UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORES:

Bachiller. Castro Pablo, Judith

Bachiller. Espejo Huerta, Yaquelin Stefany

ASESOR:

Mg. Carcausto Calla, Wilfredo Humberto

LIMA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por el incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque ha estado con nosotras a cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar.

A nuestros padres, quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación, siendo nuestro apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento de nuestra capacidad para superarlos. Es por ellos que somos lo que somos ahora.

A la Universidad Arzobispo Loayza y a los profesores quienes con su profesionalismo y ética guían a cada uno de nosotros con sus conocimientos y experiencias.

A todas aquellas personas que han colaborado en la culminación de este trabajo, en especial al Dr. Wilfredo Humberto Carcausto Calla.

Yaquelin y Judith

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Nosotras, Yaquelin Stefany Espejo Huerta y Judith Castro Pablo bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada Arzobispo Loayza con DNI 72607646 y 46762726 respectivamente con la tesis titulada “Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2016”.

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de nuestra autoría
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, Por lo tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún título profesional o grado académico previo.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por consiguiente los resultados que se presentan en la tesis constituirán aportes a la realidad investigada.

De incumplir el juramento asumiremos las consecuencias y sanciones que de nuestras acciones se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada Arzobispo Loayza.

Lima, 16 de noviembre del 2016

Castro Pablo Judith Espejo Huerta Yaquelin Stefany

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento al Capítulo III del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Arzobispo Loayza, presentamos el trabajo de investigación denominado: “Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2016”, estudio realizado con el propósito de optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia.

Esperando cumpla con los requisitos académicos estipulados por la universidad y que al ser evaluada merezca su aprobación.

Línea de investigación: Estilos de vida y gestación

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria ii

Agradecimientos iii

Declaración de autenticidad iv

Presentación v

Índice de contenido vi

Índice de tablas x

Resumen xi

Abstract xii

Introducción xiii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema 2

1.2. Formulación del problema 4

1.2.1. Problema general 4

1.2.2. Problemas específicos 5

1.3. Objetivos 5

1.3.1. Objetivo general 5

1.3.2. Objetivos específicos 5

1.4. Justificación 6

1.5. Limitaciones 6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación 8

2.1.1. Ámbito internacional 8

2.1.2. Ámbito nacional 11

2.2. Bases teóricas 14

2.2.1. Embarazo en adolescentes 14

2.2.2. Factores asociados 20

2.3. Definición de términos básicos 25

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de la hipótesis 28

3.1.1. Hipótesis general 28

3.1.2. Hipótesis específicas 28

3.2. Variables 28

3.2.1. Definición conceptual 28

3.2.2. Definición operacional 29

3.2.3. Operacionalización de la variable 30

3.3. Tipo de estudio 32

3.4. Diseño de estudio 32

3.5. Población, muestra y muestreo 33

3.5.1. Población 33

3.5.2. Criterios de selección 33

3.5.3. Muestra y muestreo 35

3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos 36

3.6.1. Técnica de recolección de datos 36

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos 36

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos 38

3.6.4. Procedimiento de recolección de datos 39

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos 40

3.8. Consideraciones éticas 41

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo 43

4.2. Prueba de hipótesis 47

4.2.1. Hipótesis general 47

4.2.2. Hipótesis específica 1 48

4.2.3. Hipótesis específica 2 50

4.2.4. Hipótesis específica 3 52

4.3. Discusión de los resultados 53

CONCLUSIONES **58**

SUGERENCIAS **59**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **60**

ANEXOS **65**

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

Anexo 3: Certificados de validez de instrumento

Anexo 4: Autorización para recolección de datos

Anexo 5: Consentimiento informado

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de la variable factores asociados y embarazo 30

Tabla 2: Distribución de las preguntas por dimensiones 38

Tabla 3: Juicio de expertos para validación del instrumento 38

Tabla 4: Confiabilidad de instrumento: Alpha de Cronbach 39

Tabla 5: Factores intrapersonales asociados al embarazo en adolescentes estudio: caso-control 43

Tabla 6: Factores interpersonales asociados al embarazo en adolescentes estudio: caso-control 45

Tabla 7: Factores contextuales asociados al embarazo en adolescentes estudio: caso-control 46

Tabla 8: Factores asociados y embarazo en adolescentes atendidas en Hospital María Auxiliadora, 2016 48

Tabla 9: Factores intrapersonales y embarazo en adolescentes atendidas en Hospital María Auxiliadora, 2016 49

Tabla 10: Factores interpersonales y embarazo en adolescentes atendidas en Hospital María Auxiliadora, 2016 51

Tabla 11: Factores contextuales y embarazo en adolescentes atendidas en Hospital María Auxiliadora, 2016 53

RESUMEN

Objetivo. Determinar qué factores están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora. **Diseño de estudio.** Observacional-analítico de tipo caso-control. La población fue comprendida por 320 usuarias de los consultorios externos pertenecientes al departamento de Gineco-obstetricia. La **muestra** estuvo conformada por 40 adolescentes embarazadas (casos) y 60 adolescentes no embarazadas (controles) atendidas en los consultorios externos de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el 2016, aplicándose como **instrumento** el cuestionario. La información obtenida se pasó a una base de datos utilizando Microsoft Office Excel 2010, los datos fueron procesados utilizando el software SPSS ver 22, los casos (adolescentes embarazadas) y controles (adolescentes no embarazadas) se compararon mediante la prueba de asociación Chi-cuadrado, además se aplicaron tablas de contingencia para el cálculo de los Odds ratio (producto cruzado). **Resultado.** En el análisis se observa que los factores con mayor fuerza de asociación son: recibir información sobre planificación familiar (OR= 5,444), el uso de un método anticonceptivo (OR= 5,211), edad de primera menstruación (OR=4,592).**Conclusiones.** Se determinó que los factores intrapersonales (Edad de primera menstruación, edad de inicio de relaciones sexuales, y diferencia de edad con el compañero sexual), interpersonales (ingresos económicos, grado de instrucción de la madre y el padre, violencia física entre los padres) y contextuales (ocupación y comprensión de la información recibida) se encuentran asociados significativamente al embarazo en adolescentes.

PALABRAS CLAVES. Factores asociados, embarazo, adolescentes

ABSTRACT

Objective. Toidentify the factors associated with pregnancy in adolescents attended at the Hospital María Auxiliadora. Study design. Observational-analytic case-control type. The population was comprised of 320 users of the out patient clinics belonging to the Department of Gynecology and Obstetrics. The sample consisted of 40 pregnant adolescents (cases) and 60 non-pregnant adolescents (controls) attended at the external clinics of Gineco-obstetrics of the Hospital María Auxiliadora in 2016, applying the questionnaire as an instrument. The information obtained was passed to a data base using Microsoft Office Excel 2010, data were process educing the SPSS ver 22 software, cases (pregnant adolescents) and controls (no pregnant adolescents) were compare dusing the Chi-square association test , In addition, contingency tables were used to calculate the Odds ratio (cross product). Result. In the analysis, the factors with the greatest strength of association are: receiving information on family planning (OR = 5.444), use of a contraceptive method (OR = 5.221), first menstruation age (OR = 4.592). Conclusions. It was determined that intrapersonal factors (age of first menstruation, age of onset of sexual intercourse, and age difference with sexual partner), interpersonal (economic income, degree of instruction of mother and father, physical violence between parents) and contextual (occupation and understanding of the information received) are significantly associated with pregnancy in adolescents.

KEYWORDS. Associated factors, pregnancy, adolescents

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un problema de salud individual y colectiva que no está relacionado simplemente con los cambios biológicos y psicológicos que surgen durante este periodo de transición, sino también con el modo en que adaptan estos cambios y se relacionan con la sociedad en la que conviven.

En la actualidad las entidades de salud pública se centran en el tratamiento o resolución de este problema de salud sin tomar en cuenta las “causas”, por lo que no se encuentra un método eficaz de intervención basada en la prevención o en evitar la recurrencia de estos casos durante esta misma etapa.

La investigación titulada “Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016” surge de la necesidad de conocer cuáles son los factores que intervienen y predisponen a los adolescentes al embarazo dentro de este sector, ya que las investigadoras, al haber pertenecido a este entorno, observaban en gran número de casos de adolescentes embarazadas que acudían a los consultorios externos o al servicio de emergencias por presentar complicaciones durante el transcurso del embarazo, parto o puerperio, por lo que se hace necesario realizar este tipo de investigación con el fin de reconocer los factores asociados al embarazo en adolescentes y lograr evitar que se produzca el embarazo antes de que las adolescentes alcancen la madurez para poder decidir cuándo y cuántos hijos desean tener.

Esta investigación es importante porque permitirá fomentar y diseñar estrategias que permitirán identificar y modificar dichos aspectos de la vida en los

adolescentes, con la ayuda de las familias y la comunidad, logrando una disminución en los casos.

La investigación está dividida en IV capítulos:

El primer capítulo describe el planteamiento del problema de investigación, donde se presenta lo que viene ocurriendo respecto al tema de investigación, además se indica el propósito de la investigación, la formulación del problema de forma general y específica, los objetivos que se quieren alcanzar, la justificación de la investigación y las limitaciones que se presentaron en el transcurso de la misma.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, en el cuál se exponen los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación, la base teórica en que se apoya y la conceptualización de algunos términos que permitan la comprensión total del trabajo.

El tercer capítulo se refiere al marco metodológico, en el que se formulan las hipótesis, se conceptualiza cada variable para definirla operacionalmente, se describe y se explica el tipo y diseño de estudio, además de definir la muestra de la población a ser estudiada junto con los criterios que se tomaron para seleccionarlos, la técnica e instrumento utilizado para la recolección de datos, el procesamiento y análisis de los datos mediante técnicas estadísticas que corresponden según el objetivo deseado, finalmente incluyendo las consideraciones éticas.

El cuarto capítulo presenta los resultados alcanzados y la consecuente discusión de estos. Por último se presentan las conclusiones y sugerencias, las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Los cambios físicos, la evolución de las capacidades, la toma de decisiones y las acciones que se llevan a cabo durante la adolescencia, repercuten no solo en el desarrollo y la salud de esta etapa sino durante toda su vida y hasta en las siguientes generaciones, lo que muestra la importancia de educar y promover conductas que les permitan desarrollar sus capacidades sin limitaciones, que se producirían por un embarazo a esta edad[1].

El embarazo en los adolescentes es uno de los problemas de salud más relevantes en los últimos años a nivel mundial. Las mujeres que quedan embarazadas antes de los 18 años rara vez pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección, a alcanzar un nivel de vida adecuado, pierden su niñez y asumen obligaciones para los que la mayoría no está preparado[2].

La evidencia muestra que entre los factores que más influyen en el logro de un embarazo en la adolescencia son las características del hogar: el ingreso económico y el nivel de educación alcanzado por los padres, el contexto de la realidad en que viven: el acceso a una educación sexual y sanitaria integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, la garantía del derecho de acceder a ellos libremente y sin obstáculos. Pero estos aspectos se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales inherentes a la sociedad en torno al género, el sexo, la sexualidad, la adolescencia, las relaciones de pareja y la maternidad[3].

