

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE**

**HUANUCO**

**ESCUELA DE POST GRADO**



=====

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

**ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, PROVINCIA DE**

**HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN – PERIODO ENERO A**

**SETIEMBRE 2014**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRIA EN**

**ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

**TESISTA:**

**Norfa Elena, DEL CASTILLO GUTIERREZ**

**ASESOR:**

**DRA. MARY LUISA MAQUE PONCE**

**Huánuco - Perú.**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios fuente de luz y sabiduría que nos encamina a lo largo de nuestra vida brindándonos fuerza para vencer los obstáculos y hacer posible el logro de nuestras metas.

A mi madre querida por su compañía y comprensión en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanos y a todas aquellas personas que estuvieron a mi lado apoyándome en todo momento.

Norfa E. Del Castillo Gutiérrez

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco, alma mater y crisol de nuestra profesión por acogernos y orientarnos para llegar a ser un buen profesional, que contribuya con el desarrollo de nuestra sociedad.

A nuestra Asesora Dra. Mary Luisa Maque Ponce por sus consejos y sugerencias durante la corrección de la investigación.

Al Centro de Salud de Chilca, provincia de Huancayo – Junín por el apoyo de los trabajadores para la realización de la presente investigación.

A todas aquellas personas que con sus enseñanzas y consejos nos ilustran y guían por el camino de la ciencia y el conocimiento por ser el motor que nos impulsa a seguir adelante.

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es “Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca - Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014”.

El presente trabajo se circunscribe a la investigación de tipo, descriptivo, prospectivo, analítico de corte transversal y se encuentra en el nivel de investigación relacional, con una muestra poblacional de 70 adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo y con un diseño de investigación correlacional.

Las técnicas de recolección de datos aplicado es la observación directa e indirecta y la encuesta, mediante el cual se pudo obtener información de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud de Chilca sobre la variable de factores de riesgo. Se desarrolló el análisis inferencial en base a la estadística no paramétrica. La hipótesis fue asociada e interpretada con la prueba de correlación de Pearson con la finalidad de determinar la correlación entre las variables señaladas.

Se concluye que los factores de riesgos se asocian con el embarazo de las adolescentes del Centro de Salud de Chilca. Siendo el factor individual o biológico la que muestra una correlación positiva alta y las demás muestran una correlación muy débil.

Palabras clave: Factores, Biológico, Económico, Psicológico, Sociocultural, Adolescentes Embarazadas.

## SUMMARY

The objective of this research is to "determine the risk factors associated with adolescent treated at the Health Centre pregnancy Chilca - Huancayo in the period January to September 2014".

This paper is limited to research type, observational, prospective, cross-sectional analytical and is on the level of relationship research, with a population sample of 70 pregnant adolescents seen at the Health Center Chilca - Huancayo and a correlational research design.

The data collection techniques applied is the direct and indirect observation and survey through which information could be obtained from pregnant teens Health Center Chilca on variable risk factors. Inferential analysis was developed based on nonparametric statistics. The hypothesis was associated and performed with the Pearson correlation test in order to determine the correlation between the aforementioned variables. It is concluded that the risk factors associated with teenage pregnancy Health Center Chilca. As individual or biological factor that shows a high positive correlation and the other showing a very weak correlation.

Keywords: Factors, Biological, Economic, Psychological, Sociocultural, Adolescent Pregnancy.

## **INTRODUCCIÓN**

La presente tesis titulada: “Factores de riesgo asociado a embarazo en adolescentes atendidas en el centro de salud de Chilca, Provincia de Huancayo, Departamento de Junín, periodo enero a setiembre 2014”. Tiene como finalidad prevenir los riesgos que se asocian con el embarazo de las adolescentes. Donde los resultados del estudio ayudan a crear un conocimiento sistemático acerca de los factores de riesgo que enfrentan las adolescentes embarazadas, y contar con mejores criterios en el desarrollo de acciones en su atención, prevención y promoción de estrategias que favorezcan a su salud.

La tesis está constituida por cinco capítulos: En el primer capítulo se desarrolló el planteamiento del estudio, la formulación del problema, su justificación, su importancia, sus objetivos, así como las hipótesis y las variables. En el segundo capítulo se realizaron los antecedentes de estudio, el marco teórico - conceptual. En el tercer capítulo aborda la metodología de investigación correspondiente. En el cuarto capítulo se presentan los resultados del trabajo de campo con aplicación estadística. En el quinto capítulo se presentan el análisis de los resultados finales, abordamos a las conclusiones y sugerencias.

**INDICE**

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Summary	iv
Introducción	v

**CAPÍTULO I****EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema.	1
1.2. Formulación del problema.	3
• Problema general.	3
• Problemas específicos.	4
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.	4
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.	5
1.5. Variables del estudio.	7
1.6. Justificación e importancia.	9
1.7. Viabilidad.	10
1.8. Limitaciones.	10

**CAPÍTULO II****MARCO TEÓRICO**

2.1.	Antecedentes.	11
2.2.	Bases Teóricas.	22
2.3.	Definiciones conceptuales.	39
2.4.	Bases epistémicos.	45

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1.	Tipo de investigación.	51
3.2.	Diseño y esquema de la investigación.	52
3.3.	Esquema.	52
3.4.	Población y muestra.	52
3.5.	Instrumentos de recolección de datos.	53
3.6.	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.	54

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACION**

4.1.	Resultados de trabajo de campo.	56
4.2.	Contrastación de hipótesis.	83

### **CAPÍTULO V**

<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.</b>	<b>89</b>
<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>101</b>
<b>SUGERENCIAS.</b>	<b>103</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>110</b>



**LISTA DE ANEXOS**

		<b>Pág.</b>
Anexo 1	Matriz de consistencia	<b>111</b>
Anexo 2	Cuestionario de los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas	<b>118</b>

**LISTA DE CUADROS**

		<b>Pág.</b>
Cuadro 1	Edades de las adolescentes embarazadas	55
Cuadro 2	Etapas de las adolescentes embarazadas	55
Cuadro 3	Grado de instrucción de las adolescentes embarazadas	57
Cuadro 4	Nivel de conocimiento sobre cambios biológicos de las adolescentes embarazadas	58
Cuadro 5	Edad de inicio de su menstruación de las adolescentes.	59
Cuadro 6	Inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes	61
Cuadro 7	Creíste embarazarte en su primera relación sexuales	62
Cuadro 8	Actividades de riesgo que practican las adolescentes embarazadas	63
Cuadro 9	Autoestima de las adolescentes embarazadas	64
Cuadro 10	Violencia psicológica de las adolescentes embarazadas	65
Cuadro 11	Conductas psicológicas que sufren las adolescentes embarazadas	66
Cuadro 12	Con quienes viven las adolescentes embarazadas	67

Cuadro 13	Violencia familiar en los hogares de las adolescentes embarazadas	69
Cuadro 14	Nivel de ocupación de las adolescentes embarazadas	70
Cuadro 15	Ingreso económico de las adolescentes embarazadas	71
Cuadro 16	Procedencia de las adolescentes embarazadas	72
Cuadro 17	Persona que mantienen el hogar de las adolescentes embarazadas	73
Cuadro 18	Ingreso económico en los hogares de las adolescentes embarazadas	74
Cuadro 19	Cuántas personas viven en su hogar	75
Cuadro 20	Cuántas habitaciones tiene su casa	77
Cuadro 21	Cuál es su religión	78
Cuadro 22	Sufre agresión física	79
Cuadro 23	Conoce los métodos de planificación	80
Cuadro 24	Violencia sexual o acoso sexual	81

### LISTA DE GRAFICOS

		Pág.
Grafico 1	Etapas de las adolescentes embarazadas	56
Grafico 2	Grado de instrucción de las adolescentes embarazadas	57
Grafico 3	Nivel de conocimiento sobre cambios biológicos de las adolescentes embarazadas	58
Grafico 4	Edad de inicio de su menstruación de las adolescentes.	59
Cuadro 5	Inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes	61

Grafico 6	Creíste embarazarte en su primera relación sexuales	62
Grafico 7	Actividades de riesgo que practican las adolescentes embarazadas	63
Grafico 8	Autoestima de las adolescentes embarazadas	64
Grafico 9	Violencia psicológica de las adolescentes embarazadas	65
Grafico 10	Conductas psicológicas que sufren las adolescentes embarazadas	66
Grafico 11	Con quienes viven las adolescentes embarazadas	67
Grafico 12	Violencia familiar en los hogares de las adolescentes embarazadas	69
Grafico 13	Nivel de ocupación de las adolescentes embarazadas	70
Grafico 14	Ingreso económico de las adolescentes embarazadas	71
Grafico 15	Procedencia de las adolescentes embarazadas	72
Grafico 16	Persona que mantienen el hogar de las adolescentes embarazadas	73
Grafico 17	Ingreso económico en los hogares de las adolescentes embarazadas	74
Grafico 18	Cuántas personas viven en su hogar	75
Grafico 19	Cuántas habitaciones tiene su casa	77
Grafico 20	Cuál es su religión	78
Grafico 21	Sufre agresión física	79
Grafico 22	Conoce los métodos de planificación	80
Grafico 23	Violencia sexual o acoso sexual	81



## CAPITULO I

### I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción del problema

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial, en el mundo existen 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes menores de 18 años de los cuales 2 millones corresponden a niñas menores de 15 años; más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años de edad, por ello, existen mundialmente 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años. Se presentan casos de violación e incesto que ocurren entre el 7% al 34% en el caso de las niñas y del 3% al 29% en el caso de los niños.

(1)

Los datos de la OMS Y UNIFEF son contundentes en Latinoamérica y el caribe, el 18-20% de todos los partos son de niñas adolescentes, según el informe de Estado Mundial de la población 2013, Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1%) de mujeres de 20 -24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años una cifra solo superado por países de África Subsahariana.

El Perú no escapa de esta realidad ya que para el año 2011 ,el 13.5% de madres es adolescente es decir trece de cada 100 peruanas de entre 15 y 19 años ya son mamás o están

embarazadas por primera vez y una de las causas directas en muertes maternas en adolescentes es el aborto con un 5%.

La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas muestra una tendencia a incrementarse entre los años 2000(13,0%) y 2013 (13,9%).

La maternidad adolescente ocurre principalmente en uniones consensuales, pero también existe una importante proporción de madres solteras.

La sexualidad en adolescentes en el Perú de hoy, está influenciada por muchos factores, tales como una sociedad con tradiciones, educación sexual insuficiente, poco acceso a los servicios de salud, entre otros. La edad promedio de la primera relación sexual de las mujeres es a los 19 años de edad. Al respecto, últimos estudios señalan que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre los 13 y 14 años de edad en varones y 15 años en mujeres, el 98% de ellos, conoce los métodos anticonceptivos, pero solo el 9% los usa. El 10.3% de adolescentes esta unido o casado y de ellos solo el 51.6% usa los métodos anticonceptivos. Entre las adolescentes no unidas 71.6% usan MAC, y de ellas, sólo el 26% usan métodos modernos. Asimismo, de cada 100 casos de violación sexual: 88% se produce en niñas y adolescentes, y 51% fluctúa entre las edades de 13 y 17 años.

De todos los embarazos, el 23% corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años. El 75 % de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tienen embarazos no deseados o no planeados. (2)

Según la ENDES 2011 en el Perú la estimación actual de muertes maternas es de 93 por cada 100 mil nacidos vivos, las mujeres adolescentes entre 10 y 19 años son el 9,6%, representa un total de 16,4% del total de muertes maternas.

En el Departamento de Junín para el año 2013 el 16,1 % de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres (13.3%) están gestando por primera vez.

Los casos de muerte materna proceden el 36% de la provincia de Huancayo, las provincias de Concepción, Chanchamayo y Tarma con 14% respectivamente, Satipo el 11%, mientras que Jauja, Chupaca con 4%. El grupo de edad más afectado es el de 16 a 20 años, que representa el 32% de los casos.

(3)

Debido a que existe un incremento de embarazo en adolescentes en la Región Junín es de suma importancia conocer los factores causales y asumir una responsabilidad compartida en la prevención de estos embarazos.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?

## 1.2.2 Problemas Específicos

- i. ¿Cuáles son los factores de riesgo individuales que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?
- ii. ¿Cuáles son los factores de riesgo económico que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?
- iii. ¿Cuáles son los factores de riesgo psicológico que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?
- iv. ¿Cuáles son los factores de riesgo sociocultural que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?

## 1.3 Objetivos Generales y objetivos específicos

### 1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.



### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- i. Identificar los factores de riesgo individuales o biológicos que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.
  
- ii. Identificar los factores de riesgo económicos que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.
  
- iii. Identificar los factores de riesgo psicológicos que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.
  
- iv. Identificar los factores de riesgo sociocultural que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

## **1.4 Hipótesis y/o Sistema de hipótesis**

### **1.4.1 Hipótesis General**

Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

H<sub>i</sub>: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

#### 1.4.2 Hipótesis Específicos

a. Ho: No existe relación significativa entre los de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

Hi: Existe relación significativa entre los de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

b. Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

Hi: Existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

c. Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

Hi: Existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológico y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

d. Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

Hi: Existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

### **1.5 Variables del estudio**

Variable Dependiente : Embarazo en adolescentes

Indicadores:

- Adolescencia Temprana
- Adolescencia Media
- Adolescencia Tardía

Variable Independiente : Factores de riesgo.

Indicadores:

Factores individuales-biológicos

- Edad
- Grado de instrucción
- Menarquia
- Conocimiento sobre maduración biológica
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Conductas de riesgo

#### Factores psicológicos

- Autoestima
- Violencia psicológica
- Familias conflictivas

#### Factores económicos

- Ocupación
- Procedencia
- Ingreso económico

#### Factores sociocultural

- Machismo
- Hacinamiento
- Religión
- Violencia física
- Violencia sexual
- Conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos

#### **1.5.1 Operacionalización de Variables (anexos)**

## **1.6 Justificación e Importancia**

### **1.6.1. Teórica o Científica**

Los resultados determinan que los factores biológicos, sociales, económicos y culturales son determinantes para la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Distrito de Chilca, provincia de Huancayo, Departamento de Junín, conocer estos resultados nos va permitir contribuir a evitar embarazos en adolescentes con la prevención y mejorando el respeto, la atención, el espacio que requieren los jóvenes con responsabilidad.

### **1.6.2 Social o práctica**

Conocer los resultados de este estudio también nos sirve para fortalecer la práctica de los profesionales de la salud y docentes en la labor de la educación integral en sexualidad en las escuelas, colegios y hogares, y que repercute en definitiva en la sociedad de la que los adolescentes son parte, siempre con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva como eje fundamental en la prevención de los embarazos en la adolescencia y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual como él (VIH - SIDA).

### **1.6.3 Metodológica**

En el presente trabajo de investigación servirá para orientar la metodología de los profesionales de la salud cuando de planear la educación para la salud de los adolescentes se trate planteando

nuevos enfoques en la salud reproductiva y en la prevención de embarazos en adolescentes.

### **1.7. Viabilidad**

El tema propuesto es viable porque existió la accesibilidad a las fuentes de información y gestantes, asimismo es factible por que conto con los recursos humanos (investigadora), económicos y materiales suficientes (autofinanciado) para su realización en el lugar y tiempo previsto, manejable con la metodología seleccionada que permitió responder a la problemática formulada dentro de los principios ético – morales que exige la investigación científica.

### **1.8 Limitaciones**

El estudio comprendió solo a las gestantes adolescentes que acudieron a atenderse a su primera consulta prenatal al Centro de Salud de Chilca Huancayo durante el periodo de enero a setiembre del año 2014.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes**

##### **2.1.1 Internacionales**

Rodolfo Alarcón, Julio Cabrera.(2007) en la tesis titulada “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia en el Policlínico José Martí Pérez del Municipio Santiago. Provincia Santiago de Cuba 2007, nos dice que es un estudio observacional y analítico de casos y control, aplicado a todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), Se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que influyen en el embarazo en la adolescencia, llegaron a la conclusión de que la relación entre la convivencia de los adolescentes con sus padres y la ocurrencia de embarazo precoz, se observó que el 36,0% de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7% queda demostrada de esta manera que las adolescentes que no vivían con sus padres tenían 2,61 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que si conviven con sus padres. (4).

Gustavo Adolfo Ávila Montes.(2011) en la tesis titulada “Factores asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales”. Llego a la conclusión que de la población total de las 67 adolescentes embarazadas dio un promedio de la edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años de edad, siendo la edad más temprana a los 12 años. Aunque cerca de las dos terceras partes sabían que podían quedar embarazadas en la primera relación sexual 41(61,2%), apenas el 28,4% refirió haber usado algún método contraceptivo, siendo el condón y las píldoras los métodos más utilizados. Solamente un 22,4% (15) de las entrevistadas manifestó que su embarazo era deseado. El estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR = 6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la educación primaria con el estado de caso (OR = 5,12; IC95%:2,20-12,10) y proceder de un hogar desestructurado (OR = 3,66; IC95%:1,51-8,98) .El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR = 0,40; IC95%:0,18-0,85) antecedente de que la madre tuvo gestaciones en la adolescencia. (5)

MSc. Dr. Ángel Virino Arce Rojas. Dra. Magdeleine Romero Maturell.(2012) tesis titulada “Factores de riesgo presentes en el embarazo adolescente”. El presente estudio se realizó en el Hospital Universitario Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí Arellano ubicado en el municipio Arroyo Naranjo, la Habana, Cuba, durante



el período comprendido del 1ro de Abril del 2009 al primero de enero del 2012, realizándose un estudio observacional, prospectivo y descriptivo de corte transversal de las madres adolescentes cuyos partos se produjeron en este periodo este período. De un total de 6460 madres que aportaron recién nacidos vivos, 976 fueron en madres adolescentes, siendo ésta la muestra en estudio. se llegó a la conclusión de que en la adolescencia tardía donde ocurre la mayoría de los embarazos representando el 67,2%, siendo solteras el 61,8% y se encontraban en la etapa estudiantil el 65,1% de ellas. El 75% iniciaron sus primeras relaciones sexuales entre los 14 a 17 años, siendo el olvido la causa fundamental del no uso de los anticonceptivos para un 44,8%. La mayoría de estas adolescentes tenían el antecedente de 2 o más abortos provocados (46,3%). (6).

