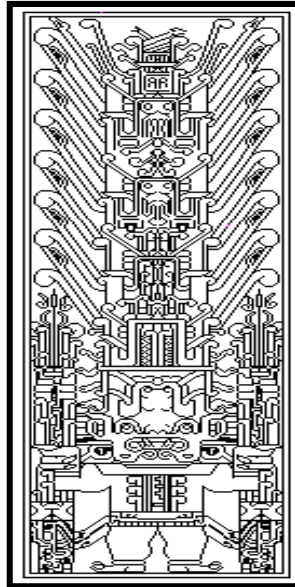


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



“DETERMINANTES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTETRICAS EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, DURANTE EL AÑO 2017”

“DETERMINANTS ASSOCIATED WITH PREGNANCY IN ADOLESCENTS
SERVED AT THE GINECO OBSTETRICAS EMERGENCY SERVICE AT SAN
JUAN DE LURIGANCHO HOSPITAL, DURING 2017”

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORA:

MEDINA INOCENTE ASTRID LUCERO

ASESORA:

DRA. MYRIAN VARGAS LAZO

LIMA – PERÚ

2018

AGRADECIMIENTOS

*Ante todo agradezco a Dios, por la vida, por la salud y por las oportunidades diarias
que nos da, para reinventarnos con los días y ser mejor.*

*A mi madre Lila, pues gracias a su esfuerzo, apoyo y amor incondicional, ha sido el
principal cimiento para la construcción de mi vida.*

*A mis hermanos, Ruby, Einer y Estrella, por siempre acompañarme durante este viaje,
que es la vida.*

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, Lila y Hugo, por el esfuerzo que han hecho para darme una carrera para mi futuro y apoyarme en cada decisión tomada; a las buenas amistades que pude encontrar a lo largo de mi vida universitaria y que sé que me acompañarán a lo largo del tiempo.

RESUMEN

Objetivos: Conocer cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital san Juan de Lurigancho, durante el año 2017. **Material y Método:** enfoque cuantitativo y corte longitudinal, prospectiva. **Población:** 1020 gestantes adolescentes, **muestra:** 280. Se aplicó un instrumento de medición, con 34 preguntas. **Resultados:** el 100% de encuestadas tuvo oportunidad de asistir al colegio, 88.6% creen que la función de la mujer no es servir al hombre. Según estructura familiar, un 34.3% pertenecen a una familia nuclear catalogándola como funcional en un 62.9%, en cuanto a las características del jefe de familia, un 60% de los padres no hablan sobre sexo y/o sexualidad con sus hijos y un 77.1% de adolescentes piensan que no les hablan con la verdad en referencia a estos temas; el 51.4% refirió tener una comunicación regular con sus padres, un 54.3% menciona que su madre también había atravesado por un caso similar, 28.6% mencionó que tenían autoestima baja, 69.6% iniciaron su actividad sexual durante la adolescencia tardía, sobre el acceso a servicios de planificación familiar, un 85.7% aseguró que no asistió, sobre el uso de métodos anticonceptivos un 58.6% asegura que si utilizó, siendo el método más usado el preservativo en un 51.1%. **Conclusiones:** están relacionados significativamente al embarazo en adolescentes, los determinantes intermedios: socioculturales, familiares, individuales; y los próximos: menarquia, autoestima, edad de la primera relación sexual, uso de anticonceptivos, violencia familiar, ya que influyen de manera directa sobre la vida del adolescente. **Palabras clave:** adolescente, embarazo adolescente, determinantes asociados.

ABSTRACT

Objectives: To know which are the determinants associated with pregnancy in adolescents attended in the emergency obstetric gynecology service at the Hospital San Juan de Lurigancho, during the year 2017. **Material and Method:** quantitative approach and longitudinal, prospective section. **Population:** 1020 adolescent pregnant women, sample: 280. A measuring instrument was applied, with 34 questions. **Results:** 100% of respondents had the opportunity to attend school, 88.6% believe that the role of women is not to serve men. According to family structure, 34.3% belong to a nuclear family, classifying it as functional in 62.9%, in terms of the characteristics of the head of the family, 60% of the parents do not talk about sex and / or sexuality with their children and 77.1% % of teenagers think that they do not speak to them with the truth in reference to these topics; 51.4% reported having regular communication with their parents, 54.3% mentioned that their mother had also gone through a similar case, 28.6% mentioned that they had low self-esteem, 69.6% began sexual activity during late adolescence, about access to family planning services, 85.7% said they did not attend, on the use of contraceptive methods, 58.6% said they used it, the condom method being the most used method in 51.1%. **Conclusions:** they are significantly related to pregnancy in adolescents, the intermediate determinants: sociocultural, family, individual; and the next ones: menarche, self-esteem, age of first sexual intercourse, use of contraceptives, family violence, since they directly influence the adolescent's life. **Key words:** adolescent, adolescent pregnancy, associated determinants.

INDICE

INTRODUCCION	8
CAPITULO I	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	10
1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA	12
1.3.- JUSTIFICACION Y/O IMPORTANCIA	12
CAPITULO II	15
OBJETIVOS	15
2.1.- OBJETIVO GENERAL:	15
2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:	15
CAPITULO III	16
MARCO TEORICO	16
3.1.- ANTECEDENTES	16
3.1.1.- Antecedentes internacionales	16
3.1.2.- Antecedentes nacionales	21
3.2.- BASE TEORICA	27
3.2.1.- ADOLESCENCIA	27
3.2.2. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	29
3.2.3.- EMBARAZO ADOLESCENTE	31
3.2.4.- FACTORES DETERMINANTES	34
3.2.4.1.- DETERMINANTES INTERMEDIOS	35
3.2.4.1.1.- Socioculturales y ambientales	36
3.2.4.1.1.1.-Lugar de procedencia	36
3.2.4.1.1.2.-Patrones culturales.....	37
3.2.4.1.2.- Familiares	37
3.2.4.1.2.1.- Tipo de familia	38
3.2.4.1.2.2.- Características del jefe de la familia	41
3.2.4.1.2.3.- Comunicación con los padres.....	43
3.2.4.1.3.- Cntecedente de embarazo adolescente	43
3.2.4.1.2.- individuales.....	44
3.2.4.1.2.1- nivel educativo	44
3.2.4.1.2.2- acceso a planificacion familiar	46

3.2.4.1.2.3- estado economico familiar	47
3.2.4.1.2.4.-participacion laboral.....	48
3.2.4.1.2.5.-religion	48
3.2.4.2.- DETERMINANTES PROXIMOS	49
3.2.4.2.1.- Menarquia	49
3.2.4.2.2.- Autoestima	50
3.2.4.2.3.- Edad de la primera relacion sexual.....	50
3.2.4.2.4.- Uso de anticonceptivos.....	52
3.2.4.2.5.- Pareja estable	53
3.2.4.2.6.- Violencia familiar	53
3.2.4.2.7.- Violencia sexual.....	54
3.3.- DEFINICION DE TERMINOS	55
3.4.- HIPOTESIS.....	55
CAPITULO IV.....	56
DISEÑO METODOLOGICO	56
4.1.- TIPO DE INVESTIGACION	56
4.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION	56
4.3.- POBLACION	57
4.4.- MUESTRA	57
4.5.- PROCESAMIENTO Y TECNICAS	58
4.5.- PLAN DE ANALISIS	60
4.6.- ASPECTOS ETICOS	60
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	8
PRESUPUESTO	129
REFEENCIA BIBLIOGRAFICA.....	130
ANEXOS	136
VERTEBRACION DE VARIABLES	136
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	138

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación tiene como principal objetivo el estudio de los determinantes que influyen en la incidencia del embarazo en adolescentes, sabemos que la OMS define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo del ser humano que se produce después de la niñez y antes de la etapa adulta, entre los 10 y 19 años de edad; mientras que el embarazo se define como el periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo hasta el momento del parto.

A nivel mundial 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz anualmente, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos; estadísticas nacionales revelaron que actualmente en el Perú, el porcentaje de embarazos en adolescentes es el 13.6%, de éstas el 10,6% ya son madres y el 2,9% están gestando por primera vez, las tasas más altas de mujeres alguna vez embarazadas se observan en la selva y en las zonas rurales. (MINSA, 2016, pág. 1)

Estas cifras reflejan un problema de salud pública, ya que el embarazo adolescente es una causa de muerte materna y en muchas ocasiones terminan en abortos inducidos en condiciones clandestinas e inseguras que producen serias lesiones e incluso la muerte de la madre.

En muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para los adolescentes porque no ha sido planificado.

Las adolescentes quedan embarazadas por una serie de razones. En la mayoría de casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas

culturales. El embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de las futuras madres abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido.

Sin embargo, en algunas regiones pobres del país, un hijo a temprana edad constituye un proyecto de vida para muchas adolescentes que escogen el matrimonio y la maternidad para afirmar su identidad ante sí misma, su familia y la comunidad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. (OMS, 2014, pág. 1).

Un estudio realizado por la Global Virtual University, en el cual se quería identificar cuáles son los países con mayor índice de embarazos adolescentes, arrojó la siguiente lista: Nigeria, 233 embarazos por cada mil mujeres adolescentes, colocándolo como el país con mayor tasa de embarazos adolescentes. En la República Democrática del Congo, de cada mil adolescentes, 230 dan a luz, esto se debe a que el 74% de las mujeres entre los 15 y 19 años de edad ya están casadas. Mientras que en Brasil se dan 89 embarazos precoces por cada mil mujeres; en Venezuela obtiene la mayor cantidad de embarazos adolescentes pues de cada mil embarazadas 91 son menores de 18 años. (University, 2015, págs. 2-3)

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, a nivel mundial representando del 15 al 25% del total de embarazos. (MINSA, 2016, pág. 1)

En este contexto, se emitió una resolución en la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA XXVIII/437 de 30 de marzo de 2007 - en donde se resolvió: “Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral.” La Resolución REMSAA XXVIII/437 “Prevención del Embarazo en Adolescentes” en la cual los Ministros de

Salud instruyeron la conformación de un Comité Subregional Andino para abordar los temas que determinan el embarazo no planificado en adolescentes y la elaboración de un plan de trabajo que fue aprobado mediante Resolución REMSAA XXIX/446. La Salud Sexual y Reproductiva se ha convertido en un área de atención prioritaria para el Estado Peruano, la comunidad internacional, las organizaciones civiles, entre otros y por ello, una serie de normativas internacionales y nacionales respaldan y promueven la necesidad de la atención y del ejercicio de los derechos de los/as adolescentes, así como la necesidad prioritaria de favorecer el acceso de esta población a servicios de salud amigables. (MINSa, 2016, pág. 6)

El porcentaje de adolescentes, alguna vez embarazadas, en el Perú no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2016, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6% respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta en la selva que en resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3% respectivamente, para el 2015). El embarazo adolescente es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo primario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1% respectivamente, para el 2015), y es cinco veces más alto entre las mujeres del quintil inferior de riqueza con respecto de las adolescentes del quintil superior (24.9% y 4.9% respectivamente, para el 2015). (MINSa, 2017, pág. 18)

El embarazo en la adolescencia expresa un problema de derechos humanos, de inequidad y de injusticia social. De esta manera es más alto en las zonas rurales (22.5%), en la selva (24.9%), entre las que tienen sólo educación primaria (37.9%) y entre las que se encuentran en situación de pobreza (24.9%). Allí el contexto cultural puede tener una fuerte influencia. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad y el poco acceso a

oportunidades de desarrollo personal y social podrían condicionar la maternidad temprana en este grupo. (MINSa, 2016, pág. 5)

En los departamentos de la selva se observa el mayor porcentaje de embarazo adolescente. A nivel numérico, Lima concentra el mayor volumen de población adolescente embarazada. En Loreto (32.8%), Ucayali (26.2%), San Martín (25.5%), Amazonas (22.8%), Tumbes (22.2%) y Madre de Dios (21.9%). En su mayoría departamentos con una importante presencia de población indígena. No obstante, en números absolutos, la población adolescente embarazada entre 15 y 19 años se concentra fundamentalmente en Lima (aproximadamente 97,328 adolescentes embarazadas). (MINSa, 2016, pág. 5)

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

Ante lo antes ya expuesto formulo el problema planteándolo de la siguiente manera:

¿Cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el año 2017?

1.3.- JUSTIFICACION Y/O IMPORTANCIA

Razones para proponer el proyecto

La realización de este trabajo de investigación pretende revisar uno de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas que corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones adolescentes y jóvenes, teniendo como eje central el embarazo durante la adolescencia. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico

para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Contribución científica

Poder determinar la asociación de los determinantes al embarazo adolescente y mediante esto, generar nuevos enfoques y metodología, para que este deje de ser un problema de salud pública

Contribución social

La maternidad y la paternidad “no planificada” en la adolescencia tienen consecuencias en el presente y futuro del adolescente y de su descendencia, como son el abandono o retraso en la escuela, la reducción de perspectivas laborales, riesgos en la salud y sobrevivencia de la madre y el niño/a, y una mayor vulnerabilidad frente a la pobreza y la exclusión social. (MINSa, 2016, pág. 4)

Los lineamientos de políticas de salud de las y los adolescentes tienen entre sus principales objetivos garantizar los derechos humanos de los y las adolescentes, disminuir las condiciones de vulnerabilidad, y disminuir las brechas e inequidades en el acceso a los servicios de salud y por tanto, disminuir la mortalidad y morbilidad en adolescentes.

Estos objetivos comprenden, el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, los riesgos del embarazo adolescente, la prevención del VIH-SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, y la atención de la violencia psicológica, física y sexual. Estos derechos de los adolescentes y jóvenes y, a su vez, éstas obligaciones de los Estados se encuentran en los compromisos internacionales y nacionales asumidos por el Perú. (MINSa, 2016, pág. 3)

Impacto del estudio a nivel regional y nacional

A nivel nacional, la prevención del embarazo en adolescentes se encuentra incorporado en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, en el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017, y en el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021. Asimismo, es parte de los resultados esperados del Acuerdo de Gobernabilidad 2016-2021. (MINSA, 2016, pág. 3)

Por lo antes expuesto es importante identificar cuáles son los determinantes que influyen en la incidencia del embarazo en adolescentes, los resultados que aquí sean encontrados, podrán ser aplicados, contribuyendo a la efectividad del plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes.

CAPITULO II

OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL:

- Conocer cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital san Juan de Lurigancho, durante el año 2017.

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los determinantes intermedios, dentro de los cuales están: los socioculturales, los familiares e individuales; que influyen en el embarazo en adolescentes.
- Identificar los determinantes próximos, dentro de los cuales están: la menarquia, la edad de la primera relación sexual, la autoestima, uso de anticonceptivos, pareja estable y actividad sexual; que influyen en el embarazo en adolescentes.
- Determinar cuál de los determinantes están asociados significativamente al embarazo en adolescentes.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1.- ANTECEDENTES

3.1.1.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Carvajal Barona, Rocio; Valencia Oliveros, Harol Leder; en su trabajo **titulado** Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el Municipio de Buenaventura, Colombia. Buenaventura, **Colombia, 2017**, con el **objetivo:** identificar los principales factores asociados al embarazo en una muestra de mujeres adolescentes escolarizadas entre 13 y 19 años en Buenaventura, Colombia. **Material y método:** Estudio analítico prospectivo. Con una **población de** 316 adolescentes entre 13 a 19 años de edad en colegios públicos y privados de Buenaventura. Se utilizó la **técnica:** **entrevista** y como **instrumento:** cuestionario. Obteniendo como **resultados:** El promedio de edad de las adolescentes fue de 15.9 años. El mayor porcentaje se percibían como afrodescendientes (74%) y tenían alguna creencia religiosa el 81.6%. La participación en grupos y la vinculación al trabajo tuvieron baja prevalencia: 35.1% y 8.6%, respectivamente. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. En cuanto a las prácticas sexuales de las adolescentes, el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 14.5 años, prevalece el inicio de vida sexual durante o después de los 14 años de edad (78.5%) y 67.7% de las adolescentes indicaron no haber usado algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Además, 52% de las adolescentes en su última relación sexual no usaron un método de planificación familiar para evitar un embarazo. En el momento de la entrevista 268 (82.7%) de las adolescentes manifestaron tener pareja, También, las adolescentes que reportaron el uso de algún método de planificación familiar entre sus amigas, tuvieron

entre 60% y 90% menor riesgo de un embarazo temprano. (Carvajal Baron & Valencia Oliveros, 2017)

Rodriguez Isabel; Cala Ángela, en su trabajo **titulado** Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Guantánamo, **Cuba, 2017**. Tiene como **objetivo**: identificar factores de riesgo, del embarazo en la adolescencia en la policlínica “Emilio Daudinot en el año 2013. **Material y método**: Se realizó un estudio analítico, descriptivo. **La población** estuvo conformada por 42 adolescentes que fueron captadas durante ese año, teniendo como **muestra**: el 100% de la población. Se utilizó la **técnica** de la entrevista, y como **instrumento** el cuestionario. Obteniendo como **resultados** en cuanto al conocimiento de las complicaciones del embarazo en las adolescentes, el grupo de casos que el 71.4 % respondió si conocerlas. En el grupo control por el contrario predominó el no conocimiento (72.1%). En cuanto a la edad de la primera relación sexual (Tabla 4) se observaron diferencias significativas entre grupo de casos (76.2 %) y controles (58.1 %), por lo que es 2.3 veces más probable que ocurra un embarazo en las edades entre 15 a 19 años donde las adolescentes tienen su primera relación sexual. (Rodriguez Rodriguez & Cala Bayeux, 2017, págs. 4-5)

Arias Rico J; Caro Morales, en su trabajo titulado **Factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia (10 a 19 años) en una comunidad de Actopan Hidalgo en el periodo Enero – Junio 2016**. Hidalgo, **México, 2016**. Tiene como **objetivo**: identificación de factores de riesgo que influyen en embarazos adolescentes a las alumnas de la telesecundaria de un municipio de Actopan, Hidalgo. **Material y método**: Es una investigación de nivel descriptiva y correlacional de enfoque cuantitativo y transversal. **La población** estuvo conformado por población finita, teniendo como muestra: 60

estudiantes adolescentes, que acuden a la telesecundaria de un municipio de Actopan. Se utilizó la **técnica:** de la entrevista, y como **instrumento** el cuestionario, que contenía 20 preguntas. Obteniendo como **resultados:** que los principales factores que influyen en el embarazo de las adolescentes en la comunidad estudiada fueron: el 25% de ellas tenía 13 años de edad, el 16.67% 12 años, el 15% 14 años, el 10% 16 años, el 16.67% 15 años, el 8.33% 17 años, el 5% 18 años y el 1.67% 11 y 19 años de edad. La dependencia económica, el 86.67% refirió depender económicamente de sus padres, el 6.67% dependen de sus hermanos y el otro 6.67% de sus abuelos. (Arias Rico & Caro Morales, 2016, pág. 5)

Janco Alvaro, en su trabajo **titulado** Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana, provincia Manco Kapac, departamento de la Paz, octubre a diciembre 2011. Copacabana, **Bolivia 2013**. Con el **objetivo:** determinar los factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el Hospital Copacabana. **Material y método:** Este trabajo de investigación se ajusta al diseño del estudio analítico, prospectivo y descriptivo de casos. La **población** está compuesta por adolescentes mujeres entre 10 a 19 años que asisten a sus controles prenatales del Hospital Municipal Copacabana, en el período comprendido de octubre a diciembre de 2011, de un total de 108 pacientes que acudieron a consulta médica. **Muestra** el número de controles fue de 108. Se utilizó la **técnica** de la entrevista, y el **instrumento**, la encuesta. Obteniendo los siguientes **resultados:** existe asociación entre el nivel de instrucción, nivel de ingreso económico en el embarazo en la adolescencia. El factor de riesgo percepción familiar no está asociado al embarazo en adolescentes obteniendo como porcentaje de padres casados el 31.48%, viven solo con la madre el 30.55%, sus padres fallecieron el 24.07% y que sus padres son divorciados el 13.88%.