Según la Organización Mundial de la Salud[4], en el mundo se estima que cada año 16 millones de mujeres entre los 15 y 19 años y 1 millón de menores de

15 años llevan a término el embarazo, principalmente en países de ingresos bajos y medianos, siendo la tasa media de natalidad, durante el año 2014, de 49 por cada 1000 adolescentes. Mientras que cerca de 3 millones de adolescentes se someten a abortos, muchos de forma clandestina[4-5].

Según los resultados inscritos en el informe Estadísticas sanitarias mundiales 2014[5] de la Organización Mundial de la Salud, el 95% de los partos en adolescentes en el mundo ocurren en países en vías de desarrollo. En 54 países de estos, los embarazos en adolescentes son menos frecuentes en menores de 15 años, mientras que en algunos se prevé un aumento en el número total de niñas que dan a luz, estos son más probables entre adolescentes de hogares con pocos ingresos, bajos niveles de educación y aquellas que viven en zonas rurales. América Latina es la segunda región del mundo con mayor porcentaje, alrededor de un 20%, de mujeres de 20 a 24 años que afirman haber dado a luz antes de los 18 años, solo superada por África subsahariana con un 28,1%[6].

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar[7], el porcentaje de adolescentes embarazadas aumentó en 1,8% entre el periodo 1991-1992 al 2012, llegando a un 13,3% de la población adolescente. De esta cifra, el 9,9% son madres y el 2,6% están gestando por primera vez, la cual también reveló que la mayoría de ellas, el 25,3%, reside en la selva y son pobres. El embarazo de adolescentes se diferencia notablemente, según departamento; mientras que el 30,4% de las adolescentes de Loreto ya tenían un hijo o estaban embarazadas, en Moquegua y Arequipa solo el 7% y el 8,4% respectivamente, estaban en la misma situación. Otros departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes que tienen hijos o son madres fueron Amazonas

(28,1%), Madre de Dios (24,1%) y Tumbes (21,4%). Por el contrario los departamentos con menores porcentajes fueron Lambayeque (9,2%), Junín (10,5%) y Apurímac (10,6%). En Lima Metropolitana las estadísticas refieren un ligero aumento en la tasa de adolescentes embarazadas que en el 2013 fue de 11% y aumentó a 11,6% en el 2014.

Junto a estas evidencias sobre la realidad del país, está lo observado en el Hospital María Auxiliadora, ubicada en el distrito de San Juan de Miraflores, donde durante la etapa de internado se identificó el gran número de adolescentes embarazadas que acudían a los consultorios de Gineco-obstetricia y al servicio de emergencia presentando complicaciones que podrían degenerar en la muerte materna-fetal. De acuerdo a la información obtenida de la oficina de estadística[8] de dicho hospital, durante el año 2015 se presentaron 1575 partos de adolescentes de entre 10 a 19 años de edad.

Por lo que al analizar esta problemática se hace necesario conocer los factores asociados al embarazo para poder impulsar programas y campañas que ayuden a disminuir la tasa de embarazos en adolescentes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué factores están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

1.2.2. Problemas específicos

¿Qué factores intrapersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

¿Qué factores interpersonales están asociadas al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

¿Qué factores contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar qué factores están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los factores intrapersonales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

Identificar los factores interpersonales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

Identificar los factores contextuales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.4. Justificación

El embarazo en adolescentes es más frecuente de lo que se quisiera aceptar, por lo que para lograr disminuirlo debemos tener en cuenta que no es solo producto de los cambios biológicos, sino que se debe a las múltiples interrelaciones entre diversos factores que intervienen en la vida diaria de estos. En este sentido, la presente investigación es relevante, porque permite identificar estos factores para poder lograr una mejor prevención y así disminuir no sólo el embarazo en adolescentes sino también las complicaciones que puedan presentarse y de ese modo lograr una mejor calidad de vida para ellos.

Además es importante porque luego de revisar diferentes antecedentes, no se halló un instrumento apropiado para la recolección de datos que permita lograr el cumplimiento de los objetivos de este estudio, por lo que se procedió a generar un nuevo instrumento basado en el utilizado por Flores[15], por medio del cual logramos la recolección de los datos y su posterior análisis logrando identificar los factores asociados al embarazo en adolescentes.

1.5. Limitaciones

- Los datos obtenidos mediante el cuestionario no están libres de sesgo ya que no se puede verificar totalmente la veracidad de las respuestas obtenidas.
- Los resultados hallados solo fueron interpretados a nivel relacional y no explicativo

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Ámbito internacional

Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Zevallos L, Bustamante J, Muriel E, Chaverra L, Acuña M.[9] en el 2012, realizaron la investigación "Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia". El cual fue un estudio con diseño analítico de caso y control, con 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas, con hijos o antecedentes de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual sin historia de embarazo, los datos fueron obtenidos mediante una encuesta estructurada por entrevista personal. En los resultados de la investigación hallaron una menor escolaridad entre las mujeres casos que entre los controles., en cuanto a la ocupación el 35.8% de los casos se encontraban en el colegio mientras que en los controles el 84.1% se encontraban estudiando. De los casos 63.6% dependían del conyugue. El inicio de la actividad sexual fue de los 15 años para ambos grupos. Se encontró que el 45.7% del control uso algún método de planificación familia y en los casos solo 21.2% hizo uso de estos. El 77.7% de las mujeres adolescentes de este estudio afirmaron aprobar el inicio y mantenimiento de la actividad sexual en la adolescencia. En conclusión demostraron que las causas asociadas al embarazo involucran a factores individuales, familiares, socioculturales

Rojas L, Claros N.[10] en el 2012, realizaron la investigación "Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factor de riesgo para embarazo en la adolescencia". El cual fue un estudio con diseño comparativo de caso y

controle, donde participaron 22 adolescentes embarazadas (caso) y 22 adolescentes no embarazadas (controle), se les aplicaron una encuesta basada en la aglutinación de instrumentos previamente seleccionados. En los resultados de la investigación, encontraron que el total de controles eran estudiantes de secundaria, a diferencia de los casos de los cuales 22.73% eran estudiantes. Entre los antecedentes familiares de los casos 86.36% tenían una madre cuyo primer hijo nació antes de los 20 años, comparado con 54.55% de los controles. La funcionalidad familiar medida por el Apgar-familiar no mostró diferencia, (45.45%) de casos provenían de una familia funcional, (22.73%) pertenecían a una familia con disfuncionalidad leve y (31.82%) a una familia con disfuncionalidad severa; de los controles, la mitad pertenecían a familias funcionales, y (22.73%) y (27.27%) a familias con disfuncionalidad leve y severa respectivamente. Se mostró que el total de casos pertenecen al nivel socioeconómico bajo y (95.45%) de los controles a dicho nivel. En este grupo poblacional, conductas de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y drogas no tuvo relación con el embarazo. En antecedentes gineco-obstétricos, (45.45%) de los casos presentó menarca a los 12 años o antes, en los controles (27.27%). Número de parejas sexuales, en el grupo de casos, (59.09%) tuvo relaciones solamente con una pareja en su vida, para los controles, (66.67%) tuvieron relaciones sólo con una pareja en su vida y el total estuvo con sólo una pareja durante el último año. En relación a métodos de anticoncepción el grupo de controles presenta en 100% conocimiento del tema, comparado con sólo (45.45%) del grupo de casos, este conocimiento fue adquirido en el colegio, el hogar y establecimiento de salud en porcentajes similares para ambos grupos. En conclusión en este estudio el haber tenido una madre cuyo hijo haya nacido en la

adolescencia, el conocimiento de métodos anticonceptivos, la falta de uso de los mismos y tener más de una pareja sexual en esta etapa son factores relacionados con un incremento de la responsabilidad de embarazos la adolescencia.

Ávila G, Barbena M, Arguello P.[11] en el 2008, realizaron la investigación "Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela". El cual fue un estudio con diseño de caso y control, donde participaron 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a edad y procedencia, los datos fueron obtenidos mediante una encuesta estructurada por entrevista personal. En los resultados de la investigación encontraron que los grupos en comparación fueron homogéneos en cuanto a algunos datos generales como la edad, el nivel de ingreso. En antecedente de que la madre tuvo gestación en la adolescencia para el caso era de (73.1%) y para el control (58.2%). El nivel de escolaridad fue mayor en el grupo control. El estudio de los casos revelo que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años de edad y que solo el (28.4 %) de los casos usaron método anticonceptivo, (30%) de casos tenían conocimiento sobre algún método anticonceptivo, (45%) de los caos. Existe asociación entre el haber completado solamente la educación primaria y proceder de un hogar desestructurado y que el haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor de protección del embarazo en la adolescencia. En conclusión el riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

Gómez C, Montoya L.[12] realizaron la investigación "Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012". El cual fue un estudio con diseño transversal, en un censo de 193 mujeres entre los 13 y 19 años de edad residentes en el área urbana del municipio de Briceño, que se encontraban registradas en la base de datos SISBEN municipal versión III, se aplicó una encuesta dirigida a buscar información sobre factores: sociales, demográficos, familiares y económicos. En los resultados se encontró que el 78.5% tenía un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, el 71% habitaban en viviendas de estrato socioeconómico 1, el 63.2% son estudiantes. El 50% de las mujeres del estudio tuvo su primera relación sexual a los 15 años. A la hora de aplicar la encuesta el 51.3% tenían relaciones sexuales y de estas, el 69.7% usaban métodos anticonceptivos y el 37.4% estaba en embarazo. El 50% de las adolescentes tenía 16 años o menos cuando tuvieron su primer hijo y el 7.5% presentó uno o más abortos. En conclusión el estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad de los padres, el haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes.

2.1.2. Ámbito nacional

Vizcarra Z.[13] realizó la investigación "Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al instituto nacional Materno Perinatal en el periodo noviembre – diciembre 2012", el cual fue un estudio con diseño descriptivo transversal aplicada en una población conformada por 80

adolescentes embarazadas y 30 adolescentes no embarazadas a quienes se les realizó una encuesta . En los resultados se aprecia que el 75% de los casos y el 93.33% de los controles pertenecen a un nivel socioeconómico medio, el 51.25% de los casos tienen una disfunción familiar moderada y el 66.67% de los controles tienen una familia funcional, el 83.75% de los casos y los controles en su totalidad han estudiado hasta el nivel secundario. En conclusión se encontró que los factores de riesgo que predisponen a este fenómeno son: la dinámica familiar y el factor sociodemográfico en cuanto al nivel educativo y los factores socioeconómicos no son significativos en la predisposición para la ocurrencia del embarazo en adolescentes.

