuerzo y dedicación me dieron educación y me enseñaron a ir por el buen camino; a mis tres hijos a mi esposo que con su tiempo, cariño y apoyo incondicional me animaron a seguir esforzándome para ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a los que contribuyeron a este esfuerzo:

Al Dr. Reynaldo Ostos Mirabal, asesor de tesis de maestría; quien con su conocimiento y asesoría hizo posible la culminación del presente trabajo.

A la Mg Irma James Ríos, amiga , colega y compañera de trabajo , quien me apoyo con su experiencia y conocimiento y sobre todo con su perseverancia para motivarme a culminar con el presente trabajo.

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores familiares que están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años.

Métodos. Se llevó a cabo un estudio correlacional compuesto por 98 adolescentes gestantes, procedentes del Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014. Se utilizaron un cuestionario para medir los factores familiares y el embarazo reincidente. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Chi cuadrado.

Resultados. El 16,3% (16 adolescentes) se encontraban con reincidencia de embarazo. Por otro lado, los factores familiares fueron condición marital de los padres ($p \leq 0,050$); actitud de rechazo de la madre ($p \leq 0,028$); falta de apoyo emocional de la familia ($p \leq 0,000$); falta de apoyo económico de la familia ($p \leq 0,000$); relación deficiente con el padre ($p \leq 0,004$); relación deficiente con la madre ($p \leq 0,000$) y edad adolescente de la pareja del primer embarazo.

Conclusiones. Existe relación significativa entre los factores familiares y el embarazo reincidente en adolescentes del Hospital Sergio E. Bernales.

Palabras clave: *embarazo reincidente, factores familiares, familia, adolescente.*

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine family factors that are associated with recurrent pregnancy in adolescents 15 to 19 years.

METHODS: A correlational study comprised 98 pregnant adolescents, from the Hospital Sergio E. Bernales district of Comas are conducted - Lima 2014. A questionnaire was used to measure family factors and recurrent pregnancy. For the inferential analysis the Chi-square test was used.

RESULTS: 16.3% (16 adolescents) were with recurrent pregnancy. On the other hand, family factors were marital status of the parents ($P \leq 0,050$); negative attitude of the mother ($p \leq 0,028$); lack of emotional support from family ($p \leq 0,000$); lack of financial support from the family ($p \leq 0,000$); poor relationship with the father ($p \leq 0,004$); poor relationship with the mother ($p \leq 0,000$) and adolescent age of the couple's first pregnancy.

CONCLUSIONS: There is significant relationship between family factors and adolescent pregnancy relapsed Hospital Sergio E. Bernales.

Keywords: *recurrent pregnancy, family factors, family, teen.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano, que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta, la palabra se deriva del latín *adolescere* que significa crecer hacia la madurez, implica un término más amplio que el término pubertad (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años de edad y la define como el periodo de la vida en que le individuo adquiere la madurez reproductiva y transita por los patrones psicológicos de la niñez a la vida adulta. Se divide en adolescencia temprana (10-15 años) y adolescencia tardía (16-19 años); por lo tanto el embarazo adolescente es aquella condición que ocurre en mujeres entre 10 y 19 años, independiente de la edad ginecológica (2).

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, por su prevalencia que se mantiene y tiende a aumentar en los sectores más carentes de la población; porque potencialmente puede extenderse a un mayor número de adolescentes y porque puede ser evitado (3).

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno que tiene grandes implicaciones a nivel biológico y social. Desde el punto de vista biológico, existe una alta probabilidad de presentar resultados adversos relacionados con el proceso de gestación que ponen en riesgo la vida de la madre y del recién nacido. Algunos de estos resultados incluyen: anemia (4), preeclampsia (5), parto pre término (6), bajo peso al nacer (7), baja puntuación del Apgar (8), altas tasas de cesárea (9) y complicaciones postparto (10).

VII

Desde el punto de vista social, situaciones complejas afectan el desarrollo personal de la madre, tales como la deserción escolar (11); la pérdida de oportunidades y de ingresos futuros (12); el rechazo familiar y social (13); y las dificultades emocionales, físicas y económicas (14).

Por otro lado, los riesgos que se presentan a causa de un embarazo en la adolescencia van más allá del aspecto físico y emocional, pues dejará de hacer otras cosas necesarias e imprescindibles para asegurarse una vida mejor para ella y su hijo. No continuará estudiando y no recibirá la capacitación que necesita para ingresar al mercado laboral y aspirar a un trabajo con mejor salario (15).

Si bien las cifras de embarazo en adolescentes son alarmantes, es aún más preocupante el incremento considerable del embarazo reincidente en los últimos años tanto en países industrializados como en América Latina (16). Esta situación preocupa, ya que el panorama para una madre adolescente se torna aún más grave en virtud de la reincidencia. Las consecuencias para la madre y el recién nacido son aún mayores tanto en el aspecto biológico como social.

En ese sentido, el estudio se organiza en cinco capítulos. El primero comprende el problema, la justificación y los objetivos, de igual modo se consideran la hipótesis y las variables en estudio.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

VIII

El tercer capítulo está compuesto por la metodología de la investigación, como tipo de estudio, método de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se muestra la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	VI
INDICE	IX

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	05
1.3. Objetivo General y objetivos específicos	05
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	06
1.5. Variables	08
1.6. Justificación e importancia	10
1.7. Viabilidad	11
1.8. Limitaciones	11

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Definiciones conceptuales	24
2.4. Bases epistémicos	25

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio	27
3.2. Diseño y esquema de la investigación	27
3.3. Población y muestra	28
3.4. Instrumentos de recolección de datos	30
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	31

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de los resultados	33
4.2. Análisis inferencial de los resultados	52

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión	66
CONCLUSIONES	70
SUGERENCIAS	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El embarazo adolescente es considerado como un problema de Salud Pública por su elevada prevalencia y por las repercusiones sociales, biológicas y psíquicas que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes, como la de sus hijos, familiares y la sociedad (17). Más aun, lo peor en un embarazo en la adolescencia es la repetición (18).

Uno de cada cinco partos de adolescentes es un embarazo repetido y la tasa de reincidencia es 1,5 veces más alta entre las hispanas, negras e indígenas americanas. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) señalan en un informe que el 20 % de las jóvenes de 15 a 19 años de edad que tienen hijos han tenido más de un embarazo (19).

En los Estados Unidos, en 2003 y 2004, el 20% de las madres adolescentes tuvieron un segundo hijo dentro de los 2 años siguientes de su primer embarazo (20). Las afroamericanas y latinas tienen mayor

prevalencia de un embarazo reincidente (23%, 22%, respectivamente) (21).

Con respecto a América Latina; en Brasil, la prevalencia de la reincidencia varía según los diferentes trabajos, y la región. Se encuentra que en las regiones del sur y sureste del país, el porcentaje oscila entre 5,2% al 16%, mientras que en el norte y noreste, llega al 46,2% (22). En Uruguay reportan 24% de embarazo reincidente a nivel del país; en Chile González y colaboradores en el 2003 encontraron una prevalencia de 15,6% (23). En el Perú no hay estudios de prevalencia del embarazo reincidente en adolescentes.

Los datos demográficos de América Latina y el Caribe dan cuenta que los países de la región destacan por una fecundidad adolescente elevada y resistente al descenso, convirtiéndose así en un fenómeno de enorme interés para los países de la región (24). Si bien algunos estudios sostienen que el embarazo adolescente va en aumento a nivel mundial y se presenta en edades cada vez más precoces, lo cierto es que existen importantes diferencias en la prevalencia dependiendo de la región y de su nivel de desarrollo (25). Mientras que para los países europeos y norteamericanos la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años para el año 2007 llegaba al 17,41 y al 45,49 respectivamente, en América Latina y el Caribe esta cifra era de 75,67.

En el Perú, según el Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI) en su publicación de Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil, el 1,4% tiene dos hijos o tiene uno y está gestando el segundo, mientras que un 0,5% tiene ya tres hijos o tiene dos y está gestando el tercero (26).

Los riesgos que se presentan a causa de un embarazo en la adolescencia van más allá del aspecto físico y emocional, pues dejará de hacer otras cosas necesarias e imprescindibles para asegurarse una vida mejor para ella y su hijo. No continuará estudiando y no recibirá la capacitación que necesita para ingresar al mercado laboral y aspirar a un trabajo con mejor salario (27).

Peor aún las madres adolescentes tienen un alto riesgo de nuevamente salir embarazadas que van desde el 10% al 45% (28), lo cual implicaría una sobrecarga mayor para la adolescente, desde el punto de vista biológico, emocional, social y económico, disminuyendo casi completamente las posibilidades de sobresalir y de superar las desventajas a lo largo del tiempo (29).

Las investigaciones realizadas han identificado algunos factores fuertemente asociadas con un nuevo embarazo en la adolescencia (30). Estos factores incluyen características que también están relacionadas con el primer embarazo, el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, así como con otras situaciones.

Diego y Huaraca (31) encontraron que los factores familiares; antecedente de embarazo y edad de la pareja así como los factores reproductivos; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente en las adolescentes del servicio de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

Langor et al (32) y Moore et al (33) indican que los factores de riesgo asociados al embarazo reincidente de las adolescentes, se ordenan en varias dimensiones: individual, familiar y social. En la dimensión

individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, y carencia de compromiso religioso. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas, y baja escolaridad de los padres. Y, en el ámbito social se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellos la erotización de los medios de comunicación, hacinamiento, estrés, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales, para al ejercicio de la sexualidad (34).

Por otro lado, Chura-Muñeco, Campos-Pardo, Miranda-Malca y Asca-Takamatsu (35) en un estudio descriptivo correlacional y corte transversal llegaron a la conclusión que la relación entre los factores socio-culturales y el embarazo reincidente es poco significativo (> 0.05). Indudablemente, la reiteración del embarazo en la adolescencia es multifactorial y complejo (36). Estos embarazos no son sólo expresiones de la vida sexual, sino que son medios que puede utilizar la adolescente para lograr una forma de autonomía y realización cuando las políticas no le ofrecen otras posibilidades.

Por lo expuesto, se pretende encontrar que factores familiares están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas - Lima.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Por lo expuesto se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué factores familiares están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS:

Objetivo General :

- Encontrar los factores familiares que están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años de edad atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Problemas específicos:

- ¿Qué factores familiares sobre la condición marital de los padres están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?
- ¿Qué factores familiares sobre antecedente de embarazo adolescente en la familia está asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?
- ¿Qué factores familiares sobre reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?

- ¿Qué factores familiares sobre actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?
- ¿Qué factores familiares sobre apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?
- ¿Qué factores familiares sobre relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?
- ¿Qué factores familiares sobre edad adolescente de la pareja del primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014?

1.4 HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS.

a. Hipótesis general:

Ha: Los factores familiares están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

b. Hipótesis específicas:

Ha₁: Los factores familiares sobre la condición marital de los padres están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Ha₂: Los factores familiares sobre antecedente de embarazo adolescente en la familia están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Ha₃: Los factores familiares sobre reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Ha₄: Los factores familiares sobre actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Ha₅: Los factores familiares sobre apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Ha₆: Los factores familiares sobre relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

Ha₇: Los factores familiares sobre edad adolescente de la pareja del primer embarazo están asociados con el embarazo reincidente en las adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales del distrito de Comas – Lima 2014.

1.5 VARIABLES

a. IDENTIFICACIÓN DE LA VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazo reincidente en adolescentes.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores familiares.

b. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE				
Embarazo reincidente en adolescentes.	Embarazo reincidente en adolescentes.	Embarazo reincidente en adolescentes (SI/NO)	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Factores familiares	Condición marital de los padres	Condición marital de los padres	Cualitativa	Nominal
	Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Cualitativa	Nominal
	Reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo	Reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo	Cualitativa	Nominal
	Actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Cualitativa	Nominal
	Apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Cualitativa	Nominal
	Relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo	Relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo	Cualitativa	Nominal
	Edad adolescente de la pareja del primer embarazo	Edad adolescente de la pareja del primer embarazo		
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN				
Características generales	Características generales	Edad en años	Cuantitativa	De razón
		Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal
		Estado civil	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Cualitativa	Nominal
		Lugar de nacimiento	Cualitativa	Nominal

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El presente estudio de investigación se justificó:

Porque el embarazo en adolescentes es una entidad mundialmente conocida como un problema relevante de salud pública, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo: Por su prevalencia, tendencia a aumentar en los sectores de la población con más carencia, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y el niño, su contribución a la persistencia de la pobreza de una región a país.

También, porque el embarazo en adolescentes representa un importante reto para la salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Para abordar este problema, se han empleado numerosas estrategias de prevención en diferentes países del mundo, como la educación sanitaria, el desarrollo de habilidades y la mejora de la accesibilidad a métodos anticonceptivos. Sin embargo, existe incertidumbre con respecto a los efectos de estas intervenciones, y por lo tanto, se necesita examinar su base de pruebas.

Porque, la maternidad a temprana edad ocasiona problemas de salud, afecta su desarrollo social y económico porque se interrumpe su preparación para la vida adulta y se ve truncado su proceso hacia la autonomía, lo que a su vez limita las posibilidades y condiciones para la crianza de los hijos con un alto riesgo de maltrato y abandono.

Y, de igual manera, el reconocimiento del significado de la maternidad para las mujeres adolescentes aporta a la cotidianidad del trabajo de enfermería, porque con este conocimiento se fortalece el cuidado integral y culturalmente congruente, y permite establecer estrategias de impacto en el manejo de las gestaciones adolescentes, en la prevención y

manejo de embarazos no deseados y trabajar en el proyecto de vida, con el desarrollo de alianzas con organizaciones y equipos interdisciplinarios que procuren un abordaje holístico y humanizado en el trabajo con éste grupo de población.

1.7 VIABILIDAD

El presente estudio de investigación tuvo una alta viabilidad para su ejecución ya que por ser profesional que laboro en la institución tuve la oportunidad de acceder a la información, así mismo el costo del trabajo no representó riesgo a su ejecución.

1.8 LIMITACIONES

La principal limitación fue el escaso tiempo para poder ejecutar la investigación. Así también por ser una cantidad grande de usuarios se tuvo que tomar en cuenta a aquellos que acuden al servicio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Se tuvo en consideración las siguientes revisiones:

Hopewell, Batista y Stop (37) realizaron en Estados Unidos un estudio en el cual buscaron predictores de desarrollo específicos para la reincidencia de embarazos en adolescentes, donde la muestra fue 2 451 adolescentes con seguimiento anual durante 13 años desde mediados de la niñez. Se encontró que a las edades de 16 a 19, 411 adolescentes (16,8%) ya habían informado de uno o más embarazos. Entre este grupo el 25,1% informó de dos o más embarazos. Realizó una revisión de estudios encontrando en los Estados Unidos que el 30-50% de las madres adolescentes experimentan un embarazo repetido en los 24 meses del primer parto. Muchos de los efectos negativos de los adolescentes durante el primer parto (por ejemplo, bajo rendimiento académico, los efectos de la mala salud de la madre y el niño, las dificultades económicas) se ven agravados por un segundo embarazo, especialmente entre los adolescentes de las minorías raciales. Una serie

de factores (por ejemplo, edad, la raza, el uso de anticonceptivos, orientación hacia el futuro) se asocian con repetición rápida de un embarazo, pero no hay consenso en cuanto qué factores de riesgo son los más importantes. El apego más débil a la madre en el momento del primer embarazo predijo significativamente menos tiempo para el segundo embarazo (OR=0,94).