Las adolescentes tienen menos posibilidades de quedar embarazadas si concluyen sus estudios hasta nivel secundario, obteniendo como resultado el 35.18%. Las adolescentes con problemas en la escuela, posteriormente desertan y gran parte de ellas se embarazan. La mayoría de la población estudiada pertenece a un nivel socioeconómico bajo, obteniendo como porcentaje el 22.22% por lo que gran parte de la de ellas se ven en la necesidad de trabajar a corta edad, cuando están embarazadas cuentan con un ingreso menor ya que quedan al cuidado de su hijo. (AlvaroJanco, 2013, pág. 5)

Constanza Valenzuela, Danny; Molinas Silva, Angelica Maria; Cogollo Gómez Deiny, en su trabajo titulado **Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas del municipio de Florencia – Caquetá. Florencia, Colombia, 2013,** con el **objetivo:** identificar los principales factores psicosociales y culturales asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas de los grados sexto a once en los doce colegios vinculados a la red de orientación de la Secretaria de Educación Municipal de Florencia Caquetá. **Material y método:** Método de observación: Proceso de conocimiento por el cual se pueden percibir ciertos rasgos característicos existentes en la población objeto de estudio. Método Inductivo: Proceso de conocimiento que se inicia con la observación de fenómenos particulares para llegar a conclusiones y premisas generales. Método Deductivo: Proceso que se inicia con la observación de fenómenos generales con el propósito de señalar verdades particulares. La **población** estuvo conformada por un universo de 4450 adolescentes aproximadamente que se encuentran matriculadas en las doce Instituciones vincula a la red de orientación de la secretaria de Educación Municipal correspondientes a los grados sexto a once. **Muestra** De esta población se ha tomado una muestra de 39 adolescentes gestantes y lactantes de las cuales se trabajó con grupo de 33, y con las otras 6 no se logró trabajar debido a que estas adolescentes ya no asistían a las instituciones por estado de salud. Se utilizó la **técnica** de

entrevista y como **instrumento** el cuestionario. Obteniendo como **resultados**: Con respecto a la edad de las encuestadas oscilan entre los dieciséis años 36.4% (12) estudiantes, diecisiete años 30.3% (10) estudiantes, dieciocho años 18.2% (6) estudiantes, quince años 9.1% (3) estudiantes, diecinueve años 6.0% (2) estudiantes. En cuanto al grado que cursan en el momento están: 57.6% (19) estudiantes del grado once, del grado noveno 18.2% (6) estudiantes, del grado decimo 12.1% (4) estudiantes, 9.1% (3) estudiantes del grado octavo y del grado séptimo 3.0% (1). La mayoría de las estudiantes permanecen solteras el 57.6% (19), el 42.4% (14) estudiantes de las estudiantes viven en unión libre. Dentro de los factores biopsicosexuales que la edad de inicio de vida sexual de las adolescentes encuestadas se presentó a partir de los quince años 39.4% (13) estudiantes, a los catorce años 30.3% (10) estudiantes, a los dieciséis años 12.1% (4) estudiantes, a los trece años 6.1% (2) estudiantes, a los diecisiete años 6.1% (2) estudiantes, a los dieciocho años 3.0% (1) estudiante y no responde el 3.0% (1) estudiante. Se evidencia la ausencia de planificación familiar en las adolescentes encuestadas el 69.7% (23) estudiantes no planificaban, el 27.3% (9) estudiantes si planificaban y el 3.0% (1) estudiante no responde. En respuesta al interrogante de con quien vive la gestante o lactante adolescente, en su gran mayoría viven con su familia, y es de ella precisamente y en primera instancia de quien dependen económicamente, el 30.3% (10) de las estudiantes su sostenimiento proviene de la familia nuclear y padre del hijo de la gestante o lactante adolescente, el 30.3% (10) estudiantes su soportes lo reciben del padre del hijo de la gestante o lactante adolescente, 27.4% (9) de las estudiantes, el sustento es solo de la familia nuclear, y el 3.0. % (1) estudiantes respondes que su sostenimiento es propio y de la familia nuclear, otro 3.0% (1) estudiante recibe de la familia extensa y 3.0% (1) estudiante su soporte económico es de la familia nuclear y de otro familiar del núcleo extenso y un 3.0% (1) no responde. En relación a repetición de embarazos en

generaciones anteriores un poco más de la mitad de las adolescentes gestante y lactantes, dijeron que este mismo fenómeno había ocurrido en sus madres, el 51.5% (17) estudiantes confirman que las mamás tuvieron su primer hijo a temprana edad, en segundo plano el 33.3% (11) estudiantes no responden a la pregunta, para un grado menor se ubican otras situaciones así: un 6.1% (2) estudiantes responden que las primas han quedado embarazadas en la adolescencia, el otro 6.1% (2) estudiantes afirman que la hermana y 3.0% (1) estudiante contestan que mamá y hermana han tenido su primer hijo a temprana edad. En la relación con su familia el 84.8% (28) estudiantes consideran tener una buena relación con su familia; el otro 15.2% (5) estudiantes admiten tener un relación regular. En los colegios trabajados con las adolescentes, según su concepto de la palabra autoestima contestaron; el 45.4% (15) estudiantes respondieron quererse y valorarse, el 18.2% (6) estudiantes aceptarse como es, el 12.2% (4) estudiantes respondieron que es según su estado de ánimo, el 6.1% (2) estudiantes que es un deber, 6.1% (2) estudiantes es cuidarse, el 3.0% (1) estudiante tener presente que quiere y puede tener en la vida y el 3.0% (1) estudiante libre de pensamientos y un 6.1% (2) estudiantes no responden. (Constanza Valenzuela , Molinas Silva, & Cogollo Gómez , 2013, págs. 2-60)

3.1.2.- ANTECEDENTES NACIONALES

Lluyo Marcellini, Delci Fiorella, en su trabajo **titulado Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Carlos Showing Ferrari 2014-2015**. Huanuco, **Perú, 2017**. Con el **objetivo** de Determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015. **Material y método:** observacional, es retrospectivo, transversal y analítico. La **Población** estuvo conformada por La población según la base de datos

estadística del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari en el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015 fue de 76 (setenta seis) gestantes adolescentes. **Muestra:**se necesitó un grupo de 44 casos y otros 88 controles. Se utilizó la **técnica** de recolección de datos, y el **instrumento** de ficha de recolección de datos. Obteniendo como **resultados:** Dentro de los Factores individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Menarquia precoz 50%, Baja autoestima 13% y el consumo de alcohol 30%. Dentro de los Familiares individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Violencia familiar 70%. Dentro de los Familiares sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar 15%, el machismo de los padres 25% y la violencia sexual 25% (Lluyo Marcellini, 2017, pág. 6)

Angulo Guevara, Myriam Yanet, en su trabajo **titulado** Factores de riesgo familiares que influyen en el embarazo adolescente en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray – Essalud- Trujillo, año 2015. La Libertad, **Perú, 2016**. Tiene como **objetivo** identificar los factores de riesgo familiares que influyen en el embarazo adolescente en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Base Victor Lazarte Echegaray – Essalud en el año 2015. **Material y método:** método deductivo, y estadístico, de **tipo** explicativo. La **población** estuvo conformada por 101 adolescentes embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco obstetricia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray. **Muestra: 80** adolescentes embarazadas. Se utilizó la **técnica** de la entrevista y como **instrumento** un cuestionario. Obteniendo como **resultados:** la edad predominante de las adolescentes embarazadas ingresadas al servicio de gineco obstetricia es de 16 años con un porcentaje de 38%; seguido de las adolescentes que tienen 17 años con 36%, las de 15 años con 14% y las adolescentes de 13 y 14 años con 6% cada

una. En cuanto al nivel educativo se puede apreciar que el 60 % de las adolescentes encuestadas tienen secundaria incompleta, continuándoles las adolescentes que tienen secundaria con 16%, el 8% tienen las adolescentes con primaria completa y estudios superiores. Con un menor porcentaje del 4% tienen primaria completa y estudios técnicos incompletos. En cuanto a su ocupación se puede apreciar que el 54% de las adolescentes encuestadas son estudiantes, continuándoles las adolescente que se dedican a labores domesticas con un 40% y con un porcentaje menor las adolescentes que laboran con 6%. En cuanto al tipo de familia al que pertenecen las adolescentes se obtuvo como resultado que el 44% pertenecen a una familia nuclear monoparental, el 41% manifestaron estar en una familia nuclear biparental, el 9% estar en una extensa y el 8% un porcentaje menor agregada. En cuanto a la relación que tienen con sus padres se pudo apreciar que el 41% de las adolescentes refirió que la comunicación con sus padres es regular, siguiéndoles 34% de las adolescentes que tienen comunicación mala y con un porcentaje menor el 25% de que tienen una buena comunicación. Respecto a si mantenían una relación sentimental actualmente el 84% respondieron que sí, el 16% manifiestan que no mantienen una relación sentimental. Respecto al uso de anticonceptivos el 65% respondió que no ha usado algún método anticonceptivo y el 35% manifestaron que sí. (Angulo Guevara, 2016, pág. 5)

Rodriguez Marcelo, Adelaida Elizabeth; Sucño Espinoza, Charo Margot, en su trabajo **titulado** Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de Enero a Marzo 2016. Huancayo, **Perú, 2016**. Con el **objetivo** describir los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016. **Material y método:** El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, descriptivo, de corte transversal. **La población** Dado que la población es finita se tomara el 100% de las gestantes

adolescentes quedando representada por 30 gestantes adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza- Chupaca. **Muestra** Está constituida por 30 gestantes adolescentes que acuden a su control prenatal en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza- Chupaca de Enero a Marzo del 2016. Se utilizó la **técnica** de la entrevista y como **instrumento** un cuestionario de trece preguntas. Obteniendo como **resultados:** de un total de 30 adolescentes embarazadas, el 90% (27) adolescentes presentan la edad entre 15 y 19 años, y solo el 10% (3) adolescentes están entre los 10 y 14 años. En cuanto al grado de instrucción el 47% (14) cursaron el nivel secundario, el 40% (12) el nivel primaria, el 10% (3) nivel superior, por último se puede apreciar sin educación solo 3% (1). Con respecto a la ocupación de las gestantes adolescentes el 70% (21) adolescentes se dedican a ser ama de casa, el 17% (5) adolescentes trabajan y solo el 13% (4) adolescentes estudian y con respecto si mantenían actualmente una relación sentimental el 43% (13) adolescentes presentan el estado civil conviviente, seguido del 33% (10) adolescentes de estado civil solteras y solo el 23% (7) adolescentes son casadas. El tipo de familia a la cual pertenecían las gestantes adolescentes fue el 57% (17) adolescentes son de familia monoparental, y el 43% (13) adolescentes son de familia biparental. En cuanto a antecedente de embarazo adolescentes en la familia el 67% (20) no presentan antecedentes de embarazos en adolescentes, y solo el 33% (10) presentan antecedentes de embarazos en adolescentes. En cuanto a la relación que mantienen con sus padres el 50% (15) adolescentes tienen una buena relación seguido del 33% (10) adolescentes tienen una relación regular con sus padres y el 17% (5) adolescentes tienen una mala relación con sus padres. La edad de inicio de la primera relación sexual el 67% (20) adolescentes iniciaron su vida sexual entre 15 y 19 años, y solo el 33% (10) adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 10 y 14 años; y en cuanto al uso previo de métodos anticonceptivos el 63% (19) adolescentes no usaron ningún métodos anticonceptivos, y solo el 37% (11)

adolescentes usaron métodos anticonceptivos. (Rodríguez Marcelo & Sucño Espinoza, 2016, pág. 15)

Avila Tunkuipa Judith Margo, Morales Mamani Yudi Alicia, en su trabajo **titulado** Factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de embarazo en adolescentes que acuden al centro de salud Vallecito Puno 2015.Puno, **Peru 2015**. Con el **objetivo** de analizar los factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Vallecito Puno 2015. **Material y método:** el tipo de investigación por su nivel de análisis es explicativo no experimental, es de diseño transversal porque la toma de muestra para el estudio se hace en un solo momento y no precisa de seguimiento. **Poblacion:** está representado por las 65 gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud Vallecito de Puno. **Muestra:** se estudiara una muestra representativa, un total de 55. Se utilizó la **técnica** de entrevista, y el **instrumento** la hoja de cuestionario. Obteniendo como **resultados** que del 100% de adolescentes encuestadas el 56% tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 17 a 19 años de edad, el 36% tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 14 a 16 años de edad, el 73% de encuestadas se encuentra en una edad clasificada como tardía de los cuales el 56% tuvieron relaciones sexuales por primera vez a la edad de 17 a 19 años y el 16% restante tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 14 a 16 años de edad, el 24% se encuentran en una edad intermedia de los cuales, el 20% tuvieron relaciones sexuales por primera vez a los 14 a 16 años de edad, el 4% restante tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 10 a 13 años de edad, el 4% de adolescentes en edad precoz tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 10 a 13 años de edad. Del 100% de adolescentes encuestadas el 64% pertenece a una familia funcional, el 36% pertenece a una familia disfuncional, el 73% de adolescentes se encuentra en una edad clasificada como tardía, de los cuales el 47% pertenece a una familia funcional y el 25% restante pertenece a una familia disfuncional, el 24% de

adolescentes se encuentra en una edad clasificada como intermedia de los cuales el 16% pertenece a una familia funcional y solo el 7% pertenece a una familia disfuncional, el 4% de adolescentes se encuentra en edad precoz y pertenece a una familia disfuncional. Del 100% de adolescentes encuestadas, se tiene que 58% consumieron alcohol, el 27% no tiene ningún hábito nocivo, el 15% consume tabaco, el 73% de adolescentes se encuentra en una edad tardía de los cuales el 42% consumió alcohol y el 16% restante no tiene ningún hábito nocivo, el 15% consume tabaco, el 24% de adolescentes se encuentra en una edad intermedia de los cuales el 16% consume alcohol y solo el 7% no tiene ningún hábito nocivo, el 4% de adolescentes en edad precoz no tiene ningún hábito nocivo. (Avila Tunquipa & Morales Mamani, 2015, pág. 6)

Osorio Alania, Rubén, en su trabajo **titulado Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013**. Lima, **Perú 2014**, con el **objetivo:** determinar los principales factores, características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco- Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. **Material y método:** Cuantitativo, diseño Observacional-descriptivo. La **población** estuvo conformada por todas las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los consultorios externos del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre 2013. **Muestra** La muestra es no probabilística (intencional). No hay muestra, se trabajara con toda la población adolescente embarazada, que acepte llenar la encuesta (ficha cuestionario). Se utilizó la **técnica** de la entrevista, y el **instrumento** cuestionario. Obteniendo como **resultados:** Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus

relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. (Osorio Alania, 2014, pág. 16)

3.2.- BASE TEORICA

3.2.1.- ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pase de la niñez a la adolescencia. (OMS, Desarrollo en la Adolescencia, 2012, pág. 1)

De igual forma el Ministerio de Salud del Perú, define a la adolescencia como todas las personas que tienen entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. Es una etapa en la cual se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. (MINSa, 2017, pág. 1)

ETAPAS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es una etapa de desarrollo que se da después de la niñez y antes que la adultez, y está comprendida entre los 10 a 19 años, esta se clasifica en temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). (Rodríguez Marcelo & Sucño Espinoza, Factores que influyen en el embarazo en adolescente en el centro de salud Pedro Sanchez Meza Chupaca, 2016, pág. 24)

En otra clasificación según la OPS, esta se divide en primera adolescencia, que comprende las edades de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. (Borrás Santisteban, 2014, pág. 5)

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los 25 órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. (Castillo Alvarez, 2017, pág. 10)

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo son profundos incluso no siendo evidentes. Una investigación pseudocientífica mostró que, durante la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un repentino desarrollo eléctrico y fisiológico. La cantidad de células cerebrales pueden casi llegar a ser el doble en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan en su totalidad, con repercusiones sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, es más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, que es la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, comienza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza se retrasa y toma más tiempo en los varones, la orientación de éstos a actuar por impulsos y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran una mayor conciencia sobre su género que cuando eran menores, y pueden adecuar su conducta o apariencia a las normas que se observan. (Castillo Alvarez, 2017, pág. 10)

ADOLESCENCIA TARDIA

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. Durante la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género aumentan estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimenticios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los modelos culturales y mediáticos de la belleza femenina. (Castillo Alvarez, 2017, pág. 24)

La adolescencia en etapa tardía, se caracteriza por ser una época en la que muchas de las inquietudes reflejadas en las/los jóvenes se asemejan a las de los adultos; la sexualidad ahora se manifiesta de una forma más elaborada y existe una actitud más responsable ante las infecciones de transmisión sexual (ITS), y métodos anticonceptivos. (Caricote Ágreda, 2013, pág. 416)

3.2.2. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad es un tema que ha despertado el interés de los hombres desde los tiempos primitivos hasta nuestros días. El desarrollo de la sociedad contemporánea impone nuevos retos y desafíos en relación a la sexualidad y su educación, que permitan lograr un carácter personalizado del ser humano, un sujeto protagónico, libre y responsable de su

sexualidad. Hay diferencia en la sexualidad en las distintas edades de la vida. Los adultos distinguen los deseos y sentimientos sexuales de otros sentimientos, sin embargo, las niñas y niños aprenden esto poco a poco, mientras que en los adolescentes repercuten con fuerza los sentimientos sexuales; ellos sienten que la actividad de sus genitales es demasiado abrupta, incontrolable y tratan de averiguar si continúan así. No saben que paulatinamente se irán haciendo más dependientes de la voluntad y se establecerá un equilibrio entre deseos, afectos y respuestas espontáneas de su organismo. (Rodríguez García, Oliva Díaz, & Gil Hernández, 2012, pág. 5)

Es importante entonces el conocimiento adecuado de las características de esta edad y de las exigencias que las nuevas condiciones de vida plantean a la personalidad que se desarrolla y a los que están responsabilizados con estimular y dirigir sus conocimientos y educación. Por educación sexual en nuestra sociedad entendemos preparar a las jóvenes generaciones para el amor y el matrimonio, la familia y la vida en pareja, en el principio de igualdad de derechos y deberes del hombre y la mujer. La educación sexual debe formar parte de cada individuo, que incluye los conocimientos y habilidades que exigen de cada ser humano, la vida en pareja y familia; debe estar orientada a preparar a las nuevas generaciones a fin de que puedan desarrollar relaciones de pareja estable, duraderas y felices, así como educar a sus hijos en los principios de nuestra sociedad socialista. No podemos negar que existen problemas con la educación sexual de jóvenes y adolescentes, que las relaciones antes del matrimonio se realizan a temprana edad y sin la utilización del condón, que no seleccionan correctamente su pareja, y en el peor de los casos se establecen relaciones con varios a la vez, contrayendo infecciones de transmisión sexual, crece el número de embarazos precoces, abortos y deserción escolar. (Rodríguez García, Oliva Díaz, & Gil Hernández, 2012, pág. 6)

Los problemas asociados a la forma en que los adolescentes y jóvenes viven la sexualidad y las relaciones amorosas hoy en día son muy numerosos y bien conocidos: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, frustración en las relaciones, etc. No se trata de problemas generalizados, pero si demasiado frecuentes, especialmente el primero de los señalados, afectan a los adolescentes y jóvenes y muy especialmente y de manera aguda a los menores de edad. (Lopez Sanchez, 2014, pág. 28)

3.2.3.- EMBARAZO ADOLESCENTE

Embarazo adolescente, es aquel que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (Menéndez Guerrero, Navas Cabrera, & Hidalgo Rodríguez, 2012, pág. 2)

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) 2016 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que actualmente el 12,7% de las adolescentes en el país (entre 15 y 19 años) declararon haber estado alguna vez embarazadas. Esta cifra representa 0,9 puntos porcentuales menos respecto al periodo anterior. 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. (Mendoza & Subiria, 2016, pág. 2)

Complicaciones obstétricas durante el embarazo adolescente

Son un conjunto de trastornos que ocurre desde que se produce la fecundidad hasta la atención o resolución de parto. Dentro de estas complicaciones encontramos los siguientes:

Aborto:

Es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. Terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500g. La etiología del aborto espontáneo se ha determinado que en un 50% tiene como causa, las ovulares: anomalías congénitas y causas maternas.