Jose Antonio Mascaró Ríos. (2009) tesis titulada "Prevalencia de embarazo en adolescentes en la ESE Alejandro Prospero Reverend del Distrito de Santa Marta en el periodo de 2008-2009 en la Universidad Juan Bautista Britto, Cuba. Concluyo que las adolescentes que se atendieron el parto en la ESE Alejandro Próspero Reverand en el período seleccionado, se atendieron 362 partos de adolescentes y entre ellas la mayoría, 77% son residentes en la zona urbana, 98% han hecho estudios primarios al igual que su compañero sentimental, 46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez, es decir 20 y 24 años,

su ocupación es ser ama de casa, 97% tienen afiliación a salud en el régimen subsidiado, 82% se han realizado control prenatal, iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media, en el 97% de los casos el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, ninguna reconoció ser farmacodependiente, en el 87% de los casos la gestante es primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones, 59% vive con la familia nuclear, únicamente el 11% aún estudia, el 1% manifestó que durante el embarazo y por causa de él han sido objeto de maltrato por la familia, y 17% proviene de una madre que se embarazó durante la adolescencia, poniendo de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo adolescente. (7).

Janeth Mosquera Becerra.(2007) en la tesis titulada “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura, Colombia, Universidad del Valle. 2007”, Nos dice que los factores de riesgo no sólo están en el nivel individual, sino que pasan al ámbito de la familia de la adolescente y al de los servicios de salud. De las 300 adolescentes del estudio se embarazaron 30 (10%). Los resultados principales de la cohorte sugieren que las adolescentes que no fueron a los servicios de salud para asuntos de planificación familiar, tuvieron 4.7 veces la oportunidad de embarazarse durante el seguimiento, comparadas con aquellas que si asistieron los servicios de salud (IC95% 0.54-

40.76; 7 p=0.160). Asimismo, quienes consideran que en su casa no se les permite tener relaciones sexuales, tuvieron mayor probabilidad de embarazarse (OR 3.87 IC95% 0.83- 17.86; p=0.083). Además, aquellas que no se perciben capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no planifican (OR 2.77 IC95% 1.15 - 6.64; p=0.022), se sienten culpables por su consumo de alcohol (2.79 IC95% 1.10-7.06; p=0.030), tienen amigas que han abortado (OR 3.74 IC95% 1.32- 10.60;p=0.013) y fueron presionadas para iniciar vida sexual (OR 2.32 IC95% 0.81- 6.59; p=0.114), tuvieron mayores oportunidades de tener un embarazo durante los meses de seguimiento. Adicionalmente, como factores protectores del embarazo se encontró el hecho que sea la misma adolescente quien decida sus responsabilidades domésticas, éstas comparadas con quienes otros les deciden sus responsabilidades, tuvieron 70% menos oportunidad de ocurrencia de un embarazo (OR 0.34 IC95% 0.09- 1.24; p=0.104). También, las adolescentes que reportaron el uso de algún método de planificación familiar entre sus amigas, tuvieron entre 60% y 90% menor oportunidad de un embarazo temprano (Respectivamente, OR 0.11 IC95% 0.01- 1.03; p=0.053 y OR 0.40 IC95% 0.16-1.02; p= 0.056). En su estudio concluye que el embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y conduce a un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre y cuando personas

distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente. (8)

Alder Hinostriza Suarez. (2007) en la tesis "Factores que influyen en un embarazo precoz", afirma que una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias". El ser requeridas sexualmente, las hace sentir valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener, con el riesgo de un embarazo inesperado donde muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. En un contexto afectivo en un periodo denominado como "pololeo" y culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un

adelanto de casi un año en la menarquia (inicio de la menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de 3 años con respecto a las generaciones anteriores. (9).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Liliana Cutipa Copa.(2012) en su tesis titulada Factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociados al embarazo en adolescentes al C.S. Metropolitano se llegó a la conclusión que La situación de clima familiar las adolescentes embarazadas presentan más de la mitad tiene una familia funcional con un 54,55 %, disfunción moderada un 33,33 % y disfunción grave 12,12%. En las adolescentes no embarazadas un 69.70 % tienen familia funcional, seguida de disfunción moderada con un 24,24 % y un 6,06 presenta disfunción grave. El nivel de autoestima las adolescentes embarazadas casi la mitad presenta un nivel de autoestima baja con un 48.48 %, seguida por autoestima medio con un 33.33 % y con un 18,18 % presenta autoestima elevado. La situación de clima familiar las adolescentes embarazadas presentan más de la mitad tiene una familia funcional con un 54,55 %, disfunción moderada un 33,33 % y disfunción grave 12,12%. En las adolescentes no embarazadas un 69.70 % tienen familia funcional, seguida de disfunción moderada con un 24,24 % y un 6,06 presenta disfunción grave.

El nivel de autoestima las adolescentes embarazadas casi la mitad presenta un nivel de autoestima baja con un 48.48 %, seguida por autoestima medio con un 33.33 % y con un 18,18 % presenta autoestima elevado. Las adolescentes no embarazadas más de la mitad presentan un nivel de autoestima elevado con un 66,69% seguida por un nivel de autoestima medio con un 24,24 % y con un 9,09% presenta autoestima baja. (10)

Gabriela Quiroz Montes.(2008) en la tesis titulada “Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes – Instituto Nacional Materno Perinatal – Perú 2008”, Concluye que los factores familiares; antecedente de embarazo y edad dela pareja así como los factores reproductivos; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente. 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. El anticonceptivo más usado 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). (11)

Leslia Villanueva Cortez.(2010) tesis titulada “Equidad de género y embarazo en adolescentes” concluye que en el Perú, el porcentaje de mujeres adolescentes (15 a 19 años) que están o han estado alguna vez embarazadas se mantiene a niveles estables (alrededor del 13%) en las últimas dos décadas. Los porcentajes varían notablemente según se trate de adolescentes pobres o no pobres, urbanas o rurales, y según región natural (en la selva supera el doble del promedio nacional), lo que las limita para aprovechar sus escasas oportunidades educativas, laborales y de desarrollo personal y familiar en sus transiciones hacia la vida adulta. Aunque a nivel rural se registra un leve descenso, a nivel nacional el valor se mantiene estable, a causa de un leve aumento en las áreas urbanas, incluyendo Lima Metropolitana, cuyas poblaciones crecen, a diferencia de las poblaciones rurales. Por otro lado, se registra un notable aumento de adolescentes que hubieran querido postergar el embarazo, de 35,2% (1991/92) a 57,8% (2012), a la par de un notable descenso en quienes efectivamente lo esperaban cuando se presentó (52,6 a 31,7%). En su investigación observaron que el uso inconsistente de anticonceptivos en las adolescentes dio lugar a un embarazo

reincidente se asocia con el mal uso o no uso de los mismos antes del primer embarazo, con una mala relación madre-hija, la ausencia de la figura paterna en la casa, la ausencia de apoyo familiar para la anticoncepción, con una actitud más positiva hacia un nuevo embarazo, y la falta de motivación para evitar el mismo. Además es importante mencionar que las pocas adolescentes que están usando un MAC, eligen un método considerado ineficaz, y/o de corto plazo, que no les ayudaría mucho a evitar un embarazo no deseado, en un periodo corto de tiempo. (12)

Pilar Carla Diego Damián.(2008) tesis titulada “Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008”. estudio de casos y controles en el que participaron 80 adolescentes entre 15 y 19 años, 40 primigestas (controles) y 40 multigestas para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima – Perú. Concluyen 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. El anticonceptivo más usado 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). (13)

### **2.1.3. Antecedentes locales**

Alejandro Mejía (1999) en su tesis titulado "Factores asociados con el embarazo en la adolescencia así como sus características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura en el Hospital Olavegoya de Jauja" se encontró un total de 423 gestantes, 21 menores de 16 años (5%), 90 entre 16 y 19 años (21,3%), y 212 entre 19 y 30 años (73,3%). Entre las gestantes menores de 16 años, la mayoría no viven con su pareja (80,9%), no trabajan (90,4%), no tuvieron control prenatal (85,7%), y tuvieron aborto el 23,8% y parto por cesárea el 28,6%, principalmente por incompatibilidad céfalo-pélvica (9,5%). Se presentó preeclampsia severa y eclampsia en el 4,8%, puerperio anormal en el 9,5%, parto pretérmino en el 28,6%, recién nacido de bajo peso en el 25%, y asfixia moderada en el 14,2%. Se presentó preeclampsia severa (11,2%) y eclampsia (10%), puerperio anormal (11,1%), parto pretérmino (20,2%), recién nacido de bajo peso (22,2%) y/o asfixia moderada (21,1%), patología neonatal (10%). En gestantes entre 19 y 30 años viven separados el 29,7%,

no trabaja el 16,4%, sin control prenatal el 81,2%, y sufrió aborto el 12,5%, cesárea el 6,7%, preeclampsia severa el 1% y eclampsia el 0,6%. Se presentó puerperio anormal en el 6,4%, parto pretérmino en el 5,5%, recién nacido de bajo peso en el 31%, asfixia moderada en el 8%, y patología neonatal en el 4,5%.(14)

## **2.2 Bases Teóricas**

Cerruti, S. (1997) la mayoría de los embarazos son no deseados 23.7% de las atenciones prenatales son de adolescentes. Alta prevalencia embarazo en adolescentes 11.3% a 16% de los partos institucionales son de adolescentes, 10.11% de los abortos incompletos atendidos. (15)

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo.

Arana, MT., Calle, MC. & Arana, M. (2004). Señalan que se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal de desarrollo de la personalidad fenómenos que condicionan la aspiración de patologías orgánicas propias de la embarazada adolescente. Menciona que las adolescentes que tienen mayor probabilidad de tener un embarazo en la adolescencia provienen de familias donde hubo una reacción positiva ante la primera gestación. (16)

Otro factor que puede ser asociado es el antecedente familiar de embarazo en la adolescencia. En el ámbito de la transmisión generacional, se ha observado que tanto en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyos progenitores también lo habían sido en su mayoría

(50-75%), lo que sugiere que la maternidad en las adolescentes se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias.

Asociación Mundial de Sexología.(1999) la mayoría de las familias de bajos ingresos asume el rol de administradora del hogar la mujer y se convierte en el administrador; Por lo tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les pone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediatas. (17)

Refiere que la maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad, con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y constituye una indicación de que están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia cronológica de éstos cambios culminan en la obtención de la capacidad reproductora la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el comienzo del desarrollo de las mamas, la aparición de vello púbico y la aceleración del crecimiento anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación.

Burga, M. (2003).los embarazos en las adolescentes en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre.; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir el hombre; por ejemplo, en los países en

vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.(18)

Castelo, G., Naranjo, P. y Guijarro, S. (1993). Acotó que en la mujer el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores ente 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años. Los profesionales de la salud tienen a cargo la evolución biológica de los adolescentes que le van a permitir, conocer de una forma amplia el crecimiento normal, diversidad de factores influyen en el crecimiento, entre ellos tenemos los ambientales y las condiciones funcionales. (19)

Barreno, G., Lezcano, Y, y Mosqueira, L. (1997). Plantea que la evaluación integral del crecimiento y desarrollo se basa en los aspectos: 1) elaboración de una buena historia, 2) evaluación antropométrica, 3) examen paraclínico. 4) interpretación de los hallazgos (orientación diagnósticos). El profesional de salud para conocer el crecimiento de estos jóvenes adolescentes debe tener dimensión corporal mayor desarrollo psicológico. El adolescente para el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluye la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de si mismo, intimidad emocional, integridad, independencia, toma de decisiones con la responsabilidad de un adulto. (20)

Existen factores de índole psicológica, que manifiestan que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas, "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como son la necesidad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falta de control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional". Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación. Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones biológicas propias de esta etapa de la vida (21)

### **2.2.1. Cambios en la adolescencia**

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienzo del empleo de la lógica para solucionar

problemas, el pensamiento adopta el método hipotético inductivo, puede realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo. Las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos, los cuales permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible.

### **Cambios emocionales:**

Refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismo, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación de entonces el tema central de la adolescencia. Des ubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; Ideación omnipotente el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente. (22).

### **Mayores Cambios sociales:**

Critica de las normas o valores familiares, especialmente aquel proveniente de los padres Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa.

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza

alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual. (23)

En la actualidad el embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales.(24)

### **2.2.2 Etapas de la Adolescencia: Espinosa A, Mejia G.(2000)**

#### **Adolescencia Temprana: (10- 13 años)**

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.). (25)

#### **Adolescencia Media: (14-16 años)**

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

### **Adolescencia Tardía: (De 17 a 19 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño. (25)

### **2.2.3 El Embarazo en la adolescencia:**

Silber, T. (1992) el embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola – rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente. Es consecuencia de



falta de acceso a información en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, los factores socioculturales que juegan un papel importante debido al tabú de las relaciones prematrimoniales de los adolescentes, por consiguiente están temerosos de encontrarse familiares, vecinos o amigos en los servicios de salud. (26)

#### **2.2.4 Factores asociados al embarazo de la adolescente:**

Fuentes, M. E & Lobos, L (1994) dice que el embarazo en la adolescencia es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con los:

##### **Factores Individuales:**

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes:, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia.

##### **Biológicos**

Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas.

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

### **Psicosociales**

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando

influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

- Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
- Para castigar a los padres por su incomprensión.
- Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
- Agradar al novio.

### **Factores Sociales**

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores Socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y

también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud. (27)

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.

Dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. (28)

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. (29)

**Causas sociales:**

- Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
- Permanecer más tiempo solas (os).

- Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
- Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
- Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
- Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
- Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

### **Factores Familiares**

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le

permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres. La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

La Organización Panamericana, dice que la salud de los adolescentes y jóvenes ha ido adquiriendo

relevancia progresivamente en el mundo entero por una mejor comprensión de la importancia de este grupo atareo en salud pública como por el aumento de los riesgos en salud debido a los cambios de patrones de conducta especialmente en salud reproductiva. (30)

El impacto del embarazo en la adolescencia es cultural y biológico y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida contribuyendo a perpetuar el ciclo de la pobreza y la feminización de la miseria.

Así la insuficiente información sobre sexualidad unida a normas i prejuicios sociales vigentes puede generar temor, vergüenza o rechazo en relación a ella [2] por tanto la práctica sexual desinformada y desprotegida de los adolescentes puede dar como resultado embarazos y enfermedades de transmisión sexual, limitando sus posibilidades futuras de desarrollo.

Dice que uno de los problemas de mayor preocupación en el Perú es la alta tasa de embarazo adolescente que constituye el 24% del total de embarazos, el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 ya son madres así mismo en el Perú el embarazo adolescente se encuentra distribuido de manera no uniforme.

En lima se encuentra el 7.6% de adolescentes embarazadas mientras que en san Martin el porcentaje es



34.2%. Las madres constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad que requiere más apoyo por estar menos preparadas biológicas, emocional y económicamente, tienen menos capacidad para tolerar las demandas de la gravidez, del parto y de la lactancia. Al respecto la OMS - la define como: etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 Y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 - 14 años) y la tardía (15 - 19 años). Las adolescentes constituye una de los periodos de intensos cambios físicos psicológicos y sociales de la vida de una persona se inicia con los cambios biológicos y físicos de la pubertad etapa en la que se modifica de manera especial el sistema reproductor y el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se aprecian así mismo y a los demás. El 20% de la población peruana es adolescente, vale decir, que 5'749,220 hombres y mujeres tienen entre 10 Y 19 años (INEI 2004). En su interior se diferencian dos grupos con necesidades y procesos distintos: 10 -14 años y 15 a 19 años. La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en

adulto, operándose una serie de cambios anatómicos fisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta. (31).

Dice que la adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto ,a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es en etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño. (32)

El inicio de la actividad sexual coital y el embarazo no deseado a edades tempranas, puede tener consecuencias negativas en el campo de la salud física y mental, tales como el riesgo de enfermedades sexuales transmisibles, el aborto, salud materno – infantil y el desajuste en la integración psicosocial. Las y los adolescentes han constituido, efectivamente, un porcentaje significativo de la población durante décadas, pero sólo en

los últimos diez años se percibe una mayor atención sobre sus necesidades y derechos, tanto como grupo demográfico y también en su calidad de actores sociales con características que les son propias las adolescentes expuestas a riesgos y que viven en alta vulnerabilidad nos muestran los resultados de abandono y la negligencia social a través de las estadísticas de suicidios, violencia sexual, familiar y social; disfunciones Psicológicas, los problemas de salud mental, las adicciones, la tuberculosis, los embarazos no deseados en adolescentes, los abortos, la muerte materna de adolescentes, muerte infantil de hijos de madres adolescentes, etc.(33).