Caño (38), con el objetivo de conocer la incidencia de adolescentes multíparas de 14 a 19 años y los factores que influyen en los mismos, realizó una investigación descriptivo y retrospectivo, en Consulta Externa del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procela-Ecuador. La población estuvo conformada por un total de 225 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años, con más de una gestación, en la consulta externa, del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procela en el periodo de estudio. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes adolescentes entre 14 a 19 años con más de un parto. Encontraron que el 82% de las pacientes corresponde a las edades entre 18 y 19 años; el 63% es de instrucción secundaria; el 93% son de estado civil, unión libre; el 73% son ama de casa; el 74% han tenido 2 gesta; el 94% ha tenido 2 partos; el 84% no ha usado método anticoncepción, el 36% presentaron anemia durante el embarazo.

Silveira, Rozenberg, Bonan, Costa, Furtado y Mendes (39) desarrollaron un estudio en Brasil, con el título: "Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos" con el objetivo de estimar la magnitud y las características asociadas a la reincidencia de embarazo para lo cual identificaron 12.168 adolescentes para su investigación. Se encontró

como grado de escolaridad menor de 8 años a un 62,2%, así como un número de consultas prenatales totales en la primera gestación de más de 7 a un 41,5%. Fueron identificados como principales factores asociados: edad entre 15 a 19 años del (OR=5,42); ningún control prenatal consulta (OR=2,36); años de educación < 4años (OR=1,48) y trabajo de ama de casa (OR=1,8). Finalmente se encontraron como características asociadas a la reincidencia de embarazo: edad entre 15 a 19 años, ningún control prenatal, educación < 4años y trabajo de ama de casa.

Chura-Muñuico, Campos-Pardo, Miranda-Malca y Asca-Nakamatsu (40) con el objetivo de determinar los factores socioculturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el hospital docente Madre Niño San Bartolomé durante el mes de junio de 2012, Lima; realizaron un estudio descriptivo correlacional y corte transversal, con una población conformada por 120 gestantes adolescentes atendidas en consultorios externos, y adolescentes gestantes hospitalizadas en el servicio "Madre adolescente". El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario validado por expertos y administrado por las investigadoras. Dentro de los resultados encontraron que la edad promedio de las adolescentes fue de 17 años; de estado civil solteras en el 51.7%; el 67.5 % abandonan los estudios; el 34.2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50.8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa; el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58.3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de

quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido; el 10.8% de ellas tuvo embarazo reincidente.

Diego y Huarcaya (41) analizaron los factores familiares y reproductivos que se asocian al embarazo reincidente en adolescentes, encontrando que las multigestas tuvieron la presencia de un familiar directo que se embarazó en la adolescencia (65%). La relación con los padres fue considerada mala, principalmente con la madre (35%). La reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos muy diferente al de la pareja que fue positiva (60%). El apoyo de los padres fue parcial (35%). El Periodo intergenésico es corto (<2años) en el 82,5% de casos. El 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo. Los anticonceptivos más usados antes del primer embarazo fue el preservativo (22,5%). Después de la primera gestación el uso de anticonceptivos aumentó a 77,5%, sin embargo fue esporádico, usándose principalmente los inyectables (40%). Tuvo una asociación significativa: la edad de la pareja (<18 años) OR= 0,3 IC=0,6-0,9; la edad de inicio de relaciones sexuales (<15 años) OR=6 IC=1,9-18,6 y la edad del primer embarazo (OR=6,3 IC=2,2-17,8).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. La adolescencia

2.2.1.1. Definiciones

La adolescencia se define como el período en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre

10 y 19 años de edad. Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente en muchos aspectos, es un caso especial.

La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, es decir, un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales (42).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19 años) (43). Esta definición es diferente a la proporcionada por la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), columna vertebral del mandato institucional de UNICEF, el cual en su Artículo 1o. define como niño a todo ser humano menor de 18 años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Actualmente el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) consideran dicha etapa de los 12 a 17 años (17). El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 – 2021 lo considera así también. El Ministerio de Salud (MINSA) mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, también ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días (44).

2.2.2. Adolescencia temprana y tardía

Se tomó como referencia la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, pues se considera la más pertinente para el desarrollo del presente estudio.

2.2.2.1. Adolescencia temprana: 10 a los 14 años.

Es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo cerebral. El lóbulo frontal, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana (45). Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan.

2.2.2.2. Adolescencia tardía: 15 a los 19 años.

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero esto disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

Por otro lado, es en esta etapa que se aumenta el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo, trastornos alimentarios, trastornos depresivos. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, establecen su propia identidad y comienzan a participar activamente en la sociedad (46).

Por lo tanto, la adolescencia es un proceso en el que el ser humano enfrenta cambios a nivel corporal y psicológico, muchos de ellos producto de las variaciones hormonales que enfrenta y del entorno en que se desarrolla. Visto este panorama, se examinará a continuación aspectos relacionados al embarazo en adolescentes –una de las problemáticas que afecta el

adolescente— nos centraremos en la adolescencia tardía ya que son el grupo más afectado a nivel mundial.

2.2.3. Embarazo en la adolescencia

Se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica y se entiende por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen.

El embarazo altera de manera significativa el proceso biológico que prepara al cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de una propuesta personal de belleza. De igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no es aún apto para el embarazo ni para el parto y sobre todo rompen para siempre el proceso de adolescencia con todo lo que ello significa en la estructuración de la mujer.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

Por tanto, definiremos el embarazo adolescente como aquella gestación que se da dentro de la etapa adolescente, independientemente de su edad ginecológica. Se plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de

situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (47).

2.2.4. Embarazo reincidente en la adolescencia

Adolescente con reincidencia de embarazo es aquella adolescente que repite un nuevo embarazo. También llamado embarazo subsiguiente, consecutivo, embarazo a repetición o adolescente multigesta (48).

Sorprendentemente, un grupo de adolescentes tiene una segunda, tercera o incluso cuarto embarazo en la adolescencia, la mayoría sin planificación. Varios autores encontraron altos porcentajes de repetición de los embarazos de adolescentes (10 a 45%) que van tras pequeños intervalos entre embarazos (12-24 meses). Parece que el primer embarazo no deseado no es una característica significativamente fuerte para prevenir la aparición de otros embarazos (49).

2.2.5. Factores familiares

El arribo de los hijos a la edad de la adolescencia es uno de esos momentos de cambios importantes en la vida de toda familia, y por ello es considerado como una crisis transitoria de la etapa de extensión de la familia. Los padres y el propio adolescente se ven en la obligación de modificar su comunicación, la autonomía y

dependencia, los roles habituales, así como también va a sufrir cambios su relación intra e interfamiliar, las posibilidades de participación social, las necesidades económicas, el enfrentamiento a los problemas, etcétera (50).

Con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis no transitorias, accidentales o paranormativas, que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente al núcleo familiar (51). El embarazo en la adolescencia puede generar, sin dudas, crisis de carácter mixto, ya que afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual, por lo que la familia debe buscar el equilibrio y adaptarse a la nueva condición, lo que le permitirá fortalecerse como grupo y evitar que aparezcan tensiones perjudiciales para sus integrantes.

Según se describe por diferentes autores (52), el evento familiar por sí solo, no genera una crisis familiar no transitoria, depende siempre del significado que le otorga la familia, y su repercusión va a estar relacionada, tanto con la capacidad adaptativa de la familia, como con el resto de los recursos con que cuenta la misma.

Las características propias de cada adolescente y la dinámica específica de cada familia han de apreciarse de manera diferenciada respecto a la influencia que tienen en la adaptación de un evento vital. Las familias representan un temperamento

determinado, rasgos de carácter, personalidad diferenciada y estados patológicos específicos, al igual que ocurre en los componentes que la conforman. Además el trasfondo cultural o el sistema de creencias religiosas de la familia desempeñan a menudo un papel importante en la determinación del grado de cohesión y la forma en la que los miembros de la familia responden a las situaciones de estrés (53).

Aquellas familias que no pueden resolver sus crisis y se quedan atascadas, fijan mecanismos patológicos de interacción intra y extra familiares y por lo general, van produciendo en uno o más miembros un estado de desajuste o enfermedad (54).

Tal como describe la doctora Patricia Arés (55) el óptimo funcionamiento del apoyo social implica que la familia: emplee los recursos familiares expresados en forma de categoría: cohesión, adaptabilidad, comunicación, afectividad, roles, armonía y permeabilidad; lo cual constituyen la manifestación del funcionamiento familiar.

Empíricamente, el funcionamiento familiar, se traduce en el comportamiento cotidiano de una familia en el seno del hogar, en la atmósfera o el clima que se produce en el hogar con cierto nivel de regularidad y en su relación con la comunidad y las instituciones sociales (56).

Se considera que una familia funcional es aquella que sea capaz de promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr en ellos el mantenimiento de estados de salud favorables; en tanto que una familia disfuncional debe ser considerada como un factor

de riesgo del individuo, al propiciar la aparición de conductas inadecuadas, síntomas y enfermedades en sus miembros (57).

Para Walsh (58), las familias funcionales enfrentan las crisis unidas como grupo, buscando solución adecuada a los conflictos, los cuales estimulan la creatividad y favorecen el cambio. Las opiniones diversas son consideradas de manera positiva y se respeta la individualidad.

Las familias disfuncionales son incapaces de enfrentar las crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe confusión de roles. Repiten las conductas ineficaces, culpando a otros con reacciones emocionales excesivas o simplemente negando la existencia del problema. Las soluciones que adoptan pasan a ser verdaderos problemas. Emerge un chivo emisario que, con sus síntomas, resulta el portavoz denunciante de la disfunción existente. En las familias disfuncionales se observa borramiento de las fronteras generacionales, alteración de la organización jerárquica y hasta formación de triangulación patológica. Se plantea que en una relación insatisfactoria de tipo inestable no se llega a un acuerdo implícito ni explícito de modo que los períodos estables son breves y los inestables, prolongados. Las patologías de funcionamiento al presentar desarreglos de las jerarquías exhiben autoritarismo extremo que induce al sometimiento y exceso de permisividad que originan un caos (59).

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- a) **Actitud hacia el primer embarazo por parte de la familia.** Forma de actuar de los padres, pareja u otro familiar después de enterarse del embarazo de la adolescente, pudiendo ser esta de aceptación o rechazo.
- b) **Actitud de la pareja hacia el primer embarazo.** Forma de actuar de la pareja después de enterarse del embarazo de la adolescente, pudiendo ser esta de aceptación o rechazo.
- c) **Antecedente de embarazo adolescente en la familia de origen.** Presencia de algún embarazo de la madre y/o hermana de la adolescente cuando estas tuvieron menos de 20 años.
- d) **Apoyo de la pareja a la adolescente durante su primera gestación.** Ayuda económica y/o emocional que la adolescente recibe por parte de su pareja u otro familiar en su primer embarazo. Pudiendo ser esta total, parcial o ninguna.
- e) **Apoyo familiar dado a la adolescente durante su primera gestación.** Ayuda económica y/o emocional que la adolescente recibe parte de sus padres u otro familiar en su primer embarazo. Pudiendo ser esta total, parcial o ninguna.
- h) **Embarazo adolescente.** 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. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.
- i) **Embarazo reincidente en adolescente.** Se define como la gestación mayor a dos, es decir, aquella adolescente que luego de tener un embarazo o un aborto, nuevamente tiene una gestación.

- j) Factores familiares.** Consisten en una serie de factores de riesgo dependientes de determinantes familiares que influyen en el embarazo reincidente de la adolescente.
- k) Reacción de la familia al enterarse del primer embarazo de la adolescente.** Respuesta inmediata de los padres u otro familiar en el momento de recibir la noticia del embarazo de la adolescente.
- l) Relación con los padres.** Trato entre la adolescente con su padre y madre, pudiendo ser muy buena, buena, regular, mala, muy mala.
- ll) Tipo de familia.** Consiste en la identificación del tipo de familia que presenta la adolescente, puede ser monoparental, biparental u otro.
- m) Tipo de relación de la adolescente con la pareja.** Consiste en la identificación de la relación de la adolescente con su pareja de la primera gestación, pudiendo ser muy buena, buena, regular, mala, muy mala.

2.4. BASES EPISTÉMICOS

El papel del factor humano en el proceso salud-enfermedad va mucho más allá de la básica relación médico-paciente e incluso del rol activo y responsable de la persona para con su salud y bienestar, y presupone legitimar el importante papel de la familia en el proceso de mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros (60). Ello adquiere especial significación en el caso de las adolescentes embarazadas cuya atención y afrontamiento rebasa los marcos institucionales sanitarios para abarcar la vida cotidiana de la gestante y sus familiares.

Todo ello obliga a profundizar en el grado de funcionamiento de las familias ya que el mismo “influye en la aparición y descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud” (61).

El impacto de los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que esta tenga para enfrentar los cambios, o realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación, así como también a la capacidad de abrirse como sistema y permitir la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones (62).

Por tanto, las sólidas relaciones familiares se convierten en requisito para el óptimo desarrollo adolescente. En este balance entre autonomía y conexión afectiva se han de mover con particular habilidad los padres con los hijos.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

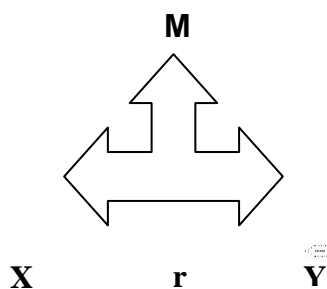
De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo **correlacional**.

Según la ocurrencia de los hechos fue de tipo **prospectivo** ya que fue necesario establecer los puentes de información actuales y de aquí en adelante.

Según el período de tiempo el estudio fue de tipo **transversal**, porque se tuvo en cuenta una cohorte durante la investigación.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación empleado fue el correlacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

M=Población

X=Factores familiares.

Y=Embarazo reincidente en adolescentes.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población lo conformaron 196 gestantes adolescentes atendidas en los servicios de hospitalización del Hospital Sergio E. Bernales.

- **CRITERIOS DE SELECCION:**

Dentro de los criterios de inclusión consideramos:

- Gestantes adolescentes con edades entre 15 a 19 años.
- Gestantes adolescentes que deseen participar voluntariamente en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron:

- Gestantes adolescentes que no desean participar en el estudio
- Gestantes adolescentes con problemas de salud mental.

- **AMBITO Y TIEMPO DEL ESTUDIO:**

El estudio se realizó en los servicios de hospitalización del Hospital Sergio E. Bernales, ubicado en el distrito de Comas - Lima. El periodo del estudio fue en el año 2014.

3.3.2. Muestra

- **Unidad de análisis.**

Cada gestante adolescente.

- **Unidad de muestreo.**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco muestral.**

Listado nominal gestantes adolescentes.

- **Tamaño muestral.**

En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula de cálculo de muestras para estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

$Z^2 = 95\%$ confiabilidad

$P = 50\%$

$Q = 1-P$

$e =$ error de estimación en 5%

$N =$ Población

Cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.15 \times 0.85 \times 196}{(0,05)^2 (196-1) + (1.96)^2 \times 0.15 \times 0.85}$$

$$n = \frac{96,001584}{0,977304}$$

$$n = 98,2 \text{ (98 gestantes adolescentes)}$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 98 gestantes adolescentes.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.4.1. Instrumentos:

a. **Cuestionario:** Donde se tuvo en cuenta la información sobre los aspectos generales y sobre los factores maternos.