- **Aborto espontáneo:** Más del 80% de los abortos suele producirse en las primeras 12 semanas de edad gestacional. Lo cual es una complicación más común del embarazo que en muchas de las situaciones llegan con pérdidas tempranas, las pérdidas tardías son menos frecuentes, con 1,2% de los embarazos.
- **Amenaza de aborto:** Se define como la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea. El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo. (Amilcar, 2016, págs. 18-19)

Anemia:

Se ha considerado como una de las enfermedades más frecuentes que pueden coincidir con embarazo, o por el mismo desarrollo del embarazo en donde aumenta los requerimientos nutricionales por parte de la gestante, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consume de hierro elemental. Existe un

aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para lo cual se produce una disminución de la masa de hemoglobina. (Amilcar, 2016, pág. 21)

Amenaza de parto pretérmino (APP):

Se ha considerado como el proceso clínico donde se produce la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes que todavía tienen las membranas intactas, presentándose después de la vigésima y antes del trigésima séptima semana gestación. La actividad uterina se hacen palpables clínicamente con un tiempo de 30 segundos o más de duración con una frecuencia de una o más en diez minutos durante un periodo mínimo de una hora, esto nos lleva que se produzcan cambios cervicales leves, borramiento de cérvix uterino del 80% o menos, y con una dilatación igual o menor a 2 cms. (Amilcar, 2016, pág. 21)

Trabajo de parto pretérmino (TPP):

Es cuando la actividad uterina se presenta de igual o mayor a la que se describe en amenaza de parto prematuro (4 contracciones en 20 minutos u 8 en 1 hora), y las 22 modificaciones cervicales ya son mayores, el borramiento del cuello uterino es mayor al 80% y una dilatación mayor a 2 cm. Su diagnóstico más acertado se hace por medio de la actividad basal y contractilidad normal del útero, existe un tono uterino basal de 6 a 8 mmHg permanentemente y la aparición de las contracciones Blaxton-Hicks de baja frecuencia e intensidad. (Amilcar, 2016, págs. 21-22)

Parto Pre término:

Es el nacimiento que ocurre antes de concluir las 37 semanas, asociándose a diversos trastornos concomitantes que se debe en gran parte a la inmadurez de los órganos y sistemas, por lo que se incrementan de manera notable en los lactantes que nacen de las

37 semanas de gestación con la comparación de los nacimientos a término. Causas: Infecciones urinarias, Vaginosis bacteriana, Factores relacionados con el estilo de vida: Tabaquismo, edad muy joven o adulta, pobreza, talla baja, deficiencia vitamina C. (Amilcar, 2016, pág. 22)

Hipertensión en el embarazo:

Los trastornos hipertensivos complican a 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la triada letal, asociado con la hemorragia y la infección que son las que contribuyen a las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

- **Hipertensión Gestacional:** Cuyo diagnóstico se establece cuando la presión arterial alcanza 140/90mmHg o mayor por primera vez después de la mitad de embarazo y la característica de este que no presente proteinuria. Al no aparecer evidencia de preeclampsia y la presión arterial normal se recupera hacia las 12 semanas posparto.
- **Preeclampsia:** Es un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos por la existencia de daño endotelial, y es caracterizado como la manifestación más frecuente en la segunda mitad del embarazo y puerperio. Existe un daño endotelial. En este trastorno hay presencia de proteinuria, que es proteína en orina de 24 horas mayor de 300 mg/24h, creatinina ≥ 0.3 o concentración persistente de 30 mg/dl y la presión se encuentra mayor o igual a 140/90.
- **Eclampsia:** El inicio de convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con Preeclampsia que se presentan como crisis convulsivas generalizadas y que estos pueden que se presenten antes, durante o después del

parto. El 50% de los casos comienza antes del parto, el 25% durante el parto y el resto aparece en el posparto. (Amilcar, 2016, págs. 23-24)

Rotura de membranas ovulares (RPM):

Se define como la rotura espontánea de las membranas antes del comienzo del trabajo de parto, considerándolo como una complicación de la gestación que condiciona un incremento de la morbilidad materna y perinatal. Causas infecciosas (amnionitis, cervicitis y otras vaginosis), Aumento del volumen intrauterino (Polihidramnios y embarazo múltiple), Hemorragia subcoriónica, Coito, Estrato socioeconómico bajo (nutrición inadecuada). (Amilcar, 2016, págs. 25-26)

Infección del Tracto urinario (ITU):

Es considerado como las afecciones que con mayor frecuencia está asociada al embarazo, como la proliferación de microorganismos generalmente bacterias que invaden, ya sea de manera total o parcial el tracto urinario. La infección urinaria es una de las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes acompañada de vulvovaginitis. Los diferentes agentes etiológicos que se puede mencionar según por orden de importancia son: Escherichia Coli, que pertenecen a la flora enterobacteria que representa como responsable del 80-90% de los casos, luego Proteus Mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Enterococcus spp y Staphylococcus saprophyticus, Aerobacter, Pseudomonas. (Amilcar, 2016, pág. 27)

3.2.4.- FACTORES DETERMINANTES

3.2.4.1.- DETERMINANTES INTERMEDIOS

Los determinantes intermedios incluyen las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos.

3.2.4.1.1.- SOCIOCULTURALES Y AMBIENTALES

3.2.4.1.1.1.-LUGAR DE PROCEDENCIA

En las últimas décadas las cifras de migraciones, se ha incrementado, debido a que no existen oportunidades en su lugar de origen, es generada por problemas sociales, económicos, personales, culturales. Con los que se enfrenta la adolescente día a día. Algunas personas han optado por migrar a la ciudad, para mejorar su calidad de vida. Con idea equivocada de que le espera algo mucho mejor, lo cual puede resultar erróneo, ya que al salir del lugar de origen, se enfrenta a la aculturación, choque de cultura por encontrarse en otro lugar, sino también está expuesto a grandes sufrimientos. (Pascual Polo, 2015, pág. 40)

El embarazo en la adolescencia expresa un problema de derechos humanos, de inequidad y de injusticia social. De esta manera es más alto en las zonas rurales (22.5%), en la selva (24.9%), entre las que tienen sólo educación primaria (37.9%) y entre las que se encuentran en situación de pobreza (24.9%). Allí el contexto cultural puede tener una fuerte influencia. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad y el poco acceso a oportunidades de desarrollo personal y social podrían condicionar la maternidad temprana en este grupo. En los departamentos de la selva se observa el mayor porcentaje de embarazo adolescente. A nivel numérico, Lima concentra el mayor volumen de población adolescente embarazada. En Loreto (32.8%), Ucayali (26.2%), San Martín (25.5%), Amazonas (22.8%), Tumbes (22.2%) y Madre de Dios (21.9%). En su mayoría departamentos con una importante presencia de población indígena. No obstante, en números absolutos, la población adolescente embarazada entre 15 y 19 años se concentra fundamentalmente en Lima (aproximadamente 97,328 adolescentes embarazadas). (MINSA, 2016, pág. 5)

A nivel provincial y distrital, los mayores registros de madres menores de 15 años de edad ocurren en la selva y en los departamentos de la costa norte del Perú. A nivel de provincia, destacan, después de Lima, Maynas y Coronel Portillo. A nivel de distritos, destacan San Juan de Lurigancho y Ate en Lima Metropolitana. (MINSa, 2016, pág. 8)

3.2.4.1.1.2.-PATRONES CULTURALES

Posibles causales para el inicio de relaciones sexuales en la adolescencia:

- La necesidad de tener hijos para probar la femineidad, basándose en las percepciones sociales.
- La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- La percepción de que el papel básico de la mujer es reproducirse y efectuar funciones domésticas.
- La baja condición de la mujer dentro de la sociedad y las pocas oportunidades que se le brindan.
- Modelos aprendidos desde la niñez que resaltan el papel femenino de servicio a los hombres incluso en el plano sexual. (Lobo, 2011, pág. 9)

En la selva es más alto el porcentaje de embarazo adolescente ya que las niñas son consideradas potenciales esposas y madres a partir de su primera menstruación. Es parte de una práctica cultural, en razón de ello la implementación de medidas y políticas de prevención del embarazo en adolescentes deben adecuarse a esta realidad pero desde los enfoques de género e interculturalidad. (MINSa, 2016, pág. 16)

3.2.4.1.2.- FAMILIARES

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del

Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. (Britanica, 2013, pág. 2)

Los estudios han señalado la estructura o conformación de la familia como un determinante importante ya que de esta dependen las posibilidades que los padres pueden brindar a sus hijos, y el ambiente bajo el cual crecerán. Por ejemplo cuando los padres son separados y la madre asume como cabeza de hogar, usualmente se ejerce baja supervisión parental en razón a cargas laborales que le impiden contar con tiempo suficiente para dedicar a los hijos; el abandono del padre que implica la ausencia de figura paterna; la muerte de alguno de los padres o el abandono de ambos padres dejando los hijos al cuidado de familiares cercanos lo que puede acarrear carencias afectivas. (MinSalud, 2012, pág. 15)

3.2.4.1.2.1.- Tipo de familia

Los nuevos modelos de familia han ido progresivamente equiparándose a los tradicionales. Para las generaciones anteriores era más habitual crecer en familias con un padre y una madre unidos por el vínculo del matrimonio. En la actualidad, aunque esta estructura familiar sigue predominando en buena parte de las sociedades, la proporción ha disminuido notablemente en numerosos países. Así, hoy en día son mucho más comunes las uniones con un padre y una madre que cohabitan sin estar casados, o que conforman familias reconstituidas resultantes de divorcios o nuevas nupcias. (Martínez Monteagudo, 2013, pág. 7)

Familia nuclear: “Constituida por ambos padres biológicos y los hijos, presencia de dos generaciones de consanguinidad”.

Familia nuclear modificada: “comprende las familias donde solo está el padre o la madre (hijos de diferentes uniones)”.

Familia nuclear reconstruida: Familia donde hay pareja pero no todos los hijos son del mismo padre o madre. Hay presencia de padrastro o madrastra.

Familia extensa: Está compuesta por miembros de tres generaciones (Ambos abuelos, ambos padres, hijos y nietos).

Familia extensa modificada: “Aquella en que además de los padres e hijos está vinculado otro miembro de consanguinidad de la generación de los padres o de los hijos (tíos, primos de los padres, sobrinos), o figura la generación de los abuelos y nietos con o sin la presencia de los padres. (Betancurth , 2011, pág. 10)

La familia desde el punto de vista psicosocial es reconocida como uno de los micros ambientes en donde se mantiene el adolescente y que por lo tanto está comprometido en lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, que no recibe atención y cuidado, puede encontrar consuelo en otra persona ajena a la familia, esto puede generar un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia. (Rodriguez Gualteros, 2014, pág. 15)

La aparición del embarazo en la familia de una adolescente obliga al restablecimiento de las funciones de sus integrantes, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado

de equilibrio familiar que, inicialmente no puede ser aceptado, crea sorpresas y frustración. (Zuñiga Fuentes & Rocha Perez, 2015, pág. 20)

El desarrollo de los adolescentes se construye a partir de las relaciones significativas que se suceden al interior de la familia y que posteriormente se fortalecen en el entorno escolar. A lo largo del tiempo, diversos estudios comprueban que la familia configura un aspecto esencial en la formación de los individuos ya que es un escenario en el que se promueve la socialización, el afecto, el desarrollo y la realización personal en diversas etapas de la vida de sus miembros. En el proceso hacia la adultez, la familia forma parte de la construcción de la autoestima y el sentido de sí mismo desde los valores que allí se aprenden. (Moreno Méndez & Echavarría Llano, 2014, pág. 38)

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogénias particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él. (Cogollo & Gomez, 2013, pág. 638)

Familia Funcional:

Es aquella que logra promover el desarrollo integral de sus miembros, así como un estado de salud favorable en ellos, donde cada uno de sus integrantes manifieste una satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos. También, están

conformadas por individuos motivados y comprometidos con la familia, tienen adecuados patrones de comunicación, donde estimulan la participación activa de los niños sobre las decisiones que les afectan. (Moreno Méndez & Echavarría Llano, 2014, pág. 38)

Familia Disfuncional:

Se caracterizan por el fracaso en los papeles parentales y confusión de roles. Los conflictos continuos y crisis cíclicas y repetitivas igualmente abundan. Existe fuerte resistencia al cambio y amenazas continuas de separación. Ausencia total de reglas explícitas y gran cantidad de reglas implícitas y/o secretas. Los límites son generalmente confusos. Presencia de deprivaciones del cariño parental. Mal funcionamiento social y por ende precisan de ayuda especializada para resolver sus conflictos. (Barrios Hernández & Verdecia Machado, 2015, pág. 6)

3.2.4.1.2.2.- CARACTERISTICAS DEL JEFE DE LA FAMILIA

En este aspecto se incluyen las escasas muestras de afecto de los miembros de la pareja adulta entre si y hacia los hijos. Se ha encontrado que a los adolescentes les molesta tanto la conducta sobreprotectora o represiva de los padres como la excesivamente permisiva. (Rodriguez Marcelo & Sucño Espinoza , 2016, pág. 53)

Actitudes negativas de los padres

a) Reprimir y no hablar del tema

Propiciar silencio es una situación tan común como dañina. Algunos especialistas refieren que esta actitud confunde a los niños acerca de sus inquietudes sobre sexualidad. El niño tiene la sensación de que sus interrogantes no pueden ser satisfechas por lo que lo sexual se transforma en un tema tabú y vergonzante. Frecuentemente esto es producto de que los padres se sienten inseguros cuando se trata de dar a los niños información sobre sexo. Estadísticamente está comprobado

que la mayoría de los niños ha recibido mayor información sobre sexualidad fuera de su hogar que de sus propios padres. (Diaz Tapara, 2016, pág. 33)

b) Actuar con falsedad e incoherencia

Es una actitud que los padres deben evitar. El niño tarde o temprano se dará cuenta de la manera que actuamos y sabrá la verdad de que ha sido engañado por aquellos de quienes confiaba y esperaba más sinceridad. (Diaz Tapara, 2016, pág. 33)

c) Adelantarse a su madurez sexual

Algunos padres se adelantan a la sexualidad de sus hijos. Todos hemos sido testigos de adultos ansiosos por el comportamiento sexual de sus hijos y que consideran que ya les ha llegado la hora de hacerse hombres o mujeres. Llevarlos al prostíbulo o adelantarse para estimularlos a comprar anticonceptivos no debe formar parte del repertorio de la educación sexual. (Diaz Tapara, 2016, pág. 33)

d) Inseguridad y temores acerca del comportamiento sexual futuro de los hijos

Muchos padres temen sobre el comportamiento sexual de sus hijos en el futuro. La mayoría de las veces sin ningún fundamento, pero los temores repercuten en las reacciones y actitudes de los padres hacia los hijos. (Diaz Tapara, 2016, pág. 33)

e) Reírse y festejar sobre actividades relacionadas con la sexualidad

Los padres deben cuidarse de no utilizar los comportamientos y actitudes sobre asuntos sexuales como si los tales fueran trofeos para sus hijos y/o para ellos. La contrapartida de ridiculizar o rebajar al niño frente a sus actitudes también es perjudicial. (Diaz Tapara, 2016, pág. 33)

f) Mantener otros conceptos falsos sobre sexualidad

La mayoría de las personas abrazan mitos falsos referentes al sexo. Varios de ellos han sido ya citados. Debemos revisar constantemente nuestros conceptos y

consultar ante dudas que surjan, para no perpetuarlos en nuestros hijos. (Díaz Tapara, 2016, pág. 33)

3.2.4.1.2.3.- COMUNICACIÓN CON LOS PADRES

La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. Este punto se puede considerar una de las causas del embarazo adolescente. Es que las niñas presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido, deseando sentirse adultos. (Cruz Marquez, 2012, pág. 1)

Se caracteriza por el diálogo pero escasa comunicación real en el contacto con los padres, debido a que no se enfrentan los temas más candentes en forma directa. Los tiempos de comunicación familiar son escasos y por lo general se dejan para las horas de la comida, en ocasiones cada uno de los integrantes de la familia tienen horarios diferentes. (Rodríguez Marcelo & Sucño Espinoza, 2016, pág. 48)

3.2.4.1.3.- ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE

La mayoría de adolescentes en embarazo provienen de familias en las que está ausente el padre, o en las que han existido otras mujeres en su misma circunstancia (hermanas, primas), esto obliga a las adolescentes a trasladarse a hogares de otros familiares. (Rodríguez Gualteros, 2014, pág. 28)

Una de las consecuencias asociadas con maternidad adolescente más conocida es que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa un ciclo de desventajas. La explicación del fenómeno puede deberse a diversos

procesos tales como herencia biológica o genética, actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socioeconómicas. (Electra González , 2012, pág. 2)

3.2.4.1.2.- INDIVIDUALES

3.2.4.1.2.1- NIVEL EDUCATIVO

El Factor educativo es el medio principal con que cuenta la población, para afirmar su personalidad; es un instrumento para mejorar las relaciones entre los miembros, velar por la conservación de valores del patrimonio cultural y estimular a los individuos a proporcionar un bienestar individual y colectivo. El nivel de escolaridad se puede considerar como un factor condicionante al favorecer una predisposición a la iniciación de una vida genital temprana. (Rodríguez Gualteros, 2014, págs. 28-29)

Las adolescentes que desarrollan un embarazo se enfrentan a un número importante de retos en la dimensión social, individual y familiar. Entre estos retos está: la imposibilidad de concluir sus estudios escolares, se observa que el embarazo adolescente afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria (el 29,2% ya es madre y el 4,6% está embarazada del primer hijo). (MINSA, 2016, pág. 9)

Estudios coinciden en señalar el mayor nivel educativo de los(as) adolescentes como un factor protector que favorece la postergación del IRS, aumenta el conocimiento y adecuado uso de anticonceptivos y genera al (la) adolescente posibilidades de asumir un rol diferente al de la maternidad y paternidad. En contraposición, se señalan como factores de riesgo el bajo logro educativo y la deserción escolar ya que inciden en que no se logre construir proyecto de vida alrededor de la educación. La deserción está asociada a la insatisfacción del adolescente en la escuela y a que considera irrelevante lo que allí se hace; especialmente cuando no tiene una vida feliz o satisfactoria en casa, no hay un

soporte apropiado ante la carga de trabajo de la escuela, existe presión por parte de los profesores e inflexibilidad en las formas de aprender. (MinSalud, 2012, págs. 10-11)

El embarazo afecta el proyecto educativo, lo que le genera enfrentar a la adolescente con problemas sociales y económicos que son los que generalmente motivan la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y/o económico por parte de la familia. (MinSalud, 2014, pág. 40)

En el marco del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, las intervenciones en educación comprenden dos líneas de trabajo: “permanencia, acceso y conclusión de la educación básica en mujeres y varones” y “programa de educación sexual integral con calidad, para la educación básica regular”. Estas líneas de trabajo se integran a los objetivos 2 y 3 del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, cuyas metas son las siguientes:

Meta del objetivo 2: incrementar en 30% el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años, que concluyen la Educación Secundaria.