Osorio R.[14] realizó la investigación “Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013”, el cual fue un estudio con diseño observacional descriptivo en el cuál se encuestó a 100 gestantes adolescentes empleando una cuestionario validado. En los resultados se observa que el 20% de las gestantes dicen haber planificado su embarazo y que el 50% de las mismas tenían edades que oscilaban entre 17 y 19 años, de las cuales el 64% provenían de familias desintegradas. El 62% de las gestantes respondieron haber iniciado las relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y el 82% tenían conocimiento sobre métodos anticonceptivos. En conclusión las adolescentes embarazadas tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo, la temprana edad de inicio de relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tiene algunos conocimientos de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en las encuestadas.

Godiel E.[15] realizó la investigación “ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012”.El cual fue un estudio con diseño analítico transversal no experimental en el cual se encuesto a 70 adolescentes embarazadas del Instituto Nacional Materno Perinatal y 70 adolescentes no embarazadas de la Institución Educativa Honorio Delgado, utilizando como herramienta una encuesta personal. En los resultados de la investigación, encontraron que el 75.71% del grupo de las embarazadas presenta un ambiente social familiar inadecuado y el 24.29% un ambiente familiar adecuado; el 35.71% del grupo de las no embarazadas presentan un ambiente social familiar inadecuado y 64.29% presentan un ambiente social familiar adecuado. En conclusión el presente estudio estuvo enfocado a identificar el ambiente social familiar de las adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, en lo que se encontró que el ambiente social familiar en la mayoría de adolescentes atendidas en el INMP fue inadecuado, así como también se enfocó a establecer la relación entre el ambiente social familiar y el embarazo en adolescentes que acuden al INMP en los que se encontró que los adolescentes que tiene un ambiente social familiar inadecuado tienen mayor probabilidad de un embarazo no esperado en relación a los que tienen un ambiente social familiar adecuado; es decir, si se relacionan dichas variables.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo en adolescentes

2.2.1.1. Adolescencia

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulto, durante esta etapa los jóvenes sufren diversas transformaciones psicológicas, físicas y cognoscitivas. Esta se encuentra caracterizada porque durante su duración se alcanza la etapa final del crecimiento, con el inicio de la capacidad de reproducirse y junto con ello se inicia la inserción en el grupo de adultos y en su mundo para lo que se tiene que realizar una serie de ajustes para adaptarse a la sociedad y a las facilidades y dificultades que se presenten. A medida, que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden probar muchos comportamientos de riesgo entre los que se encuentran la actividad sexual, hoy en día más de la mitad de las mujeres y casi el 75% de los varones han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años[16].

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital[17].

La Organización Mundial de la Salud[17] define la adolescencia como el período de vida que comprende entre los 10 y 19 años de edad, aunque el Ministerio de Salud del Perú[18] ha modificado dicho rango de edad que ahora fluctúa entre los 12 y 17 años.

2.2.1.2. Características del adolescente

La adolescencia es la transformación de la niñez a la adultez. Este período bio-psicosocial (10 a 20 años) comprende gran cantidad de modificaciones corporales. Hay un rápido crecimiento, cambios en las proporciones y formas corporales, y la madurez sexual. Está caracterizada por la búsqueda de identidad, necesidad de intelectualizar y fantasear, crisis religiosas, desubicación temporal, fluctuaciones de humor, contradicciones de la conducta, tendencia grupal y separación progresiva de los padres. Los adolescentes enfrentan distintos riesgos como embarazo y maternidad precoz, elevados índices de mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio, condicionados por patrones conductuales como el consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias, actividad sexual y de pandillas. Un buen manejo se debe realizar teniendo en cuenta las características de esta etapa; es esencial que el compromiso no sólo sea por parte de un área, sino de todos los profesionales de la salud[19].

2.2.1.3. Desarrollo de la adolescencia

La Fisiología del crecimiento la maduración ósea depende de las hormonas tiroideas, los andrógenos adrenales y esteroides gonadales sexuales. Cuando comienza la pubertad, tanto la GH como los esteroides sexuales participan en la puesta en marcha del estirón puberal, dejando notar algunos cambios, aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de los dos sexos[20].

En el desarrollo psicosocial valoraremos cuatro aspectos de crucial importancia:

1. La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un "vacío" emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de "regreso al hogar" (18 a 21 años)[20].

2. Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad[20].

3. Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación

con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja[20].

4. Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten "omnipotentes" y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro[20].

2.2.1.4. Salud sexual y reproductiva del adolescente

Las adolescentes tienen más probabilidades de iniciar tempranamente su vida sexual, pero también menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos por diferentes motivos. El primero es que muchos están empezando a tener relaciones sexuales en la adolescencia temprana. Según datos de encuestas domiciliarias efectuadas en diversos países y representativas del mundo en desarrollo (sin incluir a China), aproximadamente un 11% de las mujeres y un 6% de los varones de 15 a 19 años afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años; El segundo motivo tiene que ver con las grandes diferencias entre los niños y las niñas adolescentes en cuanto a los comportamientos y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Al parecer, los varones tienen más probabilidades de involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo[21].

2.2.1.5. VIH-SIDA

En los países con alta prevalencia, el VIH y el sida ponen en peligro las vidas de los adolescentes Prevenir la transmisión del VIH es uno de los retos más importantes para preservar la vida y la salud de los adolescentes. Aunque se estima que el sida es la octava causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta causa de muerte entre los niños de 10 a 14 años, el número de víctimas fatales en los países con alta prevalencia es desproporcionadamente alto21. La enorme magnitud de la epidemia del sida en África oriental y meridional explica por qué esta enfermedad es una de las principales causas de muerte no solo entre las mujeres de 15 a 29 años de todo el mundo, sino también entre los hombres del mismo grupo de edad. El riesgo de infectarse con el VIH es muchísimo más alto para las mujeres que para los varones adolescentes[21].

2.2.1.6. El embarazo en adolescentes

El embarazo es el período que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto. Durante el embarazo el estado general de la mujer varía entre aquella que no manifiesta cambios y el de la que se siente mejor que cuando no está embarazadas. Pocas son las que se tornan demacradas y psicológicamente deprimidas[22].

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la Organización Mundial de la Salud[17], como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. Un factor esencial para la prevención del embarazo en la adolescencia es el involucramiento de los padres, establecer una relación estrecha con sus hijos la cual se forma desde una temprana edad.

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[19].

Si una madre tiene menos de 18 años la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es un 60%; incluso en caso de que sobreviva existe una mayor probabilidad de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición o de retraso en el desarrollo físico y cognitivo[23].

2.2.2. Factores asociados

2.2.2.1. Factores intrapersonales:

Características sociodemográficas personales:

Edad: es necesario conocer y reconocer la edad más saludable para tener el primer embarazo, con el fin de lograr los resultados más saludables para las mujeres y los recién nacidos, dentro del contexto de una elección libre e informada, tomando en cuenta las intenciones de fertilidad y el tamaño de familia deseado. En comparación con mujeres de edad más avanzada, las jóvenes entre edades de 13 y 19 años tienen el doble de probabilidad de morir a caudas relacionadas con el embarazo y el parto; y sus bebés también corren un riesgo un 50% más alto de morir antes de cumplir un año de edad, que los bebés nacidos de mujeres en sus 20[24].

Grado de instrucción: según la Organización mundial de la Salud[25], la educación es un importante factor de protección contra los embarazos precoces; cuantos más años de escolarización, menos embarazos precoces, también se encuentra asociado a un mayor riesgo de mortalidad materna: este es 2,6 veces superior en mujeres sin educación que en las que tienen estudios postsecundarios.

Comportamiento:

Edad de primera menstruación: en promedio, la adolescente comienza su ciclo menstrual a los 12 o 13 años, este no sucede hasta que se ha conseguido

unas tasas de desarrollo máximo en altura y peso. Un aumento en la grasa corporal puede estimular la menarquía, el ejercicio vigoroso tiende a retrasarla[26].

Diversos factores genéticos y ambientales intervienen en la edad de aparición de la menarquia. La literatura científica avala la existencia de un fuerte componente hereditario, ya que la edad de la menarquia de las madres influye entre un 50 y un 75% en la de las hijas; además, las características étnicas y raciales son factores genéticos que contribuyen a las variaciones de inicio puberal. En la raza negra, por ejemplo, la menarquía es más temprana. Entre los factores ambientales los más relevantes son el nivel socioeconómico, el estado nutricional, el estado de salud en general, la actividad física, y se ha detectado la influencia de otros factores como el bajo peso al nacer, e influencia estacional y climática[27].

Edad de inicio de relaciones sexuales: Entre los 15 y 35 años es la etapa más activa en el ejercicio de la sexualidad, aumentando los riesgos de embarazo no deseado o ETS, cuando a más temprana edad sea el inicio de dicha actividad. El adolescente llega al ejercicio de su sexualidad no siempre con la madurez necesaria para evitar los riesgos y asumir la responsabilidad de dicha decisión[26].

Número de parejas sexuales: Muchas veces los adolescentes intentan mantener relaciones sexuales con el mayor número de parejas posibles por intentar la reafirmación de su identidad sexual, tratar de conseguir el reconocimiento de sus pares, curiosidad, etc., por lo que el ejercicio de la sexualidad en el adolescente es un factor de alto riesgo, que puede llegar a tener serias consecuencias[26].

Métodos de planificación familiar: Los adolescentes necesitan acceso a los preservativos y a otros métodos de planificación familiar, según proceda. El personal de salud encargado debe estar familiarizado con las diversas medidas contraceptivas y lo adecuadas que estas puedan ser para las personas de este grupo.[17] Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en cuenta las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia)[28]. Pocas son las adolescentes entre 15 y 19 años que usan actualmente un método anticonceptivo. Según las cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2011[29], solo el 12.8% de las adolescentes emplea algún método anticonceptivo. Entre las adolescentes en unión conyugal el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es mayor (60.7%), pero sigue siendo menor al de otros grupos de edad.

Conocimiento:

Los adolescentes necesitan información, incluida una educación sexual y reproductiva con el acceso a otras intervenciones de prevención, tratamiento y atención relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual junto con un entorno libre de explotación y de abusos que les ofrezcan seguridad y apoyo[17].

Violencia:

Violencia sexual: La conferencia mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos[30], celebrada en Copenhague en 1993, definió el uso de la violencia contra la mujer como una violación a los derechos fundamentales, que supone un ataque a la libertad individual y a la integridad física. La violencia sexual es un acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual, por extensión, se consideran también como ejemplos de violencia sexual los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas en cualquier ámbito, incluidas el hogar y/o el lugar de trabajo[30].

2.2.2.2. Factores interpersonales

Características sociodemográficas de la familia:

Nivel de riqueza del hogar basado en los ingresos familiares: Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan: los ingresos del hogar, los niveles de educación, ocupación y también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros[31].

Conformación de la familia directa: Tipos de familia: Nuclear, hogar conformado por un núcleo conyugal primario (madre, padre e hijos). Monoparental, conformado por un solo conyugue con los hijos. Extensa, hogar conformado por una familia nuclear más otros parientes. Compuesta, familia formada por una familia nuclear o una familia extensa más otros no-parientes[32].

Violencia familiar:

Violencia psicológica: es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica de la persona, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, etc[30].

Violencia física: cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones[30].