3.4.2. Validez y confiabilidad

a. Validez

La validez de contenido del instrumento en estudio fue evaluado por el juicio de 5 expertos, y en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
1	A	A	A	A	A	5	1,00
2	A	A	A	A	A	5	1,00
3	A	A	A	A	A	5	1,00
4	A	A	A	A	A	5	1,00
5	A	A	A	A	A	5	1,00
6	A	A	A	D	A	4	0,80
7	A	A	A	A	A	5	1,00
8	A	A	A	A	A	5	1,00
9	A	A	A	A	A	5	1,00
10	A	A	A	A	A	5	1,00
11	A	A	A	A	A	5	1,00
12	A	A	D	A	A	4	0,80

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente: Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Considerando que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuese igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

3.5.1. Técnicas de recojo y procesamiento

En el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a los directivos pertinentes.
- Se tuvo en cuenta el estudio de validez.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

3.5.2. Presentación de datos

a. Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo de cada una de las variables se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de porcentaje para las variables categóricas.

b. Análisis Inferencial.

En el análisis inferencial de los datos se utilizó la Prueba de Chi cuadrada de independencia. Se tuvo en cuenta una significación de 0,05.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Características generales de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Características generales	Frecuencia (n=98)	%
Edad en años		
15	8	8,2
16	10	10,2
17	20	20,4
18	26	26,5
19	34	34,7
Grado de instrucción		
Primaria	25	25,5
Secundaria incompleta	37	37,8
Secundaria completa	24	24,5
Superior	12	12,2
Estado civil		
Soltera	74	75,5
Conviviente	24	24,5
Ocupación		
Ama de casa	86	87,8
Estudiante	12	12,2
Lugar de nacimiento		
Lima	82	83,7
Provincia	16	16,3

Fuente: Formulario de recolección de datos.

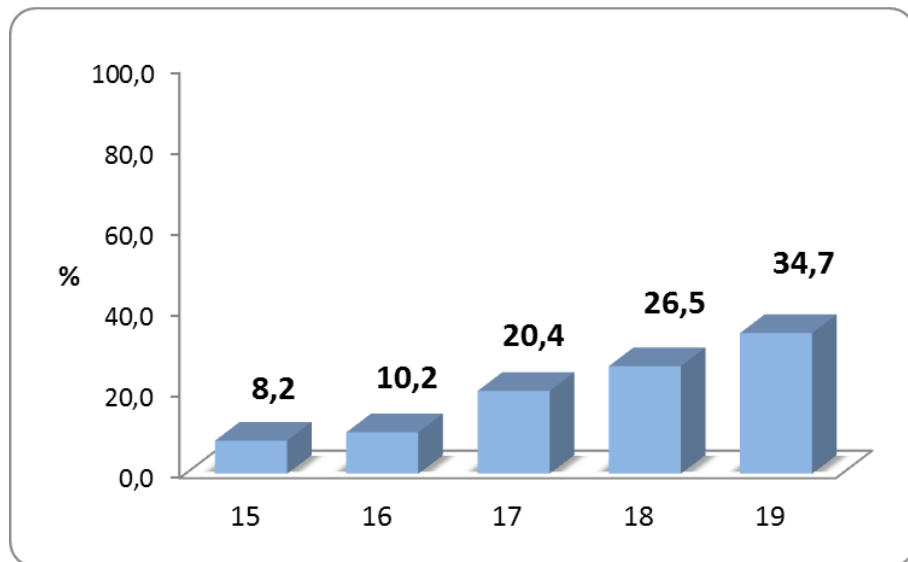


Gráfico 01. Porcentaje de adolescentes según edad en años atendidos en el Hospital Sergio E. Bernalles – Lima 2014

En cuanto a las características generales de adolescentes en estudio, se encontró que el 34,7% (34 adolescentes) correspondieron a la edad de 19 años, asimismo el 37,8% (37 adolescentes) tuvieron secundaria incompleta, el 75,5% (74 adolescentes) fueron de condición soltero; el 87,8% (86 adolescentes) se dedicaban a ama de casa y el 83,7% (82 adolescentes) nacieron en Lima.

4.1.2. Características familiares:

Tabla 02. Condición marital de los padres de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Condición marital de los padres	Frecuencia (n=98)	%
Tipo de familia		
Monoparental	58	59,2
Biparental	40	40,8
Padres separados		
SI	65	66,3
NO	33	33,7

Fuente: Formulario de recolección de datos.

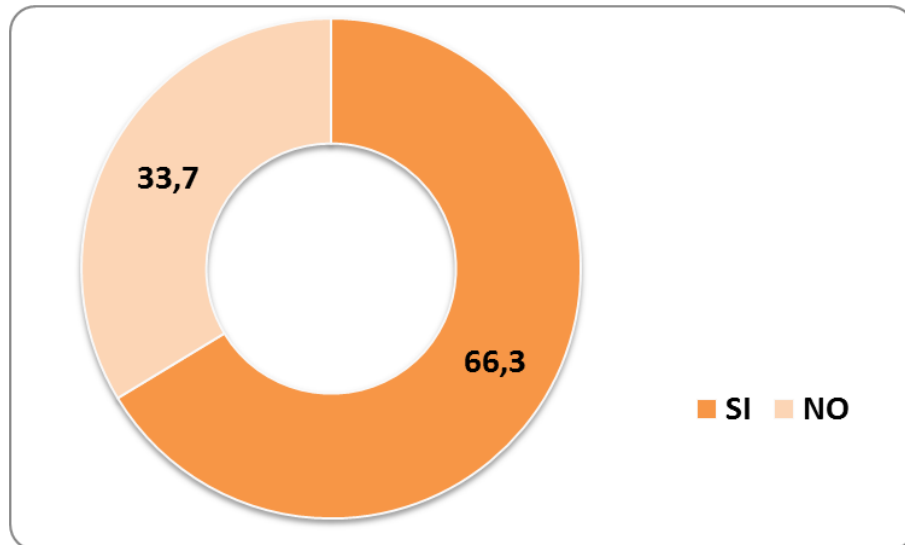


Gráfico 02. Porcentaje de adolescentes según padres separados atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Respecto a la condición marital de los padres de adolescentes en estudio, se encontró que el 59,2% (58 adolescentes) tuvieron una familia monoparental y el 66,3% (65 adolescentes) se encontraban con padres separados.

Tabla 03. Antecedente de embarazo adolescente en la familia de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Frecuencia	%
No tiene	49	50,0
Madre	25	25,5
Hermana	12	12,2
Otro familiar	12	12,2
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

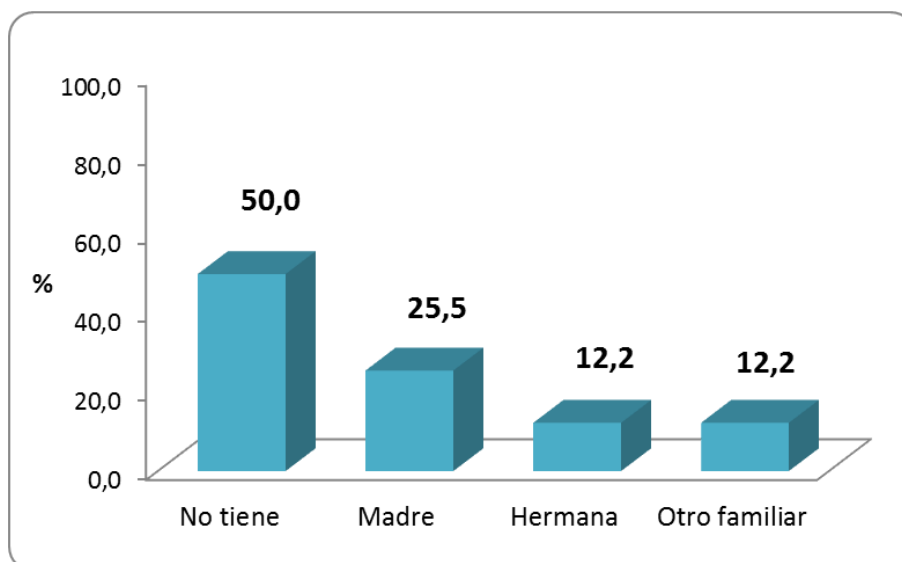


Gráfico 03. Porcentaje de adolescentes según antecedente de embarazo adolescente en la familia atendida en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En razón a antecedente de embarazo adolescente en la familia de adolescentes en estudio, se encontró que el 50,0% (49 adolescentes) no tienen tal antecedentes, sin embargo, el 25,5% indicaron la madre, y el 12,2% a la hermana y otro familiar, cada una..

Tabla 04. Reacción de la familia al enterarse del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Reacción de la familia al enterarse del primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Reacción del padre		
Buena	12	12,2
Regular	36	36,7
Mala	40	40,8
Muy mala	10	10,2
Reacción de la madre		
Buena	10	10,2
Regular	55	56,1
Mala	25	25,5
Muy mala	8	8,2
Reacción de otra familia		
Buena	25	25,5
Regular	40	40,8
Mala	20	20,4
Ninguna	13	13,3
Reacción de la pareja		
Buena	49	50,0
Regular	37	37,8
Muy mala	12	12,2

Fuente: Formulario de recolección de datos.

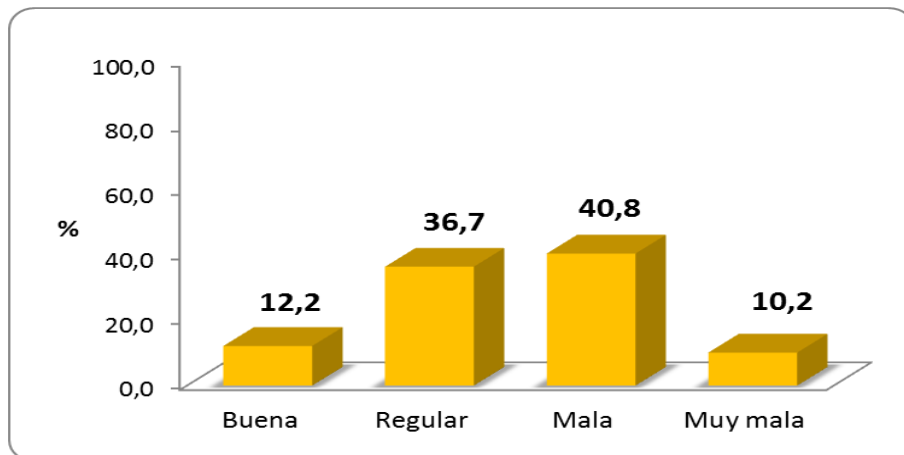


Gráfico 04. Porcentaje de adolescentes según reacción del padre al enterarse del primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Con respecto a la reacción de la familia al enterarse del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 40,8% (40 adolescentes) tuvieron mala reacción del padre, el 56,1% (55 adolescentes) regular reacción de la madre, el 40,8% (40 adolescentes) regular reacción de otra familia y por otra parte, el 50,0% (49 adolescentes) buena reacción de la pareja.

Tabla 05. Actitud de la familia hacia el primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Actitud de la familia hacia el primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Actitud del padre		
Rechazo	76	77,6
Aceptación	15	15,3
Ninguno	7	7,1
Actitud de la madre		
Rechazo	62	63,3
Aceptación	36	36,7
Actitud de otro familiar		
Rechazo	38	38,8
Aceptación	50	51,0
Ninguno	10	10,2
Actitud de la pareja		
Rechazo	24	24,5
Aceptación	74	75,5

Fuente: Formulario de recolección de datos.

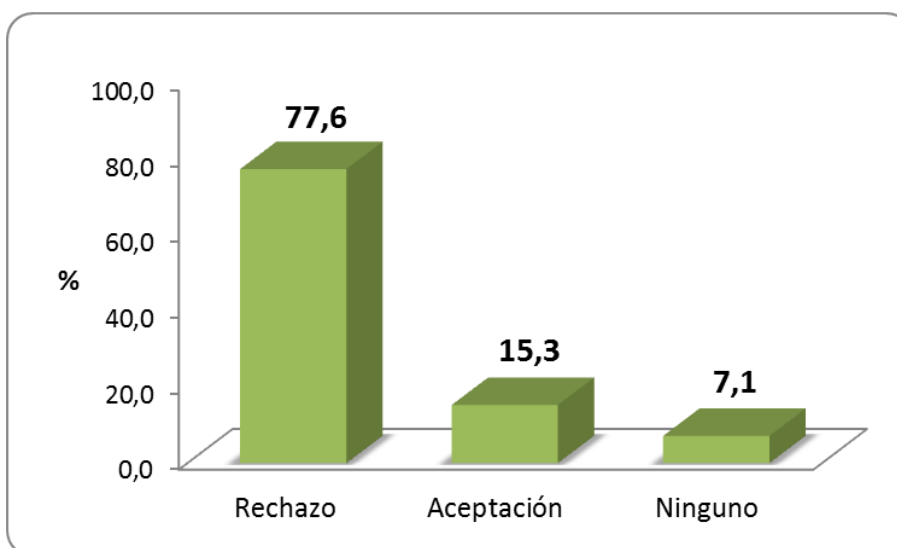


Gráfico 05. Porcentaje de adolescentes según actitud de la familia hacia el primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Correspondiente a la actitud de la familia hacia el primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 77,6% (76 adolescentes) tuvieron rechazo del padre, el 63,3% (62 adolescentes) tuvieron rechazo de la madres, en cambio el 51,0% (50 adolescentes) tuvieron una actitud de aceptación de otro familiar y el 75,5% (74 adolescentes) también de aceptación de la pareja.

Tabla 06. Apoyo emocional de la familia al primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Apoyo emocional de la familia al primer embarazo	Frecuencia	%
SI	76	77,6
NO	22	22,4
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

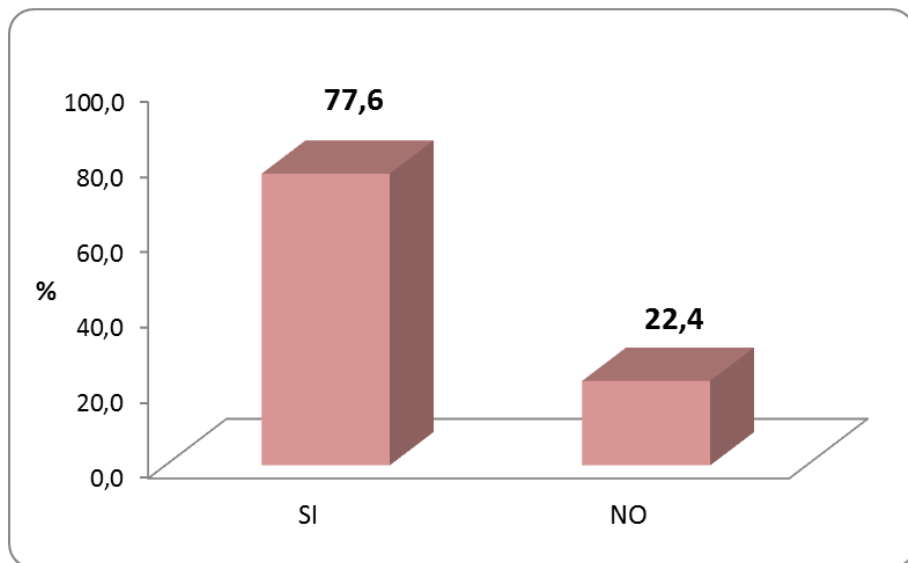


Gráfico 06. Porcentaje de adolescentes según apoyo emocional de la familia al primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En lo que respecta a apoyo emocional de la familia al primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 77,6% (76 adolescentes) tuvieron apoyo emocional de la familia al primer embarazo y sin embargo, el 22,4% (22 adolescentes) mencionaron que no.