Meta del objetivo 3: Marco Curricular Nacional incluye competencias y capacidades vinculadas al desarrollo de la Educación Sexual Integral-ESI, en los aprendizajes fundamentales.

Hacia el año 2015, según la información del MINEDU-ESCALE, el 68.6% de los adolescentes de 17 a 18 años concluyeron la educación secundaria. Según la tasa de conclusión secundaria en las mujeres de 17 a 18 años de edad. Para el año 2015 fue de 62.1%. Mientras en los varones fue de 56.4%. En las áreas rurales la tasa de conclusión secundaria, en las mujeres de 17 a 18 años fue de 33.9% y en los varones de 17 a 18 años fue de 35.7%. Según información del MINEDU, aproximadamente 8 de cada 10 adolescentes embarazadas peruanas abandonan la escuela. Este es un dato relevante por

la pérdida de oportunidades de educación y de ingreso digno en las mujeres. (MINSA, 2016, págs. 13-15)

3.2.4.1.2.2- ACCESO A PLANIFICACION FAMILIAR

Muchos adolescentes inician actividad sexual a muy tempranas edades y ellos no acostumbran a preguntar o a solicitar de manera espontánea servicios e información sobre planificación familiar. La mayoría de adolescentes tienen la madurez emocional y cognitiva para recibir dichos servicios integrales, pero gran parte de ellos desconoce que tiene ese derecho y que existen esos servicios; además, aspectos como las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes son reforzados por la actitud de los profesionales de salud, que en muchas ocasiones no brindan una adecuada información y no logran ganarse la confianza de las adolescentes que acuden en busca de orientación; al ser así, cuando estas pacientes requieren de mayor apoyo al encontrarse gestando es más difícil para el personal de salud garantizar su adherencia a los controles de su embarazo y es más difícil prevenir complicaciones. (Valdeiglesias Abarca, 2017, pág. 15)

El Ministerio de Salud reporta para el año 2015, alrededor de 3,170 servicios diferenciados para adolescentes de 12 a 17 años de edad, en el 40% de establecimientos de salud del país, también aprobó la Norma Técnica de Planificación Familiar (RM N° 652-2016-MINSA). Esta norma permitiría el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos. Con ello se eliminarían las barreras que limitaban su acceso a las y los adolescentes en los establecimientos de salud. (MINSA, 2016, pág. 12)

3.2.4.1.2.3- ESTADO ECONOMICO FAMILIAR

Una de las razones que explican la consideración del embarazo adolescente como un problema social serían “la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres”, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo”. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. A la pobreza o poca capacidad económica de las adolescentes, a la desnutrición y la mala salud de la madre, a la escasa supervisión médica o al rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprobren su conducta. También hay que agregar, el intercambio de sexo por dinero, por regalos, por paseos, entre adolescentes y hombres adultos. (Osorio Alania, 2014, pág. 33)

Gomez Mercado, Carlos, en su trabajo titulado Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo adolescente, hace referencia a que la prosperidad económica de un individuo o familia es afectada directamente por la política económica y en particular por los efectos sobre el nivel de precios, la disponibilidad de empleo y el nivel de ingreso. Muchas investigaciones realizadas en el mundo, demuestran la fuerte correlación entre la pobreza y los altos índices de fecundidad en adolescentes. De acuerdo a los resultados del estudio, se puede apreciar que las adolescentes que residen en familias con ingresos menores a 500 mil pesos tienen 3,98 veces el riesgo de embarazo con respecto a las que viven con familias con mayores

ingresos; situación que confirma dicha asociación. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2014, pág. 4)

La falta de ingresos económicos en el hogar estimula a las adolescentes a optar por supuestas soluciones a su vida; pensando que una de sus alternativas es abandonar su hogar y establecer una relación con su sexo opuesto. (Rodríguez Gualteros, 2014, pág. 30)

3.2.4.1.2.4.-PARTICIPACION LABORAL

La actividad laboral en las madres adolescentes, se ve afectado por el bajo nivel de formación y la escasa o nula experiencia laboral, hace que no sea fácil encontrar un trabajo, en caso de encontrarlo es mal remunerado y no llega a satisfacer sus necesidades económicas. (Rodríguez Gualteros, 2014, pág. 31)

3.2.4.1.2.5.-RELIGION

La religión juega un papel importante en la sociedad, en las políticas de los gobiernos y en la vida de las personas. Casi sin excepción, las grandes religiones han dado una gran importancia a la relación hombre – mujer, y muy especialmente a la naturaleza femenina, su sexualidad, sus deberes dentro del hogar y sus obligaciones con respecto a la vida matrimonial. La reproducción humana es un área importante para las religiones en cuanto reproducción implica sexualidad, vida matrimonial, la continuación de pueblos o razas, la relación entre tamaño de familia y la supervivencia de estas. La influencia de la religión sobre los programas de salud reproductiva penetra las esferas nacionales e internacionales donde se toman decisiones de políticas en los campos de salud y desarrollo. Las grandes religiones, en su mayoría patriarcales, generalmente sitúan a la mujer como el agente reproductivo central, cuyo destino es de sumisión frente al poder de protección y superioridad que atribuyen al hombre.

La Iglesia Católica

Durante los primeros siglos del Cristianismo, los llamados padres de la iglesia discutían en sus debates teológicos el significado y valor moral de la virginidad. Sus conclusiones con respecto al valor espiritual de la virginidad eran unánimes en que ésta es una de las formas en que el ser humano alcanza el más alto nivel de pureza. Esto significaba, por otro lado, que la sexualidad era vista como una actividad impura si no tenía por objeto la reproducción humana, la que sólo se permitía dentro del matrimonio. Toda otra actividad sexual era condenada por la religión. Una consecuencia de esta visión fue relegar a la mujer a un papel de agente reproductivo dependiente del hombre.

Las Iglesias Cristianas Protestantes

Una mayor libertad individual de acción en lo que se refiere a todos los eventos y conductas que circunscribe el concepto de salud reproductiva existe dentro de una gama de denominaciones de iglesias Protestantes. Dentro de estas iglesias hay gran variación en cuanto a su posición con respecto al aborto, pero en general no hay oposición al uso de anticoncepción. (Mundigo, 2015, págs. 8-10)

3.2.4.2.- DETERMINANTES PROXIMOS

Corresponden al estilo de vida, la conducta y el comportamiento y las exposiciones ambientales. Tanto el estilo de vida como los hábitos de vida tienen un importantísimo valor en la prevención y control de enfermedades.

3.2.4.2.1.- MENARQUIA

Dentro de las teorías que explicarían la asociación entre la edad de la menarquia y conductas de riesgo, está que el desarrollo puberal se presenta durante la adolescencia inicial (10 a 13 años), caracterizado por rápidos cambios físicos, lo que llevaría a una

inadecuada autopercepción, asociado al impulso de experimentación y búsqueda de identidad, donde los pares toman gran importancia, habiendo un distanciamiento de la familia. (Leal F & Stuardo A, 2015, pág. 2)

3.2.4.2.2.- AUTOESTIMA

La autoestima de las personas adolescentes es un asunto de gran importancia, primero para sí mismo, segundo para su proceso educativo y, finalmente, para la educación como tal, en tanto personas educadas serán productivas para la sociedad. La etapa adolescente es una de las más importantes en la vida del ser humano. Es en donde se despabilan las emociones, se descubre el carácter y se suscitan cambios que pueden reorientar el sentido de la vida misma. Existen diversas perspectivas de entender la autoestima; no obstante, todas conducen al autoaprecio de los seres humanos. La autoestima es un estado mental. Un sentimiento o concepto valorativo de nuestro ser, el cual se va forjando poco a poco; es decir, se aprende y cambia. Se basa en aquellos pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo, asimilando e interiorizando durante nuestra vida. Es la apreciación que cada persona hace de sí misma mediante un proceso valorativo-acumulativo, basado en la experiencia del día a día y enfocado a un yo holístico actual, pero, influenciado por el conjunto de estados anímicos persistentes a lo largo de períodos de tiempo relativamente continuos y duraderos. No siempre tenemos el mismo autoconcepto y valía de nosotros mismos y nosotras mismas. Existen múltiples factores que se implican para autoapreciarnos y que van modificando rítmicamente nuestra autoestima. (Silva Escorcía & Mejía Pérez, 2015, pág. 247)

3.2.4.2.3.- EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Un hecho que se viene observando entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, es el incremento en el porcentaje de aquellas que tuvieron su primera relación sexual antes de

cumplir los 15 años de edad, este porcentaje paso de 5.1% en el 2000 a 6.9% en el 2015. Asimismo, el porcentaje de mujeres, de este grupo de edad, que tuvieron actividad sexual reciente paso de 11.4% a 14.4%; y el porcentaje de aquellas que nunca tuvieron relaciones sexuales se redujo en casi diez puntos porcentuales en el mismo período (Tabla N° 78), señalando que la actividad sexual entre las mujeres de 15 a 19 años de edad ha ido en incremento desde el 2000 al 2015. (MINSa, 2017, pág. 80)

Para Elena Zúñiga, representante del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú, una de las causas por las que aumentó el embarazo en menores de 15 años sería el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales. En setiembre del 2016 el INEI informó que el 6,3% de las adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, y el 0,6% tuvieron un bebé antes de cumplir 15 años, y según los datos del Ministerio de la Mujer, los jóvenes inician su vida sexual antes de los 18 años, en muchos casos por factores culturales, porque hay muchas familias donde se consiente esta práctica desde más jóvenes. (Valdeiglesias Abarca, 2017, pág. 11)

Diversas investigaciones muestran la multifactoriedad del comienzo de la sexualidad en adolescentes; se señala la importancia de factores individuales, familiares y socio – culturales. Factor personal: bajas expectativas académicas, baja autoestima, ausencia de religiosidad, nivel socioeconómico bajo, edad, sexo, consumo de bebidas alcohólicas y drogas, percepción estar exentas del riesgo de salir embarazada y percepción de riesgo para adquirir enfermedades transmisibles sexualmente son factores relacionados con mayor frecuencia de inicio temprano de actividad sexual. Factor familiar: tensión y conflicto familiar, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún miembro de esta, antecedente de embarazo adolescente, padre ausente, divorcios y nuevas uniones de la madre. Factor socio-cultural Los valores, costumbres y controles sexuales de la sociedad en que se vive, determinan en gran parte su actitud y comportamiento sicossexual. Su vida

sexual pues, es inseparable del contexto sociológico y cualquier modificación de éste, acarrea la evolución de aquella. Los medios de comunicación como modelos de conductas sexuales para los adolescentes, impulsándolos a conductas de riesgo. (Tagle Principe , 2015, págs. 40-42)

3.2.4.2.4.- USO DE ANTICONCEPTIVOS

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de una manera libre, responsable e informada, sobre la cantidad y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y también los servicios idóneos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Hecho que se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Actualmente la disponibilidad de métodos contraceptivos altamente eficaces les han posibilitado, a hombres y mujeres, planificar su familia sin embargo no todas las personas en edad fértil hace uso de estos métodos, pues no todos tienen el suficiente nivel de conocimientos acerca de ellos, ni tampoco todos tienen fácil acceso a los mismos. (Santisteban Salcedo, 2017, págs. 23-25)

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas/os y madres adolescentes, los últimos resultados de la ENDES 2015 muestran una tendencia irregular en el indicador, recién en el año 2015 se observa una subida. Para ese año el porcentaje sube en 6 puntos, al pasar de 62.6 a 69%. Según la información del Ministerio de Salud, los métodos anticonceptivos más usados entre los adolescentes durante el año 2015 fueron los siguientes: inyectable trimestral (64,899), condón masculino (29,688), inyectable mensual (21,540) y los orales combinados (18,227). (MINSa, 2016, págs. 12-13)

3.2.4.2.5.- PAREJA ESTABLE

Ser padre es una experiencia que cambia al varón, cambia sus vínculos sociales y la relación que establece con su mundo social. Esto es particularmente cierto en el caso de un padre adolescente. Se identificó este momento como un periodo crítico en el cual el padre se encontraba en proceso de aprendizaje y adaptación a su nueva realidad familiar, proceso que incluía la reconcepción de sí y de sus relaciones, proceso de adaptación a las necesidades y situaciones asociadas al deber de cuidar un bebé recién nacido y segundo, como un proceso de adquisición de un self de padre; es decir el adquirir los sentidos, experiencias y actividades que surgen en el desempeño del papel de padre, que están vinculados a las actividades entendidas como propias de la paternidad. (Molina Gutierrez, 2012, pág. 96)

3.2.4.2.6.- VIOLENCIA FAMILIAR

Ha sido definida como todo acto cometido en contra de la familia por uno de sus miembros y que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad psicológica y/o la libertad de otro de los miembros de la familia. Este tipo de violencia se ejerce dentro del hogar, pero también puede ejercer fuera de él y se expresa no solo en maltrato físico, sino también en formas sutiles del maltrato psicológico y sexual. La violencia intrafamiliar tiene características específicas por género y edad; afecta de manera particular a las niñas y niños, mujeres y personas de la tercera edad. Varios estudios señalan que, dentro del hogar, son las madres quienes maltratan a los niños y a las niñas; de igual manera, se conoce que las personas de la tercera edad sufren diversas formas de violencia, maltrato y privación. Se presenta a manera de un sistema familiar violento, degenerativo, enfermo, patológico, contaminado e influido por otros sistemas socioculturales agresivos de la sociedad, del entorno ecológico que lo rodea, basado en el maltrato, en la imposición, en las relaciones de abuso de poder, en la opresión y el sometimiento de sus miembros más

débiles, sin respetar las diferencias de género, ni de edad, por el contrario, las utiliza para reproducir la violencia, el dolor, el sufrimiento, la angustia, el miedo. En este sistema violento las personas se mantienen atrapadas en sus propias percepciones, son incapaces de cambiar sin ayuda externa, viven atrapadas en un sistema que las oprime, éste, es un régimen estático que lleva consigo la violencia intrafamiliar que en la mayoría de los casos no solicitan ayuda por el desconocimiento de la existencia de estrategias para frenar este tipo de violencia. (Rea Iza, 2012, págs. 7-8)

3.2.4.2.7.- VIOLENCIA SEXUAL

Otro determinante señalado como relevante por varios estudios es haber sido víctima de violencia sexual, y más específicamente, de abuso sexual. Los niños y adolescentes que han vivido esta experiencia suelen tener: dificultades para establecer relaciones interpersonales y lazos sociales; baja autoestima, percepción de auto eficacia y capacidad de negociación de AC que puede estar relacionada con la asociación normal de la vivencia de su sexualidad con la violencia y explotación. Esta afectación psicosocial, que depende del soporte social y familiar, puede llevar a buscar afecto en el sexo con un IRS temprano, múltiples compañeros sexuales o a refugiarse en el consumo de drogas (MinSalud, 2012, págs. 12-13)

Muchos de los casos de madres menores de 15 años pueden estar relacionados con actos de violencia sexual. Al respecto, la encuesta ENARES 2016, evidenció que el 34.6% de adolescentes de 12 a 17 años alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual. (MINSa, 2016, pág. 10)

3.3.- DEFINICION DE TERMINOS

ADOLESCENCIA

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes.

EMBARAZO ADOLESCENTE

Es el periodo de gestación donde la gestante tiene una edad comprendida entre 10 a 19 años.

DETERMINANTES INTERMEDIOS

Los determinantes intermedios incluyen las circunstancias materiales, entendidas como las condiciones de trabajo y de vida, las conductas relacionadas con la salud y los factores psicosociales y biológicos.

DETERMINANTES PROXIMOS

Corresponden al estilo de vida, la conducta y el comportamiento y las exposiciones ambientales. Tanto el estilo de vida como los hábitos de vida tienen un importantísimo valor en la prevención y control de enfermedades.

3.4.- HIPOTESIS

3.4.1.- HIPOTESIS ALTERNA (H1)

Los determinantes intermedios y próximos están asociados significativamente al embarazo en adolescentes.

3.4.2.- HIPOTESIS NULA (H0)

Los determinantes intermedios y próximos no están asociados significativamente al embarazo en adolescentes.

3.4.3.- HIPOTESIS GENERAL

Conocer cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstetricas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2017.

3.4.4.- HIPOTESIS ESPECÍFICA

Determinar cuál de los determinantes están asociados significativamente al embarazo en adolescentes.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

4.1.- TIPO DE INVESTIGACION

- **Cuantitativa**, ya que es observable, medible y se podrá analizar.
- **Aplicada**, pues busca la solución de un problema.
- **Prospectiva**, pues los hechos se registrarán a medida que ocurran.
- **Corte longitudinal**, pues registra los hechos en un determinado tiempo una sola vez.
- **Exploratoria**, ya que nos permitirá tener una visión general del tema.

4.2.- DISEÑO DE INVESTIGACION

- **No experimental; transversal**, pues permite determinar la existencia de factores.
- **Correlacional – causal**, el cual está dirigido a conocer los determinantes asociados al embarazo en adolescentes.

4.3.- POBLACION

Constituida por 1020 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

4.4.- MUESTRA

La muestra es probabilística y lo constituyeron 280 gestantes adolescentes, que fueron atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Calculo del tamaño de muestra

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

En donde:

n: tamaño de la muestra

N: total de la población

Z: 1.96 (nivel de confianza 95%)

p_e: probabilidad esperada de que ocurra el evento en estudio.

q_e: (1- p_e) probabilidad esperada de que NO ocurra el evento.

d: precisión o error 5%=0.05

$$n = \frac{1820 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2 \times (1820 - 1) + 1.96 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = 280$$

UNIDAD DE MUESTRA

Gestantes adolescentes que son atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

- Gestantes adolescentes que son atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho.
- Gestantes adolescentes que deseen colaborar con la realización de la encuesta.
- Gestantes adolescentes que den su consentimiento.

EXCLUSION

- Gestantes que no sean adolescentes.
- Gestantes adolescentes que no den su consentimiento.
- Gestantes que se encuentren en estados críticos.

MUESTREO

Tipo de muestreo: sistemático.

4.5.- PROCESAMIENTO Y TECNICAS

TECNICA E INSTRUMENTO

Se utilizará la técnica de la **entrevista** la cual permitirá recolectar información a través del instrumento el **cuestionario**, que será dirigido a gestantes adolescentes que fueron atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas del Hospital San Juan de Lurigancho, de enero a diciembre del 2017; el cual va hacer sometido de contenido y

constructo mediante el juicio de expertos y por un piloto de 30 personas., con lo que permitirá poder conocer cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

En la presente investigación para la recolección de información se elaboró un cuestionario, el mismo que está compuesto por 34 preguntas, entre las cuales se encuentran 1 de respuesta abierta y 33 de respuesta cerrada; 26 de ellas estuvieron destinadas para los determinantes intermedios y 8 destinadas a los determinantes próximos; las mismas que pretenden diagnosticar el problema planteado en esta investigación para la obtención de la información.

PROCEDIMIENTO

1. Se socializará el proyecto a los directivos del hospital mediante un oficio emitido por el director de la escuela de obstetricia, así mismo se solicitará autorización para la realización de las encuestas dentro del servicio de gineco obstetricia de la institución con el fin de obtener la información requerida para el estudio.
2. Se identificará a la población de gestantes adolescentes que se atienden en el servicio de emergencias gineco obstétricas del Hospital San Juan de Lurigancho.
3. Se explicará minuciosamente las instrucciones a las gestantes adolescentes que colaboraran con la realización del cuestionario a fin de recabar íntegramente toda la información necesaria.
4. Una vez recogida la información se tabulará y se analizarán los datos.