### **2.3 Definiciones Conceptuales**

#### **➤ Adolescente:**

Mondragón Castro H (1992) etimológicamente, adolescente proviene del latín adolescens, participio presente del verbo latino adolescere que significa literalmente: estar creciendo. (34)

“El período de transición biológica, cognitiva y psicosocial desde la niñez hasta la adultez, que por lo general dura una década o más”. Refiere que los cambios biológicos ocurren, generalmente, antes de los 15 años de edad, mientras que los cambios a nivel cognitivo y psicosocial perduran incluso hasta los 30 años de edad. Agrega que los cambios experimentados en este período

de la vida, con frecuencia son vividos por los adolescentes como momentos de desajuste, confusión, enojo, y angustia.

Coinciden en este aspecto, y plantean que la entrada del adolescente al mundo de los adultos le significa la pérdida definitiva de su condición de niño, lo cual implica el duelo por el cuerpo de niño, por su identidad infantil, y por su relación con padres y pares de la infancia. (35)

Señala que la principal tarea del adolescente es crecer, lo cual aparece designado desde su etimología (adolecere: crecer, madurar). Plantea que la vivencia de crecimiento en esta etapa de la vida adopta una significativa singularidad, donde las pérdidas y las adquisiciones van construyendo el ingreso hacia un mundo adulto, desconocido hasta ese momento.

#### ➤ **Factores individuales y Biológicos**

Sáez, G. I. (1992) son acciones, formas de comportamiento de la edad, menarquía precoz, conductas de riesgo (menor temor de enfermarse con infecciones de transmisión sexual, relaciones sin anticoncepción, inicio precoz de relaciones sexuales y abuso sexual, consumo de alcohol, drogas) abandono escolar, falta de su conocimiento sexual. (36)

**Edad**-Tiempo de existencia desde el nacimiento.

**Menarquía**.- Aparición de la primera menstruación que

oscila entre los 9-17 años.

**Menarquía precoz.-** inicio de la menstruación a los 9-11 años de edad.

**Menarquía intermedia.-** inicio de la menstruación entre los 12-14 años

**Menarquía tardía.-** inicio de la menstruación entre los 15-17 años de edad.

**Grado de escolaridad.-**

Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Inicio precoz de relaciones sexuales.- cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

➤ **Conductas de riesgo (Consumo de alcohol y drogas)**

En la adolescencia los jóvenes comienzan a consumir alcohol entre los 14 y 16 años por varias causas: simple curiosidad, para integrarse a un grupo de amigos, como un ritual que los convierte en adultos o por la admiración algún líder que bebe. Pero también consumen por problemas con sus padres, con los novios o en la escuela, sobre todo por el efecto estimulante de esta sustancia.

El uso de alcohol u otras drogas a temprana edad.-Es un

indicador de posibles problemas futuros de alcohol o drogas. Por poco que sea, el consumo de alcohol suele afectar el crecimiento y desarrollo normal del adolescente.

➤ **Factores Psicológicos**

Martínez y Martínez (2005) durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, es el miedo de las personas a enfrentarse con algo nuevo y la carga mental de tener que aprender cosas distintas.

Para castigar a los padres por su incompreensión. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil, baja autoestima, tener un pensamiento mágico, abandono infantil.

**Baja Autoestima.**- Suele ser un ser que no tiene plena confianza en las posibilidades propias bien sea por experiencias que así se lo han hecho sentir es decir de las personas importantes en la vida del sujeto que mediante mensajes de confirmación o desconfirmación refuerzan el sí mismo o lo denigran.

**Violencia Psicológica.**- presencia de gritos, humillaciones, insultos, entre los miembros de una familia. **Familias conflictivas.**- Hogares que presentan problemas de

violencia, donde los adolescentes buscan ser amados y no encuentran en su ambiente familiar y buscan huir de un ambiente difícil.

El abandono emocional.- es ignorar las necesidades del niño para poder tener un desarrollo social y emocional normal.

➤ **Factores Económicos**

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.

**Situación económica.-** La diferencia entre estratos económicos, comúnmente llamados niveles sociales está marcada por aspectos fácilmente observables por cualquiera, como: forma de vestir, calidad de ropa y del calzado, amén del costo de accesorios personales.

**Ocupación.-** Es la actividad o trabajo que realiza una persona la misma que puede o no generar un ingreso económico.

**Bajo Ingreso económico.-** Viene a ser la capacidad adquisitiva para comprar las necesidades básicas del hogar.

➤ **Factores Socioculturales**

La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos (machismo, hacinamiento, bajo nivel educativo, pérdida de religiosidad, falta de acceso a los servicios de salud, falta o distorsión de la información, medios de comunicación que incitan a las relaciones sexuales, poca información sobre educación sexual y anticoncepción, familias disfuncional, violaciones, falta de valores en el hogar.

**Machismo.-** Se llama machismo al conjunto de actitudes y comportamientos que rebajan injustamente la dignidad de la mujer en comparación con el varón.

**Hacinamiento.-** Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas o animales que se considera excesivo.

**Religión.-** Conjunto de dogmas, normas y practicas relativas a una divinidad.

**Hogar disfuncional.-** con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.



**Violencia Sexual.**-Tener relaciones sexuales sin tener el consentimiento de la otra persona a la fuerza con presencia de golpes.

Información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos.- Es función de las familias y del personal de salud enseñar a descifrar estos mensajes y redireccionarlos para entregar una adecuada educación en sexualidad.

**Violencia Física.**- Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

#### **2.4 Bases Epistémicas**

Prácticamente está estable en las últimas décadas entre el 12 y 13%, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado, que como veremos son la mayoría. Al compararlas con los hombres, menos de 1% de ellos son padres a la misma edad (2). En los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres. Aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, es aquí donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto).

La evolución de estas y otras características sociodemográficas de interés e las últimas décadas puede ser apreciada. Según muestran las proyecciones de población derivadas del censo del 2007, el país es cada vez más urbano, y la población rural se reduce en términos absolutos, pasando de 8,3 a 7,2 millones. Esto, mientras a nivel nacional ha venido creciendo el número total de las gestantes adolescentes, pues, en tanto las prevalencias se mantenían relativamente estables, venía aumentando la población de este grupo de edad, que alcanzó su pico histórico en el año 2011. Según estas tendencias el área urbana, sobre todo la de menores ingresos, seguirá concentrando el mayor número de gestaciones en este grupo de edad, en un contexto en el que desde hace más de veinte años disminuye anualmente la cantidad total de nacimientos, también por primera vez en la historia del Perú.

Otro aspecto por considerar es el leve aumento del embarazo en adolescentes con mayor educación, que, aunque de niveles menores al valor nacional, se registra incluso en Lima Metropolitana. Haría falta saber, sin embargo, la influencia que en estas cifras tiene el embarazo no planificado, o en cuánto son atribuibles a decisiones libres e informadas (4). A nivel de comportamientos individuales, o de determinantes próximos, algunas probables explicaciones de esta persistente prevalencia provienen de la dinámica en la exposición al embarazo. En él se evidencia el aumento de la actividad sexual reciente (en las últimas

4 semanas) en aquellas adolescentes de 15 a 19 que ya se iniciaron sexualmente, proporción que como vemos ha aumentado sostenidamente en los últimos 20 años. Lo mismo sucede en quienes registraron actividad sexual antes de los 15 años. A esta información habría que agregar, como probable explicación, los cambios registrados a nivel mundial en el descenso en la edad de la menarquia (5), aunque en el Perú la información sobre este importante marcador siga siendo escasa (6,7). A su vez, también cabe considerar las mejores condiciones nutricionales asociadas a cambios hormonales, así como los cambios psicológicos vinculados con la educación y el creciente acceso a medios. En este punto debemos precisar que el análisis demográfico previo no se agota en las estimaciones, sino que estas deben ser interpretadas en la medida que afectan las decisiones personales y pueden truncar proyectos de vida de cientos de miles de adolescentes en el Perú. Con mayor razón cuando el embarazo no fue buscado por la propia adolescente ni alentado por su familia (8). Son cada vez más las adolescentes embarazadas que hubieran querido ese embarazo más tarde, cifra que llega cerca al 60% en el 2012, y que fuera casi la mitad de este valor hace dos décadas. Mientras, quienes efectivamente buscaban quedar embarazadas bajaron de 52,6 a 31,7%. Se trata de situaciones que responden a cambios en la mentalidad, en los planes y expectativas de vida, y a una mayor educación y acceso a información en múltiples medios (que por sí sola no es suficiente para prevenir los embarazos no

planificados). A su vez, el efecto sobre las formaciones familiares también puede ser identificado. Si una adolescente pobre resulta embarazada, será mayor la probabilidad que pase a formar un nuevo hogar, generalmente precario e inestable. Cerca de dos tercios del total de madres adolescentes (63,8%) es conviviente. Pero si se trata de una adolescente de los estratos más altos (más educada) no habrá intención de unirse, y es su propia familia quien la apoya con la crianza y los cuidados del niño (9), mientras ella continúa con su educación, y accede, a la larga, a mejores empleos. Otro aspecto que considerar radica en la violencia sexual contra las mujeres, incluso en menores de 15 años. En nuestro país, según la ENDES 2012, el 6% de adolescentes unidas han sido víctimas de alguna forma de violencia sexual por parte de sus parejas. Las situaciones de violencia tendrán mayor relevancia en poblaciones en las que hay alta movilidad poblacional, asociados a ciclos expansivos de explotación de recursos naturales o comercio, como sucede en muchas áreas de la selva y ceja de selva. En estas zonas se trata de un negocio cuya rentabilidad forma parte del comercio de bebidas alcohólicas y alimentos, y no obedece a una lógica criminal organizada, sino a un conjunto de redes familiares (10). Por otro lado, en cuanto al análisis global del rango de edad adolescente, también se debe considerar el hecho que el grupo de 15 a 19 años es heterogéneo, lo que tendría implicancias para la prevención. En los últimos veinte años el grupo de 15 a 17, que en su mayoría está en la escuela secundaria, presenta

porcentajes de embarazo relativamente estables, por debajo del 10%, mientras que el grupo de 18 a 19, generalmente fuera del sistema educativo, muestra prevalencias superiores al 20%. Obviamente, y tratándose de valores nacionales, lo que también debemos considerar es que estos valores fluctúan hacia arriba o hacia abajo según analicemos estratos, regiones naturales, etc. Se aprecian en Lima Metropolitana (7.7%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (4,5% y 2,6%, respectivamente) (INEI 2012).

La condición de la maternidad en adolescentes es un tema de reconocida importancia no sólo porque, generalmente, se trata de embarazos no deseados y está muy relacionado con abortos, sino también por las consecuencias sociales, económicas y de salud en las adolescentes embarazadas y en su entorno familiar. Se consideran como adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años de edad. Hay más madres adolescentes en el área rural. De acuerdo con el área de residencia, el porcentaje de las adolescentes que ya son madres o están embarazadas por primera vez en el área rural, representan el doble de aquellas que viven en el área urbana. En efecto, 22 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres en el área rural, mientras que, en el área urbana la relación es de 10 de cada 100 mujeres adolescentes. La tendencia histórica muestra que, en 16 años, el porcentaje promedio de madres adolescentes se ha mantenido alrededor de 13% a nivel nacional, en 10% en el área urbana y en 21% en el

área rural. Mayor número de adolescentes tienen su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad. El comportamiento de las adolescentes de 15 a 19 años de edad presenta diferencias sociales y demográficas. Entre los años 1996 y 2012, se incrementó el porcentaje de mujeres cuya primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años de edad, al pasar de 4,6% a 6,0%. Las jóvenes que en el año 2012 tenían entre 15 y 19 años muestran mayor conocimiento y uso de algún método de planificación familiar. En el año 1996 el 93,4% de las adolescentes conocían algún método de planificación, en el año 2012 es casi generalizado, alcanzando el 99,8%. Asimismo, hace dieciséis años, el 7,5% de las adolescentes usaba algún método de anticoncepción, incrementándose a 14% en el año 2012, también destaca el incremento al uso de algún método moderno de planificación familiar, de 4,7% a 10,2% entre los años 1996 y 2012. Por otro lado, se advierte la mejora en el nivel educativo de este grupo poblacional. El porcentaje de adolescentes con nivel de educación primaria que en el año 1996 representaba el 20,4% disminuyó a 10,9%. Aquellas con nivel educativo secundaria o superior se incrementaron de 12,0% en 1996 a 23,1% en 2012.

(37)

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El presente estudio es una investigación de tipo descriptivo, prospectivo, analítico de corte transversal y se realizara en un modelo relacional.

Según la intervención del investigador es descriptivo, porque describe fenómenos sociales y clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

Según la planificación es prospectivo porque los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación.

Por el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transversal porque todas las variables son medidas en una sola ocasión por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.

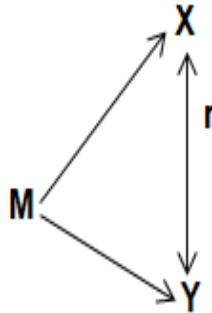
Por el número de variables de interés es descriptivo analítico por que el análisis estadístico es bivariado por que plantea y pone a prueba hipótesis su nivel más básico establece la asociación entre factores.

El nivel de investigación es relacional porque demuestran dependencia entre eventos, la estadística es bivariada ya que nos permite hacer medidas de asociación o de correlación entre variables.

### 3.2 Diseño y esquema de la investigación

La presente investigación se ajusta a un diseño no experimental de tipo correlacional transeccional que responde al siguiente esquema.

### 3.3 Esquema:



**M:** Gestantes Adolescentes con factor de riesgo atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2014.

**X:** Variable Independiente: Factores de riesgo

**Y:** Variable Dependiente: Gestantes Adolescentes

**r:** Relación entre variables de estudio.

### 3.4. Población y muestra

**3.4.1. Población:-** La población estuvo constituido por todas las adolescentes programadas en el Centro de Salud de Chilca para el año 2014 que fue un total de 6 115.

**3.4.2 Muestra:-** La muestra está constituida por todas las gestantes adolescentes que acudieron a su primer control prenatal al Centro de Salud de Chilca en el 2014, que asciende a un total de 70.



### 3.5. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se desarrolló como técnica a la encuesta y como instrumento un cuestionario que fue procesada previo a una prueba piloto con el fin de valorar su aplicabilidad interna y calcular su confiabilidad a través de la prueba de Alpha de Cronbach. Para la validez externa se trabajó con las gestantes que acudieron a su atención prenatal al Centro de Salud Justicia Paz y Vida Distrito de el Tambo en el 2014, por ello la validez externa de nuestros resultados alcanzó a esta población y posteriormente se trabajó con nuestra muestra respectiva.

Asimismo se validó el instrumento con el juicio de expertos en salud.

A continuación presentamos los resultados de la validez por el juicio de expertos y el cálculo de fiabilidad alfa de Cronbach.

a. Validación del instrumento con el método de Juicio de expertos:

Expertos	Constancia	NOTA	PROMEDIO GLOBAL
Mg. Obstra. Jenny Mendoza Vilcahuaman	Aprobado	20	20
Mg. Obstra.Melodia Poma Baca	Aprobado	20	
Mg. Q. F. Gustavo A. Romero Gálvez	Aprobado	20	

## b. Cálculo de fiabilidad de Cronbach

**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	70	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	70	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,704	28

**3.6. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos:****3.6.1. Técnica de recojo de información**

La técnica utilizada para el recojo de información se realizó mediante la encuesta aplicada a través de un cuestionario a las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca en el 2014.

**3.6.2. Procesamiento de la información**

Obtenida toda la información se realizó un análisis exhaustivo, donde recurriremos al programa Excel para el procesamiento de datos, manejo, análisis descriptivo de las variables independientes y dependiente en promedios, desviaciones estándar, en número y porcentajes.

### **3.6.3. Presentación de datos**

Para la presentación de datos se utilizó tablas o cuadros estadísticos con los resultados más sobresalientes de la investigación.