Tabla 07. Apoyo económico de la familia y pareja al primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Apoyo económico de la familia y pareja al primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Apoyo económico de la familia al primer embarazo		
Total	25	25,5
Parcial	60	61,2
Ninguna	13	13,3
Apoyo económico de la pareja al primer embarazo		
Total	86	87,8
Ninguna	12	12,2

Fuente: Formulario de recolección de datos.

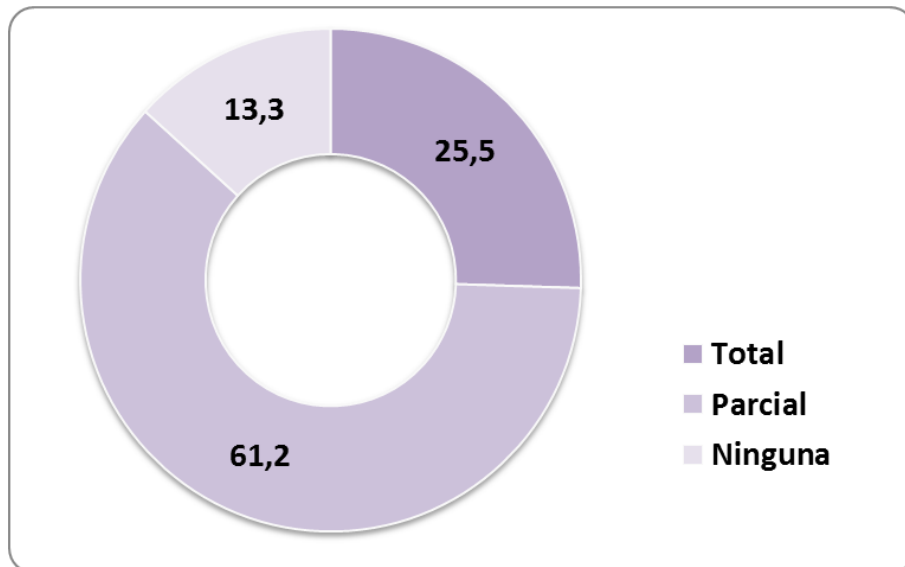


Gráfico 07. Porcentaje de adolescentes según apoyo económico de la familia y pareja al primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Respecto a apoyo económico de la familia y pareja al primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 61,2% (60 adolescentes) tuvieron apoyo económico parcial de la familia al primer embarazo y en cambio el 87,8% (86 adolescentes) mencionaron que tuvieron apoyo económico total de la pareja al primer embarazo.

Tabla 08. Relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Relación con el padre		
Buena	37	37,8
Regular	29	29,6
Mala	20	20,4
Muy mala	12	12,2
Relación con la madre		
Muy buena	20	20,4
Buena	25	25,5
Regular	39	39,8
Mala	14	14,3
Relación con la pareja		
Buena	64	65,3
Regular	24	24,5
Mala	10	10,2

Fuente: Formulario de recolección de datos.

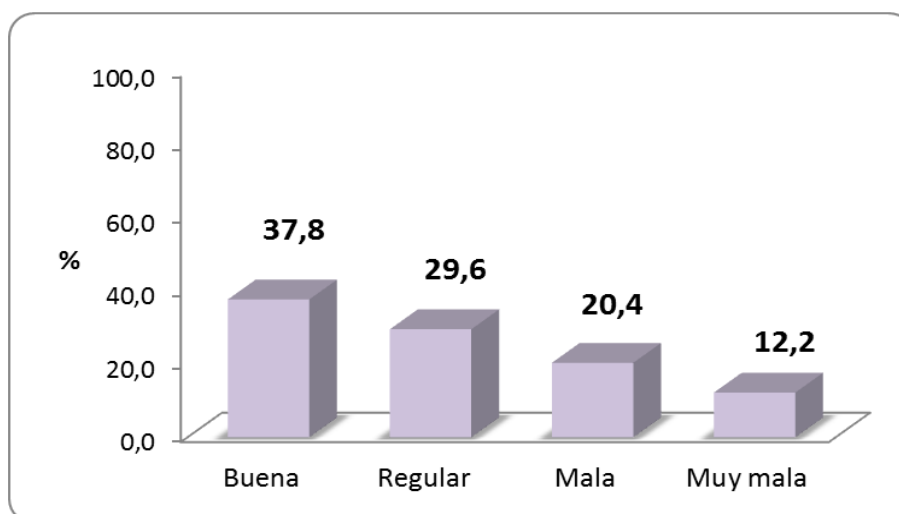


Gráfico 08. Porcentaje de adolescente según relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En cuanto al tipo de relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 37,8% (37 adolescentes) tuvieron buena relación con el padre, el 39,8% (39 adolescentes) mantuvieron regular relación con la madre y el 65,3% (64 adolescentes) mencionaron que tuvieron buena relación con la pareja.

Tabla 09. Persona con quién vivía antes del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Persona con quién vivía antes del primer embarazo	Frecuencia	%
Madre	25	25,5
Padre y madre	39	39,8
Pareja	11	11,2
Otra	23	23,5
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

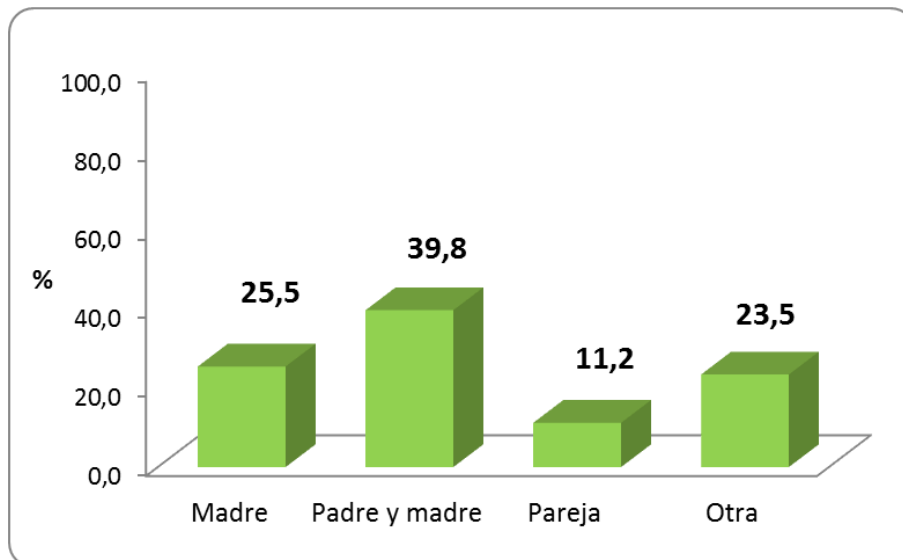


Gráfico 09. Porcentaje de adolescentes según persona con quién vivía antes del primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Respecto a la persona con quién vivía antes del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 39,8% (39 adolescentes) vivían con padre y madre, el 25,5% con la madre, el 11,2% con la pareja y el 23,5% con otro.

Tabla 10. Edad de la pareja del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Edad de la pareja del primer embarazo	Frecuencia	%
16	28	28,6
17	10	10,2
18	18	18,4
20	30	30,6
26	12	12,2
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

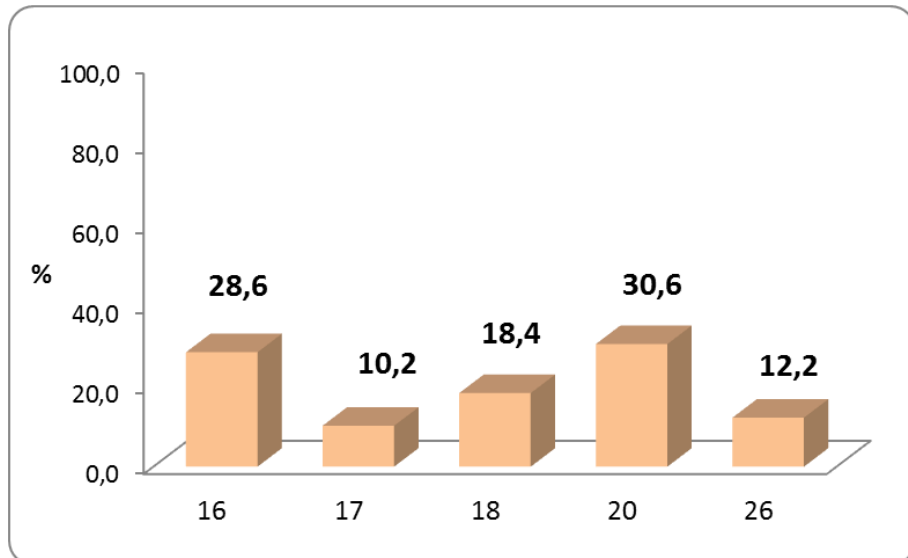


Gráfico 10. Porcentaje de adolescente según edad de la pareja del primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Con respecto a la edad de la pareja del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 30,6% (30 adolescentes) tuvieron una edad de pareja de 20 años, el 28,6% de 16 años, el 18,4% de 18 años, el 12,2% de 26 años y el 10,2% de 17 años.

4.1.3. Embarazo reincidente

Tabla 11. Embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Embarazo reincidente	Frecuencia	%
SI	16	16,3
NO	82	83,7
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

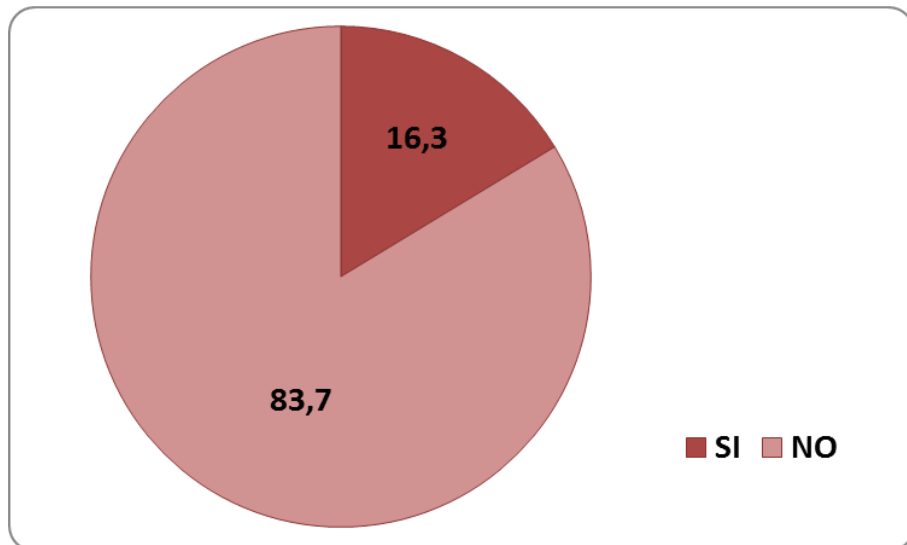


Gráfico 11. Porcentaje de adolescentes según embarazo reincidente. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En relación al embarazo reincidente de adolescentes en estudio, se encontró que el 16,3% (16 adolescentes) tuvieron reincidencia de embarazo y el 83,7% (82 adolescentes) no tuvieron esta reincidencia de embarazo.

4.1.4. Factores familiares:

Tabla 12. Factor familiar en cuanto a condición marital de los padres de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Condición marital de los padres	Frecuencia (n=98)	%
Tipo de familia monoparental		
SI	58	59,2
NO	40	40,8
Padres separados		
SI	65	66,3
NO	33	33,7

Fuente: Formulario de recolección de datos.

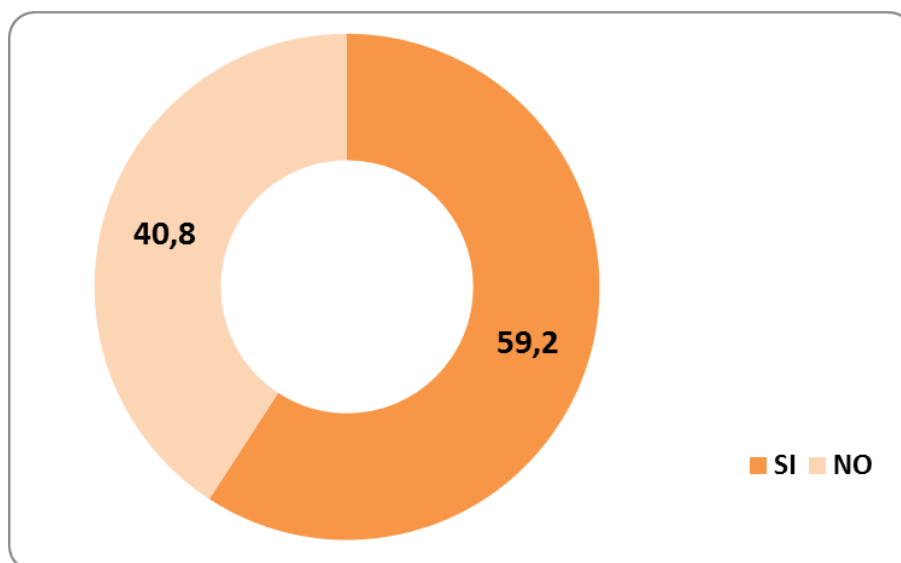


Gráfico 12. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a tipo de familia monoparental. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En razón al factor familiar en cuanto a condición marital de los padres de adolescentes en estudio, se encontró que el 59,2% (58 adolescentes) tuvieron tipo de familia monoparental y el 40,8% (40 adolescentes) se encontraban con padres separados.

Tabla 13. Factor familiar en cuanto a antecedente de embarazo adolescente en la familia de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Frecuencia	%
SI	49	50,0
NO	49	50,0
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

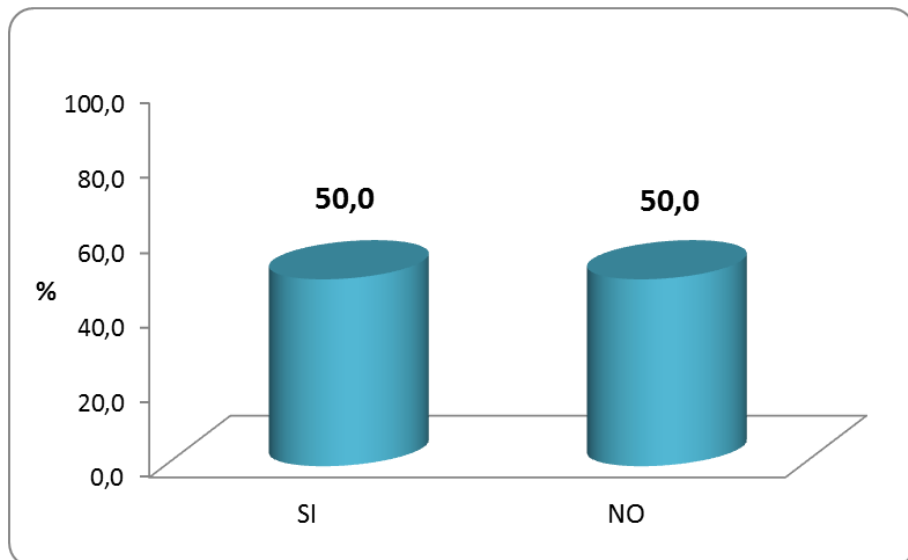


Gráfico 13. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a antecedente de embarazo adolescente en la familia. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En referencia al factor familiar en cuanto a antecedente de embarazo adolescente en la familia de adolescentes en estudio, se encontró que el 50,0% (49 adolescentes) tuvieron antecedente de embarazo adolescente en la familia y los otros 50% se encontraban sin este antecedente.