2.2.2.3. Factores contextuales

Acceso a los servicios de salud:

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona. En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, solamente el 40% de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas[33].

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- la pobreza;
- la distancia;
- la falta de información;
- la inexistencia de servicios adecuados;
- las prácticas culturales.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario[33].

2.3. Definición de términos básicos

Adolescente: es un periodo del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango es de 10 a 20 años[18].

Amenorrea: es la ausencia del periodo hemorrágico menstrual: primaria, mujer mayor de 18 años, que no ha tenido nunca la menstruación; secundaria, la menstruación desaparece tras haber ocurrido periodos normales[34].

Anticonceptivo: son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sea ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basadas en tecnología o en conducta[35].

Educación sexual: es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos bio-psico-sociales de la sexualidad, como parte de la formación

integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo[36].

Embarazo: es el periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto[21].

Enfermedad de transmisión sexual: son aquellas que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual (vaginal, oral o anal). Muchos las conocen como “enfermedades venéreas”[37].

Menarquia: es la primera menstruación, aparece con la pubertad. Ocurre entre los 12 y 15 años. Durante el primer año las menstruaciones son irregulares[34].

Método anticonceptivo: es el método utilizado para el control voluntario de la fecundidad[38].

Planificación familiar: es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia[39].

Violencia: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones[40].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Formulación de la hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

3.1.2. Hipótesis específicas

Los factores intrapersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

Los factores interpersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

Los factores contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

3.2. Variables

3.2.1. Definición conceptual

V1: Factores asociados

Toda variable asociada a mayor frecuencia del daño o problema de salud. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios[42].

- *Factores intrapersonales:* Denominada también factor individual, donde se relacionan las características psicosociales, socioculturales y

socioeconómicas, que se han demostrado en la literatura sociodemográfica que influyen en el embarazo de adolescentes[15].

- *Factores interpersonales:* Caracterizada como grupos primarios de referencia la familia, los amigos, la pareja, la red de apoyo social y definición de roles[15].

- *Factores contextuales:* Constituyen el trasfondo total de una persona y su estilo de vida. Incluyen las variables comunitarias, institucionales y políticas[15].

V2: Embarazo adolescente

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia[41], o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen o no han alcanzado la mayoría de edad jurídica (variable según los distintos países del mundo)[4].

3.2.2. Definición operacional

Las variables del estudio se harán observables y podrán ser medidas mediante sus respectivas dimensiones a través del instrumento aplicado para recolección de datos sobre el embarazo en adolescentes y los factores asociados a este fenómeno en adolescentes entre los 12 y 17 años atendidas en el Hospital María Auxiliadora, fue un cuestionario de 27 preguntas referidas a los indicadores de la variable señalada.

3.2.3. Operacionalización de la variable

Tabla 1: Operacionalización de la variable dependiente embarazo adolescente y variable independiente factores asociados

VARIABLES	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	TIPO/ ESCALA	INSTRUMENTO
V1 Factores asociados al embarazo adolescente	Factores intrapersonales	Características sociodemográfica personales	Edad	12 a 14 años 15 a 17 años	Cuantitativa Razón	Cuestionario
			Grado de instrucción	Primaria Secundaria	Cualitativa Ordinal	Cuestionario
		Comportamiento	Edad de la primera menstruación	< 15 años 15 años a más	Cuantitativa Razón	Cuestionario
			Edad de inicio de relaciones sexuales	< 15 años 15 años a más	Cuantitativa Razón	Cuestionario
			Número de parejas sexuales	1 persona 2 personas a más	Cuantitativa Razón	Cuestionario
			Métodos de planificación familiar	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Conocimiento	Información sobre planificación familiar	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Información sobre ETS	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Percepción y actitudes	Percepción sobre planificación familiar	Apruebas Desapruebas	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Consideración del embarazo como problema	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Capacidad para conseguir un condón	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Prácticas	Diferencia de edad con el compañero sexual	Diferencia 0 a 3 años Diferencia más de 3 años	Cuantitativa Razón	Cuestionario

		Violencia	Violencia sexual	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
	Factores interpersonales	Características socioeconómicas de la familia	Nivel de riqueza del hogar basado en los ingresos familiares mensuales	Menos de S/1992 al mes Más de S/1,992 al mes	Cuantitativa Razón	Cuestionario
			Conformación de la familia directa	Familia nuclear Familia mixta	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Nivel educativo en el hogar	Menor a primaria completa Mayor a primaria completa	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Violencia familiar	Violencia psicológica entre los padres	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Violencia física entre los padres	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
	Factores contextuales	Distrito de residencia	Distrito donde vive	VMT SJM	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Ocupación	Actividad laboral	Estudia Otras actividades	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Religión	Profesa alguna religión	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
		Inequidad en el acceso al servicio prestador de salud	Accesibilidad al hospital	Es difícil llegar Es fácil llegar	Cualitativa Nominal	Cuestionario
			Comprensión de la información recibida en consulta	Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario
V2 Embarazo en adolescentes		Embarazo		Sí No	Cualitativa Nominal	Cuestionario

Fuente: Datos obtenidos de forma propia

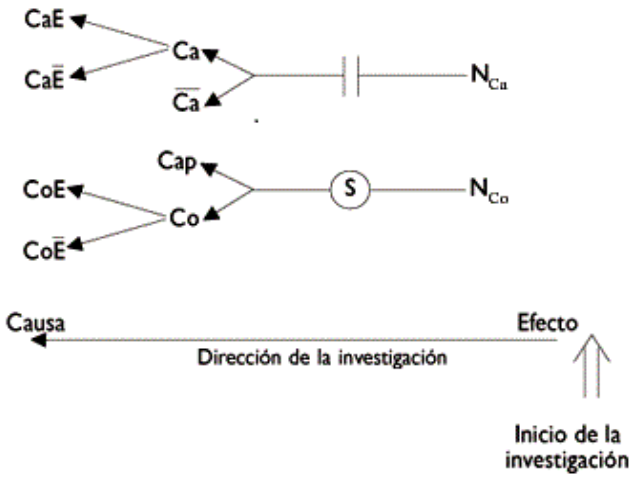
3.3. Tipo de estudio

El tipo de investigación fue cuantitativa, porque para el tratamiento de los datos se emplearon procedimientos estadísticos con base en la medición numérica, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. De acuerdo a la técnica de contrastación fue descriptiva porque solo se recogieron los datos como ocurrieron en la realidad, sin modificarlos, empleando solo el método de la observación[43].

3.4. Diseño de estudio

Se considera que esta investigación fue observacional analítico caso-control porque describe los datos obtenidos buscando relacionarlas y asociar sus categorías median el estudio de dos grupos, casos (adolescentes embarazadas) y controles (adolescentes no embarazadas), mediante la comparación con respecto a la frecuencia con que el factor se halla presente en cada grupo[43].

El esquema de diseño es el siguiente:



Dónde:

N_{ca} = Fuente de población de los casos

N_{co} = Fuente de población de los controles

Ⓢ = Muestra de controles

‖ =Tamizaje para casos

Ca = Casos bajo estudio

$\overline{Ca}$ = Casos no estudiados

Cap = Casos prevalentes

Co = Controles

CaE = Casos expuestos

$Ca\overline{E}$ = Casos no expuestos

CoE = Controles expuestos

$Co\overline{E}$ =Controles no expuestos

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población a estudiar estuvo comprendida por 360 usuarias de los consultorios externos pertenecientes al departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, que acudieron durante el transcurso del mes de abril del 2016.

3.5.2. Criterios de selección

Para la determinación de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios:

3.5.2.1. Criterios de inclusión

Casos

1. Adolescentes embarazadas entre 12 y 17 años de edad.
2. Adolescentes embarazadas procedentes de los consultorios externos de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora.
3. Adolescentes embarazadas que viven en los distritos SJM y VMT.
4. Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio y cuyos tutores aceptaron firmar el consentimiento informado.

Controles

1. Adolescentes no embarazadas entre los 12 y 17 años de edad.
2. Adolescentes que nunca habían estado embarazadas
3. Adolescentes no embarazadas que habían iniciado su vida sexual.
4. Adolescentes no embarazadas procedentes de los consultorios externos de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora.
5. Adolescentes no embarazadas que vivían en los distritos SJM y VMT.
6. Adolescentes no embarazadas que aceptaron participar en el estudio y cuyos tutores aceptaron firmar el consentimiento informado.

3.5.2.2. Criterios de exclusión

Casos

1. Adolescentes embarazadas con discapacidades mentales.
2. Adolescentes embarazadas analfabetas.

3. Adolescentes embarazadas de 12 a 17 años que no estuvieran embarazadas en el momento de realizado la encuesta.
4. Adolescentes embarazadas que no vivían en los distritos de SJM y VMT.
5. Adolescentes embarazadas que no querían participaren el estudio.

Controles

1. Adolescentes que estuvieran embarazadas al momento de realizar la encuesta.
2. Adolescentes no embarazadas con discapacidades mentales.
3. Adolescentes que no habían iniciado su vida sexual.
4. Adolescentes no embarazadas que no vivían en los distritos de SJM y VMT.
5. Adolescentes no embarazadas que no querían participaren el estudio.

3.5.3. Muestra y muestreo

3.5.3.1. Muestra

Para el tamaño de la muestra se usó la fórmula de cálculo para caso control.

$$N = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
1-α/2 = Nivel de Confianza a dos colas	$1-\alpha/2 =$	0.975
$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2} =$	1.960
Beta (Máximo error tipo II)	$\beta =$	0.200
1-β = Poder estadístico	$1-\beta =$	0.800

$Z_{1-\beta}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\beta}$ =	0.842
P_1 = Prevalencia en el primer grupo	P_1 =	0.400
P_2 = Prevalencia en el segundo grupo	P_2 =	0.100
P = Promedio de la prevalencia	P =	0.250
Tamaño de cada grupo	n=	31.5

El número de casos obtenidos es de 32 casos y 64 controles.

3.5.3.2. Muestreo

Para este estudio se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para los casos y controles en base a los criterios de inclusión.

3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.6.1. Técnica de recolección de datos

Se hizo uso de la técnica de la Encuesta por la efectividad en recolectar datos de fuentes primarias, por lo que se utilizó el Cuestionario como instrumento, previamente diseñado con preguntas dirigidas a una muestra representativa de la población estadística en estudio[43].

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables[43], en este caso para medir las variables embarazo adolescente y factores asociados, cuya ficha técnica se presenta a continuación.

Ficha técnica embarazo adolescente y factores asociados

Nombre	Cuestionario de factores asociados y embarazo.
Autores	Castro Pablo Judith, Espejo Huerta Yaquelin
Administración	Individual
Usuarios	Adolescentes de entre 12 y 17 años
Duración	No hay tiempo límite pero se estima un tiempo aproximado de 20 minutos.
Objetivo	Determinar qué factores se encuentran asociados al embarazo en adolescentes.
Dimensiones	Factores intrapersonales, interpersonales y contextuales.
Áreas	Características sociodemográficas personales, comportamiento, conocimiento, percepción y actitudes, prácticas, violencia, características socioeconómicas de la familia, violencia familiar, zona de residencia, ocupación, religión, inequidad en el acceso al servicio prestador de salud.
Normas para la aplicación	Esta encuesta se presenta a las adolescentes embarazadas y no embarazadas, de manera impresa para que de forma anónima y personal respondan a las preguntas marcando la opción que más se adapte a su realidad.