4.5.- PLAN DE ANALISIS

PROCESAMIENTO DE DATOS

Para medir los determinantes asociados al embarazo adolescente, se utilizará la técnica de la **entrevista**, usando como instrumento el **cuestionario**, en el cual se incluyen las viables, donde se evaluará la presencia de los determinantes asociados al embarazo adolescente.

4.6.- ASPECTOS ETICOS

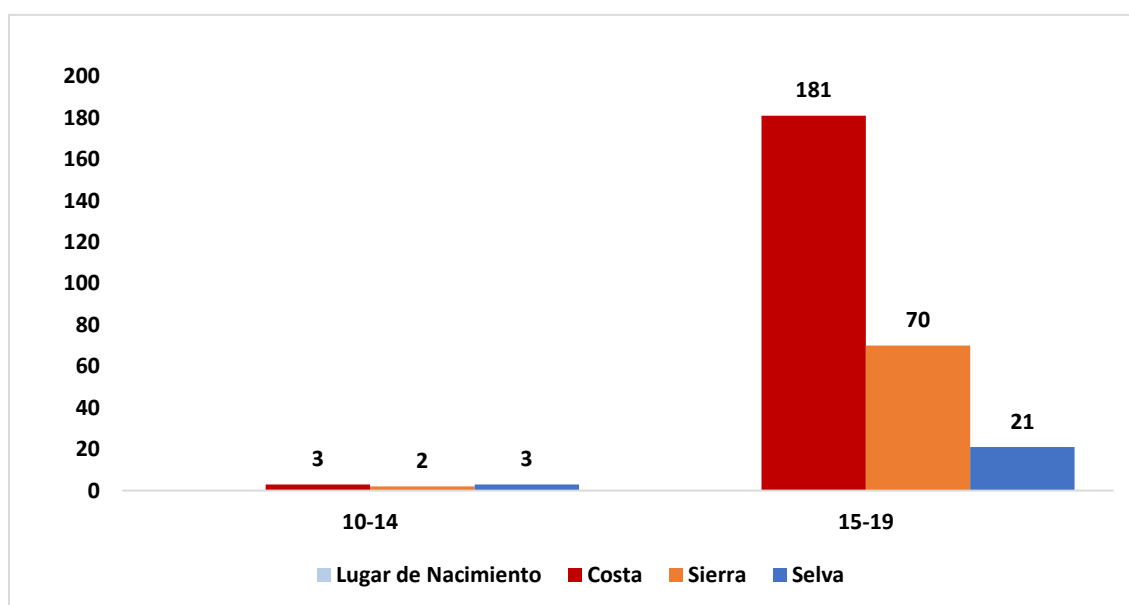
Se aplicará los principios éticos contenidos en el Reporte de Belmont y en la Declaración de Helsinki y el Código de Núremberg en relación a la Confidencialidad. Guardaremos su información. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Derechos del paciente. Se respetará si desea retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

TABLA N°1
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO –
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2017

Edad		Lugar de Nacimiento			Total
		Costa	Sierra	Selva	
10-14	Recuento	3	2	3	8
	% dentro de Edad	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%
	% dentro de Lugar de Nacimiento	1,6%	2,8%	12,5%	2,9%
	% del total	1,1%	0,7%	1,1%	2,9%
15-19	Recuento	181	70	21	272
	% dentro de Edad	66,5%	25,7%	7,7%	100,0%
	% dentro de Lugar de Nacimiento	98,4%	97,2%	87,5%	97,1%
	% del total	64,6%	25,0%	7,5%	97,1%
Total	Recuento	184	72	24	280
	% dentro de Edad	65,7%	25,7%	8,6%	100,0%
	% dentro de Lugar de Nacimiento	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	65,7%	25,7%	8,6%	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a gestantes adolescentes.

GRAFICO N° 1
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO –
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - 2017



Fuente: Gráfico N°1

INTERPRETACION

En la tabla y el gráfico N°1 se observa que el 100% de las gestantes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años el 37,5% (3) tuvo como lugar de nacimiento la región Costa, el 25% (2) de estas afirmó que había nacido en la región Sierra, mientras que el 37.5% (3) obtuvieron como lugar de nacimiento la región Selva. De las gestantes entre las edades de 15 – 19 años el 65.7%(181) afirmó que nació en la región costa, el 25,7% (70) la región Sierra y el 8,6% (21) la región Selva.

TABLA N° 1 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,040 ^a	2	,011
Razón de verosimilitud	5,643	2	,060
Asociación lineal por lineal	6,436	1	,011
N de casos válidos	280		

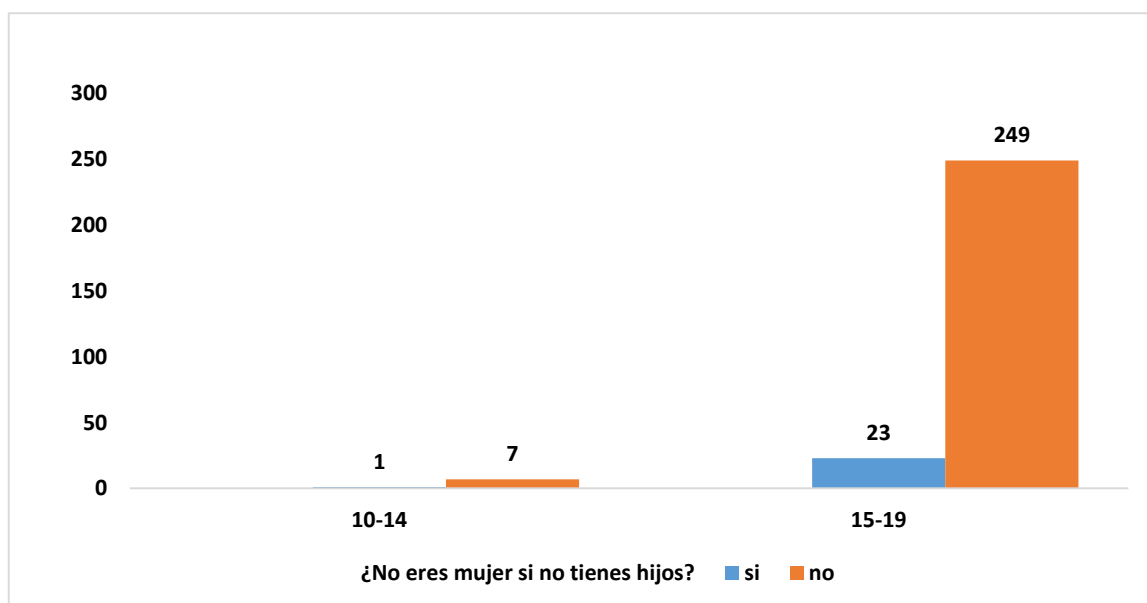
Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y el lugar de nacimiento es igual a 0.011, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva muy baja.

TABLA N°2
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES–
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		¿No eres mujer si no tienes hijos?		Total
		si	no	
10-14	Recuento	1	7	8
	% dentro de Edad	12,5%	87,5%	100,0%
	% dentro de ¿No eres mujer si no tienes hijos?	4,2%	2,7%	2,9%
	% del total	0,4%	2,5%	2,9%
15-19	Recuento	23	249	272
	% dentro de Edad	8,5%	91,5%	100,0%
	% dentro de ¿No eres mujer si no tienes hijos?	95,8%	97,3%	97,1%
	% del total	8,2%	88,9%	97,1%
Total	Recuento	24	256	280
	% dentro de Edad	8,6%	91,4%	100,0%
	% dentro de ¿No eres mujer si no tienes hijos?	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	8,6%	91,4%	100,0%

Fuente: Encuesta realizada a gestantes adolescentes.

GRÁFICO N°2
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES–
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



Fuente: Gráfico N°2

INTERPRETACION

En la tabla y gráfico N° 2 se observa que del 100% de adolescentes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años, el 12,5% respondió que sí, no se sentiría mujer si es que no llegase a tener hijos, mientras que el 87,5% respondió que no, no es necesario tener hijos para sentirse mujer. De las gestantes entre las edades de 15 – 19 años el 8,5% respondió que sí, no sería mujer si no llegase a tener hijos, a su vez el 91,5% respondió que no, no era necesario tener hijos para sentirse mujer.

TABLA N° 2 CHI CUADRADO

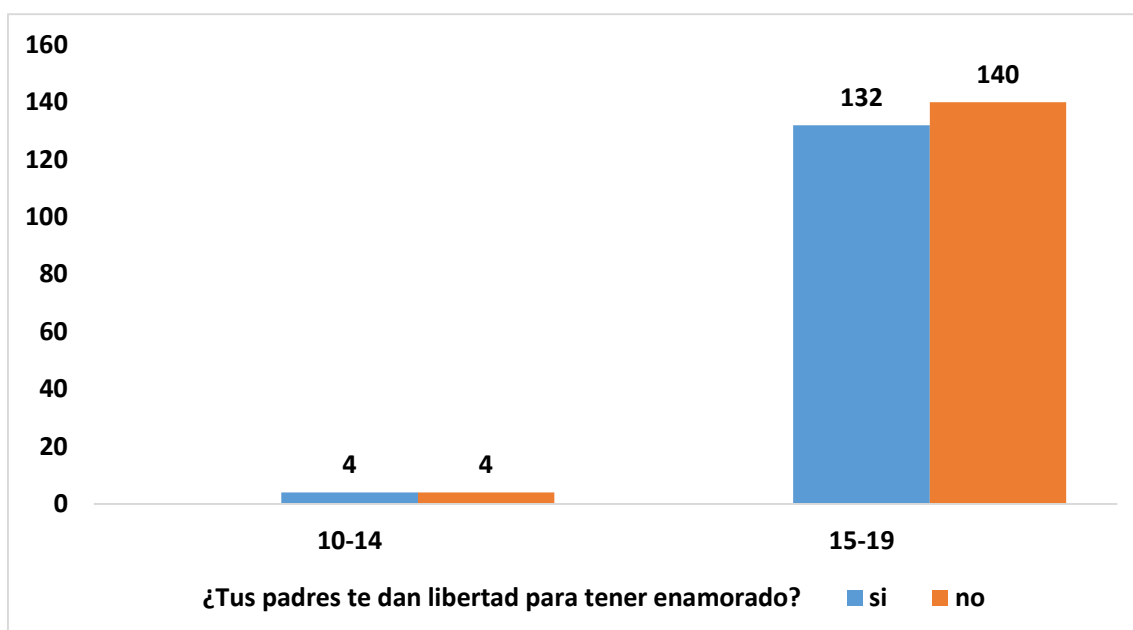
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,162 ^a	1	,687
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,144	1	,704
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,162	1	,688
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre si no es mujer si no tiene hijos es igual a 0.687, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°3
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad			¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado?		Total
			si	no	
10-14	Recuento		4	4	8
	% dentro de Edad		50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de ¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado?		2,9%	2,8%	2,9%
	% del total		1,4%	1,4%	2,9%
15-19	Recuento		132	140	272
	% dentro de Edad		48,5%	51,5%	100,0%
	% dentro de ¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado?		97,1%	97,2%	97,1%
	% del total		47,1%	50,0%	97,1%
Total	Recuento		136	144	280
	% dentro de Edad		48,6%	51,4%	100,0%
	% dentro de ¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado?		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		48,6%	51,4%	100,0%

GRÁFICO N°3
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

En la tabla y el gráfico N° 3 se observa que el 100% de gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 10 – 14 años el 50% (4) contestó que sus padres les dieron la libertad para tener una relación sentimental, así mismo el otro 50% (4) contestó que sus padres no le daban la libertad para tener un enamorado. De las gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 15 - 19 años, el 48,5% (132) contestó que sí, sus padres autorizaron que ellas mantengan una relación sentimental mientras que el 51,5% (140) mencionó que sus padres no autorizaban que mantuvieran una relación sentimental.

TABLA N° 3 CHI CUADRADO

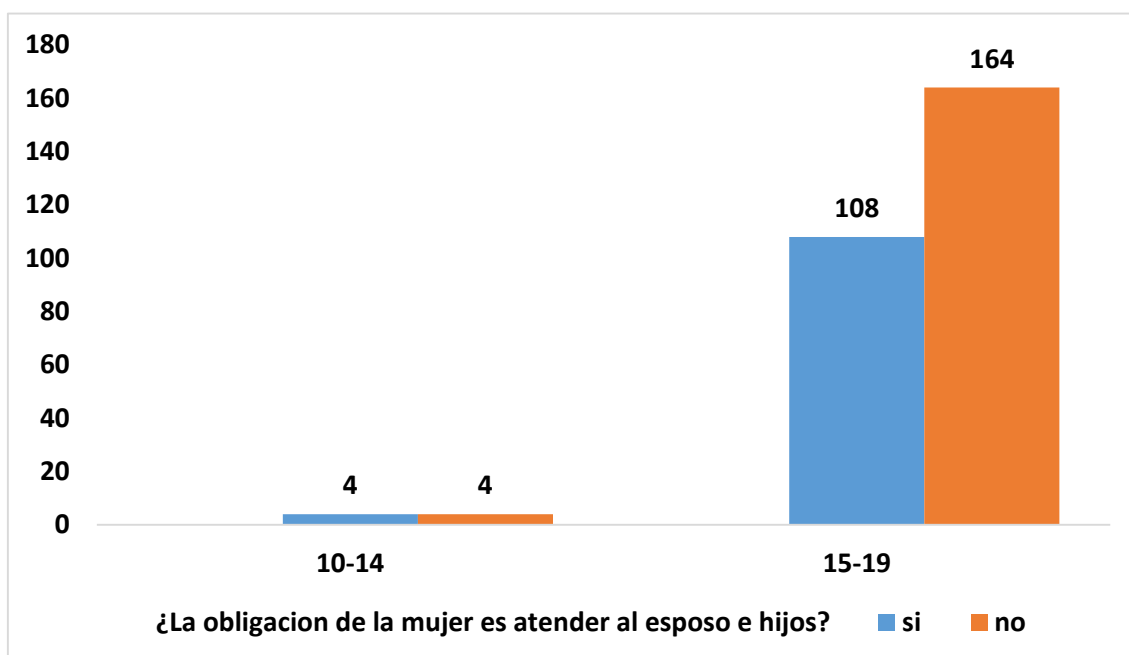
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007 ^a	1	,935
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,007	1	,935
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,007	1	,935
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre si sus padres les dieron la libertad para tener una relación sentimental es igual a 0.935, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva alta.

TABLA N°4
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	4	4	8
		% dentro de Edad	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de ¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?	3,6%	2,4%	2,9%
		% del total	1,4%	1,4%	2,9%
Edad	15-19	Recuento	108	164	272
		% dentro de Edad	39,7%	60,3%	100,0%
		% dentro de ¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?	96,4%	97,6%	97,1%
		% del total	38,6%	58,6%	97,1%
Total		Recuento	112	168	280
		% dentro de Edad	40,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de ¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	40,0%	60,0%	100,0%

GRÁFICO N°4
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 4 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años, el 50% (4) afirmó que la obligación de la mujer era atender al esposo e hijos, así mismo el otro 50% (4) respondió que no era obligación de la mujer hacerlo. De las adolescentes gestantes del grupo de 15 a 19 años el 40% (112) de estas mencionó que era obligación de la mujer atender al esposo e hijos y el 60% (168) respondió que no era obligación de la mujer hacer esto.

TABLA N° 4 CHI CUADRADO

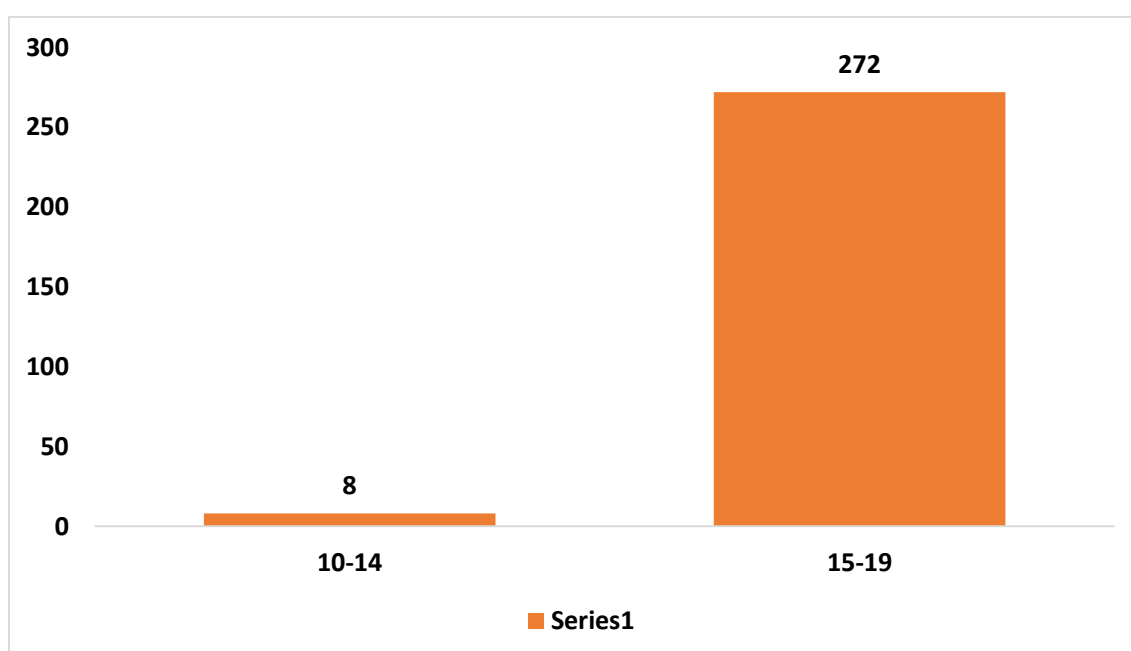
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,343 ^a	1	,558
Corrección de continuidad ^b	,048	1	,826
Razón de verosimilitud	,336	1	,562
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,342	1	,559
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre si la obligación de la mujer era atender al esposo e hijos, es igual a 0.935, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°5
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Tienes la oportunidad de asistir al colegio?	
		si	Total
Edad	10-14	Recuento	8
		% dentro de Edad	100,0%
		% dentro de ¿tienes la oportunidad de asistir al colegio?	2,9%
		% del total	2,9%
15-19	Recuento	272	272
		% dentro de Edad	100,0%
		% dentro de ¿tienes la oportunidad de asistir al colegio?	97,1%
		% del total	97,1%
Total	Recuento	280	280
		% dentro de Edad	100,0%
		% dentro de ¿tienes la oportunidad de asistir al colegio?	100,0%
		% del total	100,0%

GRÁFICO N°5
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



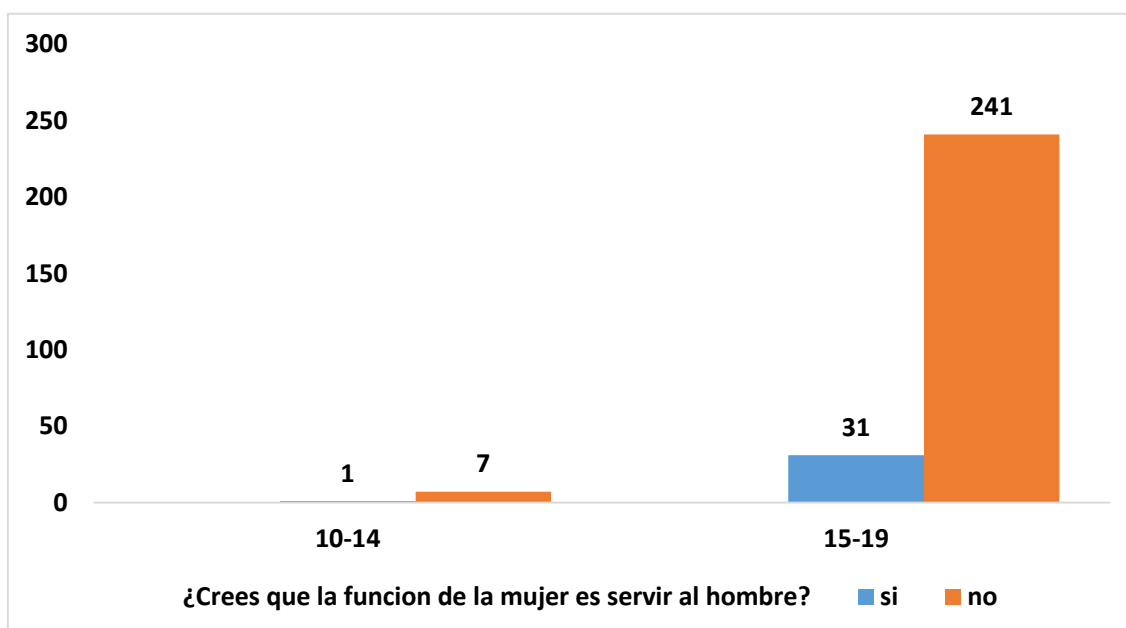
INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 5 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años el 100% (8) afirmo que tuvo la oportunidad de asistir al colegio. Así mismo el 100% (272) de las gestantes adolescentes entre las edades de 15 a 19 años afirmó que asistió al colegio.