Tabla 14. Factor familiar en cuanto a reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Reacción negativa del padre		
SI	86	87,8
NO	12	12,2
Reacción negativa de la madre		
SI	88	89,8
NO	10	10,2
Reacción negativa de otra familia		
SI	60	61,2
NO	38	38,8
Reacción negativa de la pareja		
SI	49	50,0
NO	49	50,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

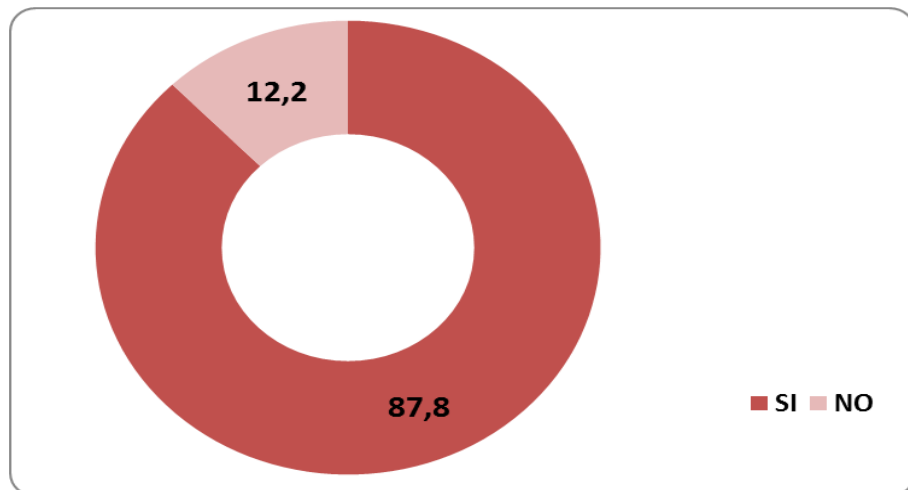


Gráfico 14. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a reacción negativa del padre. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En relación al factor familiar en cuanto a reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 87,8% (86 adolescentes) tuvieron reacción negativa del padre, el 89,8% (88 adolescentes) de la madre, el 61,2% (60 adolescentes) de otra familia y el 50,0% (49 adolescentes) de la pareja.

Tabla 15. Factor familiar en cuanto a actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Actitud de rechazo del padre		
SI	76	77,6
NO	22	22,4
Actitud de rechazo de la madre		
SI	62	63,3
NO	36	36,7
Actitud de rechazo de otra familia		
SI	38	38,8
NO	60	61,2
Actitud de rechazo de la pareja		
SI	24	24,5
NO	74	75,5

Fuente: Formulario de recolección de datos.

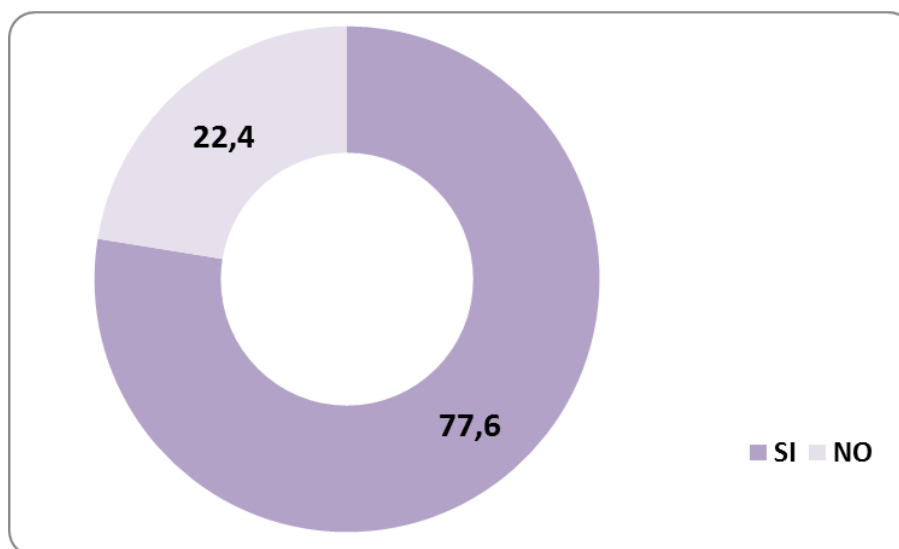


Gráfico 15. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a actitud de rechazo del padre. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En concordancia al factor familiar en cuanto a actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 77,6% (76 adolescentes) tuvieron actitud de rechazo del padre, el 63,3% (62 adolescentes) de la madre, el 38,8% (38 adolescentes) de otra familia y el 24,5% (24 adolescentes) de la pareja.

Tabla 16. Factor familiar en cuanto a apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Falta de apoyo emocional de la familia		
SI	22	22,4
NO	76	77,6
Falta de apoyo económico de la familia		
SI	13	13,3
NO	85	86,7
Falta de apoyo económico de la pareja		
SI	12	12,2
NO	86	87,8

Fuente: Formulario de recolección de datos.

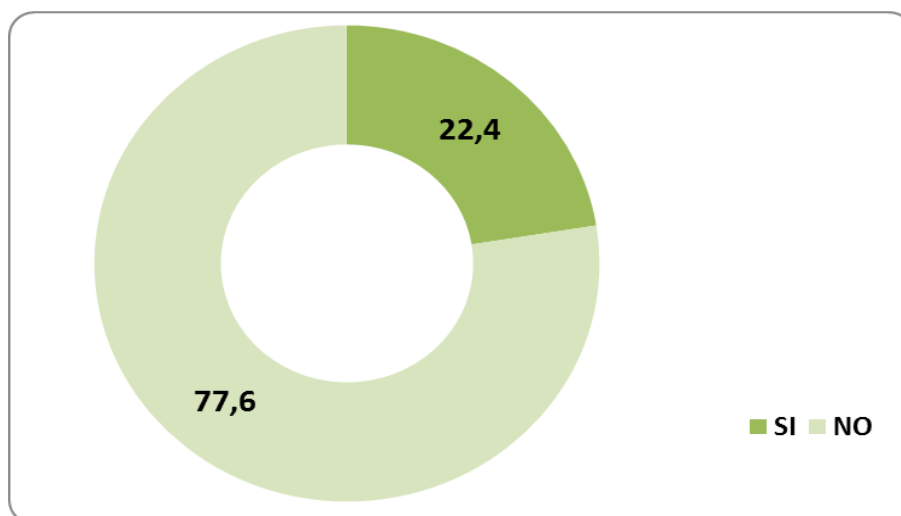


Gráfico 16. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a falta de apoyo emocional de la familia. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En relación al factor familiar en cuanto a apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 22,4% (22 adolescentes) tuvieron falta de apoyo emocional de la familia, el 13,3% (13 adolescentes) se encontraban con falta de apoyo económico de la familia y el 12,2% (12 adolescentes) con falta de apoyo económico de la pareja.

Tabla 17. Factor familiar en cuanto a relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo	Frecuencia (n=98)	%
Relación deficiente con el padre		
SI	61	62,2
NO	37	37,8
Relación deficiente con la madre		
SI	53	54,1
NO	45	45,9
Relación deficiente con la pareja		
SI	34	34,7
NO	64	65,3

Fuente: Formulario de recolección de datos.

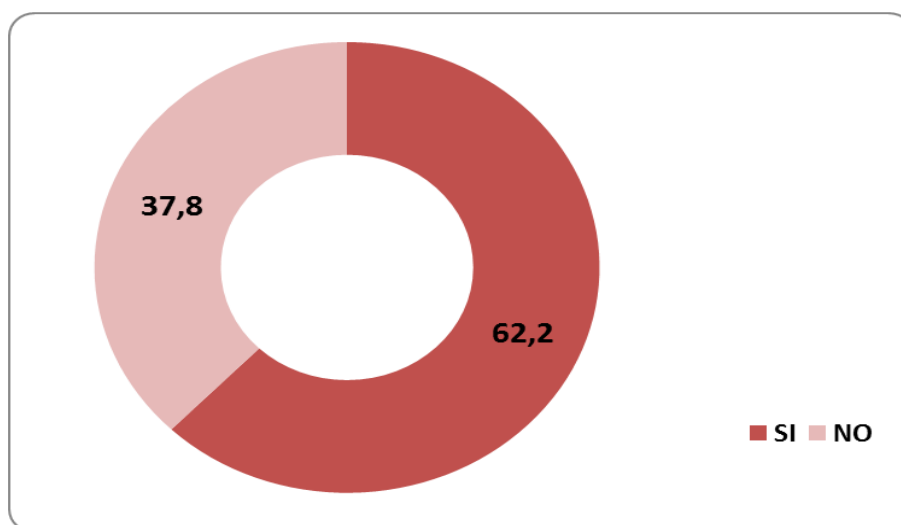


Gráfico 17. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a relación deficiente con el padre. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Con respecto al factor familiar en cuanto a relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 62,2% (61 adolescentes) tuvieron relación deficiente con el padre, el 54,1% (53 adolescentes) relación deficiente con la madre y el 34,7% (34 adolescentes) relación deficiente con la pareja.

Tabla 18. Factor familiar en cuanto a edad adolescente de la pareja del primer embarazo de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Edad adolescente de la pareja del primer embarazo	Frecuencia	%
SI	56	57,1
NO	42	42,9
Total	98	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

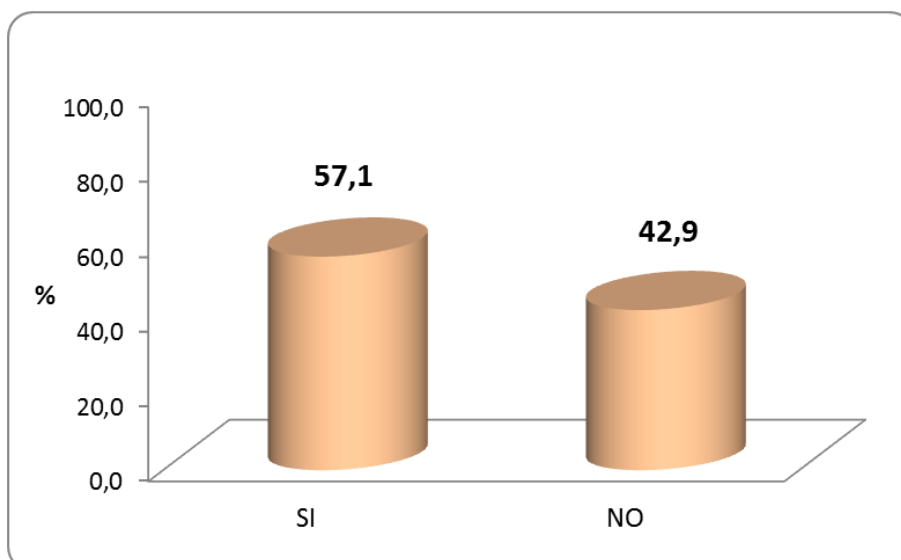


Gráfico 18. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a edad adolescente de la pareja del primer embarazo. Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En razón al factor familiar en cuanto a edad adolescente de la pareja del primer embarazo de adolescentes en estudio, se encontró que el 57,1% (56 adolescentes) tuvieron edad adolescente de la pareja del primer embarazo y el 42,9% (42 adolescentes) se encontraban con otra edad.

4.2. ANALISIS INFERENCIAL:

Tabla 19. Relación entre factor familiar en cuanto a condición marital de los padres y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Condición marital de los padres	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Tipo de familia monoparental								
SI	13	13,3	45	45,9	58	59,2	3,85	0,050
NO	3	3,1	37	37,8	40	40,8		
Padres separados								
SI	15	15,3	50	51,0	65	66,3	6,44	0,011
NO	1	1,0	32	32,7	33	33,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

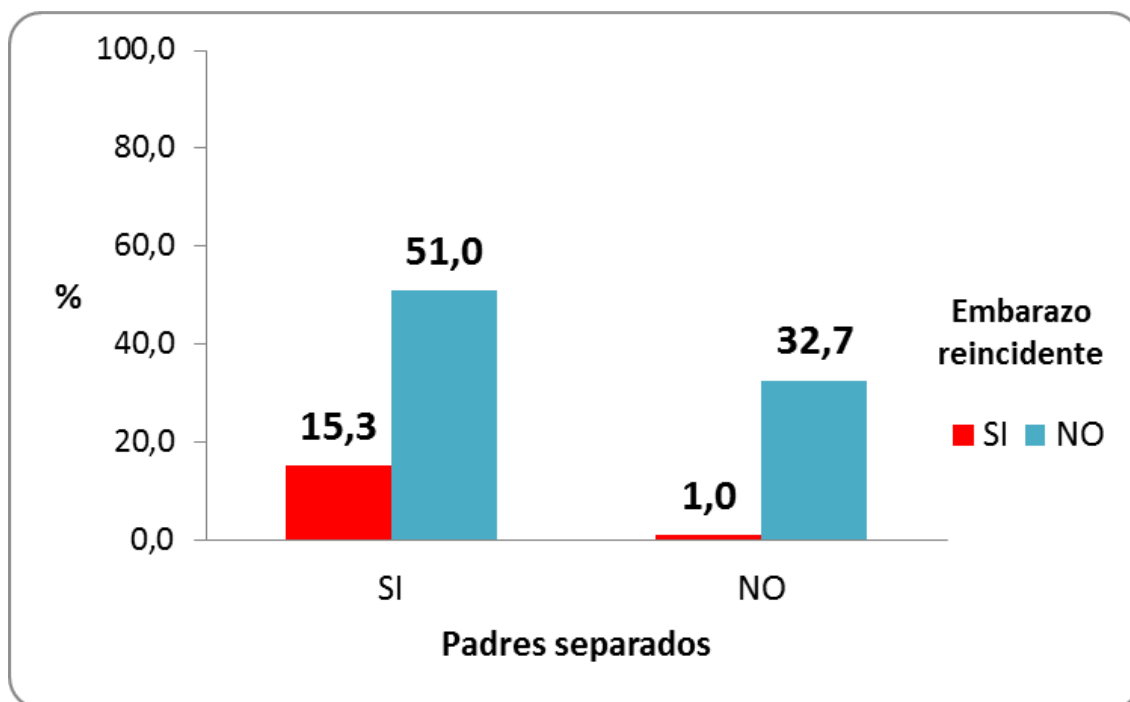


Gráfico 19. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a padres separados y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Concerniente a la relación entre factor familiar en cuanto a condición marital de los padres y embarazo reincidente de adolescentes en estudio, observamos que el 13,3% de los adolescentes tuvieron tipo de familia monoparental y a la vez se encontraban con embarazo reincidente y el 15,3% tuvieron padres separados y también embarazo reincidente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultaron significativos estadísticamente la condición tipo de familia monoparental ($p \leq 0,050$) y padres separados ($p \leq 0,011$); es decir el tipo de familia monoparental y padres separados se relacionan significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

Tabla 20. Relación entre factor familiar en cuanto a antecedente de embarazo adolescente en la familia y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Antecedente de embarazo adolescente en la familia	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
SI	7	7,1	42	42,9	49	50,0	0,30	0,585
NO	9	9,2	40	40,8	49	50,0		
Total	16	16,3	82	83,7	98	100,0		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