Tabla 2: Distribución de las preguntas por dimensiones

DIMENSIONES	PREGUNTAS
Factores intrapersonales	1 al 14
Factores interpersonales	15 al 20
Factores contextuales	21 al 25

Fuente: Datos obtenidos de forma propia

3.6.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

3.6.3.1. Validez de contenido

El instrumento como tal se sometió a una prueba de expertos, para ello se buscó la certificación de tres connotados docentes en investigación, la cual se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 3: Juicio de expertos para validación del instrumento

N°	EXPERTOS	OPINIÓN DE APLICABILIDAD
1	Navarro Soto, Alicia	Aplicable
2	Olivera Ramírez María	Aplicable
3	Medina Coronado, Daniela	Aplicable

Como se aprecia en la tabla 3, los jueces en su conjunto decidieron que el instrumento es aplicable.

3.6.3.2. Confiabilidad de instrumento

Para determinar el grado de confiabilidad del instrumento de recolección de datos se utilizó el Alpha de Cronbach, cuya fórmula usada es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^2}{S_T^2}\right]$$

Nivel de confiabilidad

- 0,81 a 1,00 Muy alta
- 0,61 a 0,80 Alta
- 0,41 a 0,60 Moderada
- 0,21 a 0,40 Baja
- 0,01 a 0,20 Muy baja

Dónde:

K= es el número de ítems del Instrumento

S^2i= Suma de Varianza de los Ítems

S^2t= Varianza Total

Para obtener la confiabilidad del instrumento se desarrolló la prueba piloto en el Hospital María Auxiliadora a las adolescentes de los consultorios externos de Gineco-obstetricia. La prueba piloto consistió en la aplicación del cuestionario sobre factores asociados al embarazo adolescente en ambos grupos.

Tabla 4: Confiabilidad de instrumento: Alpha de Cronbach

INDICADORES	NÚMERO DE ÍTEMS	ALPHA DE CRONBACH
Total de ítems	27	0,669

Mediante el cual se determinó que el resultado es alta por lo que es aplicable a las personas a encuestar.

3.6.4. Procedimiento de recolección de datos

1. Se solicitó el permiso al médico encargado de los consultorios externos del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, con el fin de tener autorización para llevar a cabo el estudio.

2. Se indagó por las adolescentes usuarias de los consultorios externos que cumplieran con los criterios de inclusión.

3. Se entregó los consentimientos informados a los tutores presentes de las adolescentes que iban a ser encuestadas.

4. Se realizó la recolección de datos de las adolescentes usuarias de los consultorios externos de Gineco-obstetricia a través de la aplicación de un cuestionario a cada una de forma individual que duró aproximadamente 20 minutos.

5. Todos los datos fueron procesados en una base de datos con el apoyo del programa SPSS 22.

6. Los datos fueron analizados para la comprobación de la hipótesis.

3.7. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

La información obtenida mediante los cuestionarios fue ingresada a una base de datos utilizando la hoja de cálculos informáticos (Microsoft Office Excel 2010) y SPSS versión 22 con el fin de organizarlos en una tabla que permita acceder a los resultados de una manera clara y entendible.

Para los casos (adolescentes embarazas) y los controles (adolescentes no embarazadas) se determinaron las proporciones de las variables categóricas de estudio y se compararon mediante la prueba de asociación Chi-cuadrado[43] que evalúa la relación entre estas, además se aplicaron tablas de contingencia para el cálculo de los Odds ratio (producto cruzado) para medir las estimaciones de riesgo[43].

3.8. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación no vulnera los principios éticos que rigen el método científico, ya que solo busca mejorar el conocimiento sin causar daño a los participantes, para lo cual se pidió el permiso correspondiente al hospital María Auxiliadora para llevar a cabo la investigación y se informó de forma clara y concisa a los participantes acerca de la investigación y de la confidencialidad de los datos que serían obtenidos durante el estudio, logrando que dieran su consentimiento para convertirse en participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 5: Factores intrapersonales asociados al embarazo en adolescentes en un estudio: caso-control

FACTORES INTRAPERSONALES	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%
	n°= 32	100 %	n°= 64	100 %		
Edad						
12 a 14 años	4	12,5%	5	7,8%	1,686	0,4-6,8
15 a 17 años	28	87,5%	59	92,2%		
Grado de instrucción						
Primaria	9	28,1%	10	15,6%	2,113	0,8-5,9
Secundaria	23	71,9%	54	84,4%		
Edad de primera menstruación						
< 15 años	29	90,6%	45	70,3%	4,081	1,1-15,0
15 años a más	3	9,4%	19	29,7%		
Edad inicio relaciones sexuales						
< 15 años	18	56,3%	14	21,9%	4,592	1,8-11,4
15 años a más	14	43,7%	50	78,1%		
Número de parejas sexuales						
2 personas a más	8	25%	19	29,7%	0,789	0,3-2,1
1 persona	24	75%	45	70,3%		
Uso de métodos anticonceptivos						
No	22	68,7%	19	29,7%	5,211	2,0-13,1
Sí	10	31,3%	45	70,3%		
Método anticonceptivo usado						
Barrera / Natural	6	60%	33	73.3%	0,545	0,1-2,3
Hormonal	4	40%	12	26,7%		
Planificación de embarazo						
No	21	65,6%	34	53,1%	1,684	0,7-4,1
Sí	11	34,4%	30	46,9%		
Recibir información sobre PPFF						
No	20	62,5%	15	23,4%	5,444	2,2-13,7
Sí	12	37,5%	49	76,6%		
Facilitador información PPFF						
Familia / Amigos	4	33,3%	12	24,5%	1,542	0,4-6,0
Profesional de salud	8	66,7%	37	75,5%		
Recibir información sobre ETS						
No	6	18,8%	11	17,2%	1,112	0,4-3,3
Sí	26	81,2%	53	82,8%		
Facilitador información ETS						
Familia / Amigos	4	15,4%	9	17%	1,000	0,3-3,7
Profesional de salud	22	84,6%	44	83%		

Aprueba uso de MAC						
No	6	18,8%	5	7,8%	2,723	0,8-9,7
Sí	26	81,2%	59	92,2%		
Embarazo es un problema						
Sí	5	15,6%	19	29,7%	0,439	0,15-1,3
No	27	84,4%	45	70,3%		
Poder conseguir un condón						
No	6	18,7%	13	20,3%	0,905	0,3-2,7
Sí	26	81,2%	51	79,7%		
Diferencia de edad con la pareja						
4 años a más	18	56,3%	14	21,9%	4,592	1,8-11,5
Ninguna a 3 años	14	43,7%	50	78,1%		
Violencia sexual						
Sí	3	9,4%	9	14%	0,632	0,2-2,51
No	29	90,6%	55	86%		

Fuente: datos obtenidos mediante el procesamiento del SPSS

Interpretación: En la tabla 5 la variable factores intrapersonales muestran asociación positiva con embarazo en la adolescencia, el que la primera menstruación se haya presentado antes de los 15 años (OR: 4,081 IC95%: 1,1-15,0), el haber iniciar la actividad sexual antes de los 15 años (OR: 4,592 IC95%: 1,8-11,4), el no haber usado un método anticonceptivo (OR: 5,211 IC95%: 2,0-13,1), no haber recibir información sobre planificación familiar (OR: 5,444 IC95%: 2,2-13,7) y la diferencia de edad con la pareja mayor de 4 años (OR: 4,592 IC95%: 1,8-11,5). Mientras los valores obtenidos en las variables edad, grado de instrucción, número de parejas sexuales, método anticonceptivo usado, planificar el embarazo, información sobre ITS, considerar el embarazo un problema, posibilidad de conseguir un condón y la presencia de violencia sexual no son estadísticamente significativos, ya que contienen la unidad en el IC95% por lo que no pueden considerarse factores de riesgo ni de protección.

Tabla 6: Factores interpersonales asociados al embarazo en adolescentes en un estudio: caso-control

FACTORES INTERPERSONALES	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%
	n°= 32	100%	n°= 64	100%		
Ingresos económicos familiares						
Menos de s/1992 al mes	29	90,6%	42	65.6%	5,06	1,4-18,5
Más de s/1,992 al mes	3	9,4%	22	34,4%		
Conformación de familia directa						
Mixta	13	40,6%	12	18,8%	2,96	1,2-7,6
Nuclear	19	59,4%	52	81,2%		
Grado de instrucción madre						
Menor a primaria completa	18	56,3%	14	21,9%	4,59	1,8-11,4
Mayor a primaria completa	14	43,7%	50	78,1%		
Grado de instrucción padre						
Menor a primaria completa	13	40,6%	13	20,3%	2,68	1,1-6,8
Mayor a primaria completa	19	59,4%	51	79,7%		
Violencia psicológica						
Sí	22	68,8%	39	60,9%	1,41	0,6-3,5
No	10	31,2%	25	39,1%		
Violencia física						
Sí	19	59,4%	17	26,6%	4,05	1,6-9,9
No	13	40,6%	47	73,4%		

Fuente: Datos obtenidos mediante el procesamiento del SPSS

Interpretación: En la tabla 6 la variable factores interpersonales muestran asociación positiva con embarazo en la adolescencia, cuando se tiene un ingreso económico menor de 1,992 soles al mes (OR: 5,06 IC95%: 1,4-18,5) una familia de conformación mixta (OR: 2,96 IC95%: 1,2-7,6), escolaridad de la madre menor a primaria completa (OR: 4,59 IC95%: 1,8-11,4), escolaridad del padre menor a primaria completa (OR: 2,68 IC95%: 1,1-6,8), violencia física entre padres (OR: 4,05 IC95%: 1,6-9,9). Mientras que la violencia psicológica no es estadísticamente significativo, ya que contienen la unidad en el IC95% por lo que no pueden considerarse factores de riesgo ni de protección.

Tabla 7: Factores contextuales asociados al embarazo en adolescentes en un estudio: caso-control

FACTORES CONTEXTUALES	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%
	n°= 32	100%	n°= 64	100%		
Distrito de residencia						
V.M.T. S.J.M.	17 15	53,1% 46,9%	33 31	51,6% 48,4%	1,065	0,4-2,4
Ocupación						
Otras actividades Estudia	16 16	50% 50%	14 50	21,9% 78,1%	3,571	1,4-8,7
Predica una religión						
No Sí	1 31	3,1% 96,9%	3 61	4,7% 95,3%	0,656	0,06-6,56
Acceso al hospital						
Es difícil llegar Es fácil llegar	3 29	9,4% 90,6%	12 52	18,8% 81,2%	0,448	0,12-1,7
Comprensión de información recibida en consulta						
No Sí	20 12	62,5% 37,5%	24 40	37,5% 62,5%	2,778	1,15-6,67

Fuente: Datos obtenidos mediante el procesamiento del SPSS

Interpretación: Se puede apreciar en la tabla 7 la variable factores contextuales muestran asociación positiva con embarazo en la adolescencia, si realiza actividades diferentes al estudio (OR: 3,571 IC95%: 1,4-8,7), no entender la información dada en consulta (OR: 2,778 IC95%: 1,15-6,67). Mientras que los datos obtenidos para el distrito de residencia, el predicar alguna religión y acceso al hospital no son estadísticamente significativos, ya que contienen la unidad en el IC95% por lo que no pueden considerarse factores de riesgo ni de protección.