## CAPITULO IV

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

## 4.1. RESULTADOS DE TRABAJO DE CAMPO

## 4.1.1. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL- BIOLÓGICO.

## CUADRO N° 01

## EIDADES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ESTADISTICA	RESULTADOS
Media	16,66
Mediana	17,00
Moda	19

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia de Huancayo 2014*

**Análisis e interpretación:**

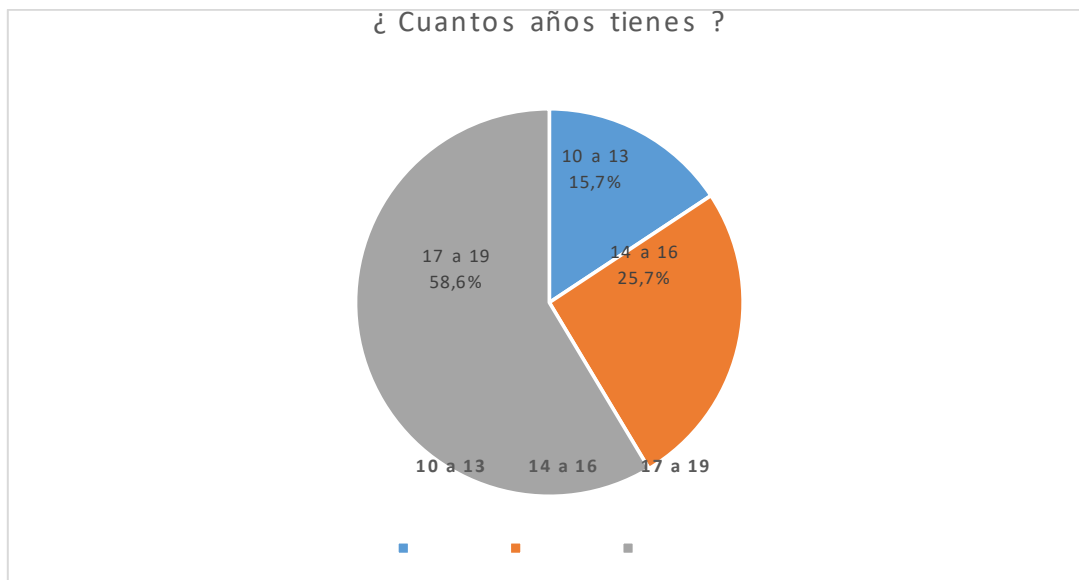
En el cuadro N° 01, se puede observar que la edad promedio de las adolescentes embarazadas es de 17 años, con una mediana de 17 y una moda de 19.

## CUADRO N° 02

## ETAPA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Categorías	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
Adolescencia Temprana (10 a 13)	11	15,7
Adolescencia Media (14 a 16)	18	25,7
Adolescencia Tardía (17 a 19)	41	58,6
Total	70	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia de Huancayo 2014*

**Gráfico N° 1**

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo de Enero a setiembre 2014*

### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 02, se puede observar que el 58.6% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca se encuentra en una etapa de adolescencia tardía (17-19 años), mientras que el 25.7% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca se encuentra en una etapa de adolescencia media (14-16 años) y un 15.7% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca se encuentra en una etapa de adolescencia temprana (10 -13 años).

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 02 se concluye que el 58.6% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca se encuentra en una etapa de adolescencia tardía (17-19 años).

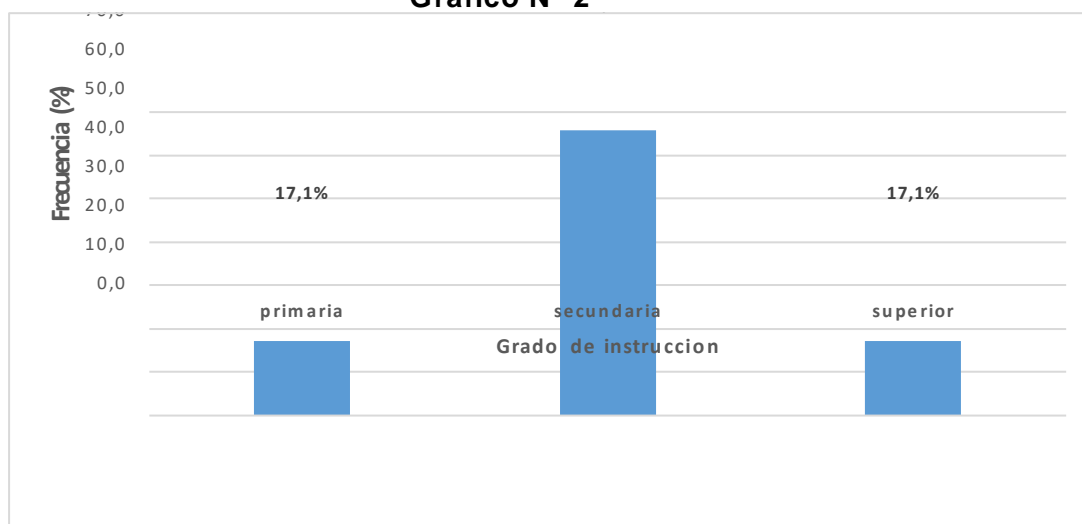
## CUADRO N° 03

## GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Grado de instrucción	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
primaria	12	17,1
secundaria	46	65,7
superior	12	17,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

Gráfico N° 2



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo de Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 03, se puede observar que el 65.7% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca cuentan con el grado de instrucción de nivel secundaria, mientras que el 17.1% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca cuentan con el grado de instrucción de nivel superior y el 17.1% de las

adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca cuentan con el grado de instrucción de nivel primario.

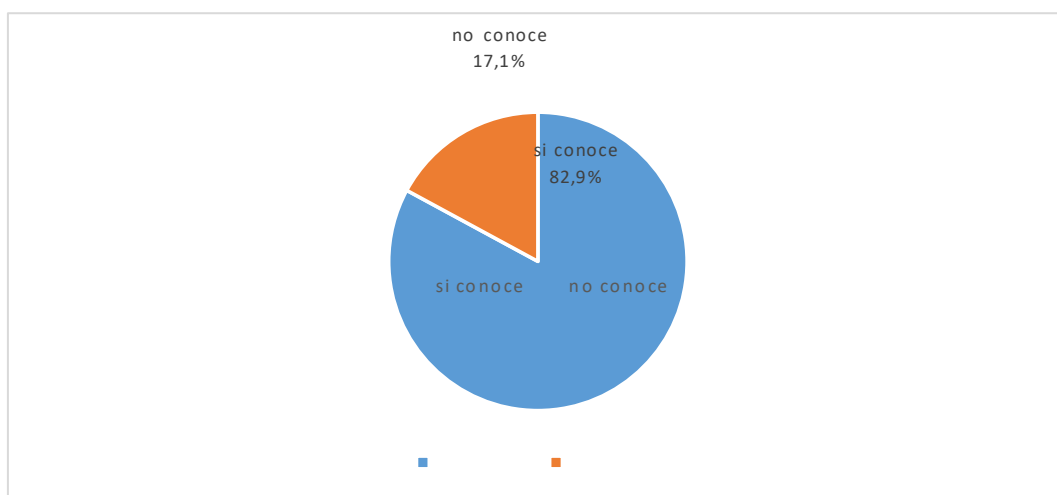
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 03 se concluye que el 65.7% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca cuentan con el grado de instrucción de nivel secundaria.

**CUADRO N° 04**  
**CONOCIMIENTO SOBRE CAMBIOS BIOLÓGICOS DE LAS**  
**ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Categorías	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
si conoce	58	82,9
no conoce	12	17,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 3**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo de Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 04, Se observa que el 82.9% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca, conocen sobre los cambios biológicos que sufre su cuerpo en la etapa de la adolescencia mientras que solo un 17.1% de las adolescentes embarazadas no conocen sobre los cambios biológicos que sufre su cuerpo.

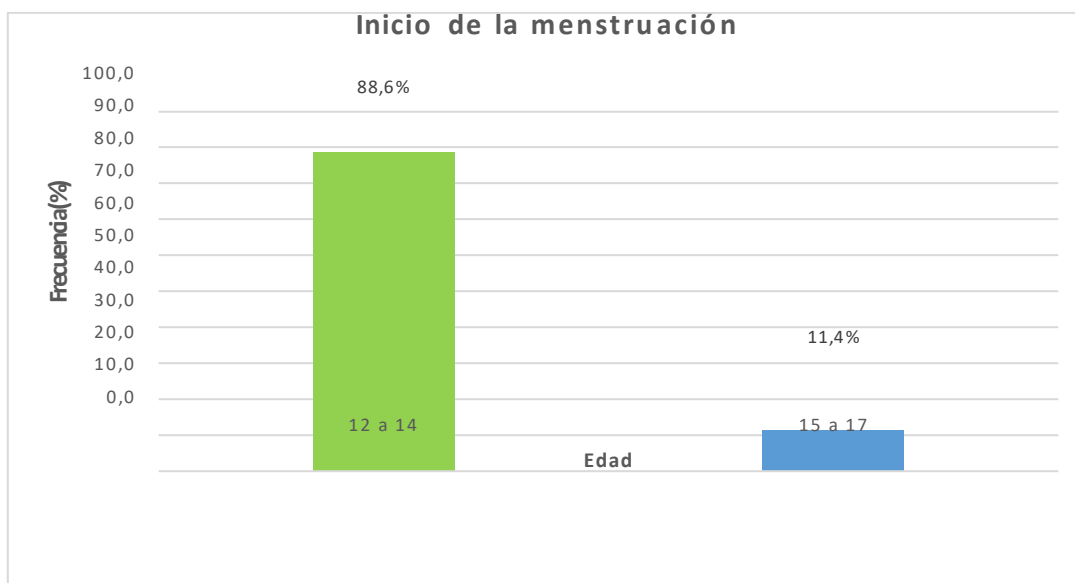
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 04 se concluye que el 82.9% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca conocen sobre los cambios biológicos que sufre su cuerpo en la etapa de la adolescencia.

**CUADRO N° 05****INICIO DE LA MESTRUACION DE LAS ADOLESCENTES**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia(N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Adolescencia Temprana (10 a 13)	0	0%
Adolescencia Media (14 a 16)	62	88,6
Adolescencia Tardía (17 a 19)	8	11,4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014*



**Gráfico N° 4**

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo de Enero a setiembre 2014*

#### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 05, Se observa que el 88.6% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca iniciaron su menstruación en la etapa de la adolescencia media (14-16 años), y tuvieron una menarquia intermedia (12-14 años) mientras que el 11.4% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca iniciaron su menstruación en la etapa de la adolescencia tardía (17 -19 años) y tuvieron una menarquia tardía (15-17años).

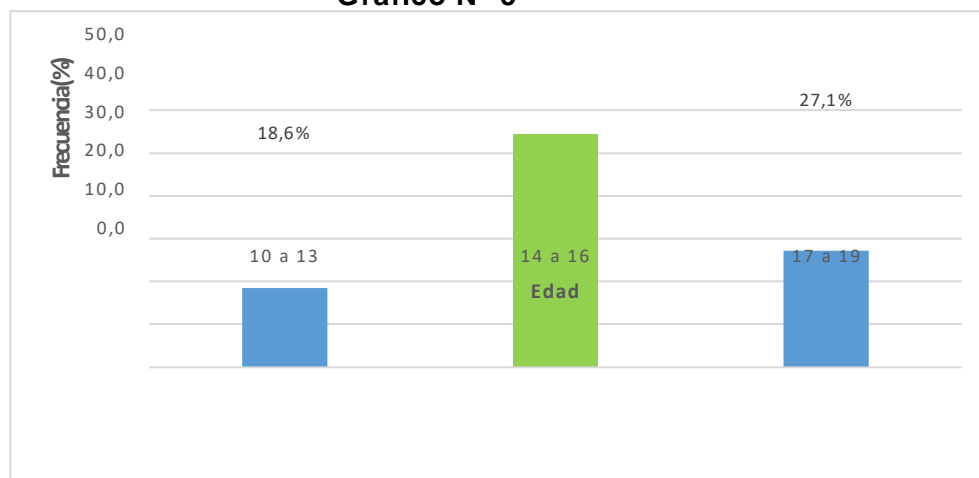
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 05 se concluye que el 88.6% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca iniciaron su menstruación en la etapa de la adolescencia media (14-16 años).

**CUADRO N° 06**  
**EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS**  
**ADOLESCENTES**

Categorías	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Adolescencia Temprana (10 a 13)	13	18,6
Adolescencia Media (14 a 16)	38	54,3
Adolescencia Tardía (17 a 19)	19	27,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 5**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el Periodo de Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 06, Se observa que el 54,3%, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca iniciaron sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia media (14 a 16 años), mientras que el 27,1 % de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales

en la etapa de la adolescencia tardía (17 a 19 años) y el 18,6% de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia temprana (10 a 13 años).

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 06 se concluye que el 54,3%, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca iniciaron sus relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia media (14 a 16 años).

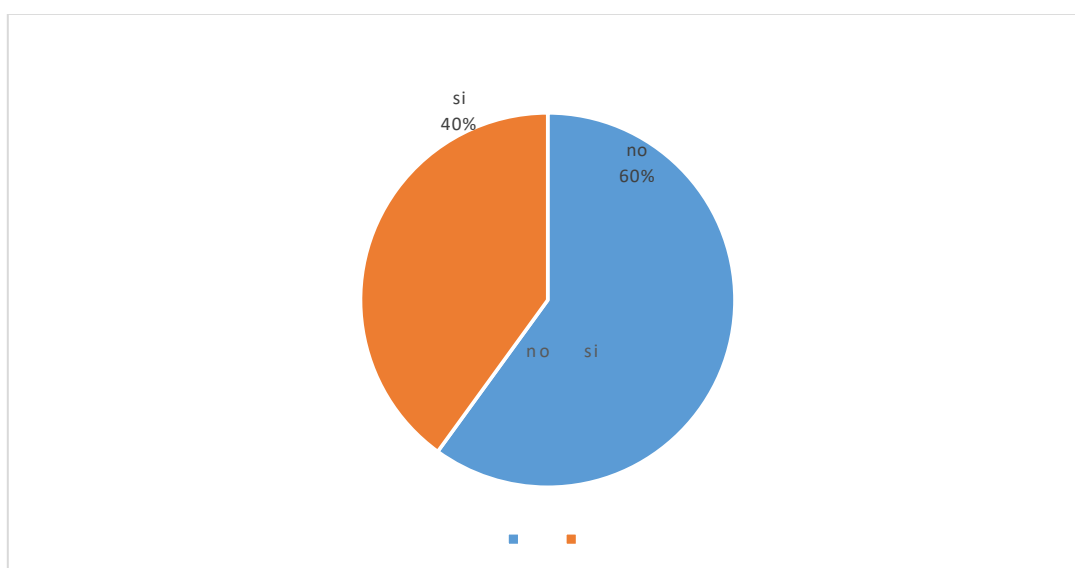
**CUADRO N° 07**

**¿CREISTE EMBARAZARTE EN TU PRIMERA RELACION SEXUAL?**

Categorías	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
no	42	60,0
si	28	40,0
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 6**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo de Enero a setiembre 2014

### Análisis e interpretación:

En el cuadro N° 07, Se observa que el 60%, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca desconocen poder embarazarse en su primera relación sexual, mientras que el 40% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca si están conscientes de embarazarse en su primera relación sexual.

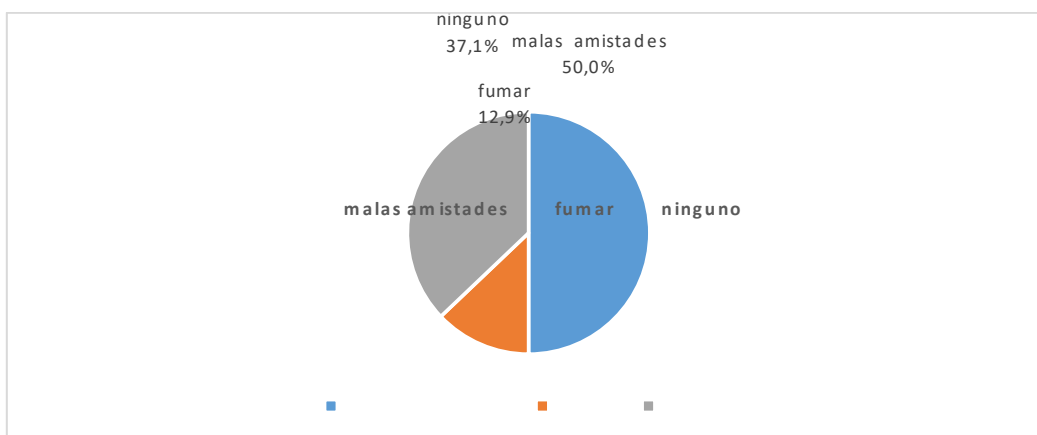
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 07 se concluye que el 60%, de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca desconocen poder embarazarse en su primera relación sexual.

**CUADRO N° 08**  
**ACTIVIDADES DE RIESGO QUE PRACTICAN**  
**LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Actividades de riesgo	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
malas amistades	35	50,0
fumar-licor	9	12,9
ninguno	26	37,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 7**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo De Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 08, Se observa que el 50%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que las actividades de riesgo que practican son por las malas amistades, mientras que el 37.1% de las adolescentes embarazadas manifiestan no practican ninguna actividad de riesgo y el 12.9% de las adolescentes embarazadas manifiestan practicar una actividad de riesgo que es la de consumir licor o fumar.