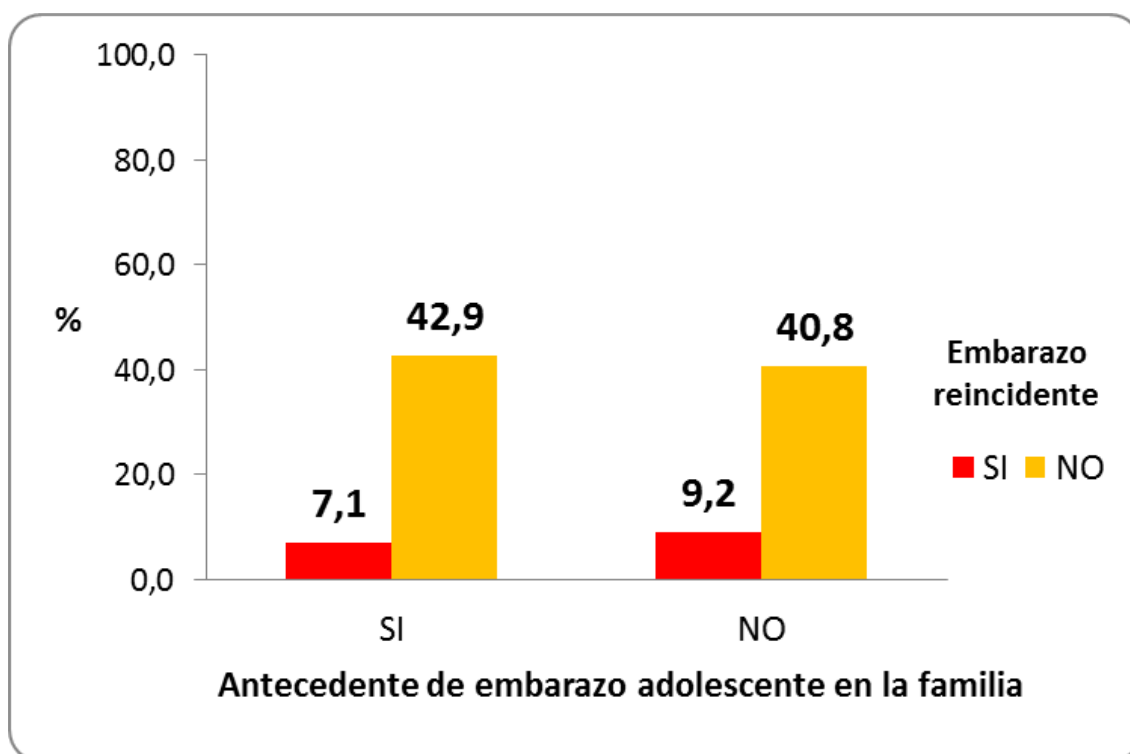


Gráfico 20. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a antecedente de embarazo adolescente en la familia y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En cuanto a la relación entre factor familiar en cuanto a antecedente de embarazo adolescente en la familia y embarazo reincidente de adolescentes en estudio, observamos que el 7,1% de los adolescentes tuvieron antecedente de embarazo adolescente en la familia y a la vez se encontraban con embarazo reincidente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=0,30$; $P\leq 0,585$) no resultó significativo estadísticamente; es decir el antecedente de embarazo adolescente en la familia no se relaciona significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

Tabla 21. Relación entre factor familiar en cuanto a reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Reacción negativa del padre								
SI	13	13,3	73	74,5	86	87,8	0,75	0,386
NO	3	3,1	9	9,2	12	12,2		
Reacción negativa de la madre								
SI	15	15,3	73	74,5	88	89,8	0,33	0,568
NO	1	1,0	9	9,2	10	10,2		
Reacción negativa de otra familia								
SI	7	7,1	53	54,1	60	61,2	2,46	0,117
NO	9	9,2	29	29,6	38	38,8		
Reacción negativa de la pareja								
SI	5	5,1	44	44,9	49	50,0	2,69	0,101
NO	11	11,2	38	38,8	49	50,0		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

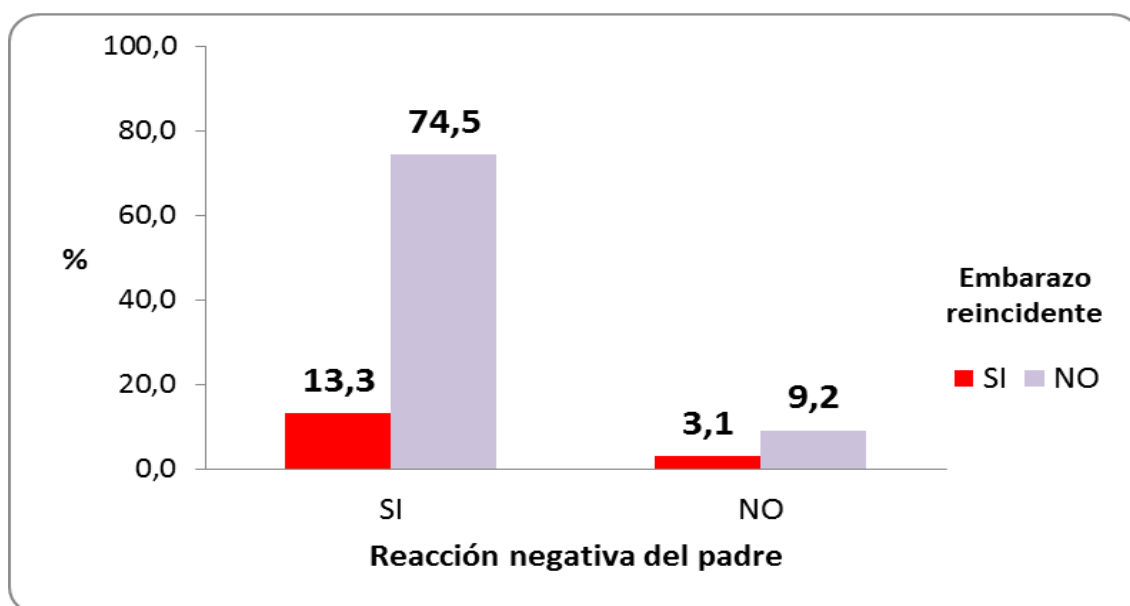


Gráfico 21. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto reacción negativa del padre y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Referente a la relación entre factor familiar en cuanto a reacción de la familia y pareja al enterarse del primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes en estudio, observamos que el 13,3% de los adolescentes tuvieron reacción negativa del padre, el 15,3% reacción negativa de la madre, el 7,1% reacción negativa de otra familia, el 5,1% reacción negativa de la pareja y a la vez se encontraban con embarazo reincidente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado no resultaron significativos estadísticamente ($p>0,05$); es decir la reacción negativa del padre, de la madre, de otra familia y de la pareja no se relacionan significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

Tabla 22. Relación entre factor familiar en cuanto a actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Actitud de rechazo del padre								
SI	15	15,3	61	62,2	76	77,6	2,88	0,090
NO	1	1,0	21	21,4	22	22,4		
Actitud de rechazo de la madre								
SI	14	14,3	48	49,0	62	63,3	4,83	0,028
NO	2	2,0	34	34,7	36	36,7		
Actitud de rechazo de otra familia								
SI	5	5,1	33	33,7	38	38,8	0,46	0,499
NO	11	11,2	49	50,0	60	61,2		
Actitud de rechazo de la pareja								
SI	3	3,1	21	21,4	24	24,5	0,34	0,559
NO	13	13,3	61	62,2	74	75,5		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

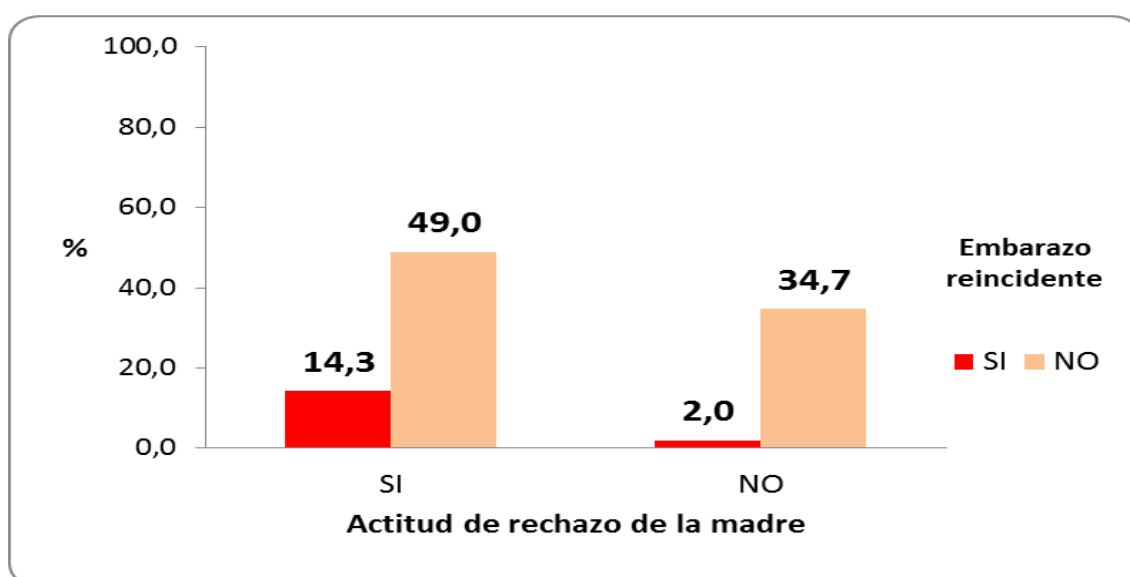


Gráfico 22. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a actitud de rechazo de la madre y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Respecto a la relación entre factor familiar en cuanto a actitud de la familia y pareja hacia el primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes en estudio, observamos que el 15,3% de los adolescentes tuvieron actitud de rechazo del padre, el 14,3% actitud de rechazo de la madre, el 5,1% actitud de rechazo de otra familia, el 3,1% actitud de rechazo de la pareja y a la vez se encontraban con embarazo reincidente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado solo resultó significativa estadísticamente la actitud de rechazo de la madre ($p \leq 0,028$); es decir la actitud de rechazo de la madre se relaciona significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

Tabla 23. Relación entre factor familiar en cuanto a apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Falta de apoyo emocional de la familia								
SI	11	11,2	11	11,2	22	22,4	23,55	0,000
NO	5	5,1	71	72,4	76	77,6		
Falta de apoyo económico de la familia								
SI	9	9,2	4	4,1	13	13,3	30,71	0,000
NO	7	7,1	78	79,6	85	86,7		
Falta de apoyo económico de la pareja								
SI	4	4,1	8	8,2	12	12,2	2,90	0,089
NO	12	12,2	74	75,5	86	87,8		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

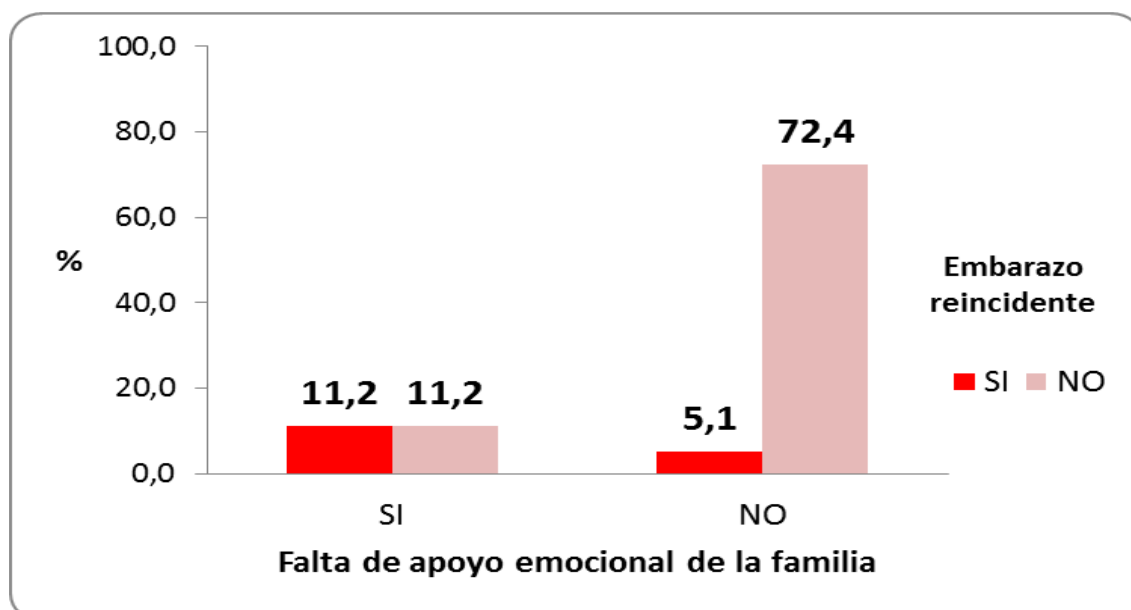


Gráfico 23. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a falta de apoyo emocional de la familia y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Con respecto a la relación entre factor familiar en cuanto a apoyo de la familia y pareja hacia el primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes en estudio, observamos que el 11,2% de los adolescentes tuvieron falta de apoyo emocional de la familia, el 9,2% falta de apoyo económico de la familia, el 4,1% falta de apoyo económico de la pareja y a la vez se encontraban con embarazo reincidente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado solo resultaron significativos estadísticamente la falta de apoyo emocional de la familia ($p \leq 0,000$) y la falta de apoyo económico de la familia ($p \leq 0,000$); es decir la falta de apoyo emocional de la familia y la falta de apoyo económico de la familia se relacionan significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

Tabla 24. Relación entre factor familiar en cuanto a relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Relación deficiente con el padre								
SI	15	15,3	46	46,9	61	62,2	8,08	0,004
NO	1	1,0	36	36,7	37	37,8		
Relación deficiente con la madre								
SI	15	15,3	38	38,8	53	54,1	12,12	0,000
NO	1	1,0	44	44,9	45	45,9		
Relación deficiente con la pareja								
SI	4	4,1	30	30,6	34	34,7	0,79	0,373
NO	12	12,2	52	53,1	64	65,3		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

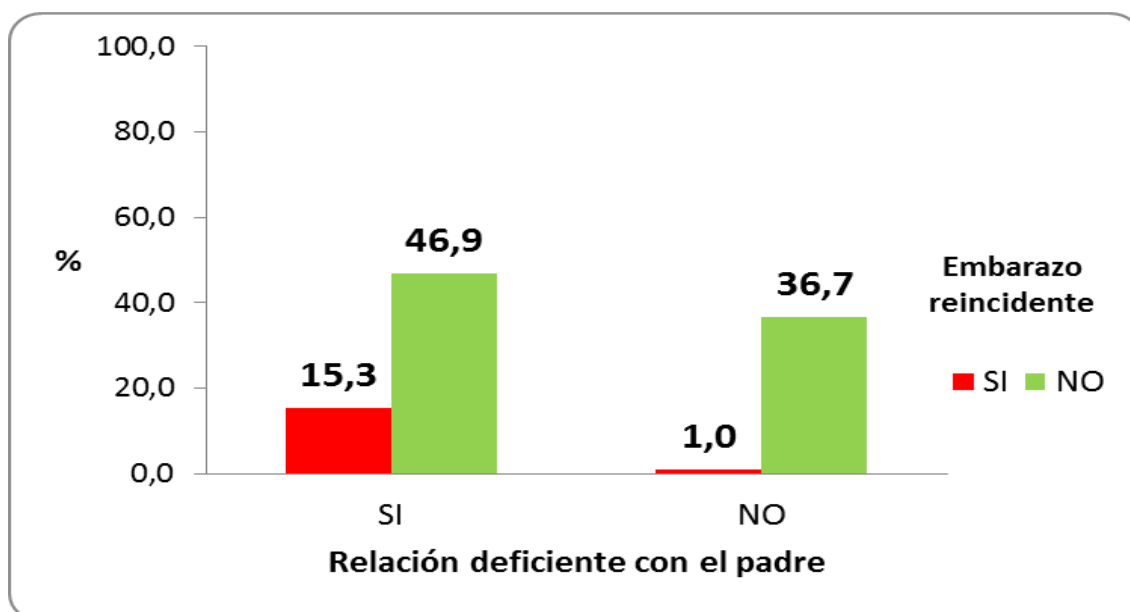


Gráfico 24. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a relación deficiente con el padre y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