4.2. Prueba de hipótesis

4.2.1. Hipótesis general

a) Hipótesis de investigación

Los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

b) Hipótesis estadística

H_0: Los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales no están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

H_1: Los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

c) Nivel de significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.05$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

d) Función de la prueba

Se realizó por medio de la prueba no paramétrica chi-cuadrado.

e) Regla de decisión

Rechazar H_0 cuando la significación observada “p” es menor que α.

No rechazar H_0 cuando la significación observada “p” es mayor que α.

Tabla 8: Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en Hospital María Auxiliadora, 2016

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	X^2	P
Factores intrapersonales	26,751	0,033
Factores interpersonales	24,479	0.000
Factores contextuales	12,567	0,028

Fuente: Datos obtenidos mediante el procesamiento del SPSS

Interpretación: En la tabla 8 se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables: factores intrapersonales, interpersonales y contextuales con la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. La prueba resultó significativa para los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales porque la probabilidad salió menor a 0.05, por lo que en estos casos se sostiene que se relacionan con la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

4.2.2. Hipótesis específica 1

a) Hipótesis de investigación

Los factores intrapersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

b) Hipótesis estadística

H_0: Los factores intrapersonales no están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

H_1: Los factores intrapersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

c) Nivel de significación

El nivel de significación teórica es α = 0.05, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

d) Función de la prueba

Se realizó por medio de la prueba no paramétrica chi-cuadrado.

e) Regla de decisión

Rechazar H_0 cuando la significación observada "p" es menor que α.

No rechazar H_0 cuando la significación observada "p" es mayor que α.

Tabla 9: Factores intrapersonales y embarazo en adolescentes en el Hospital María Auxiliadora, 2016

FACTORES INTRAPERSONALES	**X^2**	**P**
Edad	O,552	0,458
Grado de instrucción	2,100	0,147
Edad de primera menstruación	4,983	0,026
Edad de inicio de relaciones sexuales	11,344	0,001
Número de parejas sexuales	0,232	0,630
Uso de métodos anticonceptivos	13,304	0,000
Método anticonceptivo usado	0,705	0,401
Planeación de hijos	1,362	0,243
Haber recibido información sobre PPFF	14,052	0,000
Facilitador de la información sobre PPFF	0,390	0,533
Haber recibido información sobre ETS	0,036	0,850
Facilitador de la información sobre ETS	0,000	1,000
Aprobación del uso de métodos anticonceptivos	2,516	0,113
Consideración del embarazo como problema	2,250	0,134
Posibilidad de conseguir un condón	0,033	0,856
Diferencia de edad con el compañero sexual	11,344	0,001
Violencia sexual	0,429	0,513

Fuente: Datos obtenidos mediante el procesamiento del SPSS

Interpretación: En la tabla 9 se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables: factores intrapersonales y la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. La prueba resultó significativa en cuanto a la edad de la primera menstruación, la edad de inicio de relaciones sexuales, el haber usado método anticonceptivo, haber recibido información sobre planificación familiar y la diferencia de edad con el compañero sexual porque la probabilidad salió menor a 0.05, por lo que en estos casos se sostiene que se relacionan con la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. A diferencia de la edad, grado de instrucción, número de parejas sexuales, información sobre ETS, el considerar el embarazo un problema, la posibilidad de conseguir un condón, y la presencia de violencia sexual donde la prueba resultó no significativa porque la probabilidad fue mayor a 0.05 por lo que en estos casos se sostiene que no se relaciona con la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

4.2.3. Hipótesis específica 2

a) Hipótesis de investigación

Los factores interpersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

b) Hipótesis estadística

H_0: Los factores interpersonales no están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

H_1: Los factores interpersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

c) Nivel de significación

El nivel de significación teórica es α = 0.05, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

d) Función de la prueba

Se realizó por medio de la prueba no paramétrica chi-cuadrado.

e) Regla de decisión

Rechazar H_0 cuando la significación observada "p" es menor que α.

No rechazar H_0 cuando la significación observada "p" es mayor que α.

Tabla 10: Factores interpersonales y embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016

FACTORES INTERPERSONALES	**X^2**	**P**
Ingresos económicos familiares mensuales	6,923	0,009
Conformación de la familia directa	5,300	0,021
Grado de instrucción de la madre	11,344	0,001
Grado de instrucción del padre	4,457	0,035
Violencia psicológica entre los padres	0,562	0,453
Violencia física entre los padres	9,800	0,002

Fuente: Datos obtenidos mediante procesamiento del SPSS

Interpretación: En la tabla 10 se presenta la prueba de hipótesis para constatar la relación entre las variables: factores interpersonales y ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. La prueba resultó significativa en cuanto a los ingresos económicos familiares mensuales, la conformación de la familia directa, el nivel educativo de la madre, el nivel educativo del padre, la violencia física entre los padres porque la probabilidad salió menor a 0.05, por lo que en estos casos se sostiene que se relacionan con

la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. A diferencia de la violencia psicológica entre los padres porque la probabilidad fue mayor a 0.05 por lo que en estos casos se sostiene que no se relacionan con la ocurrencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016

4.2.4. Hipótesis específica 3

a) Hipótesis de investigación

Los factores contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

b) Hipótesis estadística

H_0: Los factores contextuales no están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

H_1: Los factores contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

c) Nivel de significación

El nivel de significación teórica es $\alpha = 0.05$, que corresponde a un nivel de confiabilidad del 95%.

d) Función de la prueba

Se realizó por medio de la prueba no paramétrica chi-cuadrado.

e) Regla de decisión

Rechazar H_0 cuando la significación observada "p" es menor que α.

No rechazar H_0 cuando la significación observada "p" es mayor que α.

Tabla 11: Factores contextuales y embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016

FACTORES CONTEXTUALES	X^2	P
Distrito de residencia	0,021	0,885
Ocupación	7,855	0,005
Religión	0,130	0,718
Acceso al hospital	1,422	0,233
Comprensión de la información recibida en consulta	5,371	0,020

Fuente: Datos obtenidos mediante el procesamiento del SPSS

Interpretación: En la tablas 11 se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables: factores contextuales y ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. La prueba resultó significativa en cuanto a la ocupación y la comprensión de la información recibida en consulta porque la probabilidad salió menor a 0.05, por lo que en estos casos se sostiene que se relacionan con la ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016. A diferencia del distrito de residencia, la religión y el acceso al hospital, donde la prueba resultó no significativa porque la probabilidad fue mayor a 0.05 por lo que en estos casos se sostiene que no se relacionan con la ocurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

4.3. Discusión de los resultados

S e han realizado diversos estudios sobre los factores asociados al embarazo, siendo que un aproximadamente un 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años, y siendo la gran mayoría de estos (95%) en países de ingresos bajos.[4]

Los resultados de esta investigación, obtenidos a través de los datos de encuestas realizadas a adolescentes que se encontraban en los consultorios externos de Gineco-obstetricia, los cuales luego de ser analizados, muestran que los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales, están positivamente asociadas con el embarazo en adolescentes de 12 a 17 años de edad, escolarizadas, residentes entre los distritos de Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores. De este conjunto, 14 variables alcanzaron significancia estadística ($p<0,05$).

Existe un consenso de varios estudios que refieren que uno de los principales factores que se asocian al embarazo en adolescentes es la parición temprana de la menstruación y el inicio precoz de las relaciones sexuales, la conformación de la familia y el conocimiento de métodos anticonceptivos, como lo demuestran los resultados obtenidos en el mismo hospital por Osorio[14] que encontró que el 64% de las adolescentes embarazadas provienen de familias desintegradas, 62% inicio sus relaciones sexuales entre loa 14 a 16 años de edad y el 82% tiene nada o pocos conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Sin embargo, las diferencias entre estas dos investigaciones realizadas en el mismo hospital fue la edad que tenían las adolescentes gestantes ya que según Osorio[14] el rango de edad oscilaba entre los 17 y 19 años de edad, mientras que en la presente fue de entre 15 y 17 años lo que nos muestra que el rango de edad para tener hijos va disminuyendo con el transcurso de los años por lo que ahora las adolescentes empiezan a tener hijos a más temprana edad, en cuanto al grado de instrucción en el primero la mayoría de adolescentes gestantes sólo habían llegado a cursar la primaria y no continuaron estudiando mientras que ahora se

puede apreciar que la mayoría de adolescentes cursaba la secundaria cuando quedaron embarazadas.

En un estudio realizado en Tulúa-Colombia por Sánchez, Mendoza, Grisales, Bustamante, Muriel , Chevarra y Acuña[9] se halló que la media de edad para el inicio de relaciones sexuales fue de 15naños, el 62,5% no usaban método anticonceptivo y el 21,2% hizo uso de un método anticonceptivo, datos similares hallados en La Paz-Bolivia por Rojas[10] donde la primera menstruación se presentó antes de los 12 años, el inicio de la vida sexual se dio a una edad menor a los 15 años, solo un 45.5% tenía conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

En nuestra investigación, dentro de los factores intrapersonales, el no haber recibido información sobre planificación familiar es un riesgo de mayor fuerza de asociación para la ocurrencia de un embarazo adolescente, con un OR de 5,444, es decir que la adolescente que no ha recibido información sobre planificación familiar tiene casi seis veces el riesgo de un embarazo respecto a una adolescente que si recibió esta información. Casi lo mismo ocurre con el uso de un método anticonceptivo que presentó un OR de 5,211 lo que quiere decir que existe 5 veces más riesgo para una adolescente de embarazarse si no utiliza ningún método anticonceptivo lo que refuerza la importancia y necesidad de cursos y charlas sobre planificación familiar para lograr evitar los embarazos.

Según Osorio[14] y Vizcarra[13] existe relación entre la aparición precoz de la menstruación lo que se también se observó en nuestra investigación, por lo que podemos decir que la aparición de la menstruación antes de los 15 años conlleva un riesgo de embarazarse durante la adolescencia de casi 5 veces más (OR = 4,592) respecto de las adolescentes que comenzaron a menstruar después de

esta edad. Lo que también nos hace relacionar que mientras más pronto aparece la menstruación el número de parejas sexuales sería mayor, lo que se tendría un riesgo de embarazo 5 veces mayor que las adolescentes que tienen solo una pareja sexual.