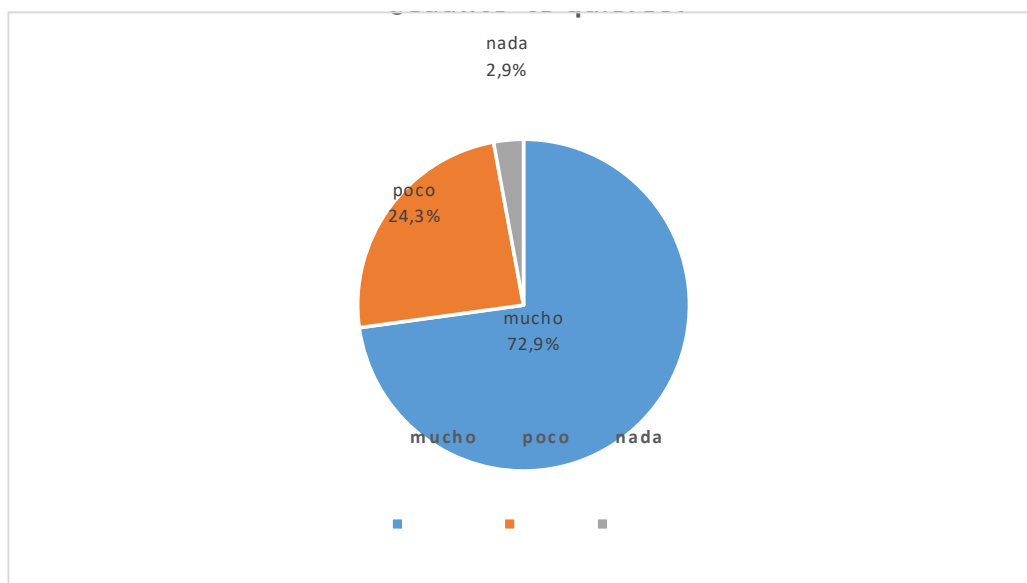
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 08 se concluye que el 50%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que las actividades de riesgo que practican son por las malas amistades.

**4.1.2. FACTORES DE RIESGO PSICOLOGICO.****CUADRO N° 09****AUTOESTIMA DE LAS ADOLECENTES EMBARAZADAS**

<b>¿Te quieres?</b>	<b>Frecuencia(N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
mucho	51	72,9
poco	17	24,3
nada	2	2,9
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

Gráfico N° 8



*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo De Enero a setiembre 2014*

#### Análisis e interpretación:

En el cuadro N° 09, Se observa que el 72.9%, de las adolescentes embarazadas manifiestan quererse mucho, mientras que el 24.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan quererse poco y el 2.9% de las adolescentes embarazadas manifiestan no quererse.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 09 se concluye que el 72.9%, de las adolescentes embarazadas manifiestan quererse mucho.

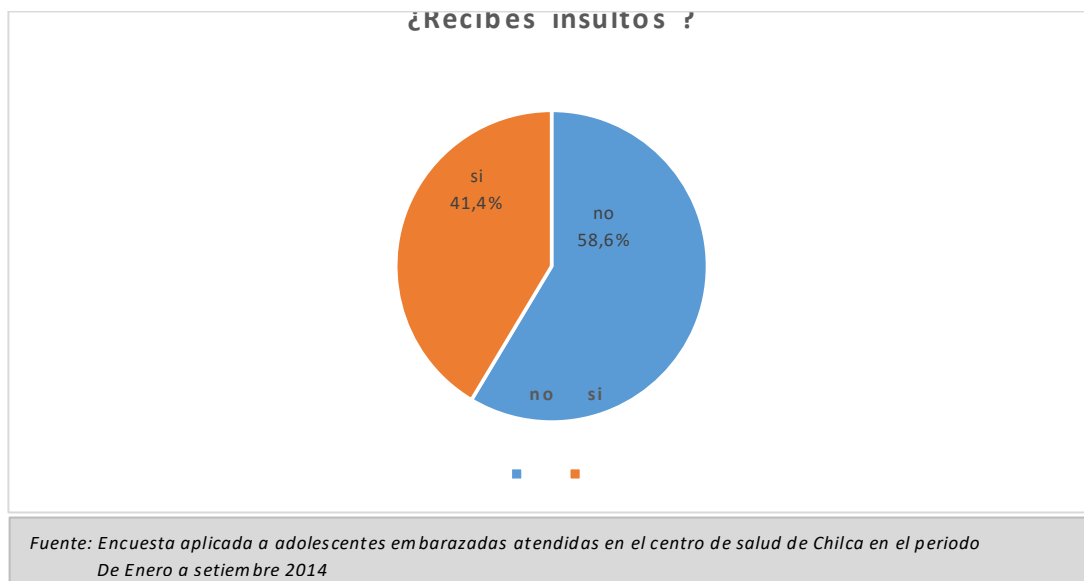
CUADRO N° 10

#### VIOLENCIA PSICOLOGICA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

¿Te insultan?	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
no	41	58,6
si	29	41,4
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 9**



**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 10, se observa que el 58.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan no recibir insultos es decir no sufren violencia psicológica, mientras que el 41.4% de las adolescentes embarazadas manifiestan si recibir insultos, es decir sufren violencia psicológica

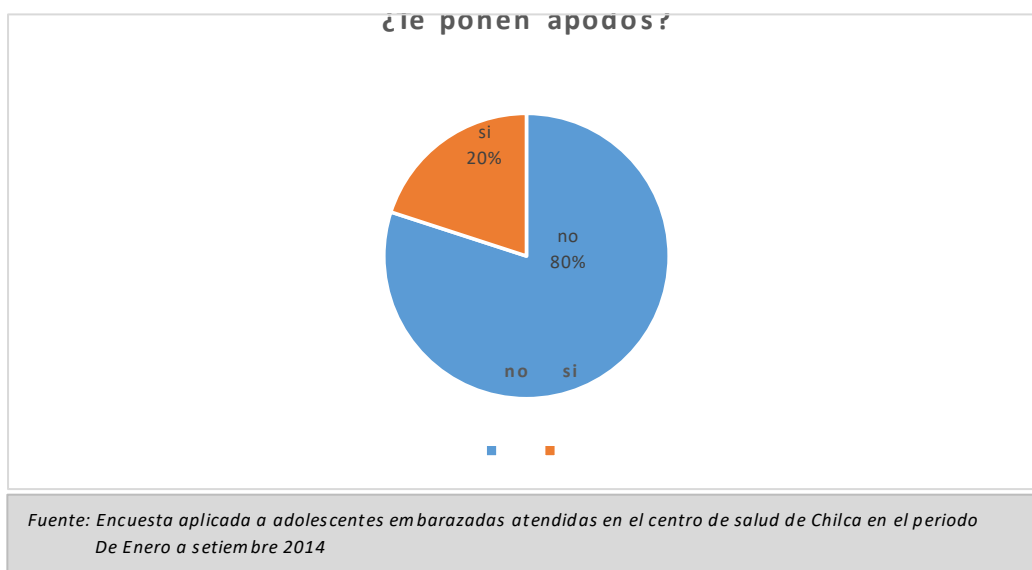
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 10 se concluye que el 58.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan no recibir insultos es decir no sufren violencia psicológica.

**CUADRO N° 11**

**CONDUCTA PSICOLOGICA QUE SUFREN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

¿Te ponen apodosos?	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
no	56	80,0
si	14	20,0
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 10****Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 11, Se observa que el 80%, de las adolescentes embarazadas manifiestan no recibir apodos, mientras que el 20% de las adolescentes embarazadas manifiestan si recibir apodos.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 11 se concluye que el 80%, de las adolescentes embarazadas manifiestan no recibir apodos, mientras que el 20% de las adolescentes embarazadas manifiestan si recibir apodos.

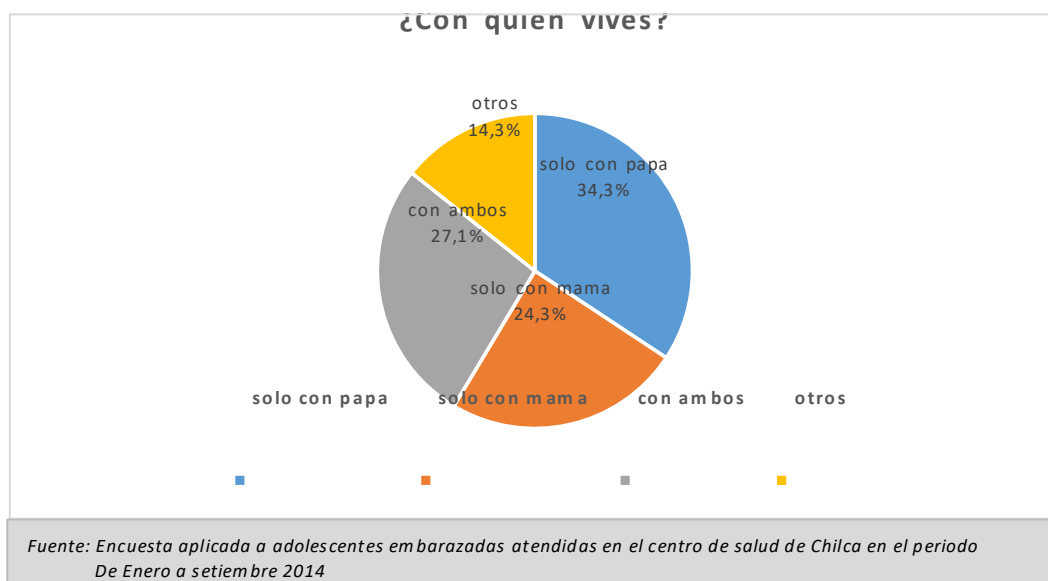
**CUADRO N° 12****CON QUIENES VIVEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

¿Con quién vives?	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
con ambos	19	27,1
solo con papá	24	34,3
solo con mamá	17	24,3
otros	10	14,3
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014



Gráfico N° 11



### Análisis e interpretación:

En el cuadro N° 12, Se observa que el 34.3%, de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir solo con su Papa, mientras que el 27.1% de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir con ambos padres, mientras que el 24.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir solo con su Mama y el 14.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir con otras personas.

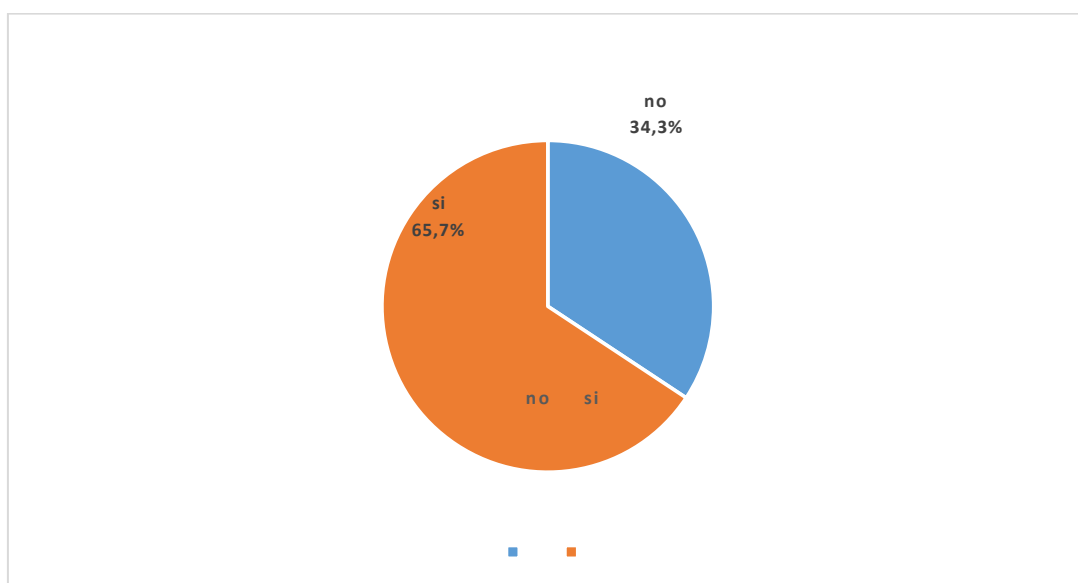
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 12 se concluye que el 27.1% de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir con ambos padres, mientras que el 34.3%, de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir solo con su Papa y el 24.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan vivir solo con su Mama

**CUADRO N° 13**  
**VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS HOGARES DE**  
**LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

se producen peleas en tu casa	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
no	24	34,3
si	46	65,7
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 12**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo De Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 13, Se observa que el 65.7%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que se produce violencia familiar en sus hogares,

mientras que el 34.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan que no se produce violencia familiar en sus hogares.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 13 se concluye que el 65.7%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que se produce violencia familiar en sus hogares.

#### 4.1.3. FACTORES DE RIESGO ECONOMICO.

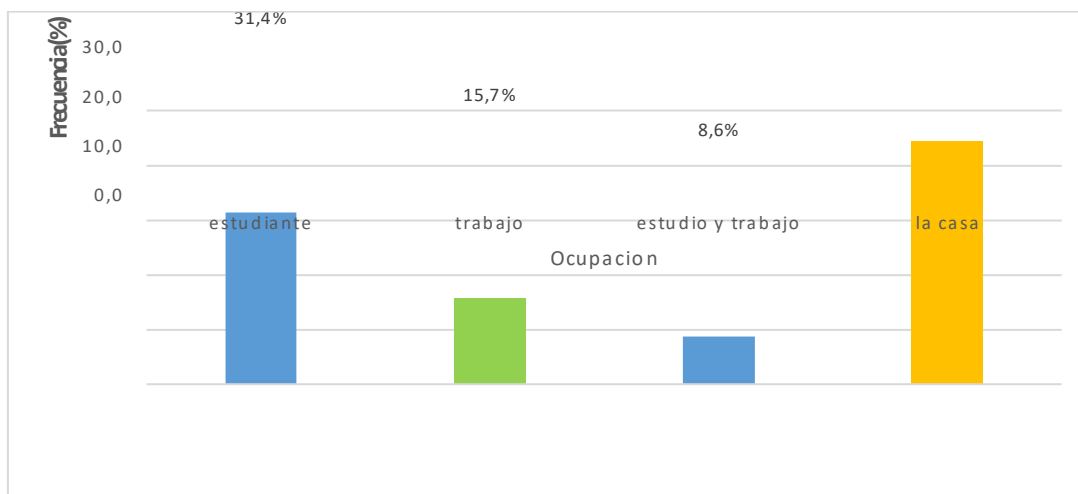
**CUADRO N° 14**

**OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

¿Cuál es tu ocupación?	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
estudiante	22	31,4
trabajo	11	15,7
estudio y trabajo	6	8,6
la casa	31	44,3
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 13**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo De Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 14, Se observa que el 44.3%, de las adolescentes embarazadas manifiestan ocuparse de su casa, mientras que el 31.4% de las adolescentes embarazadas manifiestan ocuparse a estudiar, mientras que el 15.7% de las adolescentes embarazadas manifiestan ocuparse a trabajar y el 8.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan ocuparse a estudiar y trabajar.

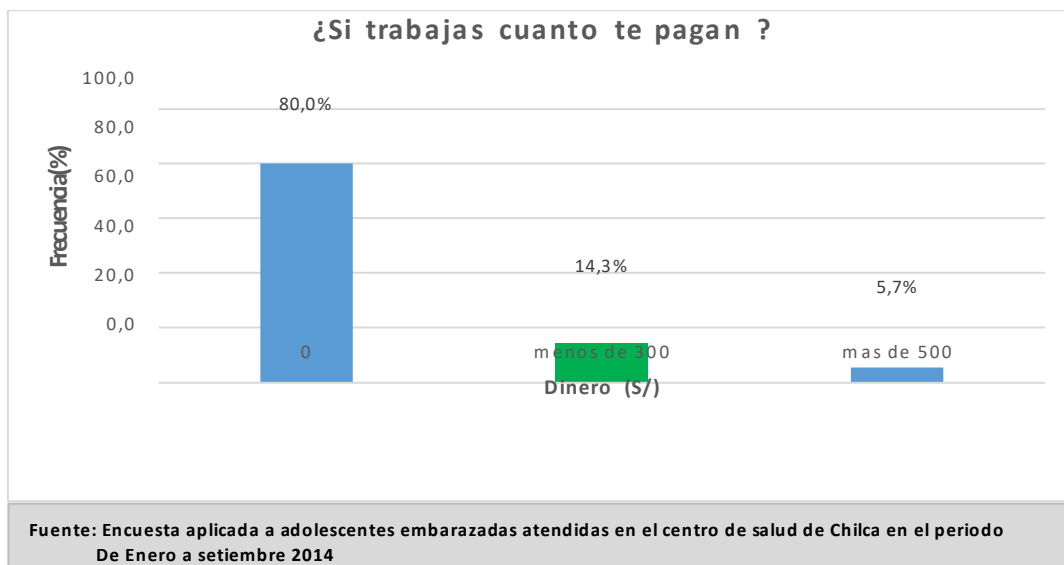
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 14 se concluye que el 44.3%, de las adolescentes embarazadas manifiestan ocuparse de su casa.

**CUADRO N° 15****INGRESO ECONOMICO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

<b>¿Si trabajas cuanto te pagan?</b>	<b>Frecuencia(N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
nada	56	80,0
Menos de 300	10	14,3
300 a 500	4	5,7
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 14**



### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 15, Se observa que el 80%, de las adolescentes embarazadas no trabajan por lo cual no perciben un ingreso, mientras que el 14.3% de las adolescentes embarazadas trabajan y perciben un ingreso menos de S/. 300.00 nuevos soles y el 5.7% de las adolescentes embarazadas trabajan y perciben un ingreso más de S/. 500.00 nuevos soles.