TABLA N°6
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?		Total
		si	no	
10-14	Recuento	1	7	8
	% dentro de Edad	12,5%	87,5%	100,0%
	% dentro de ¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?	3,1%	2,8%	2,9%
	% del total	0,4%	2,5%	2,9%
15-19	Recuento	31	241	272
	% dentro de Edad	11,4%	88,6%	100,0%
	% dentro de ¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?	96,9%	97,2%	97,1%
	% del total	11,1%	86,1%	97,1%
Total	Recuento	32	248	280
	% dentro de Edad	11,4%	88,6%	100,0%
	% dentro de ¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	11,4%	88,6%	100,0%

GRÁFICO N°6
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN PATRONES CULTURALES-
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 6 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años, el 12,5% (1) afirmo que la función de la mujer es servir al hombre, mientras que el 87,5% (7) de estas negó que la función de la mujer sea esta. De las gestantes entre las edades de 15 a 19 años, el 11.4% (32) afirmó que la mujer tiene como función servir al hombre mientras que el 88.6% negó que esta sea la función de una mujer.

TABLA N° 6 CHI CUADRADO

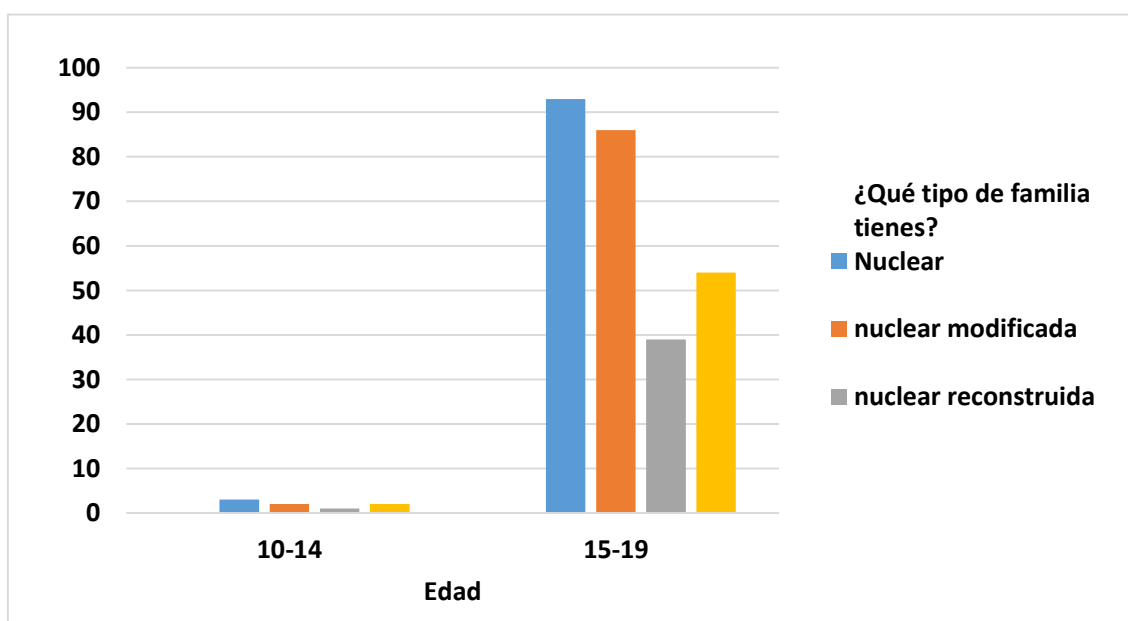
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,009 ^a	1	,923
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,009	1	,924
Prueba exacta de Fisher			
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre si la función de la mujer es servir al hombre, es igual a 0.923, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva muy alta.

TABLA N°7
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR–
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Qué tipo de familia tienes?				Total
		Nuclear	nuclear modificada	nuclear reconstruida	extendida	
Edad 10-14	Recuento	3	2	1	2	8
	% dentro de Edad	37,5%	25,0%	12,5%	25,0%	100,0%
	% dentro de ¿Qué tipo de familia tienes?	3,1%	2,3%	2,5%	3,6%	2,9%
	% del total	1,1%	0,7%	0,4%	0,7%	2,9%
15-19	Recuento	93	86	39	54	272
	% dentro de Edad	34,2%	31,6%	14,3%	19,9%	100,0%
	% dentro de ¿Qué tipo de familia tienes?	96,9%	97,7%	97,5%	96,4%	97,1%
	% del total	33,2%	30,7%	13,9%	19,3%	97,1%
Total	Recuento	96	88	40	56	280
	% dentro de Edad	34,3%	31,4%	14,3%	20,0%	100,0%
	% dentro de ¿Qué tipo de familia tienes?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	34,3%	31,4%	14,3%	20,0%	100,0%

GRÁFICO N°7
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR–
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N°7 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años, el 37,5% (3) afirmó que tenía una familia nuclear, el 25% (2) una familia nuclear modificada, el 12,5% (1) una familia nuclear reconstruida y el 25% (2) restante una familia extendida. Mientras que las gestantes entre las edades de 15 a 19 años, el 34,2% (93) manifestó que tenía una familia nuclear, el 31,6% (86) una familia nuclear modificada, el 14,3% (39) una familia nuclear reconstruida y el 19,9% (54) afirmo que tenía una familia extendida.

TABLA N° 7 CHI CUADRADO

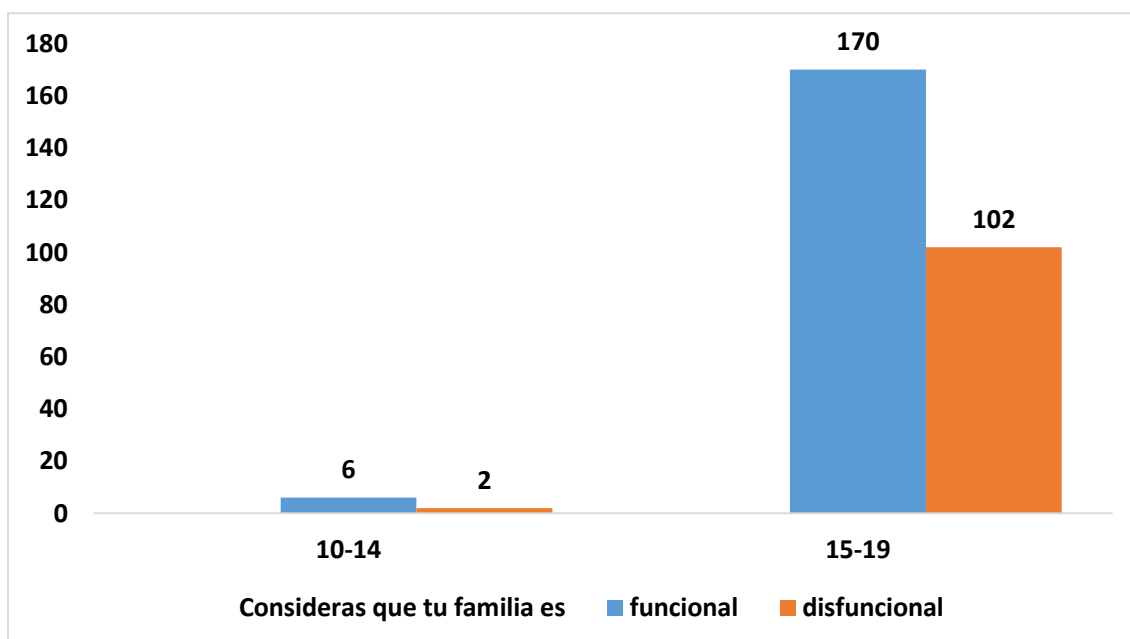
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,254 ^a	3	,968
Razón de verosimilitud	,255	3	,968
Asociación lineal por lineal	,016	1	,898
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y el tipo de estructura familiar tiene, es igual a 0.968, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva muy alta.

TABLA N°8
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR– HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		Consideras que tu familia es		Total
		funcional	disfuncional	
10-14	Recuento	6	2	8
	% dentro de Edad	75,0%	25,0%	100,0%
	% dentro de Consideras que tu familia es	3,4%	1,9%	2,9%
	% del total	2,1%	0,7%	2,9%
15-19	Recuento	170	102	272
	% dentro de Edad	62,5%	37,5%	100,0%
	% dentro de Consideras que tu familia es	96,6%	98,1%	97,1%
	% del total	60,7%	36,4%	97,1%
Total	Recuento	176	104	280
	% dentro de Edad	62,9%	37,1%	100,0%
	% dentro de Consideras que tu familia es	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	62,9%	37,1%	100,0%

GRÁFICO N°8
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN FUNCIONALIDAD FAMILIAR– HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 8 se observa que del 100% de gestantes encuestadas dentro de las edades 10 a 14 años el 75% (6) afirmó que pertenecían a una familia funcional y el 25% (2) a una familia disfuncional, en cuanto a las gestantes entre las edades de 15 a 19 años el 62.5% (170) de estas afirmo que provenía de una familia funcional, mientras que el 37.5 % (102) de una familia disfuncional.

TABLA N° 8 CHI CUADRADO

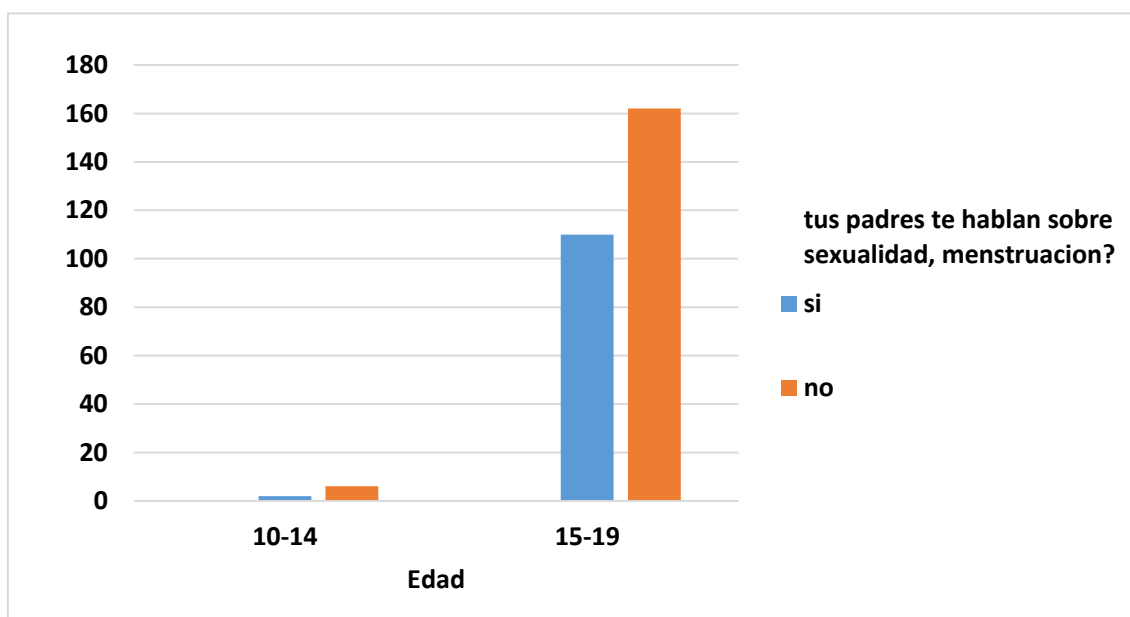
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,520 ^a	1	,471
Corrección de continuidad ^b	,122	1	,726
Razón de verosimilitud	,551	1	,458
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,518	1	,472
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la funcionalidad de su familia, es igual a 0.471, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°9
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		Tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación?		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	2	6	8
		% dentro de Edad	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación?	1,8%	3,6%	2,9%
		% del total	0,7%	2,1%	2,9%
Edad	15-19	Recuento	110	162	272
		% dentro de Edad	40,4%	59,6%	100,0%
		% dentro de tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación?	98,2%	96,4%	97,1%
		% del total	39,3%	57,9%	97,1%
Total		Recuento	112	168	280
		% dentro de Edad	40,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación?	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	40,0%	60,0%	100,0%

GRÁFICO N°9
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 9 se observa que del 100% de gestantes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años el 25% de estas afirmo que sus padres le hablaban sobre sexualidad y/o menstruación; y el 75% de estas mencionó que sus padres no hablaban sobre estos temas. Dentro de las gestantes entre las edades de 15 a 19 años el 40% menciona que sus padres hablaban con ellas de estos temas y el 60% que no.

TABLA N°9 CHI CUADRADO

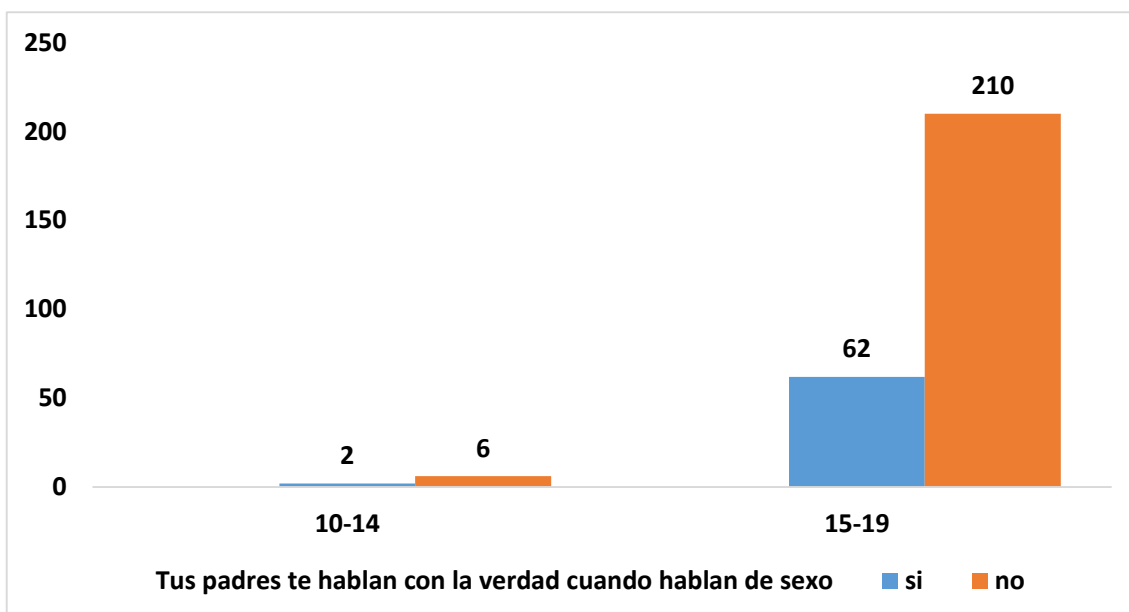
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,772 ^a	1	,380
Corrección de continuidad ^b	,263	1	,608
Razón de verosimilitud	,820	1	,365
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,769	1	,380
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre que si tus padres te hablan sobre sexualidad, es igual a 0.38, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva baja.

TABLA N°10
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA– HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		Tus padres te hablan con la verdad cuando hablan de sexo		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	2	6	8
		% dentro de Edad	25,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de Tus padres te hablan con la verdad cuando hablan de sexo	3,1%	2,8%	2,9%
		% del total	0,7%	2,1%	2,9%
15-19		Recuento	62	210	272
		% dentro de Edad	22,8%	77,2%	100,0%
		% dentro de Tus padres te hablan con la verdad cuando hablan de sexo	96,9%	97,2%	97,1%
		% del total	22,1%	75,0%	97,1%
Total		Recuento	64	216	280
		% dentro de Edad	22,9%	77,1%	100,0%
		% dentro de Tus padres te hablan con la verdad cuando hablan de sexo	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	22,9%	77,1%	100,0%

GRAFICO N°10
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA– HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 10 se observa que del 100% de las gestantes encuestadas dentro de las edades de 10 a 14 años el 25% de estas afirmo que sus padres les hablan con la verdad sobre temas relacionas al sexo y el 75% de estas menciono que el 75% menciono que sentían que sus padres no eran sinceros. Las gestantes entre las edades 15 a 19 años contestaron que 22.8% contesto que sus padres les hablaban con la verdad en relación a estos temas y el 77.2% manifestó que sus padres no les decían la verdad.

TABLA N°10 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,021 ^a	1	,884
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,021	1	,885
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,021	1	,884
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre que si tus padres te hablan con la verdad cuando hablan de sexo, es igual a 0.884, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva alta.

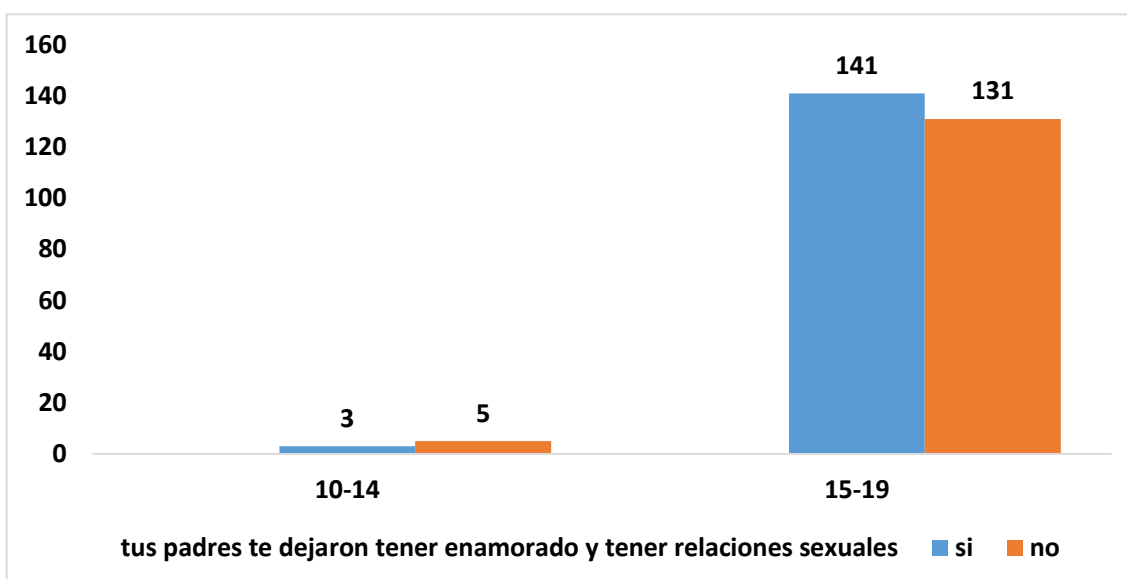
TABLA N°11

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		tus padres te dejaron tener enamorado y tener relaciones sexuales		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	3	5	8
		% dentro de Edad	37,5%	62,5%	100,0%
		% dentro de tus padres te dejaron tener enamorado y tener relaciones sexuales	2,1%	3,7%	2,9%
		% del total	1,1%	1,8%	2,9%
Edad	15-19	Recuento	141	131	272
		% dentro de Edad	51,8%	48,2%	100,0%
		% dentro de tus padres te dejaron tener enamorado y tener relaciones sexuales	97,9%	96,3%	97,1%
		% del total	50,4%	46,8%	97,1%
Total		Recuento	144	136	280
		% dentro de Edad	51,4%	48,6%	100,0%
		% dentro de tus padres te dejaron tener enamorado y tener relaciones sexuales	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	51,4%	48,6%	100,0%

GRÁFICO N°11

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N°11 se observa que del 100% de gestantes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años el 37.5% de ellas contestó que sus padres consintieron que ellas tuviesen enamorado y mantengan relaciones sexuales con estos, mientras que el 62.5% de estas manifestó que sus padres no permitieron esto. Del grupo de gestantes entre las edades de 15 a 19 años el 51.4% respondió que sus padres si permitían este tipo de relaciones y el 48.2% que no permitían.