En cuanto a los factores interpersonales encontramos que Godiel[15] nos habla de la asociación que existe entre la presencia de una familia disfuncional y el embarazo en adolescentes, lo que se confirma en esta investigación por medio de varios indicadores: como la conformación de la familia en la que existe 3 veces más riesgo (OR= 2,96) de que una adolescente quede embarazada cuando proviene de una familia mixta que de una nuclear (padre y madre), el grado de escolarización de la madre y el padre, quedando patente que existe más riesgo cuando la madre a estudiado menos de la primaria completa (OR= 4,59) que cuando el padre estudió menos de la primaria completa (OR= 2,68), lo que concuerda con nuestra realidad donde es común que la madre permanezca en el hogar mientras el padre sale a trabajar, por lo que a quien se acude con alguna duda es a la madre que siempre está presente y con la que se tiene más confianza, por lo que en esta investigación se aprecia la importancia de la educación que alcanza la madre de estas adolescentes ya que de acuerdo a esta ella educará a sus hijos y brindará su apoyo. La presencia de violencia física intrafamiliar también influye en la aparición del embarazo de forma precoz ya que ante la presencia de esta existe 4 veces más probabilidad de que se produzca.

Los factores contextuales nos presenta la importancia de la ocupación del adolescente, que el que realicen una actividad diferente a estudiar genera un mayor riesgo (OR= 3,571) de embarazarse que si concluyen los estudios, lo que

de forma directa también afecta la capacidad de comprender y entender información sobre la salud que pueda darse en consulta dando que de no entender las indicaciones que puedan darse en los consultorios (OR= 2,778) genera un riesgo 3 veces mayor de quedar embarazada.

Se puede concluir que dentro de los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales hay varios indicadores que se encuentran asociados al embarazo adolescente como la conformación de la familia y la gran influencia de la parte femenina de la misma, la importancia de una educación de calidad donde se abarque el tema de la sexualidad y la planificación familiar, el precoz inicio de las relaciones sexuales, el ingreso económico, la presencia de violencia física en la familia, la ocupación del tiempo del adolescente, y la capacidad de comprensión y retención de lo que se informa por parte del personal de salud.

CONCLUSIONES

Primera: Algunos de los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales si se encuentran asociados al embarazo en adolescentes.

Segunda: De los factores intrapersonales, se encontró que los indicadores que se asocian con el embarazo en adolescentes son la edad de la primera menstruación considerada de riesgo si esta se produjo antes de los 15 años de edad y el inicio de la actividad sexual, el haber recibido información sobre planificación familiar y el uso de los métodos anticonceptivos, también la diferencia de edad con la pareja sexual.

Tercera: De los factores interpersonales, se encontró que los indicadores que se asocian al embarazo son los ingresos económicos familiares mensuales, la conformación de sus familias, el nivel educativo alcanzado por la madre y el padre, y la presencia de violencia física en el entorno familiar.

Cuarta: De los factores contextuales, se encontró que los indicadores que se asocian al embarazo son la ocupación del adolescente lo que demuestra que una de las consecuencias del embarazo en adolescentes es la deserción escolar lo que concuerda con la capacidad de comprensión de la información recibida en las consultas.

SUGERENCIAS

1. Se recomienda fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar en los centros educativos, el hogar y en los centros de salud.
2. Se recomienda a las municipalidades promover actividades de participación y promoción del trabajo con la familia, la comunidad y la escuela para así lograr una integración entre estas y puedan apoyarse y proteger a los adolescentes.
3. se recomienda que las instituciones educativas promuevan actividades recreativas y deportivas que involucren a los adolescentes en temas de su interés, como la música, danza, alcoholismo, drogadicción, encuentros deportivos, etc.
4. Se recomienda a los centros de salud realizar charlas para adolescentes sobre los riesgos y complicaciones que tendrá en caso de embarazarse y como cambiará bruscamente su vida desde ese momento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década, [en línea]. Ginebra: OMS; 2014. [consultado 2016 febrero 20]. Disponible en: http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Periodo de transición de crucial importancia. [en línea]. Ginebra: OMS; 2016.[consultado 2016 febrero 20]. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vivencias y relatos sobre embarazos en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. [en línea]. Panamá: UNICEF; 2014.[consultado 2016 febrero 20].disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf

4. Organización mundial de la salud. El embarazo en la adolescencia.[en línea].Ginebra:OMS;2014.[consultado 2016 febrero 20].disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/

5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. [en línea]Ginebra: OMS; 2014. [consultado 2016 febrero 20]. Disponible en: Apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes [En línea]. New York.UNFPA. 2013. [consultado 2016 setiembre 10]. Disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf

7. Instituto Nacional de Estadística e informática. Perú encuesta demográfica de salud familiar-ENDES2014. [en línea]. Lince: INEI; 2014. [consultado 2016 febrero 20]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

8. Oficina de estadística. Hospital María Auxiliadora

9. Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Zevallos L, Bustamante J, Muriel E, Chaverra L, Acuña M. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia. RevchilObstetGinecol. [en línea]. 2013; 78(4): 269-281. [consultado 2016 febrero 20]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005

10. Rojas L, Claros N. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Rev.Méd.la paz. [en línea].2014; 20(1): 18-27. [consultado 2016 febrero 20]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004

11. Ávila G, Barbena M, Arguel P. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela.RevMedHondur. [En línea]. 2011; 79 (2):68-72. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-2-2011-5.pdf

12. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012.Rev salud pública. [En línea]. 2014; 16 (3): 394-406. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000300006

13. Vizcarra Velasquez Z. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden al instituto nacional Materno Perinatal en el periodo noviembre – diciembre 2012. [tesis de licenciatura]. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/205/90_2013_Vizcarra_Velasquez_ZL_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1

14. Osorio Alania R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. [título profesional Médico Cirujano]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf

15. Godiel Villanueva E. Ambiente social familiar asociado a embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012. [tesis de licenciatura]. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna; 2013. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/244/129_2013_Godiel_Villanueva_ERA_FACS_Ostetricia_2013.pdf?sequence=1

16. Flores C, Soto V. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [tesis doctoral]. http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf

17. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [en línea]. Ginebra: OMS; 2016. [consultado 2016 febrero 22]. Disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

18. Ministerio de Salud del Perú. Prevención del embarazo en adolescentes. [En línea]. Lima: MISA. 2010; [consultado 2016 febrero 22]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/

19. Mendoza W. y Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. RevPeruMedExp Salud Pública. 2013; 30 (3): 471-9. [Consultado 2016 marzo 20]. Disponible en:

20. Iglesias Díaz J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. RevPediatr Integral. 2013; XVII (2): 88-93. [Consultado 2016 junio 15]. Disponible en: http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf

21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2011: La adolescencia Una época de oportunidades. [En línea].Estados Unidos: UNICEF; 2011. [Consultado 2016 junio 20].disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

22. Leopoldo Schuwarez R, Fescina R. y Duverges C. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: El ateneo; 2005.

23. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Encuesta Demográfica y de salud familiar. [En línea]. Lima: ENDES. 2014. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

24. United States Agency International Development. HTSP 101: Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciamiento saludables del embarazo. [En línea] Washington D.C.: Extendingservicedelivery; 2010. [Consultado 2016 julio 12]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/htsp101_es.pdf

25. Organización Mundial de la Salud. Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud. Informe de secretaría [En línea]. Ginebra: OMS: 2011. [Consultado 2016 julio 12]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-sp.pdf

26. Sandoval, Socoro. Psicología del desarrollo humano II. [En línea]. Culiacán: Dirección general de escuelas preparatorias; 2012. [Consultado 2016 julio 12]. Disponible en: http://uaprepasemi.uas.edu.mx/libros/6to_SEMESTRE/64_Psicologia_del_Desarrollo_Humano_II.pdf

27. Valdés S, Gomes A. Temas de Pediatría. [Monografía en internet].editorial ciencias médicas. 2011. [Consultado 2015 abril 25]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hojainformativa/hi0811.htm

28. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud sexual: Recomendaciones para la acción. [Actas de una reunión en internet].Asociación Mundial de Sexologia;2000. [Consultado 2015 junio 20]. Disponible en: http://www.e-sanitas.edu.com/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/promocion_desalud_esxual%200MS%202000.pdf

29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. [En línea]. Lima: INEI; 2011. [Consultado 2015 junio 12]. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011

30. Duran P. Sobre la Violencia Contra la Mujer. Nueva revista de política cultura y arte. [En línea]. 2001;(73):15-17. [Consultado 2015 abril 25]. Disponible en: http://www.nuevarevista.net/articulos/sobre-la-violencia-contra-las-mujeres

31. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. Niveles socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao. [En línea]. Lima: APEIN; 2013 [Consultado 2015 abril 25]. Disponible en: http://www.apeim.com.pe/wp-content/themes/apeim/docs/nse/APEIM-NSE-2013.pdf

32. Cornelio R. Manual de Educación y Cívica. Segunda edición. San Francisco de Macorís: papiros talleres gráficos; 2006.

33. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [En línea]. Ginebra: OMS; 2015. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

34. Surós A, Surós J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. 8 ed. Barcelona: MASSON; 2010.

35. Instituto Chileno De Medicina Reproductiva. ¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos? [Guía en internet]. 2011. [consultado 2016 enero 20]. Disponible en: http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/Que_y_cuales_son_met_antic_02_05_2011.pdf

36. Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual: Metodología y Educación Sexual. 8 ed. Domingo: INES; 2012.

37. Ministerio de Salud. Enfermedad de transmisión sexual. [En línea]. Buenos Aires: MINSA. 2015. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/135-enfermedades-de-transmision-sexual

38. Berek, Novax. Ginecología volumen 1.15ªed. Barcelona: deboral I. Berek MA; 2012.

39. Ministerio de Salud. Planifica tu futuro. [En línea]. Lima: MINSA. 2015. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/planificacion/index.asp?pag=1

40. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la salud. [En línea]. Ginebra: OMS; 2002. [consultado 2016 febrero 21]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf

41. Issler R. J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra VIa medicina. [En línea].2001; 82(107):12. [consultado 2016 enero 28]. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

42. Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. Factores Asociados. [Artículo en línea].2009. [consultado 2016 enero 28]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/proyectos/1737/article-194860.html

43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. [En línea].Bogotá: mexicana, McGraw-Hill Educación, 2014; 2010. [consultado 2016 marzo 02]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=oLbjoQEACAAJ&dq=libro+de+metodologia+dela+investigacion+hernandez,+fernandez+y+baptista&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiDnPrJmKvMAhUJSCYKHUmoAmQQ6AEILzAE

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

<table>
<tr><td>PROBLEMA GENERAL</td><td>OBJETIVO GENERAL</td><td>HIPÓTESIS GENERAL</td><td>VARIABLES</td><td rowspan="6">MARCO METODOLÓGICO

<u>TIPO DE ESTUDIO</u>:
Cuantitativa

<u>DISEÑO DE ESTUDIO</u>:
Observacional-analítica
-caso control

<u>POBLACIÓN</u>:
Corresponde a 360 adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016.