En razón a la relación entre factor familiar en cuanto a relación de la adolescente con sus padres y pareja antes del primer embarazo y embarazo recurrente de adolescentes en estudio, observamos que el 15,3% de los adolescentes tuvieron relación deficiente con el padre, el 15,3% relación deficiente con la madre, el 4,1% relación deficiente con la pareja y a la vez se encontraban con embarazo recurrente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado solo resultaron significativos estadísticamente la relación deficiente con el padre ($p \leq 0,004$) y la relación deficiente con la madre ($p \leq 0,000$); es decir la relación deficiente con el padre y la relación deficiente con la madre se relacionan significativamente con el embarazo recurrente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

Tabla 25. Relación entre factor familiar en cuanto a edad adolescente de la pareja del primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Edad adolescente de la pareja del primer embarazo	Embarazo reincidente (n=98)				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
SI	14	14,3	42	42,9	56	57,1	7,20	0,007
NO	2	2,0	40	40,8	42	42,9		
Total	16	16,3	82	83,7	98	100,0		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

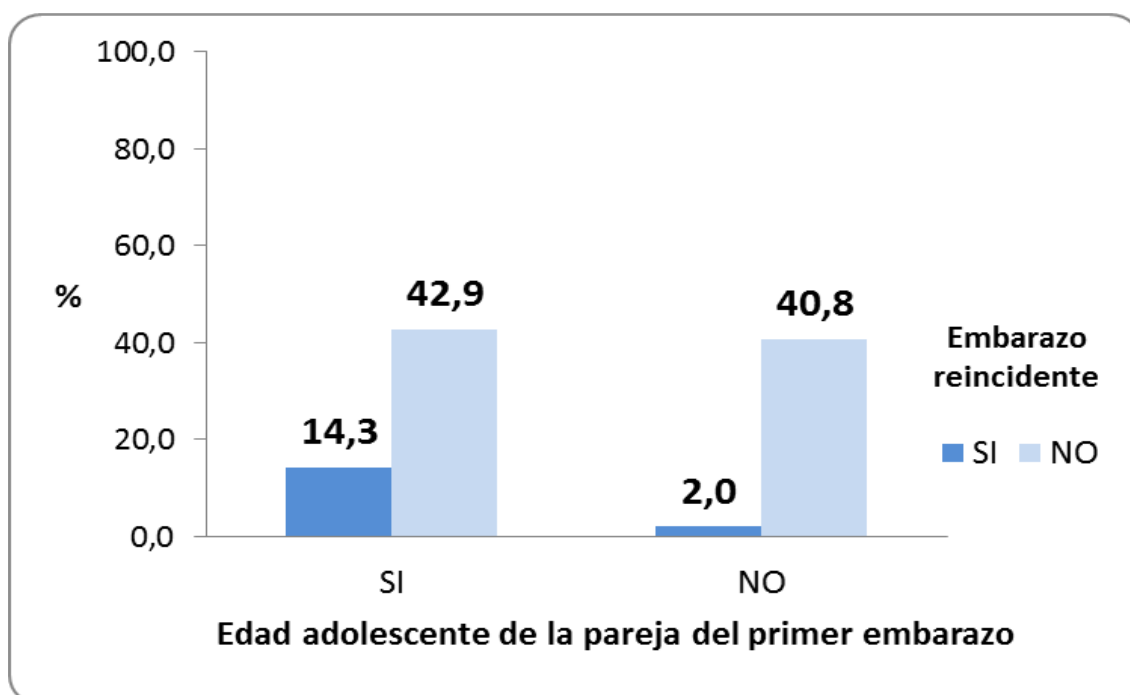


Gráfico 25. Porcentaje de adolescentes según factor familiar en cuanto a edad adolescente de la pareja del primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima 2014

Y, en cuanto a la relación entre factor familiar en cuanto a edad adolescente de la pareja del primer embarazo y embarazo reincidente de adolescentes en estudio, observamos que el 14,3% de los adolescentes tuvieron edad adolescente de la pareja del primer embarazo y a la vez se encontraban con embarazo reincidente. Mediante la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=7,20$; $P\leq 0,007$)

resultó significativo estadísticamente; es decir la edad adolescente de la pareja del primer embarazo se relaciona significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales – Lima.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1. DISCUSION

El embarazo adolescente es un problema social y de salud pública, asociado a diversos factores como las relaciones familiares, la escolaridad y el nivel socioeconómico, entre otros (63). Diariamente observamos a adolescentes embarazadas, en los núcleos familiares, en las calles y en las escuelas, quienes muchas veces son señaladas manifestando que son un mal ejemplo para otras adolescentes, lo cual afecta la salud emocional (64).

Actualmente existen múltiples estudios acerca de los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes, las diversas estrategias de prevención del embarazo adolescente en varias partes del mundo y la disminución de la tasa de fecundidad, por la ampliación de los Programas de Planificación Familiar; el número de los embarazos reincidentes en la población adolescente no se han reducido (65).

Asimismo, Guridi, Franco y Guridi (66) mencionan que un embarazo en la adolescencia puede ser un golpe arrollador para la vida familiar y

reclamar una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, ya que el embarazo precoz demanda desafíos y posturas diferentes. La actitud de la familia ante este acontecimiento vital de una adolescente miembro, resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un complejo proceso en que no sólo es importante tomar en consideración los aspectos biológicos, sino también importantes factores socio-culturales como las creencias y prejuicios en torno al evento y el grado de responsabilidades atribuidas a la gestante adolescente por su situación. En nuestra investigación se encontró que el 16,3% (16 adolescentes) tuvieron reincidencia de embarazo. Por otro lado, se demostró que existe relación significativa entre el embarazo reincidente y los factores familiares de condición marital de los padres ($P \leq 0,050$); actitud de rechazo de la madre ($P \leq 0,028$); falta de apoyo emocional de la familia ($P \leq 0,000$); falta de apoyo económico de la familia ($P \leq 0,000$); relación deficiente con el padre ($P \leq 0,004$); relación deficiente con la madre ($P \leq 0,000$) y edad adolescente de la pareja del primer embarazo ($P \leq 0,007$).

Estos hallazgos concuerdan con los resultados de los estudios de Diego y Huarcaya (67) donde concluyeron que el embarazo reincidente se debe a múltiples factores, entre estos, factores sociales como la relación de la adolescente con algún familiar directo que tuvo un hijo a temprana edad, la reacción negativa de los padres ante el primer embarazo y la reacción positiva de la pareja.

Chirinos (68) refiere que el embarazo reincidente en la adolescencia se incrementa cada vez más y esto se debe a múltiples factores, entre los

cuales están la constitución de la familia, las condiciones socioculturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, de madres solteras o divorciadas; de familias sin comunicación adecuada de padre a hija; hogares con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual.

Salaverry (69) considera que la familia disfuncional, familia en crisis, madre o hermana con embarazo, influyen en el embarazo reincidente adolescente.

Asimismo, la reacción y la actitud de la familia frente a la noticia del embarazo parece también tener cierta influencia, estas van a variar según la cultura en el que la adolescente se encuentre. Dependiendo de la actitud tomada por parte de la familia esta le dará o no a la adolescente su soporte emocional y material. Lammers (70) menciona que las adolescentes que tienen mayor probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia provienen de familias donde hubo una reacción negativa ante la primera gestación.

Un estudio realizado en el Programa de la madre adolescente y el niño (Universidad de Utah, Estados Unidos), determino una prevalencia de 10.6% de presentar un segundo embarazo. Los factores asociados fueron la edad menor de 15 años, ser hispano, tener una relación estable con el padre del bebé y el antecedente de un resultado obstétrico adverso en el primer embarazo (aborto involuntario o muerte fetal). Otros factores como el abuso físico y sexual, la depresión, el

abuso de sustancias, eran frecuentes, pero no hubo diferencias significativas entre ambos grupos (71).

Por su parte, Gonzáles y colaboradores (72) presentaron un estudio en Chile, en el que la prevalencia de la reincidencia fue de 15.6%, los factores psicosociales asociados incluyeron la falta de uso de anticonceptivos durante el postparto y el matrimonio a edad temprana.

Por otra parte, Chura-Muñuico, Campos-Pardo, Miranda-Malca y Asca-Nakamatsu (73) demostraron que hay una correlación poco significativa entre el embarazo recurrente y los factores sociales y culturales. Dentro de los factores sociales fueron: la edad promedio es de 17 años, abandono de sus estudios y continuidad de convivencia con los padres, reciben apoyo económico en baja proporción de su pareja, la relación con sus padres es buena, la mayoría de ellas tiene un familiar cercano que se embarazó durante la adolescencia y son de nivel económico medio. Y, entre los factores culturales fueron: grado de instrucción secundaria, tienen conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos pero no los practican, y no usan método anticonceptivo durante el acto sexual por olvido o descuido.

Finalmente, el presente estudio es de corte transversal, es decir, no deja inferir causalidad. Sin embargo, esta investigación es un punto de partida para que se realicen estudios de tipo prospectivo que puedan establecer claramente los factores que se asocian al embarazo adolescente y a su reincidencia.

CONCLUSIONES

En el estudio se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El 16,3% (16 adolescentes) se encontraban con reincidencia de embarazo.
- Por otro lado, los factores familiares sobre el tipo de familia monoparental ($p \leq 0,050$) y padres separados ($p \leq 0,011$) se relacionan significativamente con el embarazo reincidente de adolescentes.
- También, los factores familiares sobre la actitud de rechazo de la madre se relaciona significativamente con el embarazo reincidente ($p \leq 0,028$).
- Asimismo, los factores familiares sobre la falta de apoyo emocional de la familia ($p \leq 0,000$) y la falta de apoyo económico de la familia ($p \leq 0,000$) se relacionan significativamente con el embarazo reincidente.
- Los factores familiares sobre la relación deficiente con el padre ($p \leq 0,004$) y la relación deficiente con la madre ($p \leq 0,000$) se relacionan significativamente con el embarazo reincidente.
- Y, los factores familiares sobre la edad adolescente de la pareja del primer embarazo se relaciona significativamente con el embarazo reincidente ($p \leq 0,007$).

SUGERENCIAS

Se sostienen las siguientes recomendaciones:

- Es necesario la universalización de la creación de consultorios exclusivos en el país para la atención exclusiva del adolescente, un consultorio personalizado con ambientes y personal de salud que de una atención con calidad, calidez y humanismo al adolescente.
- Crear programas basados en el hogar y la escuela para vincular a las adolescentes embarazadas y que sean madres, es decir que tengan otras actividades.
- Realizar el seguimiento a las pacientes adolescentes durante el periodo de puerperio para que elijan el método anticonceptivo adecuado.
- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en este caso, prevención del embarazo no deseado deben ser el principal objetivo del consultorio de adolescencia, así como educación sexual y reproductiva, y formación de líderes adolescentes que transmitan sus conocimientos a sus pares.
- La prevención del segundo embarazo en adolescentes debe tener un enfoque multidisciplinario que incluyan (salud, educación, orientación laboral y bienestar social).
- Se sugiere realizar estudios de tipo cuantitativa y prospectiva sobre el tema que permita comparar y obtener un acertado análisis de la situación.

BIBLIOGRAFIAS

1. OMS. Salud de los adolescentes [internet]. [Acceso en julio 2015]
Disponible en: www.who.int/topics/adolescent_health/es/
2. Ulanowicz M, Parra K, Wendler E. Riesgo en el embarazo adolescente.
Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, Enero 2006;153:13-17.
3. Isis internacional "La niñas madres". [Revisión] Santiago de Chile. 1998.
4. De Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology [Internet]. 2009 Dec [cited 2012 Apr 25];147(2):151–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19733429>
5. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan G, Nassar AH. Obstetric outcome of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 Apr 23];87(2):178–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18231885>
6. Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008;68(3):144–9.
7. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. Tropical doctor [Internet]. 2007 Apr [cited 2012 Jun 22];37(2):85–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17540086>
8. Kuyumcuoglu U, Guzel AI, Celik Y. Comparison of the risk factors for adverse perinatal outcomes in adolescent age pregnancies and advanced age pregnancies. Ginekologia polska [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Jun 22];83(1):33–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22384637>

9. Bojanini B, Fernando J, Gómez D, Guillermo J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;55(2):114–21.
10. Sáez Cantero, Viviana. Morbilidad de la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. [cited 2012 Jun 22];31(2). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Osorio I, Hernandez M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca , Colombia , 2006. *Colomb Med*. 2011;42:303–8.
12. Pereira T, Cohen D, Orsi M, Repetto S, Schuffer M, Veron D. Embarazos en niñas y adolescentes. *Archivos argentinos de pediatría* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 22];108(6):562–5. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000600021&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Harden a., Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *Bmj* [Internet]. 2009 Nov 12 [cited 2012 Mar 29];339(b4254):1–11. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.b4254>
14. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia 1. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(6):388–402.
15. Reynolds H y col. Uso de los servicios de salud materno Infantil por los adolescentes en los países en desarrollo. *Internacional/Youth Net.research Triangle Park, NC EEUU. Family Planning Perspectives*, 2006, 32(1):6-16.

16. Lammers C. Adolescencia y embarazo en el Uruguay Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes. 2000.
17. Barrios J, Ramos A. Adolescencia y embarazo: aspectos perinatales y socioeconómicos. Hospital Maternidad de Rafael Calvo C. Rev. Colomb. Obstet Ginecol 2003; 44(2): 101-6.
18. Cockey CD. Preventing teen pregnancy. It's time to stop kidding around. AWHONN Lifelines. 1997; 1(3):32-40.
19. Jill MD. Chief of ambulatory care, obstetrics and gynecology, Long Island Jewish Medical Center, New Hyde Park, N.Y.; U.S. Centers for Disease Control and Prevention, news release, April 2, 2013.
20. Rosengard C. Confronting the intendedness of adolescent rapid repeat pregnancy. [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 30]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101452>.
21. Devoe M, Duggan AK, Gold MA. Motivational Intervention to Reduce Rapid Subsequent Births to Adolescent Mothers. Annals of Family Medicine. 2009;7(5):436–45.
22. Rosa A, Reis A, Tanaka A. Gestações sucessivas na adolescência. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007;5(1):165–72.
23. Diego PC, Huarcaya GJ. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. 2008.
24. CEPAL/ UNICEF. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. En: Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 4, enero de 2007, ISSN 1816-7527

25. León P, Minassian M, Borgoño E, Bustamante A. Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918.
26. Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI). Salud Sexual y Reproductiva Adolescente y Juvenil: Condicionantes sociodemográficos e implicancias para políticas, planes y programas e intervenciones. Lima, octubre 2002.
27. Lammers C. Op. cit. P. 22.
28. Gonzáles y col. Factores psicosociales que se asocian a la reincidencia del embarazo en adolescente chilenas". Rev. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia". 2003;10: 71-72.
29. Ibarra Mustelier Lourdes "Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. Rev. Cubana de Psicología. 2003;20(1):46-43.
30. Persona L. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de prenatal". Universidad del Estado de Campinas. Rev. Latino Americana de Enfermagem, Out. 2004; 12 (5): 745 – 750.
31. Diego P, Huarcaya G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2008. UMSM, EAP Obstetricia, Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia, Lima-Perú, 2008.
32. Langer L, Zimmerman R, Warheit G, Duncan R. Decision-making orientation and AIDS-related knowledge, attitudes, and white adolescents. Health Psychology, 1993; 3: 227-234.
33. Moore K, Miller B, Sugland B, Morrison D, Geli D, Blumenthal C. Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. Publicaciones electrónicas de PAHO, 2000; 32: 12-15.