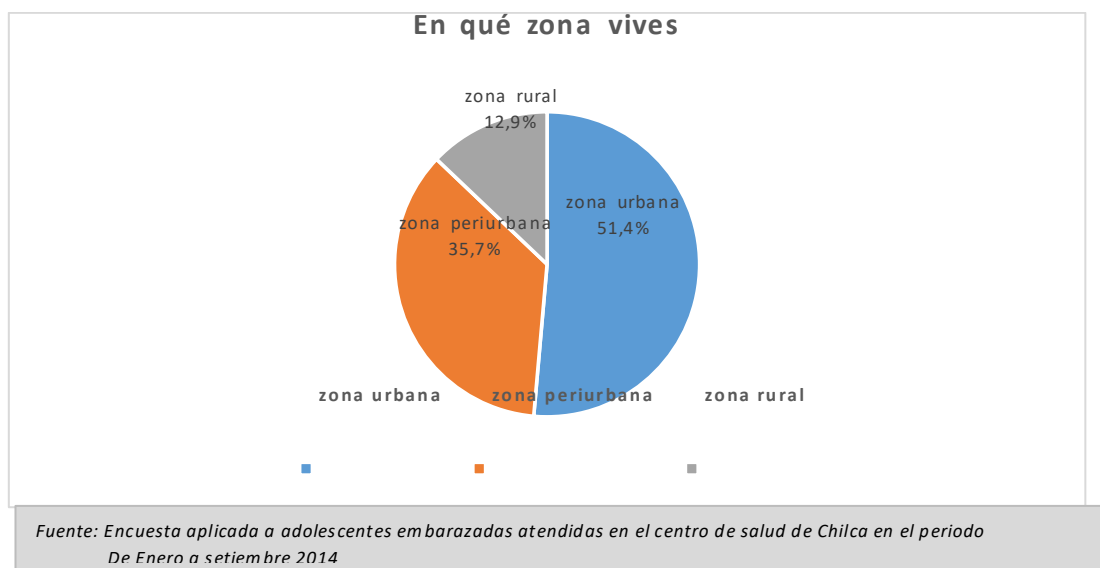
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 15 se concluye que el 80%, de las adolescentes embarazadas no trabajan por lo cual no perciben un ingreso.

### **CUADRO N° 16**

#### **PROCEDENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

¿Dónde vives?	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
zona urbana	36	51,4
zona periurbana	25	35,7
zona rural	9	12,9
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 15****Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 16, Se observa que el 51.4% de las adolescentes embarazadas viven en zonas urbanas, mientras que el 35.7% de las adolescentes embarazadas viven en zonas periurbanas y el 12.9% de las adolescentes embarazadas viven en zonas rurales.

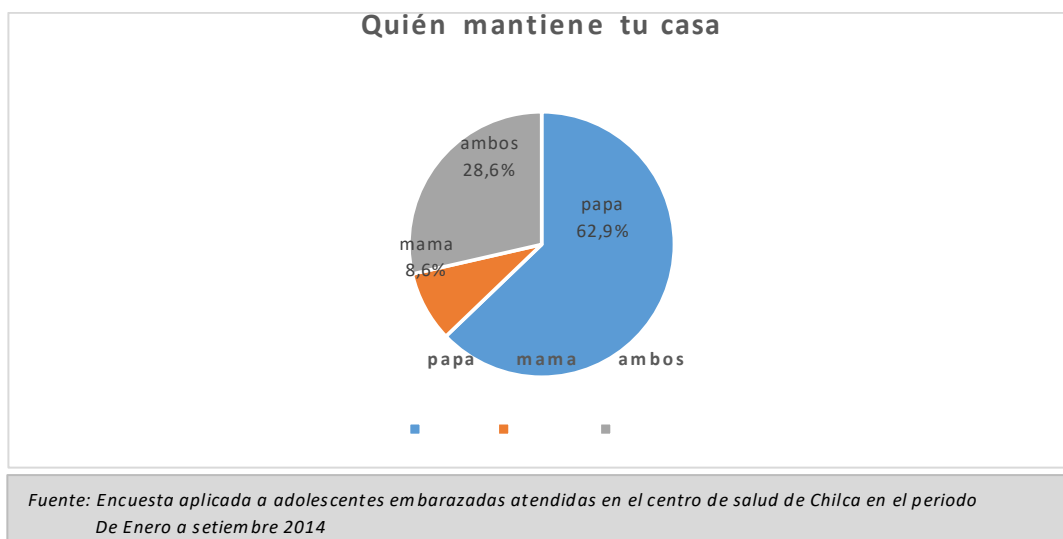
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 16 se concluye que el 51.4% de las adolescentes embarazadas viven en zonas urbanas.

**CUADRO N° 17**

**PERSONA QUE MANTIENE EL HOGAR DE LAS ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS**

¿Quién mantiene tu casa?	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
papá	44	62,9
mamá	6	8,6
ambos	20	28,6
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 16****Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 17, Se observa que el 62.9%, de las adolescentes embarazadas manifiestan quien mantiene su hogar es el Papa, mientras que el 28.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan quien mantiene su hogar son Papa y Mama y el 8.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan quien mantiene su hogar es la Mama.

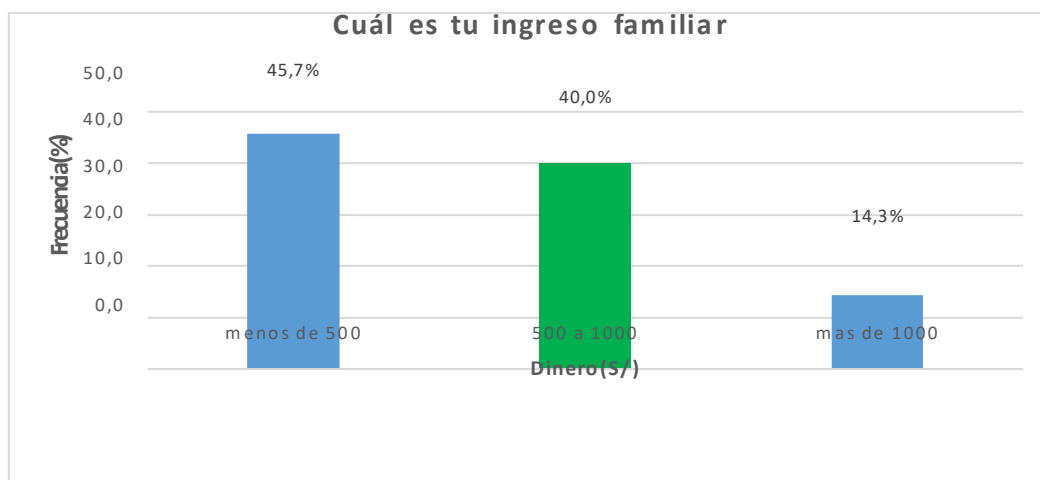
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 17 se concluye que 62.9%, de las adolescentes embarazadas manifiestan quien mantiene su hogar es el Papa.

**CUADRO N° 18**

**INGRESO ECONOMICO EN LOS HOGARES DE  
LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

¿Cuánto es tu ingreso familiar?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
menos de 500	32	45,7
500 a 1000	28	40,0
más de 1000	10	14,3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014*

**Gráfico N°17**

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el periodo De Enero a setiembre 2014*

#### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 18, Se observa que el 45.7%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que su ingreso familiar es menos de S/. 500.00 nuevos soles, mientras que el 40% de las adolescentes embarazadas manifiestan que su ingreso familiar se encuentra entre S/. 500.00 a S/.1000.00, nuevos soles y el 14.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan que su ingreso familiar es mas de S/. 1000.00 nuevos soles.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 18 se concluye que el 45.7%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que su ingreso familiar es menos de S/. 500.00 nuevos soles, mientras que el 40% de las adolescentes embarazadas manifiestan que su ingreso familiar se encuentra entre S/. 500.00 a S/.1000.00 nuevos soles.

#### **4.1.4. FACTORES DE RIESGO SOCIOCULTURALES DE LAS ADOLESCENTES.**

#### **CUADRO N° 19**

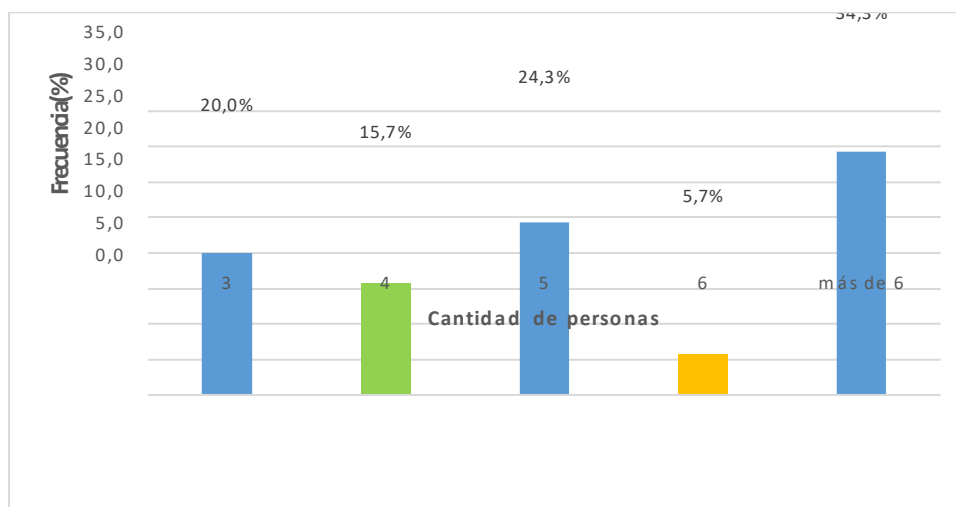


## NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON LAS ADOLESCENTES

Personas que viven en tu casa	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
3	14	20,0
4	11	15,7
5	17	24,3
6	4	5,7
más de 6	24	34,3
<i>Total</i>	<i>70</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N°18**



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el Periodo de Enero a setiembre 2014

### Análisis e interpretación:

En el cuadro N° 19, Se observa que el 34.3%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven más de 6 personas, mientras que el 24.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven 5 personas, mientras que el 20% de las adolescentes

embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven 3 personas, mientras que el 15.7% de las adolescentes embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven 4 personas y el 5.7% de las adolescentes embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven 6 personas.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 19 se concluye que el 34.3%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven más de 6 personas, mientras que el 24.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan que en su hogar familiar viven 5 personas.

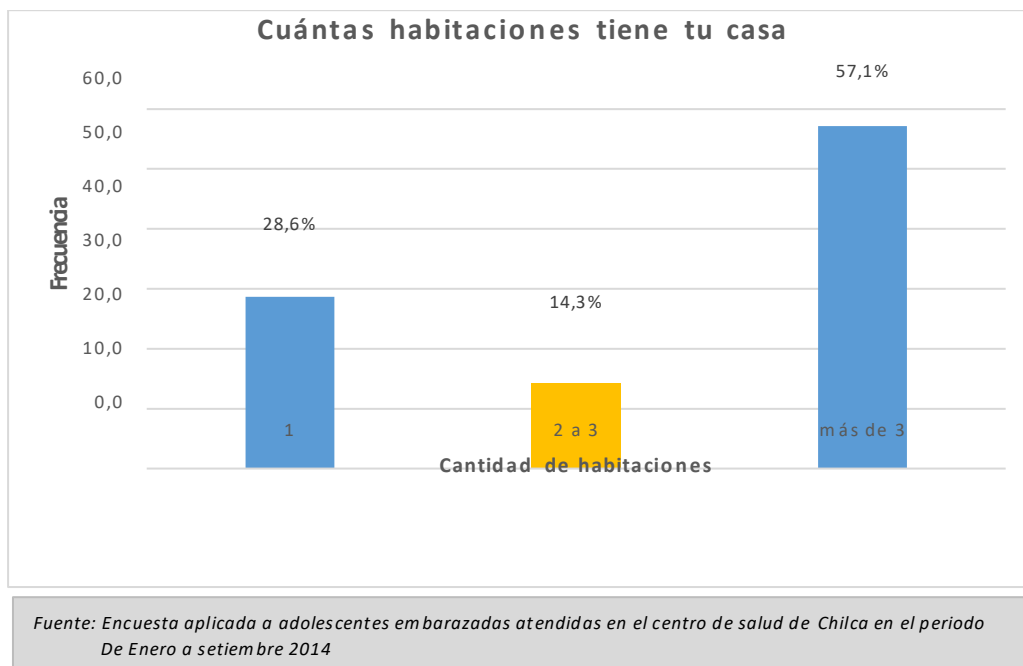
#### CUADRO N° 20

##### NUMERO DE HABITACIONES DE LAS CASAS DE LAS ADOLESCENTES

¿Cuántas habitaciones tienen tu casa?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
1	20	28,6
2 a 3	10	14,3
más de 3	40	57,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

#### Gráfico N°19



### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 20, Se observa que el 57.1%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que su casa cuenta con más de 3 habitaciones, mientras que el 28.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan que su casa cuenta con una habitación y el 14.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan que su casa cuenta con 2 a 3 habitaciones.

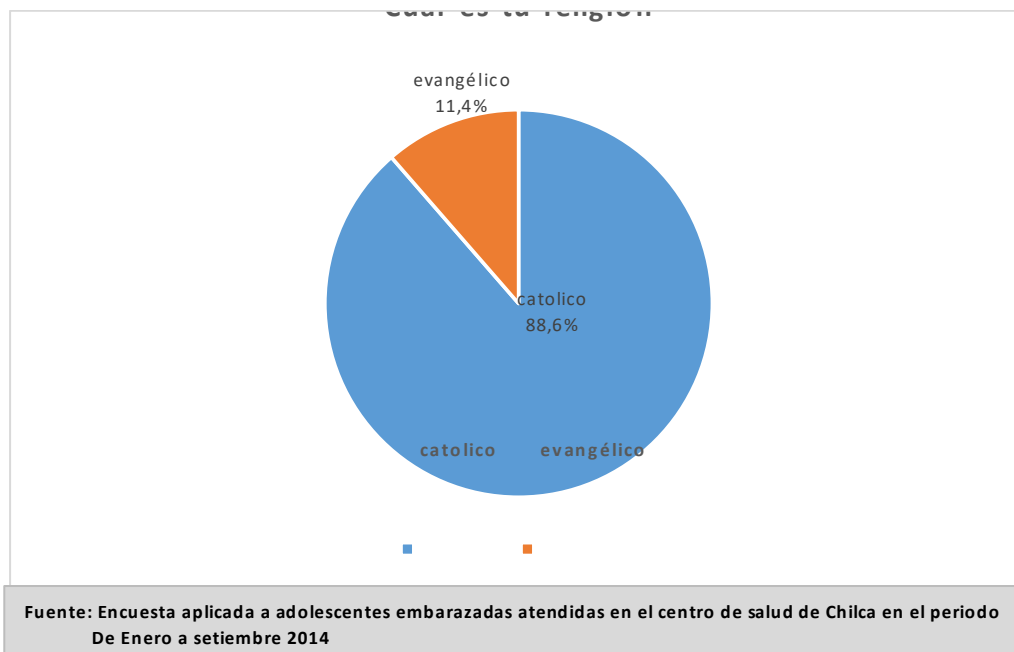
De los resultados obtenidos en el cuadro N° 20 se concluye que el 57.1%, de las adolescentes embarazadas manifiestan que su casa cuenta con más de 3 habitaciones.

### **CUADRO N° 21**

#### **RELIGION DE LAS ADOLESCENTES**

¿Cuál es tu religión?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
católico	62	88,6
evangélico	8	11,4
Total	70	100,0

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia*

**Gráfico N° 20****Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 21, Se observa que el 88.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan ser católicas y el 11.4% de las adolescentes embarazadas manifiestan ser evangelistas.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 21 se concluye que el 88.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan ser católicas.

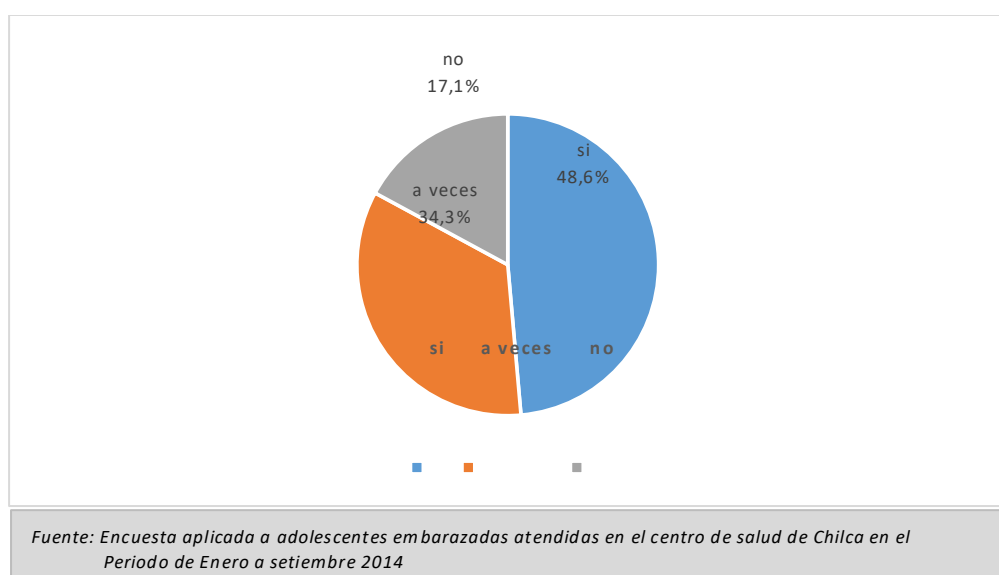
**CUADRO N° 22****AGRESIÓN FÍSICA QUE SUFREN LAS ADOLESCENTES**

¿Sufre violencia física?	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
--------------------------	----------------	----------------

si	34	48,6
a veces	24	34,3
no	12	17,1
Total	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

**Gráfico N° 21**



### **Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 22, Se observa que el 48.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan sufrir violencia física, mientras que el 34.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan sufrir violencia física y el 17.1% de las adolescentes embarazadas manifiestan no sufrir ninguna violencia física.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 22 se concluye que el 48.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan sufrir violencia física.