TABLA N° 11 CHI CUADRADO

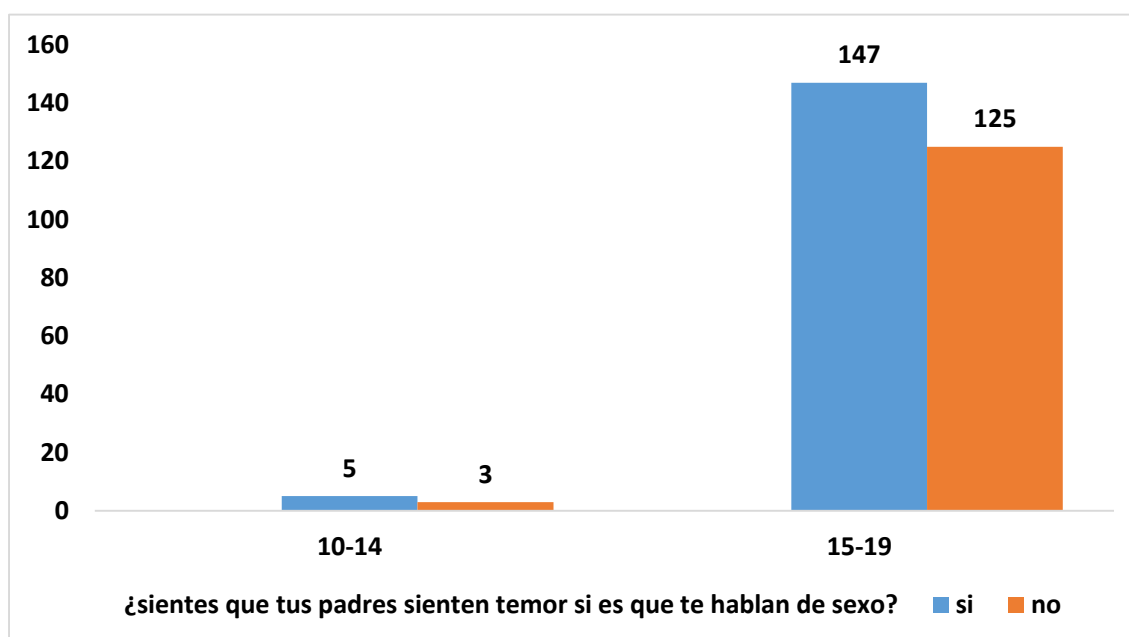
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,640 ^a	1	,424
Corrección de continuidad ^b	,194	1	,659
Razón de verosimilitud	,644	1	,422
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,637	1	,425
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre que si tus padres te dejaron tener enamorado y tener relaciones sexuales, es igual a 0.424, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°12
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?			
		si	no	Total	
Edad	10-14	Recuento	5	3	8
		% dentro de Edad	62,5%	37,5%	100,0%
		% dentro de ¿sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?	3,3%	2,3%	2,9%
		% del total	1,8%	1,1%	2,9%
	15-19	Recuento	147	125	272
		% dentro de Edad	54,0%	46,0%	100,0%
		% dentro de ¿sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?	96,7%	97,7%	97,1%
		% del total	52,5%	44,6%	97,1%
Total		Recuento	152	128	280
		% dentro de Edad	54,3%	45,7%	100,0%
		% dentro de ¿sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	54,3%	45,7%	100,0%

GRÁFICO N°12
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el grafico N° 12 se observa que del 100% de gestantes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años el 62.5% contesto que sus padres tenían cierto temor al hablarle sobre temas relacionados a la sexualidad, mientras que el 37.5% de estas menciono que no. Dentro del grupo de gestantes entre las edades de 15 a 19 años, el 54. % menciono que sentían que sus padres tenían cierto temor al hablar sobre sexo mientras que el 46% menciono que no.

TABLA N° 12 CHI CUADRADO

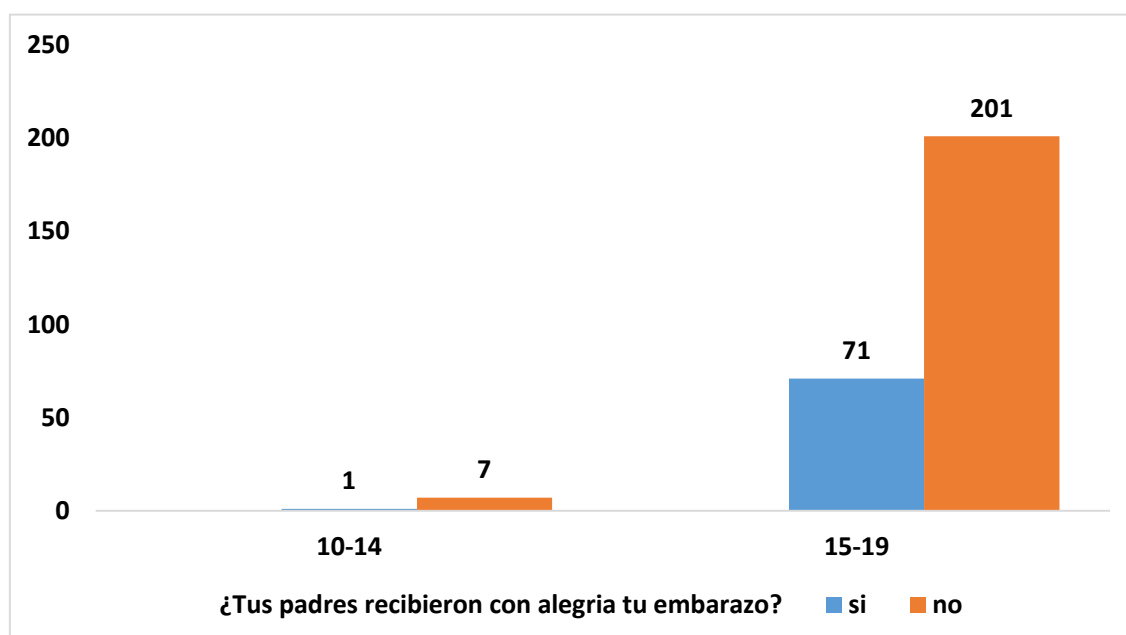
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,224 ^a	1	,636
Corrección de continuidad ^b	,013	1	,910
Razón de verosimilitud	,227	1	,634
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,223	1	,637
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre que sientes que tus padres tienen temor si es que te hablan de sexo, es igual a 0.636, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°13
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL JEFE DE FAMILIA– HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		¿Tus padres recibieron con alegría tu embarazo?		Total
		si	no	
10-14	Recuento	1	7	8
	% dentro de Edad	12,5%	87,5%	100,0%
	% dentro de ¿Tus padres recibieron con alegría tu embarazo?	1,4%	3,4%	2,9%
	% del total	0,4%	2,5%	2,9%
15-19	Recuento	71	201	272
	% dentro de Edad	26,1%	73,9%	100,0%
	% dentro de ¿Tus padres recibieron con alegría tu embarazo?	98,6%	96,6%	97,1%
	% del total	25,4%	71,8%	97,1%
Total	Recuento	72	208	280
	% dentro de Edad	25,7%	74,3%	100,0%
	% dentro de ¿Tus padres recibieron con alegría tu embarazo?	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	25,7%	74,3%	100,0%

GRÁFICO N°13
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL JEFE DE FAMILIA– HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 13 se observa que del 100% de gestantes encuestadas dentro de las edades de 10 a 14 años es evidencio que el 12.5% de ellas manifestó que sus padres recibieron con alegría su embarazo mientras que el 87.5% de ellas refirió que sus padres se sintieron decepcionados. Dentro del grupo de 15 a 19 años el 26.1% dijo que sus padres se alegraron con la noticia del embarazo, mientras que el 73.9% indico que no, sus padres no recibieron con alegría esta noticia.

TABLA N° 13 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,753 ^a	1	,386
Corrección de continuidad ^b	,209	1	,647
Razón de verosimilitud	,871	1	,351
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,750	1	,386
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la pregunta sobre que si tus padres recibieron con alegría tu embarazo, es igual a 0.386, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva baja.

TABLA N°14

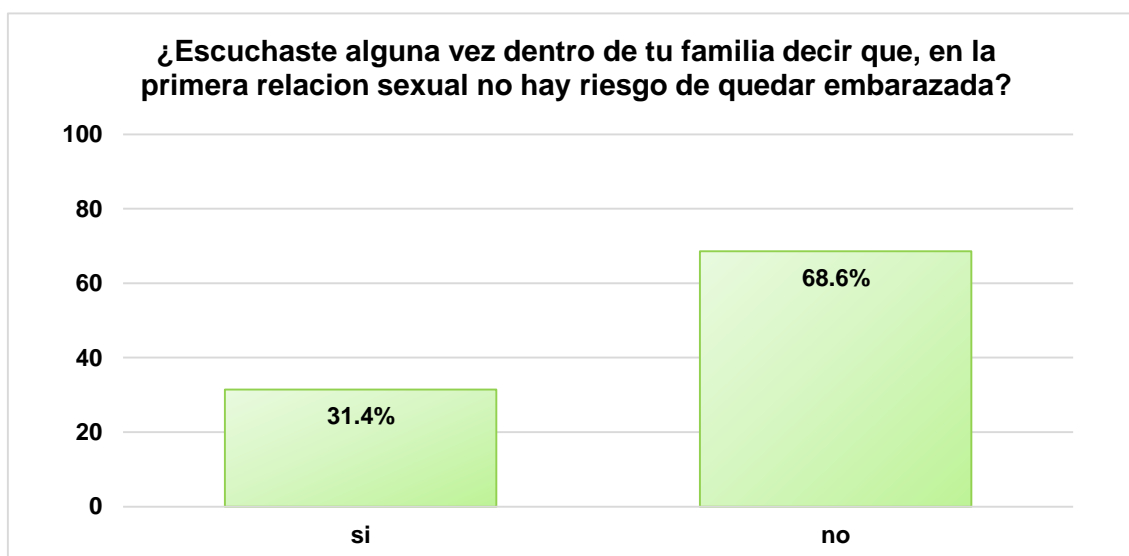
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

¿Escuchaste alguna vez dentro de tu familia decir que, en la primera relación sexual no hay riesgo de quedar embarazada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	88	31,4	31,4	31,4
	No	192	68,6	68,6	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°14

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CARACTERISTICAS DEL JEFE DE FAMILIA- HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



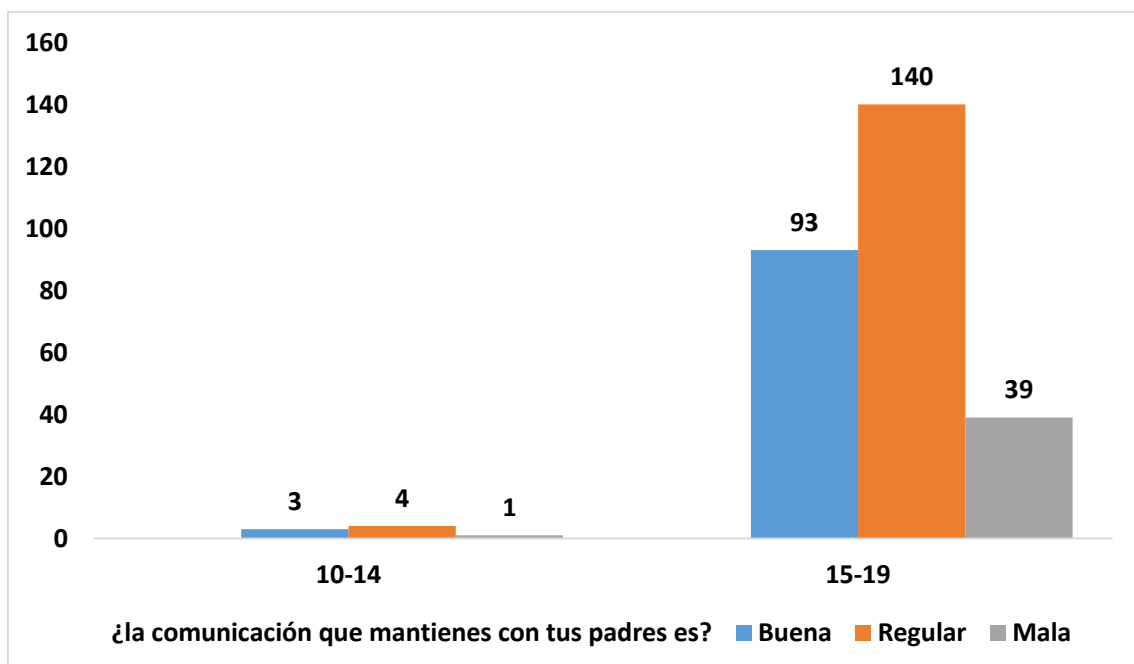
INTERPRETACION

Del 100% de gestantes encuestadas el 31.4% de ellas manifestó que alguna vez escucho mitos en cuanto a la primera relación sexual, mientras que el 68.6% de ellas manifestó que nunca había escuchado mitos sobre la primera relación sexual.

TABLA N°15
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EL GRADO COMUNICACIÓN CON LOS PADRES – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

			¿La comunicación que mantienes con tus padres es?			
			Buena	Regular	Mala	Total
Edad	10-14	Recuento	3	4	1	8
		% dentro de Edad	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
		% dentro de ¿la comunicación que mantienes con tus padres es?	3,1%	2,8%	2,5%	2,9%
		% del total	1,1%	1,4%	0,4%	2,9%
15-19	Recuento	93	140	39	272	
	% dentro de Edad	34,2%	51,5%	14,3%	100,0%	
	% dentro de ¿la comunicación que mantienes con tus padres es?	96,9%	97,2%	97,5%	97,1%	
	% del total	33,2%	50,0%	13,9%	97,1%	
Total	Recuento	96	144	40	280	
	% dentro de Edad	34,3%	51,4%	14,3%	100,0%	
	% dentro de ¿la comunicación que mantienes con tus padres es?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	34,3%	51,4%	14,3%	100,0%	

GRÁFICO N°15
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EL GRADO COMUNICACIÓN CON LOS PADRES – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el grafico N° 15 se observa que del 100% de gestantes encuestadas dentro de las edades de 10 a 14 años, el 375.5% de ellas manifestó que la comunicación con sus padres es buena, el 50% de ellas manifestó que la comunicación es regular y el 12.5% es mala. Mientras que dentro del grupo de edad de 15 a 19 años, el 34.3% respondió que tiene una buena comunicación con sus padres, el 51.4% de ellas respondió que tenía una comunicación regular con sus padres y el 14.3% indico que tenía una mala comunicación con sus padres.

TABLA N° 15 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,046 ^a	2	,977
Razón de verosimilitud	,047	2	,977
Asociación lineal por lineal	,046	1	,830
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la comunicación que mantiene con sus padres, es igual a 0.977, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva muy alta.

TABLA N°16

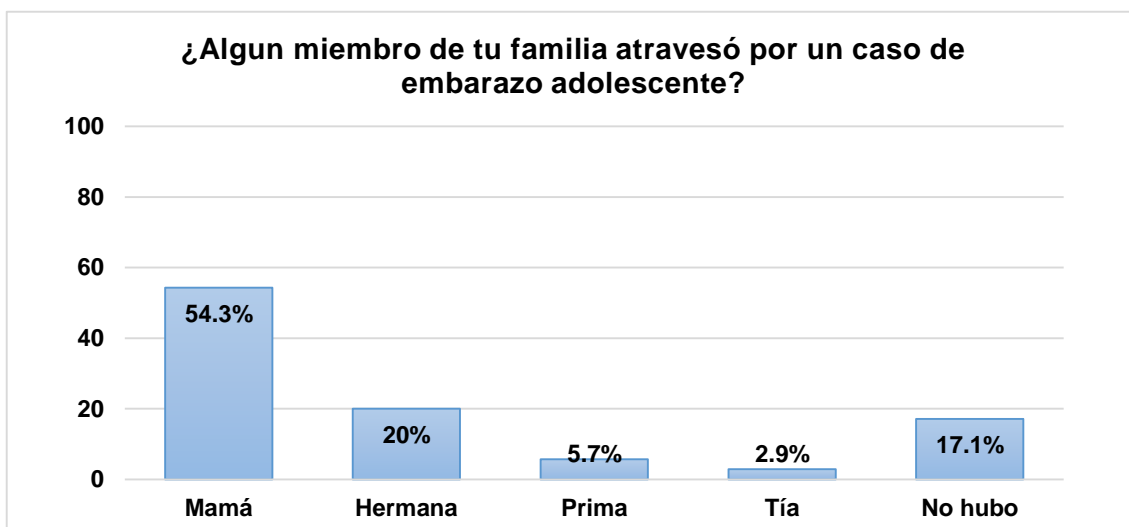
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

¿Algún miembro de tu familia atravesó por un caso de embarazo adolescente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mamá	152	54,3	54,3	54,3
	Hermana	56	20,0	20,0	74,3
	Prima	16	5,7	5,7	80,0
	Tía	8	2,9	2,9	82,9
	No hubo	48	17,1	17,1	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°16

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN ANTECEDENTE DE EMBARAZO ADOLESCENTE – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



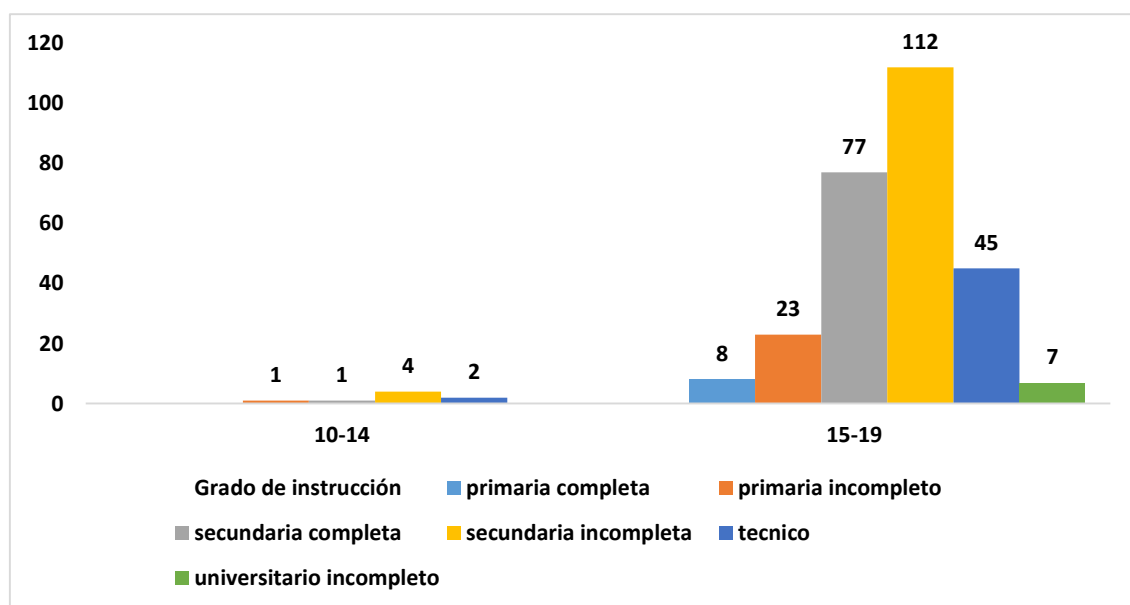
INTERPRETACION

De la tabla y el grafico N° 16 se observa que del 100% de las gestantes encuestadas el 54.3% respondió que tuvo como antecedente de embarazo adolescente a su madre, el 20% de ellas menciona como antecedente a su hermana, el 5.7% a su prima, el 2.9% menciona a su tía y el 17.1% refiere que no tuvo antecedentes de embarazo adolescente dentro de su familia.