34. Poo, A.; Baeza, B.; Capel, P.; Llano, M.; Tuma, D. & Zuñiga, D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Revista Sogia*, 12: 17- 24.
35. Chura-Muñuico R, Campos-Pardo R, Miranda-Malca L, Asca-Nakamatsu S. Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 2013;6(6):68-74.
36. Dolinsky Gabriela y col. Maternidad Adolescente: Posibles intervenciones del trabajador social. *Rev. Panam Salud Pública*. 2005: 18(6);29-1.
37. Hipwell A, Battista D, Stepp S. Desarrollo predictores específicos de embarazos repetidos en las adolescentes. Society for Prevention Research. Wednesday, May 29, 2013.
38. Caño DA. Factores que influyen en la multiparidad en adolescentes de 14 a 19 años, atendidas en la consulta externa del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, en el período del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013. [Tesis]. Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.
39. Silveira S, Rozenberg R, Bonan C, Costa C, Furtado C, Mendes G. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2485-2493.
40. Chura-Muñuico R, Campos-Pardo R, Miranda-Malca L, Asca-Nakamatsu S. Op. cit. P. 68.
41. Diego P, Huarcaya G. Op. cit. P. 28.
42. Orozco N, Vaillant S, Cumbá O. MEDISAN. MEDISAN. 2005;9(2).

43. UNICEF. La adolescencia una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011. 2011.
44. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Prevención del Embarazo en Adolescentes. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/default.as>.
45. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. J Adolesc Health. 2009;45(3):216–21.
46. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005;56(3):216–24.
47. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Op. cit. P. 42.
48. Nery I, Magalhães M, Sepúlveda G, Nunes F, Costa O. Reincidencia del embarazo en adolescentes de Teresina, PI, Brasil. Rev Bras Enferm, Brasília 2011; 64(1): 31-7.
49. Persona L, Keiko A, Shimo K, Tarallo M. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Sept – Oct 2004, 12(5): 645 - 750.
50. Herrera SP, González I, Soler S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev. Cubana Medicina General Integral; 2002;18(2) 218-56.
51. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de la salud. Revista Cubana Med Gen Integr; 1997;13(6):591-5.
52. González I. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000;16(3):270-6.
53. Rodríguez MO. Salud Mental Infanto - Juvenil. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cap. 23. 2005.

54. Hernández E, Grau J. Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. México. 2005.
55. Arés MP. Familia y convivencia. La Habana. Científico técnica. 2004.
56. Hernández E, Grau J. Op. cit. P. 33.
57. Herrera SP. Op. cit. P. 591.
58. Walsh F. Normal Family Processes. Growing diversity and complexity. NY: Guilford Press, 4ta. Ed. 2002.
59. Hernández E, Grau J. Op. cit. P. 34.
60. Roca M. Conflicto y vida cotidiana. 2003. En: <http://www.sld.cu/saludvida/>
61. Arés P. Familia, salud y bienestar presentado en “Congreso PSICOSALUD 2008”, Palacio de las convenciones, La Habana. Cuba. 2008.
62. Herrera SP, González I. La crisis de la adolescencia y su repercusión familiar. Revista Cubana Medicina General Integral. 2002;21(1) 410-52.
63. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 -2021. Primera Edición 2012.
64. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) / Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York 2007, (4).
65. Diego P, Huarcaya G. Op. cit. P. 45.
66. Guridi MZ, Franco V, Guridi YA. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de calabazar. Municipio Boyeros Policlínico Mártires de Calabazar, 2011.
67. Diego PC, Huarcaya GJ. Op. cit. P. 2.
68. Chirinos M. Embarazo en adolescencia. Rev. Cubana de Enfermería. 1993.

69. Salaverry y Col. Embarazo en adolescentes de Lima. Perú. Actualidad Psicológica noviembre, 2003. Disponible en [Http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html](http://www.angelfire.com/pe/actualidadpsi/embarazo.html).
70. Lammers C. Op. cit. P. 25.
71. Pfitzner M a, Hoff C, McElligott K. Predictors of Repeat Pregnancy in a Program for Pregnant Teens. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology [Internet]. 2003 Apr [cited 2012 May 29];16(2):77–81. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1083318803000111>
72. González E, Encina C, Gómez M, Molina T, Sandoval J. Factores Psicosociales que se asocian a la Reincidencia del Embarazo en Adolescentes chilenas. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. 2003;10:71–2.
73. Chura-Muñuico R, Campos-Pardo R, Miranda-Malca L, Asca-Nakamatsu S. Op.cit. P. 69.

ANEXO

ANEXO N° 01

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POST GRADO**

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE
REINCIDENTE DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - LIMA 2014.**

HOJA DE SELECCIÓN

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___
Hora: _____

Criterios de Inclusión	Si	No
1. Adolescente entre 15 a 19 años		
2. Acepte participar en el estudio		
3. Tener embarazo reincidente.		
4. Tener embarazo único.		
5. Atendida en el Hospital Sergio E. Bernales		
Criterios de Exclusión		
6. Adolescente, embarazada por violación		
7. Adolescente con enfermedades mentales		

Nota: Para ser considerada caso, se requiere marcar "Si" en los numerales 1, 2, 3 y 5; y marcar "No" en los numerales 4, 6 y 7.

ANEXO N° 02
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE
REINCIDENTE DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - LIMA 2014.**

DESCRIPCION

Su menor hija ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada “FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE REINCIDENTE DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - LIMA”. Con el presente estudio se pretende analizar estos factores para identificar a las adolescentes que puedan requerir acciones más intensas y específicas con el fin de brindarles el apoyo necesario, así como formular estrategias para reducir el riesgo de un nuevo embarazo.

Esta investigación es realizada por LIC. LAURA LUIS OSORIO, para obtener el grado de Magíster en Salud Pública por la presentación de este trabajo de investigación.

Su hija fue seleccionada para participar en esta investigación por cumplir con ciertas características requeridas en nuestro estudio. Si acepta que ella participe en este estudio, se le hará una sola entrevista, las respuestas serán confidenciales y anónimas. La entrevista tomará aproximadamente 15 minutos. A ella se le informará en una forma clara y sencilla sobre todo lo que respecta a la investigación para pedirle su asentimiento antes de empezar la investigación.

RIESGOS Y BENEFICIOS

No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El primer beneficio es que la información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo poblacional. El segundo beneficio es que toda investigación finaliza con una consejería sobre métodos anticonceptivos.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad de la participante será protegida pues la información que se recolecte será de forma anónima. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente.

Los datos se utilizarán únicamente para efectos de investigación, es decir, cualquier otro uso que no sea el que se indica, tendrá que realizarse previo consentimiento suyo y de la menor y será evaluado por un comité de ética.

DERECHOS

Si ha leído este documento y ha aceptado que su hija participe, entiende que la participación es completamente voluntaria y que ella tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor Comuníquese con la Srta. LAURA LUIS OSORIO Cel:, e-mail:

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse

con el Hospital Sergio E. Bernales al Teléfono
.....

Su firma en este documento significa que usted ha decidido que la menor participe, después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del padre o apoderado Firma Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.
Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del entrevistador Firma Fecha

ANEXO N° 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto de Investigación: “FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE REINCIDENTE DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - LIMA 2014”.

Nombre de la Investigadora:
LAURA LUIS OSORIO

Parte I: INFORMACIÓN

Introducción

Mi nombre es (nombre del entrevistador) _____ y mi trabajo consiste en investigar que influye para que las madres adolescentes se vuelven a embarazar. Con este trabajo deseo optar el Título de Licenciada en Obstetricia.

Te voy a dar información e invitarte a tomar parte de este estudio de investigación. Puedes elegir si participas o no. Hemos discutido esta investigación con tus padres/apoderado y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación. Pero si no deseas tomar parte en la investigación no tiene por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.

Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. Puedes decidir participar o no después de

haberlo discutido. No tienes que decidirlo inmediatamente.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas. Por favor, puedes pedirme que pare en cualquier momento y me tomaré tiempo para explicártelo.

Objetivo: ¿Porqué se esta haciendo esta investigación?

Queremos encontrar que causa que las adolescentes que ya han tenido algún embarazo tengan nuevamente otro embarazo en su adolescencia. Creemos que esta investigación nos ayudará para poder darles una mejor atención y hacer estrategias para evitar un nuevo embarazo.

Elección de participantes: ¿Porqué se te pide a ti?

Estamos realizando esta investigación en personas de tu edad –entre los 14 y los 19 años- que han tenido como mínimo un embarazo , han nacido en Lima y viven en los distritos más poblados de esta ciudad.

La participación es voluntaria:

No tienes porque participar en esta investigación si no lo deseas. Es tu decisión si decides participar o no en la investigación, está bien y no cambiara nada. Esta es todavía tu hospital, todo sigue igual que antes. Incluso si dices que “si” ahora, puedes cambiar de idea más tarde y estará bien todavía.

Procedimientos ¿Qué va a suceder?

Si aceptas participar en este estudio, se te hará una sola entrevista, que consta de una serie de preguntas, las cuales puedes contestar las que quieras. Tomará aproximadamente 20 minutos. No hay respuestas correctas e incorrectas.

Riesgos y beneficios

No existen riesgos en el estudio de sufrir ningún tipo de daño físico, psicológico u otro. El beneficio que tendrás es que toda investigación finaliza con una consejería sobre métodos anticonceptivos .Además tu información nos permitirá mejorar las atenciones de salud en este grupo de personas.

Confidencialidad:

No diremos a otras personas que estas en ésta investigación y no compartiremos información sobre ti a nadie que no trabaje en el estudio de investigación. La información recogida será retirada y nadie sino los investigadores podrá verla. Cualquier información sobre usted, tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrán cuál es su número.

A Quien Contactar: ¿Con quién puedes hablar para hacer preguntas?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor Comuníquese con la Srta LAURA LUIS OSORIO Cel: , e-mail:

De tener alguna pregunta sobre tus derechos como participante o reclamación o queja

relacionada con tu participación en este estudio puede comunicarte con el Hospital Sergio E. Bernales al Teléfono

Si elegiste ser parte de esta investigación, también te daré una copia de esta información para ti. Puedes pedir a tus padres que lo examinen si quieres.

PARTE 2: FORMULARIO DE ASENTIMIENTO

Entiendo que con la investigación se quiere encontrar que causa que las adolescentes que ya han tenido algún embarazo tengan nuevamente otro embarazo en su adolescencia. Para lo cual se me hará una entrevista, que consta de una serie de preguntas, de las cuales puedo contestar las que quiero. Y que mis respuestas serán confidenciales. Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. Se me ha leído la información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer más preguntas después si las tengo. Acepto participar en la investigación.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He informado el contenido de esta Hoja de Asentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del entrevistador

Firma

Fecha

ANEXO 4

Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco
Escuela de Post Grado

**FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE
REINCIDENTE DE PACIENTES DE 15 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - LIMA 2014**

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Encuesta: Nro _____ Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Buenos días/tardes:

Se está trabajando en un estudio que servirá para la elaboración de una tesis profesional acerca del embarazo reincidente en la adolescencia. Para ello le pediría que fuera tan amable de contestar unas preguntas con la mayor sinceridad posible.

Tus respuestas serán confidenciales y anónimas, no hay respuestas correctas e incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

DATOS GENERALES:

1. Edad _____ (años)

2. Grado de instrucción

Ninguna [0]
Primaria [1]
Secundaria incompleta [2]
Secundaria completa [3]
Superior [4]

3. Ocupación

Ama de casa [1]
Estudiante [2]
Trabaja [3]

4. Estado Civil antes del primer embarazo

Soltera [1]
Casada [2]
Conviviente [3]
Otro [4]

5. Estado Civil después del primer embarazo

Soltera [1]
Casada [2]
Conviviente [3]
Otro [4]

6. Lugar de nacimiento

Lima [1]
Provincia [2]

7. Lugar de residencia (distrito)

SJL [1]
 Comas [2]
 Otro [3]

FACTORES FAMILIARES**8. Tipo de familia**

Monoparental [1]
 Biparental [2]
 Otro [3]

9. Padres separados

Si [1]
 No [2]
 Otro [3]

10. Antecedente de embarazo adolescente en la familia

No tiene [0]
 Madre [1]
 Hermana [2]
 Madre+Hna [3]
 Otro fam [4]

11. Conocimiento de la familia del 1er embarazo

Si [1]
 No [2]

**12. ¿Cómo fue la reacción de su familia al enterarse del primer embarazo?
 Marcar con X.**

Familiares	Muy buena [1]	Buena [2]	Regular [3]	Mala [4]	Muy mala [5]	Ninguno [7]
Padre						
Madre						
Otra familia						
Pareja						

Actitud de la familia hacia el primer embarazo**13. Actitud del padre**

Rechazo [1]
 Aceptación [2]
 Ninguno [3]

14. Actitud de la madre

Rechazo [1]
 Aceptación [2]
 Ninguno [3]

15. Actitud de otro familiar

Rechazo	[1]
Aceptación	[2]
Ninguno	[3]

16. Apoyo emocional de la familia al primer embarazo

Si	[1]
No	[2]

17. Apoyo económico de la familia al primer embarazo

Total	[1]
Parcial	[2]
Ninguna	[3]

18. Actitud de la pareja hacia el 1er embarazo

Rechazo	[1]
Aceptación	[2]
No sabe	[3]

19. Apoyo económico de la pareja al primer embarazo

Total	[1]
Parcial	[2]
Ninguna	[3]

Relación de la adolescente con sus padres antes del primer embarazo**20. Relación con el padre.**

Muy buena	[1]
Buena	[2]
Regular	[3]
Mala	[4]
Muy mala	[5]
Ninguna	[6]

21. Relación con la madre.

Muy buena	[1]
Buena	[2]
Regular	[3]
Mala	[4]
Muy mala	[5]
Ninguna	[6]

22. Tipo de relación con la pareja.

Muy buena	[1]
Buena	[2]
Regular	[3]
Mala	[4]
Muy mala	[5]
Ninguna	[6]

23. Persona con quién vivía antes del primer embarazo

Padre	[1]
Madre	[2]

Padre y madre	[3]
Pareja	[4]
Sola	[5]
Otra	[6]
Padres +pareja	[7]

24. Persona con quién vive ahora

Padre	[1]
Madre	[2]
Padre y madre	[3]
Pareja	[4]
Sola	[5]
Otra	[6]
Padres +pareja	[7]

25. Edad de la pareja del primer embarazo_____ (años)**26. Clasificación de la pareja según edad**

Adolescente	[1]
No adolescente	[2]

27. Edad de la pareja del segundo embarazo_____ (años)**28. Clasificación de la pareja según edad**

Adolescente	[1]
No adolescente	[2]