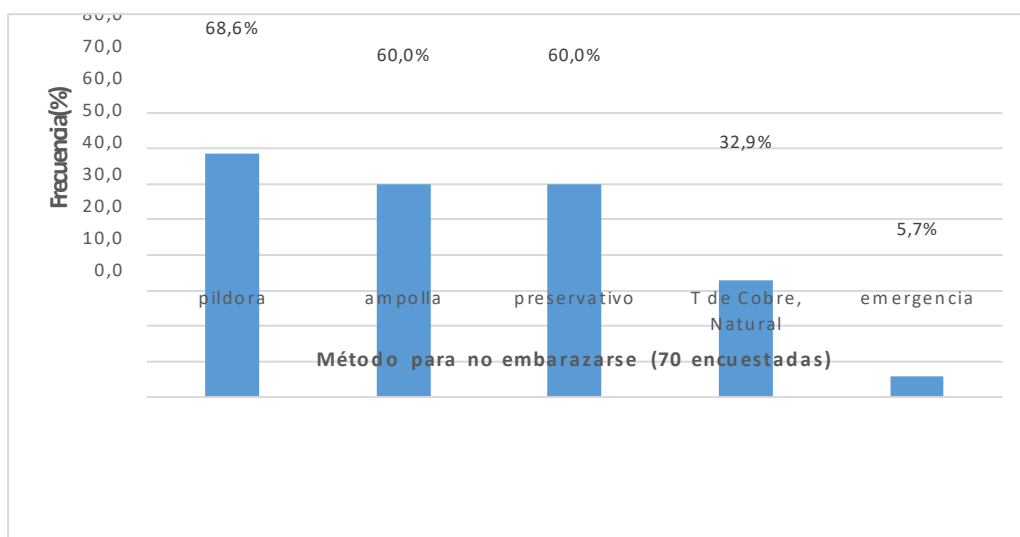
CUADRO N° 23

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS ADOLESCENTES

Métodos anticonceptivos	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
píldora	48	68,6
ampolla	42	60,0
preservativo	42	60,0
T de Cobre, Natural	23	32,9
emergencia	4	5,7

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014

Gráfico N°22



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Chilca en el Periodo de Enero a setiembre 2014

**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 23, Se observa que el 68.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan conocer el método anticonceptivo de la píldora, mientras que el 60% de las adolescentes embarazadas manifiestan conocer el método anticonceptivo de la ampolla, mientras que el 60% de las adolescentes embarazadas manifiestan conocer el método anticonceptivo del preservativo,

mientras que el 32.9% de las adolescentes embarazadas manifiestan conocer el método anticonceptivo de la T de cobre natural y el 5.7% de las adolescentes embarazadas manifiestan conocer el método anticonceptivo de la emergencia. De los resultados obtenidos en el cuadro N° 23 se concluye que el 68.6%, de las adolescentes embarazadas manifiestan conocer el método de la píldora.

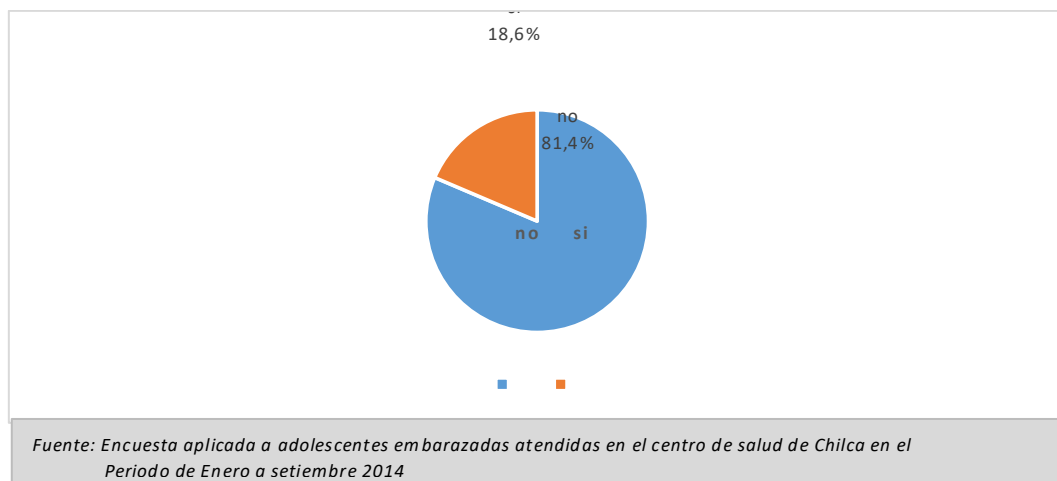
**CUADRO N° 24**

**VIOLENCIA SEXUAL O ACOSO SEXUAL**

Algún familiar te ha tocado sin que tú lo permitas	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
no	57	81,4
si	13	18,6
<i>Total</i>	<i>70</i>	<i>100,0</i>

*Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud De Chilca, Provincia De Huancayo 2014*

**Gráfico N° 23**



**Análisis e interpretación:**

En el cuadro N° 24, Se observa que el 81.4%, de las adolescentes embarazadas manifiestan no haber sufrido violencia sexual o acoso sexual y el 18.6% de las adolescentes embarazadas manifiestan haber sufrido violencia sexual o acoso sexual.

De los resultados obtenidos en el cuadro N° 24 se concluye que el 81.4%, de las adolescentes embarazadas manifiestan no haber sufrido violencia sexual o acoso sexual.

## 4.2. CONTRASTACION DE LAS HIPOTESIS

### 4.2.1. Contrastación de la Hipótesis General

#### a) Planteamiento de la Hipótesis:

Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014

H<sub>1</sub>: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo de las Adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

### Aplicación de la Prueba de Correlación de Rho Spearman

Correlaciones				
			FACTORES DE RIESGO	ADOLECENTES EMBARAZADAS
Rho de Spearman	FACTORES DE RIESGO	Coeficiente de correlación	1,000	,438**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	ADOLECENTE EMBARAZADA	Coeficiente de correlación	,438**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



**Toma de Decisión:**

La prueba estadística aplicada según la correlación de Rho de Spearman, nos indica que la hipótesis alternativa se acepta y la hipótesis nula se rechaza debido a que el nivel de significancia,  $\alpha = 0.000151$ , menor que ( $p < 0.05$ ), es decir que “Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo de las Adolescencia atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014”. Con un coeficiente de correlación de significancia positiva moderada de 0.438.

**4.2.2. Contrastación de las Hipótesis Específicas****a) Planteamiento de la Hipótesis:**

Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

H<sub>1</sub>: Existe relación significativa entre los factores de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

**Aplicación de la Prueba de Correlación de Rho Spearman:**

Correlaciones			FACTOR INDIVIDUAL-BIOLOGICO	ADOLECENTES EMBARAZADAS
Rho de Spearman	FACTOR INDIVIDUAL-BIOLOGICO	Coefficiente de correlación	1,000	,658**
		Sig. (bilateral)	.	,000

	N	70	70
ADOLECENTES	Coeficiente de correlación	,658**	1,000
EMBARAZADAS	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	70	70

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### **Toma de Decisión:**

La prueba estadística aplicada según la correlación de Rho de Spearman, nos indica que la hipótesis alternativa se acepta y la hipótesis nula se rechaza debido a que el nivel de significancia,  $\alpha = 0.0000$ , menor que ( $p < 0.05$ ), es decir que “Existe relación significativa entre los factores de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014”. Con un coeficiente de correlación de significancia positiva alta de 0.658.

### **b) Planteamiento de la Hipótesis:**

Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

H<sub>1</sub>: Existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

### Aplicación de la Prueba de Correlación de Rho de Spearman:

Correlaciones			FACTOR ECONOMICO	ADOLECENTES EMBARAZADAS
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1,000	,173
	FACTOR ECONOMICO	Sig. (bilateral)	.	,152
		N	70	70
		Coefficiente de correlación	,173	1,000
	ADOLECENTES EMBARAZADAS	Sig. (bilateral)	,152	.
		N	70	70

#### Toma de Decisión:

La prueba estadística aplicada según la correlación de Rho de Spearman, nos indica que la hipótesis alternativa se rechaza y la hipótesis nula se acepta debido a que el nivel de significancia,  $\alpha = 0.152$ , mayor que ( $p > 0.05$ ), es decir que “No existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.”. Con un coeficiente de correlación de significancia positiva muy baja de 0.173.

#### c) Planteamiento de la Hipótesis:

Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológicos que se asocian en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

**Aplicación de la Prueba de Correlación de Rho de Spearman:**

<b>Correlaciones</b>			<b>FACTOR PSICOLOGICO</b>	<b>ADOLECENTES EMBARAZADAS</b>
Rho de Spearman		Coeficiente de correlación	1,000	,068
	FACTOR PSICOLOGICO	Sig. (bilateral)	.	,576
		N	70	70
		Coeficiente de correlación	,068	1,000
	ADOLECENTES EMBARAZADAS	Sig. (bilateral)	,576	.
		N	70	70

**Toma de Decisión:**

La prueba estadística aplicada según la correlación de Rho de Spearman, nos indica que la hipótesis alternativa se rechaza y la hipótesis nula se acepta debido a que el nivel de significancia,  $\alpha = 0.576$ , mayor que  $(p > 0.05)$ , es decir que “No existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014”. Con un coeficiente de correlación de significancia positiva muy baja de 0.068.

**d) Planteamiento de la Hipótesis:**

Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

Ho: Existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.

**Aplicación de la Prueba de Correlación de Rho de Spearman:**

<b>Correlaciones</b>			FACTOR SOCIO CULTURAL	ADOLECENTES EMBARAZADAS
Rho de Spearman	FACTOR SOCIO CULTURAL	Coeficiente de correlación	1,000	,168
		Sig. (bilateral)	.	,165
		N	70	70
	ADOLECENTES EMBARAZADAS	Coeficiente de correlación	,168	1,000
		Sig. (bilateral)	,165	.
		N	70	70

**Toma de Decisión:**

La prueba estadística aplicada según la correlación de Pearson, nos indica que la hipótesis alternativa se rechaza y la hipótesis nula se acepta debido a que el nivel de significancia,  $\alpha = 0.165$ , mayor que ( $p > 0.05$ ), es decir que "No existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014". Con un coeficiente de correlación de significancia positiva baja de 0.168.

## CAPITULO V

### DISCUSION DE RESULTADOS

En el estudio realizado por Rodolfo Alarcón y Julio Cabrera en el policlínico José Martí Pérez del Municipio Santiago de Cuba el 36.0% de adolescentes no viven con sus padres así mismo Gustavo Adolfo Ávila Montes en su estudio "Factores asociados al embarazo en adolescentes "concluye que un factor de riesgo para un embarazo en la adolescencia es provenir de un hogar desestructurado , así mismo Janeth Mosquera Becerra en su estudio " factores asociados al embarazo en adolescentes "concluye que la ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre condicionan a un embarazo en la adolescencia con un 33.33% estos resultados concuerdan con los resultados del presente estudio que el 34.3% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca viven solo con su papá y el 24.3% viven con su mamá.

El resultado del presente estudio realizado en el Centro de Salud de Chilca la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas fue en la etapa de la adolescencia media (14-16 años ) en un 54.3% y que el 40% de las gestantes embarazadas sabían que podían quedar embarazadas en la primera relación sexual , estos resultados concuerdan con los encontrados por Gustavo Adolfo Ávila Montes en su estudio "Factores asociados al embarazo en adolescentes " que concluye que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años y que cerca de las 2 terceras partes sabían

que podían quedar embarazadas en la primera relación sexual. Con un 61.2 %, lo cual también concuerda con el estudio “Factores de riesgo presentes en el embarazo adolescente” el doctor Ángel Virino Arce Rojas concluye que el 75% de las adolescentes iniciaron su primera relación sexual entre los 14 y 17 años de edad, así mismo José Antonio Mascaro Ríos en su estudio de “Prevalencia de embarazo en la adolescencia” concluye que los adolescentes iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media (14 – 16 años).

Gabriela Quiroz Montes en su estudio “ Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo” concluye que la edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente así mismo concluye que las malas relaciones entre padres e hijos en un 35% influye en los embarazos en la adolescencia que concuerda con los resultados en el presente estudio que el 48.6% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca manifiesta haber sufrido de violencia física y no tener buenas relaciones con sus padres y que el 65.7% de las adolescentes embarazadas sufren de violencia familiar.

Janeth Mosquera Becerra en su estudio “Factores asociados a embarazo en adolescentes” concluye que las adolescentes que reportaron el uso de métodos de planificación familiar tuvieron de 60% a 90% menor oportunidad de un embarazo temprano. que no concuerda con los resultados en el presente estudio que el 68.6% de las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Chilca

manifiesta conocer los métodos de planificación familiar y haberlos usado y no tuvieron menor oportunidad de un embarazo temprano.

#### **APORTE DE LA INVESTIGACION:**

A través de los resultados obtenidos en la investigación se puede aportar a la teoría existente que los factores de riesgo influyen en el embarazo de las adolescentes, por lo que es necesario destacar que los hallazgos del trabajo son relevantes para un grupo específico, sin embargo debido a su característica cualitativa contribuye a comprender fenomenológicamente la complejidad del embarazo en la adolescencia. Se pretende que el trabajo contribuya a generar conocimiento que otorgue pertinencia a las intervenciones preventivas de embarazo no deseado en adolescentes.



## CONCLUSIONES

1. De un total de 70 gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca –Huancayo en el periodo de Enero Setiembre del 2014 la edad promedio es de 17 años.
2. Los factores de riesgo individual o biológico se asocian significativamente al embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo en el periodo de Enero a Setiembre del 2014; con un coeficiente de correlación de significancia positiva alta de 0.658 y no existe asociación significativa entre los factores de riesgo económico, psicológico y sociocultural.
3. Los factores de riesgo individual o biológico asociados al embarazo en adolescentes encontrados en nuestra población es que el 88.6% inició su primera menstruación entre las edades de 12 – 14 años, inició sus relaciones sexuales entre los 14-16 años de edad con un 54.3% , las adolescentes no creyeron embarazarse en su primera relación sexual con un 60.0% ,el grado de instrucción es el nivel secundario con un 65.7% y las actividades de riesgo que practicaron es tener la influencia de malas amistades con un 50%.
4. Los factores de riesgo económico no se asocian significativamente con el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo en el periodo de Enero a Setiembre del 2014, con un coeficiente de correlación de significancia positiva muy baja de 0.173.

5. Los factores de riesgo psicológico no se asocian significativamente con el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo en el periodo de Enero a Setiembre del 2014, con un coeficiente de correlación de significancia positiva muy baja de 0.068.
6. Los factores de riesgo sociocultural no se asocian significativamente con el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo en el periodo de Enero a Setiembre del 2014, con un coeficiente de correlación de significancia positiva muy baja de 0.168.

## SUGERENCIAS

1. Se recomienda al personal de obstetricia del Centro de Salud de Chilca realice sensibilización y brindar capacitaciones en sexualidad a las adolescentes, debido a que existe información pero que es escasa frente a sus necesidades respecto de “cómo prevenir un embarazo”.
2. A los padres de familia se recomienda deben fortalecer la comunicación con sus hijas favoreciendo las relaciones de tipo emocional y así mejore la conducta impulsiva del adolescente que la lleva a tomar decisiones inmediatas en cuanto tiene la oportunidad de liberarse y de la misma manera evitar que los adolescentes tomen decisiones por desconocimiento e ingenuidad respecto al entorno social y los riesgos existentes, lo que las hace más vulnerables.
3. En concordancia con el resultado del 65.7% de violencia familiar que presentan las adolescentes embarazadas se recomienda al personal del establecimiento de Salud que realice investigaciones que enfoquen la violencia familiar que afecta a estas adolescentes con la finalidad de programar intervenciones educativas comunicacionales al entorno familiar de las adolescentes del distrito de Chilca.
4. En concordancia con los resultados obtenidos respecto al mal uso de los métodos de planificación familiar por los adolescentes, se recomienda a la jefatura de la Micro Red de Chilca capacitar permanentemente al personal de salud encargado de la Estrategia de Salud del Escolar y Adolescente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álvarez R., (1991). Salud Pública, Medicina Preventiva, México Editorial Manual Moderno.
2. Martínez y Martínez, La salud del niño y del adolescente, 4n. Edición México, Masson Salvat. (2005).
3. Arana, MT., Calle, MC. & Arana, M. (2004). Haciendo realidad el derecho a la salud Promoción y cuidado de la salud del adolescente y jóvenes. Perú: OPS-GTZ.
4. Rodolfo Alarcón, Julio Cabrera. Estudio observacional sobre factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Tesis Doctoral. Santiago .Policlínico José Martí Pérez .2007.
5. Gustavo Adolfo Ávila Montes, estudio caso control sobre Factores asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales. Tesis magistral en salud internacional .España Comayagüela. Universidad Autónoma de Barcelona .2011.
6. MSc. Dr. Ángel Virino Arce Rojas. Dra. Magdeleine Romero Maturell. estudio observacional, prospectivo y descriptivo de corte transversal sobre factores de riesgo en el embarazo. Hospital Universitario Materno-Infantil Ángel Arturo Aballí Arellano. Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.2012.
7. José Antonio Mascaró Ríos, estudio descriptivo sobre prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero de Santa Marta .tesis magistral en salud pública. Cuba .Universidad Juan Bautista.2009.