<u>MUESTRA</u>:
32 casos de adolescentes embarazadas y 64 controles de adolescentes no embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

<u>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</u>:
Técnica: Cuestionario
Instrumento: Encuesta</td></tr>
<tr><td>¿Qué factores están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?</td><td>Determinar qué factores están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>Los factores intrapersonales, interpersonales y contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>- Embarazo adolescente
- Factores asociados</td></tr>
<tr><td>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</td><td>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</td><td>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</td><td>DIMENSIONES</td></tr>
<tr><td>¿Qué factores intrapersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?</td><td>Identificar los factores intrapersonales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>Los factores intrapersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>- Embarazo adolescente
- Factor intrapersonales</td></tr>
<tr><td>¿Qué factores interpersonales están asociadas al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?</td><td>Identificar los factores interpersonales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>Los factores interpersonales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>- Embarazo adolescente
- Factor interpersonal</td></tr>
<tr><td>¿Qué factores contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?</td><td>Identificar los factores contextuales asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>Los factores contextuales están asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</td><td>- Embarazo adolescente
- Factor contextual</td></tr>
</table>

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de factores asociados y embarazo

Objetivo:

Recopilar información mediante el cuestionario para determinar qué factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

Indicaciones:

Esta encuesta es anónima y personal. Lea cuidadosamente las preguntas y responda de forma objetiva y sincera.

Ficha n°: _____ Fecha y hora de llenado: _____

FACTORES INTRAPERSONALES

1. Edad

a) 12 a 14 años b) 15 a 17 años

2. Grado de instrucción:

a) Primaria b) Secundaria

3. Edad de la primera menstruación

a) < 15 años b) 15 años a más

4. Inicio de relaciones sexuales:

a) < 15 años b) 15 años a más

5. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

a) 1 persona b) 2 personas a más

6. ¿has usado algún método anticonceptivo?

a) Sí b) No

Si la respuesta es sí, responde

¿Qué Método has utilizado?

a) Barrera/Natural b) Hormonal

7. ¿Has planificado alguna vez tu embarazo?

a) Si b) No

8. ¿Has recibido información sobre planificación familiar?

a) Sí b) No

Si la respuesta es sí, responda

Porque medio recibió información sobre métodos anticonceptivos

a) Familia/Amigos b) Personal de salud

9. ¿Ha recibido información sobre las enfermedades de transmisión sexual?

a) Sí b) No

Si la respuesta es sí, responda

Quien o quienes le brindo la información, puedes marcar más de una respuesta

a) Familia/Amigos b) Personal de salud

10. ¿Apruebas que las parejas usen métodos de planificación familiar?

a) Apruebas b) Desapruebas

11. ¿Consideras que el embarazo es un problema?

a) Si b) No

12. ¿Puedes conseguir un condón si lo deseas?

a) Si b) No

13. ¿Cuál es la diferencia de edad entre tú y tu pareja?

a) Ninguna a 3 años b) Más de 3 años

14. ¿Has sido manoseada o tocada en contra de tu voluntad?

a) Si b) No

FACTORES INTERPERSONALES

15. Ingresos familiares mensuales generalmente

a) Menos de $/1,992 al mes b) Más de $/1,992 al mes

16. ¿Quiénes conforman tu familia directa?

a) Padre–madre b) Mixta

17. Grado de instrucción de la madre

a) Menos de primaria completa b) Más de primaria completa

18. Grado de instrucción del padre

a) Menos de primaria completa b) Más de primaria completa

19. ¿Alguna vez tus padres han usado frases ofensivas entre ellos?

a) Sí b) No

20. ¿Alguna vez tus padres han llegado a los golpes?

a) Sí b) No

FACTORES CONTEXTUALES

21. ¿Dónde vives?

a) V.M.T b) S.J.M.

22. ¿A qué te dedicas?

a) Estudia b) Trabaja, ama de casa, etc.

23. ¿Profesas alguna religión?

a) Sí b) No

24. ¿Cómo llegas de tu casa hasta el centro de salud más cercano?

a) Es muy difícil llegar b) Es fácil llegar

25. ¿La información transmitida en la consulta médica es entendible?

a) Si b) No

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LOS FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	FACTORES INTRAPERSONALES	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Edad	/		/		/		
2	Grado de instrucción	/		/		/		
3	Edad de la menarquia	/		/		/		
4	Edad de inicio de relaciones sexuales	/		/		/		
5	Número de parejas	/		/		/		
6	Métodos de planificación familiar	/		/		/		
7	Información sobre planificación familiar	/		/		/		
8	Información sobre educación sexual	/		/		/		
9	Percepción sobre planificación familiar	/		/		/		
10	Es un problema el estar embarazado	/		/		/		
11	Capacidad para conseguir un condón	/		/		/		
12	Diferencia de edad con el compañero sexual	/		/		/		
13	Violencia sexual	/		/		/		
	FACTORES INTERPERSONALES	Si	No	Si	No	Si	No	
14	Nivel de riqueza del hogar basado en los ingresos	/		/		/		
15	Tipo de hogar	/		/		/		
16	Nivel educativo en el hogar	/		/		/		
17	Violencia entre padres	/		/		/		
	FACTORES CONTEXTUALES	/		/		/		
18	Lugar donde vive	/		/		/		
19	Actividad laboral	/		/		/		
20	Religión que profesa	/		/		/		
21	Accesibilidad	/		/			/	
22	Comprensión de la información recibida	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador. Medina Coronado Daniela

Dr/ Mtgr/Lic: Mg **DNI:** 10626175

Especialidad del validador: Metodología de la Investigación

30 de marzo del 2016

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.
Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LOS FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	FACTORES INTRAPERSONALES	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	Edad	✓		✓		✓		
2	Grado de instrucción	✓		✓		✓		
3	Edad de la menarquia	✓		✓		✓		
4	Edad de inicio de relaciones sexuales	✓		✓		✓		
5	Número de parejas	✓		✓		✓		
6	Métodos de planificación familiar	✓		✓		✓		
7	Información sobre planificación familiar	✓		✓		✓		
8	Información sobre educación sexual	✓		✓		✓		
9	Percepción sobre planificación familiar	✓		✓		✓		
10	Es un problema el estar embarazado	✓		✓		✓		
11	Capacidad para conseguir un condón	✓		✓		✓		
12	Diferencia de edad con el compañero sexual	✓		✓		✓		
13	Violencia sexual	✓		✓		✓		
	FACTORES INTERPERSONALES	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
14	Nivel de riqueza del hogar basado en los ingresos	✓		✓		✓		
15	Tipo de hogar	✓		✓		✓		
16	Nivel educativo en el hogar	✓		✓		✓		
17	Violencia entre padres	✓		✓		✓		
	FACTORES CONTEXTUALES							
18	Lugar donde vive	✓		✓		✓		
19	Actividad laboral	✓		✓		✓		
20	Religión que profesa	✓		✓		✓		
21	Accesibilidad	✓		✓		✓		
22	Comprensión de la información recibida	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

_____

_____

_____

_____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [✓]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr/ Mtgr/Lic: MARIA EUDOSIA OLIVERA RAMIREZ ..... **DNI:** 06027029

Especialidad del validador: .....

30 de marzo del 2016

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

HOGAR DE LA MADRE
CLINICA - HOSPITAL
"ROSALIA DE LAVALLE DE MORALES MACEDO"
LIC. MARIA EUDOSIA OLIVERA RAMIREZ
JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
C.O.P. N° 3966

Firma del Experto Informante.

Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LOS FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia[1]		Relevancia[2]		Claridad[3]		Sugerencias
	FACTORES INTRAPERSONALES	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
1	Edad	✓		✓		✓		
2	Grado de instrucción	✓		✓		✓		
3	Edad de la menarquia	✓		✓		✓		
4	Edad de inicio de relaciones sexuales	✓		✓		✓		
5	Número de parejas	✓		✓		✓		
6	Métodos de planificación familiar	✓		✓		✓		
7	Información sobre planificación familiar	✓		✓		✓		
8	Información sobre educación sexual	✓		✓		✓		
9	Percepción sobre planificación familiar	✓		✓		✓		
10	Es un problema el estar embarazado	✓		✓		✓		
11	Capacidad para conseguir un condón	✓		✓		✓		
12	Diferencia de edad con el compañero sexual	✓		✓		✓		
13	Violencia sexual	✓		✓		✓		
	FACTORES INTERPERSONALES	**Si**	**No**	**Si**	**No**	**Si**	**No**	
14	Nivel de riqueza del hogar basado en los ingresos	✓		✓		✓		
15	Tipo de hogar	✓		✓		✓		
16	Nivel educativo en el hogar	✓		✓		✓		
17	Violencia entre padres	✓		✓		✓		
	FACTORES CONTEXTUALES			✓		✓		
18	Lugar donde vive	✓		✓		✓		
19	Actividad laboral	✓		✓		✓		
20	Religión que profesa	✓		✓		✓		
21	Accesibilidad	✓		✓		✓		
22	Comprensión de la información recibida	✓		✓				

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

_____

_____

_____

_____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [✓]** **Aplicable después de corregir [ ]** **No aplicable [ ]**

Apellidos y nombres del juez validador.

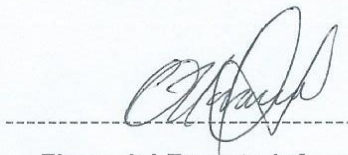
Dr/ Mtgr/Lic: Olivan Alcis Navarro Soto **DNI:** 06887774

Especialidad del validador: .....

30 de marzo del 2016

[1]**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
[2]**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
[3]**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.
Especialidad

Anexo 4: Autorización para recolección de datos

CARTA DE AUTORIZACIÓN

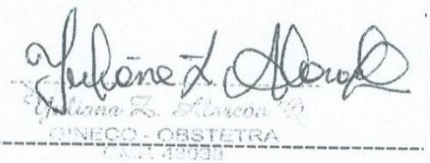
DRA. Juliana Alarcón Quispe

Encargado de los consultorios de Gineco-Obstetricia

Reciba usted un cordial saludo a nombre de las ex-internas de Obstetricias del prestigioso Hospital María Auxiliadora Castro Pablo Judith y Espejo Huerta Yaquelin Stefany, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar permiso para llevar a cabo la tesis "FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016"

Para realizar una encuesta donde recolectaremos datos de los pacientes adolescentes adolescentes gestantes y no gestantes, que nos ayudará a realizar nuestra investigación.

Sin otro particular nos despedimos, agradecemos su comprensión



GINECO - OBSTETRA

ENCARGADO DEL CONSULTORIO DE GINECOOBSTETRICIA

Anexo 5: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD ARZOBISPO LOAYZA

LICENCIATURA EN OBSTETRICIA

Yo _____

en calidad de padre ( ), madre ( ), esposo ( ), tutor ( ); con DNI _____ mediante la firma del presente documento, doy mi consentimiento para que mi hija ( ), esposa ( ) de ___ años de edad, participe en el estudio científico "FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA"

_____ _____

Firma padre, madre o tutor Participante

_____

Investigador(es)