8. Janeth Mosquera Becerra. estudio de cohorte prospectiva sobre factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años del municipio de Buenaventura, tesis magistral en epidemiología. Colombia, Universidad del Valle .2007.
9. Alder Hinojosa Suarez. estudio descriptivo sobre factores que influyen en un embarazo precoz.(2007).
10. Liliana Cutipa Copa. estudio descriptivo sobre factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociados al embarazo en adolescentes, tesis de licenciatura en Obstetricia. Tacna. Perú, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2012.
11. Gabriela Quiroz Montes, estudio caso control sobre factores familiares y reproductivos que se asocian al embarazo recurrente en adolescentes. Tesis de licenciatura en Obstetricia. Perú Lima. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2008.
12. Lesli Villanueva Cortez. estudio descriptivo transversal sobre Tesis de Equidad de género y embarazo en adolescentes. Licenciatura en Psicología. Perú Lima. Universidad de Villarreal. 2010.
13. Pilar Carla Diego Damián .estudio de Casos y Controles Tesis titulado factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal. Licenciatura en Obstetricia. Perú Lima. Universidad Mayor de San Marcos. 2008.
14. Alejandro Mejía .estudio descriptivo .Tesis titulado factores asociados con el embarazo en la adolescencia. Hospital Olavegoya.Jauja.Peru.1999.

15. Cerruti, S. (1997). Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W. K. Kellogg. Montevideo: OPS-OMS
16. Arana, MT., Calle, MC. & Arana, M. (2004). Haciendo realidad el derecho a la salud Promoción y cuidado de la salud del adolescente y jóvenes. Perú: OPS-GTZ.
17. Asociación Mundial de Sexología. (1999). Publicado en el XIV Congreso Mundial de Sexología. "Declaración de los Derechos Sexuales". Hong Kong.
18. Burga, M. (2003). Materiales de Informática, Módulos de Cálculos Psicométricos. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
19. Castelo, G., Naranjo, P. y Guijarro, S. (1993). Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes (Vol. 1 y 2). Quito: Pediatría Baca Ortiz.
20. Barreno, G., Lezcano, Y, y Mosqueira, L. (1997). Comparación del Crecimiento intrauterino entre recién nacidos a término de madres adolescentes y adultas. Quito: Universidad Central de Ecuador.
21. Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2005, julio 17). Publicado en la Declaración de Montreal "Salud sexual para el milenio" XVII Congreso Mundial de Sexología. Montreal. Canadá.
22. Bandura, A. y Walters, R. (1979). Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. Madrid: Alianza Editorial.
23. Álvarez R., (1991). Salud Pública, Medicina Preventiva, México Editorial Manual Moderno.
24. Escobar & Muñoz (1995) Estudio Cualitativo de la Experiencia de padres adolescentes 11. Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara,

- G. (1991), Adolescencia, Sexualidad y Embarazo, Serie Científica de Medicina.
25. Espinosa A. Mejía G., Adolescencia En Compendio de Medicina General. Ed. Martínez Abreu, L. Méndez Editores S A De C V México 2000.
  26. Silber T. (1992) Manual de la Medicina de la Adolescencia, Washington. Publicación de la OPS.
  27. Fuentes, M. E & Lobos, L (1994) Adolescentes Embarazadas UNAM.
  28. Sáez, G. I. (1992. Sexualidad en la Adolescencia, 2a. Edit. Caracas de la OPS.
  29. Escobar & Muñoz (1995) Estudio Cualitativo de la Experiencia de padres adolescentes 11. Molina, R. Luengo, X. Guarda, P. González, E. & Jara, G. (1991), Adolescencia, Sexualidad y Embarazo, Serie Científica de Medicina.
  30. Mondragón Castro H (1992) Ginecoobstetricia 4a. Edición 1991 México, Trillas.
  31. Espinosa A, Mejia G., Adolescencia En Compendio de Medicina General. Ed. Martínez Abreu, L. Méndez Editores S A De C V México 2000.
  32. Martínez y Martínez, La salud del niño y del adolescente, 4n. Edición México, Masson Salvat. (2005).
  33. James Leslie, Me Cary (1996. Sexualidad Humana de Me Cary, 5a Edición, México, El Manual Moderno.
  34. Mondragón Castro H (1992) Ginecoobstetricia 4a. Edición 1991. México, Trillas.
  35. Fuentes, M. E & Lobos, L (1994) Adolescentes Embarazadas UNAM.

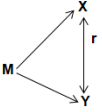
36. Sáez, G. I. (1992. Sexualidad en la Adolescencia, 2ª. Edición. Caracas dela OPS.
37. Centro de Comunicación Popular y Promoción del Desarrollo de Villa El Salvador. (2012- 19 Nov.). Publicado en Informe de Villa El Salvador: 26 añosdeHistoria.Lima,Perú.



# **ANEXOS**

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN – PERIODO ENERO A SETIEMBRE 2014

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?</p> <p><b>ESPECIFICOS</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo individuales que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo económico que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo psicológico que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?</p> <p>¿Cuáles son los factores</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo <b>asociados al embarazo</b> en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>1.-Identificar los factores de riesgo individuales que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p>2.- Identificar los factores de riesgo económicos que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p>3.- Identificar los factores de riesgo psicológicos que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b></p> <p>Ho: No existe relación significativa entre Los factores de riesgo y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p>H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECIFICAS</b></p> <p>Ho: No existe relación significativa entre los de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p>H1: Existe relación significativa entre los de riesgo individuales o biológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Indicadores</p> <p><b>Factores Individuales-Biológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad de</li> <li>✓ Grado de instrucción</li> <li>✓ Menarquia</li> <li>✓ Conocimiento sobre maduración biológica.</li> <li>✓ Edad de inicio de relaciones sexuales.</li> <li>✓ Conductas de riesgo.</li> </ul> <p><b>Factores Psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Autoestima</li> <li>✓ Violencia Psicológica</li> <li>✓ Familias conflictivas</li> <li>✓ Abandono Emocional.</li> </ul> <p><b>Factores</b></p>	<p><b>Población:</b></p> <p>Constituido por todas las adolescentes programadas en el Centro de Salud de Chilca para el año 2014 que es un total de 6115.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>Constituida por todas las gestantes Adolescentes que acudieron a su primer control prenatal al Centro de Salud de Chilca 2014, <b>que es 70</b></p> <p><b>Tipo de muestreo</b></p> <p>No probabilístico por conveniencia</p>	<p><b>Tipo y Nivel de investigación:</b></p> <p>Relacional, Descriptivo, Retrospectivo</p> <p><b>Diseño</b></p> <p>Es correlacional</p> <p><b>Esquema:</b></p>  <p><b>M:</b> Gestantes Adolescentes con factor de riesgo atendidas en el Centro de Salud de Chilca 2014.</p> <p><b>X:</b> Factores de riesgo</p> <p><b>Y:</b>Gestantes Adolescentes</p>	<p>Técnica:</p> <p>Observación de datos</p> <p>Instrumento:</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>Se realizara a través de la prueba de correlación de Rho de Spearman.</p>

<p>de riesgo sociocultural que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014?</p>	<p>setiembre 2014. 4.- Identificar los factores de riesgo sociocultural que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014. 5.-Analizar la relación existente entre los factores de riesgo y Embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p>	<p>periodo de enero a setiembre 2014. H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo económicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014 Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológicos y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014. H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo psicológico y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014. Ho: No existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014. H1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo sociocultural y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Chilca Huancayo en el periodo de enero a setiembre 2014.</p>	<p><b>Económicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ocupación</li> <li>✓ Procedencia</li> <li>✓ Ingreso Económico</li> </ul> <p><b>Factores Sociocultural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Machismo</li> <li>✓ Hacinamiento</li> <li>✓ Religión</li> <li>✓ Hogar Disfuncional</li> <li>✓ Violencia Sexual</li> <li>✓ Violencia Física</li> <li>✓ Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos</li> </ul> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p><b>Embarazo en Adolescentes</b></p> <p><b>Indicador:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Adolescencia Temprana</li> <li>✓ Adolescencia Media</li> <li>✓ Adolescencia Tardía</li> </ul>		<p>r: Relación entre variables de estudio.</p>		
---	--	---	---	--	--	--	--

## Operacionalización de variables

Nombre de la variable		tipo	escala	DIMENSIONES	Indicador	Categoría o valor final	Fuente	Ítems del instrumento Coloca el número del ítem
<b>Variable Dependiente</b>	Embarazo Adolescente	Cualitativa	Proporcional	Periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, de 10 a 19 años.	<b>Adolescencia temprana</b> <b>Adolescencia media</b> <b>Adolescencia tardía</b>	10 – 13 14 - 16 17 – 19	Instrumento de Recolección de datos	Ítem A 1
<b>Variable Independiente</b>	Factores	Cuantitativa	Proporcional	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	<b>Edad</b>	10 – 13 14 - 16 17 – 19	Instrumento de Recolección de datos	Ítem A 1
		Cualitativa	Nominal	Persona de que sabe leer y escribir y culminó un determinado nivel.	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior		Ítem A 2
		Cualitativa	Nominal	Aparición de la primera menstruación que oscila entre 9-17 años	Menarquía	Menarquía precoz 9-11 Menarquía intermedia 12-14 Menarquía tardía 15-17		Instrumento de Recolección de datos

<b>Variable Independiente</b>	Individuales-Biológicos	Cualitativa	Nominal	Conocimiento sobre los cambios biológicos que sufre la adolescente (primera menstruación).	Conocimiento sobre maduración biológica.	Conoce No conoce	Instrumento de Recolección de datos	Ítem A 4
		Cualitativa	Proporcional	Etapa en que la población en estudio inicia su actividad sexual.	Edad de inicio de las Relaciones Sexuales	De 10 a 14 De 15 a 19		Ítem A 5
		Cualitativa	Nominal	Actitudes, formas de comportamiento que incrementan el riesgo a sufrir un daño.	Conductas de riesgo (consumo de alcohol, droga)	Si NO		Ítem A 6
	Factores Psicológicos	Cuantitativa	Nominal	Es la autovaloración que uno se tiene a si mismo.	Autoestima	Si No	Instrumento de Recolección de datos	Ítem B.1
		Cuantitativa	Nominal	Presencia de gritos, humillaciones, insultos, entre los miembros de una familia.	Violencia psicológica	Si No		Ítem B.2

		Cuantitativa	Nominal	Hogares que presentan problemas de violencia, conflictos en el hogar.	Familias conflictivas	Si No	Instrumento de Recolección de datos	Ítem B.3
		Cuantitativa	Nominal	Es ignorar las necesidades del adolescente para poder tener un desarrollo emocional normal	Abandono emocional	Si No		Ítem B.4
Variable Independiente	Factores Económicos	Cuantitativa	Nominal	Es la que determina su dependencia frente a otros miembros de su familia.	Ocupación	Estudiante su casa trabaja	Instrumento de Recolección de datos	Ítem C.1
		Cuantitativa	Nominal	Lugar de origen.	Procedencia	Zona urbana Zona urbano marginal Zona rural		Ítem C.2
		Cuantitativa	Proporcional	Estado financiero de un hogar	Ingreso Económico	Menor de 500 De 500-1000 Mayor a 1000	Instrumento de Recolección de datos	Ítem C.3

Variable Independiente	Factores Sociocultural	Cuantitativa	Nominal	Conjunto de actitudes y comportamientos que rebajan injustamente la dignidad de la mujer en comparación con el varón	Machismo	Si No	Instrumento de Recolección de datos	Ítem D.1
		Cualitativa	Nominal	Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas que se considera excesivo	Hacinamiento	3 4 5 Más de 6		Ítem D.2
		Cualitativa	Nominal	Conjunto de creencias y prácticas basadas en una fe divina	Religión	Católica Evangélica Ateo No tiene religión	Instrumento de Recolección de datos	Ítem D.3
		Cualitativa	Nominal	Hogares desintegrados ya sea no cuenta con papá, o con mamá	Hogar disfuncional	Con ambos Solo con papa Solo con mama Sola otros		Ítem D.4
		Cualitativa	Nominal	Presencia de fuerza, agresión y falta de consentimiento de la otra persona para tener relaciones sexuales	Violencia Sexual	Si No		Ítem D.5

		Cualitativa	Nominal	Conocimiento sobre cómo cuidarse para no coger embarazo, conocer sobre sexualidad.	Grado de Conocimiento sobre sexualidad y métodos anticonceptivos	Si No		Ítem D.6
		Cualitativa	Nominal	Es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.	Violencia Física	Si No		Ítem D.7



## UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN



### E N C U E S T A

**INSTRUCCIONES: LEE DETENIDAMENTE CADA PREGUNTA Y RESPONDE**

#### **A. FACTORES INDIVIDUALES-BIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES:**

1. Cuántos años Tienes? .....
  
2. Hasta que año has estudiado
 

Analfabeta	( )
Primaría Completa	( )
Secundaria Completa	( )
Superior	( )
  
3. Conoces sobre los cambios biológicos que sufre tu cuerpo
 

SI...

.NO.....
  
4. A qué edad se inició tu menstruación.....
  
- 5 Creíste quedar embarazada en tu primera relación sexual
 

Si

No
  
- 6 A qué edad tuviste tu primera relación sexual.....
  
- 7 Practicas con frecuencia estas actividades;
 

- Consumes licor	si.....no.....
- Fumas mucho	si.....no.....
- Que tienes malos amigos	si.....no.....
- Tienes varios enamorados	si.....no.....

**B. FACTORES PSICOLOGICOS DE LAS ADOLESCENTES:**

1. ¿Cuánto te quieres?

- Mucho ( )

- Poco ( )

- Nada ( )

2 . Recibes insultos

SI.....

NO.....

3. Te ponen apodos

SI.....

NO.....

4. En tu hogar se produce peleas

SI.....

NO.....

**C. FACTORES ECONOMICOS DE LAS ADOLESCENTES**

1. Ocupación:

Ninguno ( )

Estudiante ( )

Trabaja ( )

Estudia y trabaja ( )

Su casa ( )

2. Si trabajas Cuanto te pagan

Nada

Menos de 300

300 a 500

## 3. Donde vives:

- Zona Urbana ( )
- Zona Periurbana ( )
- Zona Rural ( )

## 4. Quien mantiene tu hogar

- Tu papa
- tu mama
- Ambos

## 5. Cuánto gana tu papa/mama

- Menor de 500 ( )
- 500 a 1000 ( )
- más de 1000 ( )

**D. FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS ADOLESCENTES**

## 1 Tu papa es violento y discrimina a tu mama

SI.....

NO.....

## 2 Cuantos viven en tu casa

3

4

5

Más de 6

## 3 Con cuantas Habitaciones cuenta tu casa

1 ( )

2-3 ( )

+de 3 ( )

4 Cuál es tu Religión

- Católico ( )
- Evangélico ( )
- Otra religión.....
- No tienen Religión ( )

5 Con quienes vives en tu casa

- Solo con tu papa ( )
- Solo con tu mama ( )
- Con ambos(papa, mama) ( )
- Sola ( )
- Otros.....

6 Alguna vez recibiste agresión física.

SI.....

NO.....

7 Que métodos anticonceptivos conoces para evitar embarazarte.

.....

8 Alguna vez algún familiar cercano te ha tocado, acariciado, sin que tú lo permitas.

SI.....

NO.....

Instrumento tomado de la Tesis Mag. Rosibel Reyes Trucios, para optar al título de Magíster en Salud Pública, modificado por Norfa Del Castillo Gutiérrez para optar el Título de Magíster en Administración y Gerencia en salud setiembre 2014.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

La incidencia de embarazos en adolescentes continúa en asenso, por lo que estoy interesada en investigar que factores sociales, familiares están asociados ha dicho aumento de este problema, ya que sólo con el hecho de ser adolescente constituye un riesgo para el bebé y la madre joven. Debido a que nunca se ha hecho en esta Región, se realizará una investigación que contribuirá al planteamiento de un plan preventivo de estos embarazos.

RIESGOS:

No hay ninguno, ya que la información se obtendrá por una entrevista personal directa a la adolescente embarazada y será confidencial.

¿Tiene usted alguna pregunta acerca de la información que se le acaba de explicar?

DECLARACION

He leído o se me ha leído el contenido de este documento, me han brindado amplias explicaciones en cuanto a mi participación en esta investigación y me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción. Se me garantizó que toda la información es privada y me reservo el derecho a abandonarla en cualquier momento, y mi decisión de abandonarla o permanecer en él, no afectará los otros servicios de atención que recibo en este Centro de Salud.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

\_\_\_\_\_

FIRMA O HUELLA DIGITAL

N.DEEXPEDIENTE \_\_\_\_\_