TABLA N°17
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		Grado de instrucción						Total
		Prim. complet	Prim. incomplet	Sec. compl eta	Sec. incomplet a	técnic o	Univer. incompleto	
		a	o	eta	a	o	incompleto	
10-14	Recuento	0	1	1	4	2	0	8
	% dentro de Edad	0,0%	12,5%	12,5%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Grado de instrucción	0,0%	4,2%	1,3%	3,4%	4,3%	0,0%	2,9%
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%	1,4%	0,7%	0,0%	2,9%
15-19	Recuento	8	23	77	112	45	7	272
	% dentro de Edad	2,9%	8,5%	28,3%	41,2%	16,5%	2,6%	100,0%
	% dentro de Grado de instrucción	100,0%	95,8%	98,7%	96,6%	95,7%	100,0%	97,1%
	% del total	2,9%	8,2%	27,5%	40,0%	16,1%	2,5%	97,1%
Total	Recuento	8	24	78	116	47	7	280
	% dentro de Edad	2,9%	8,6%	27,9%	41,4%	16,8%	2,5%	100,0%
	% dentro de Grado de instrucción	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	2,9%	8,6%	27,9%	41,4%	16,8%	2,5%	100,0%

GRÁFICO N°17
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION-
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 17 se observa que del 100% de gestantes adolescentes entre las edades de 10 a 14 años el 12.5% respondieron que tenían primaria incompleta, mientras que el 12.5% tenían secundaria completa y el 50% secundaria incompleta, mientras que del grupo de 15 a 19 años respondieron que el 2.9% tenían primaria completa, el 8.5% primaria incompleta, el 28.3% secundaria completa, el 41.2% secundaria incompleta, el 16.1% técnico y el 2.5% universitario incompleto.

TABLA N° 17 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,764 ^a	5	,881
Razón de verosimilitud	2,300	5	,806
Asociación lineal por lineal	,292	1	,589
N de casos válidos	280		

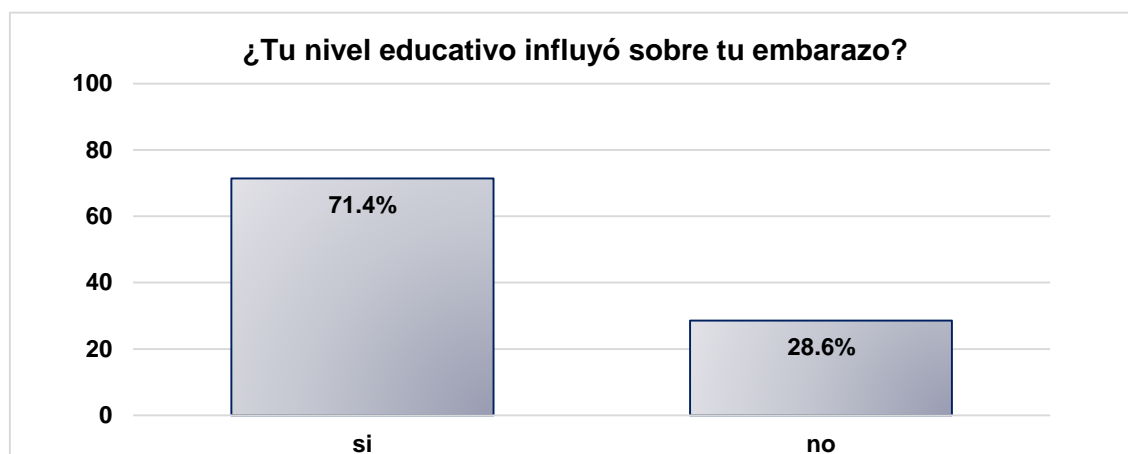
a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y el grado de instrucción alcanzado, es igual a 0.881, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva alta.

TABLA N°18
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN INFLUENCIA DE GRADO DE
 INSTRUCCIÓN SOBRE GESTACION ACTUAL– HOSPITAL SAN JUAN DE
 LURIGANCHO – 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	200	71,4	71,4	71,4
	No	80	28,6	28,6	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°18
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN INFLUENCIA DE GRADO DE
 INSTRUCCIÓN SOBRE GESTACION ACTUAL– HOSPITAL SAN JUAN DE
 LURIGANCHO – 2017



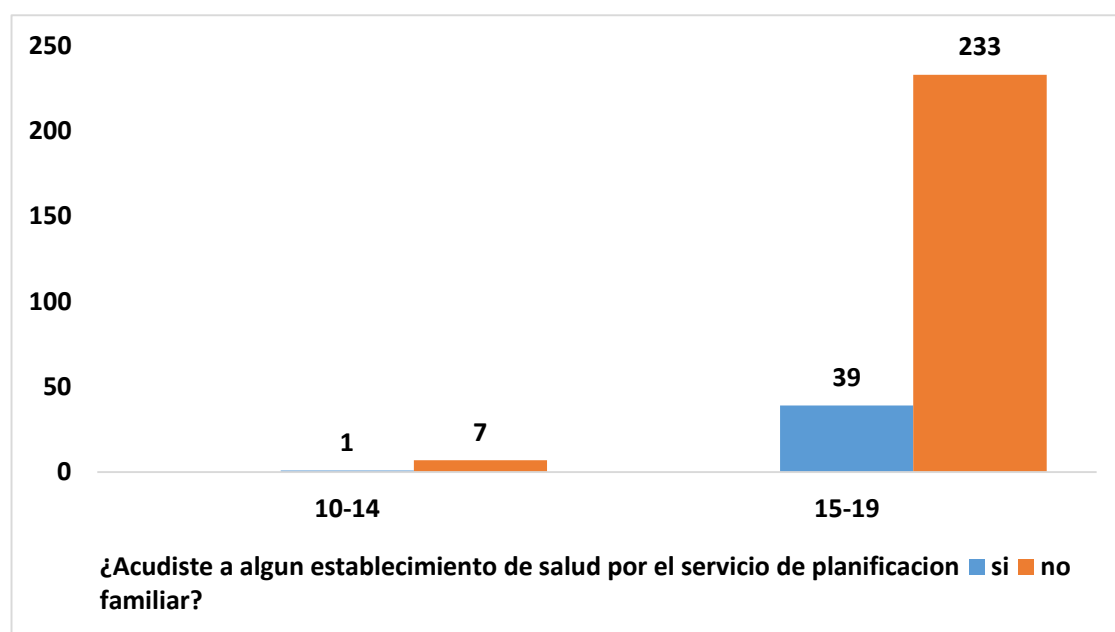
INTERPRETACION

El 71.4% de las gestantes encuestadas afirmo que el grado de instrucción alcanzado influyo sobre el embarazo actual, el 28.6% de estas gestantes negó que este haya condicionado a su embarazo.

TABLA N°19
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN ACCESO A PLANIFICACION FAMILIAR – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	1	7	8
		% dentro de Edad	12,5%	87,5%	100,0%
		% dentro de ¿Acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?	2,5%	2,9%	2,9%
		% del total	0,4%	2,5%	2,9%
Edad	15-19	Recuento	39	233	272
		% dentro de Edad	14,3%	85,7%	100,0%
		% dentro de ¿Acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?	97,5%	97,1%	97,1%
		% del total	13,9%	83,2%	97,1%
Total		Recuento	40	240	280
		% dentro de Edad	14,3%	85,7%	100,0%
		% dentro de ¿Acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	14,3%	85,7%	100,0%

GRÁFICO N°19
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN ACCESO A PLANIFICACION FAMILIAR – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 19 se observa que del 100% de gestantes encuestas dentro de las edades de 10 a 14 años, el 12.5% respondió que sí acudió al servicio de planificación familiar, mientras que el 2.9% respondió que no acudió. Dentro del grupo de gestantes entre las edades de 15 a 19 años, el 14.3% de ellas respondió que si había acudido a un centro de salud por el servicio de planificación familiar, mientras que 85.7% refirió que no había acudido.

TABLA N° 19 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,021 ^a	1	,884
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,022	1	,882
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,021	1	,884
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y el acceso al servicio de planificación familiar, es igual a 0.884, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva alta.

TABLA N°20

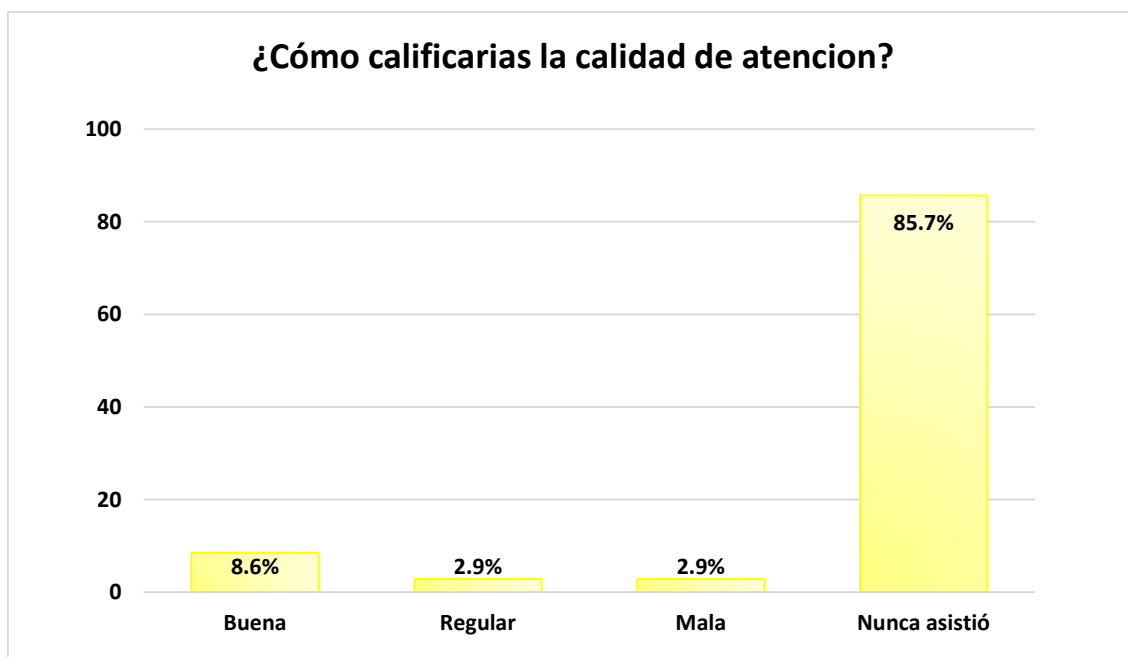
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CALIDAD DE ATENCION – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

¿Cómo calificarías la calidad de atención?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena	24	8,6	8,6	8,6
	Regular	8	2,9	2,9	11,4
	Mala	8	2,9	2,9	14,3
	Nunca asistió	240	85,7	85,7	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°20

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CALIDAD DE ATENCION – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 20 se observa que del 100% de las gestantes adolescentes encuestadas, el 8.6% de ellas que acudió al servicio de planificación familiar, respondió que la calidad de atención fue buena, el 2.9% respondió que fue regular y el 2.9% respondió que fue mala.

TABLA N° 20 CHI CUADRADO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,622 ^a	3	,891
Razón de verosimilitud	1,061	3	,787
Asociación lineal por lineal	,011	1	,918
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la calidad de atención en el servicio de planificación familiar, es igual a 0.891, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva alta.

TABLA N°21

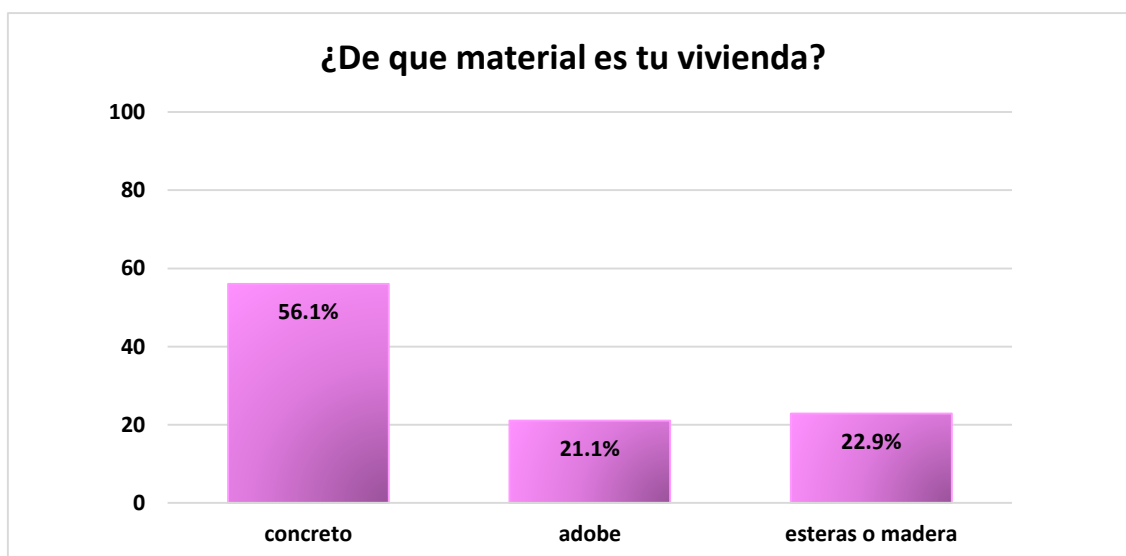
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

¿De qué material es tu vivienda?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Concreto	157	56,1	56,1	56,1
	Adobe	59	21,1	21,1	77,1
	Esteras o madera	64	22,9	22,9	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°21

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

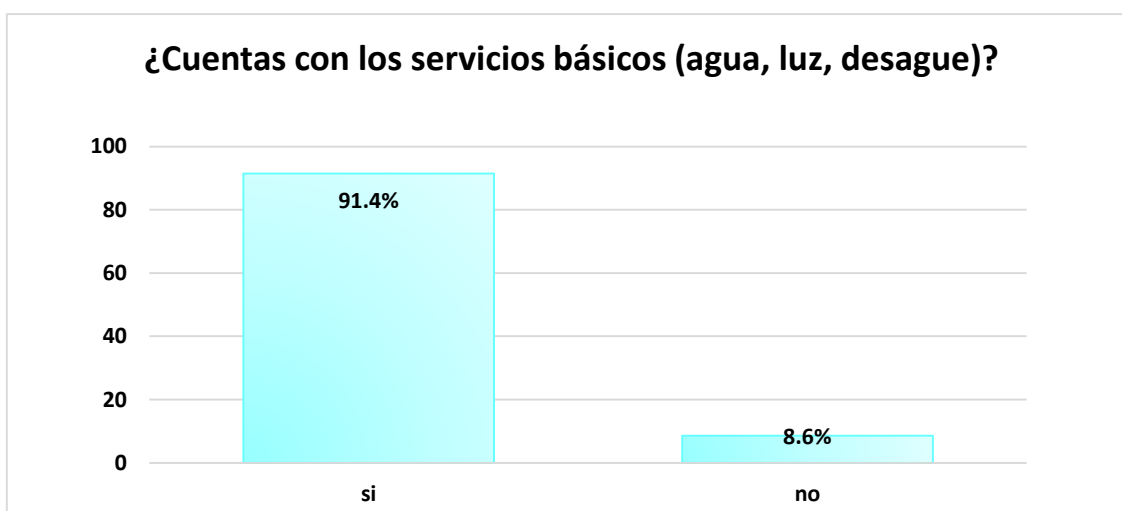
De la tabla y el grafico N° 21 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas, el 56,1% (157) de ellas respondió que su vivienda era de concreto y/o material noble, el 21,1% (59) afirmó que su vivienda estaba hecha a base de adobe y/o barro; y el 22,9% (64) respondió que su vivienda estaba hecha de madera y/o esteras.

TABLA N°22
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO –
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

¿Cuentas con los servicios básicos (agua, luz, desagüe)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	256	91,4	91,4	91,4
	no	24	8,6	8,6	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°22
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO –
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 22 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas el 91,4% (256) afirmó que contaban con los servicios básicos (agua, luz y desagüe), mientras que el 8,6% (24) contestaban que no contaban con estos servicios o que los tenían incompletos.

TABLA N°23

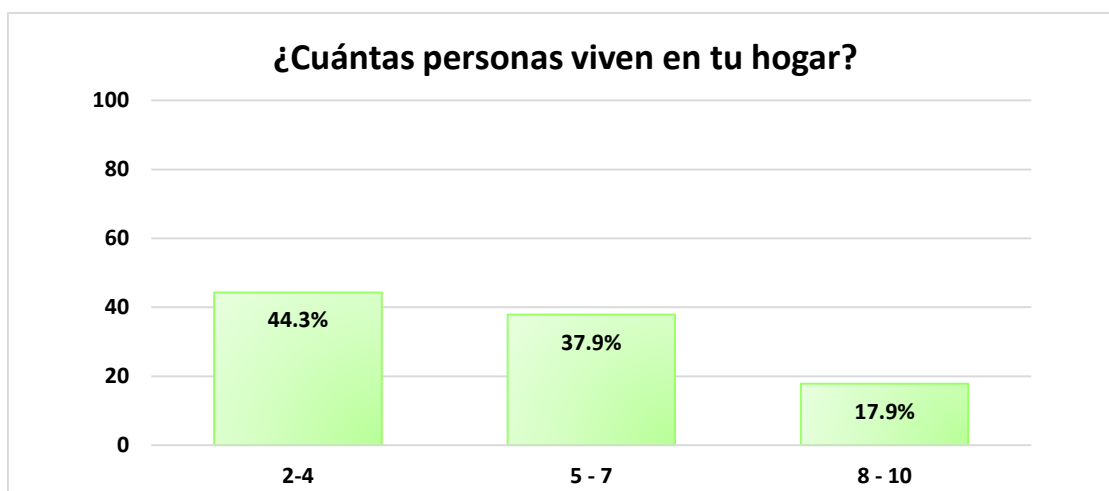
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

¿Cuántas personas viven en tu hogar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2-4	124	44,3	44,3	44,3
	5 - 7	106	37,9	37,9	82,1
	8 - 10	50	17,9	17,9	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

GRÁFICO N°23

GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



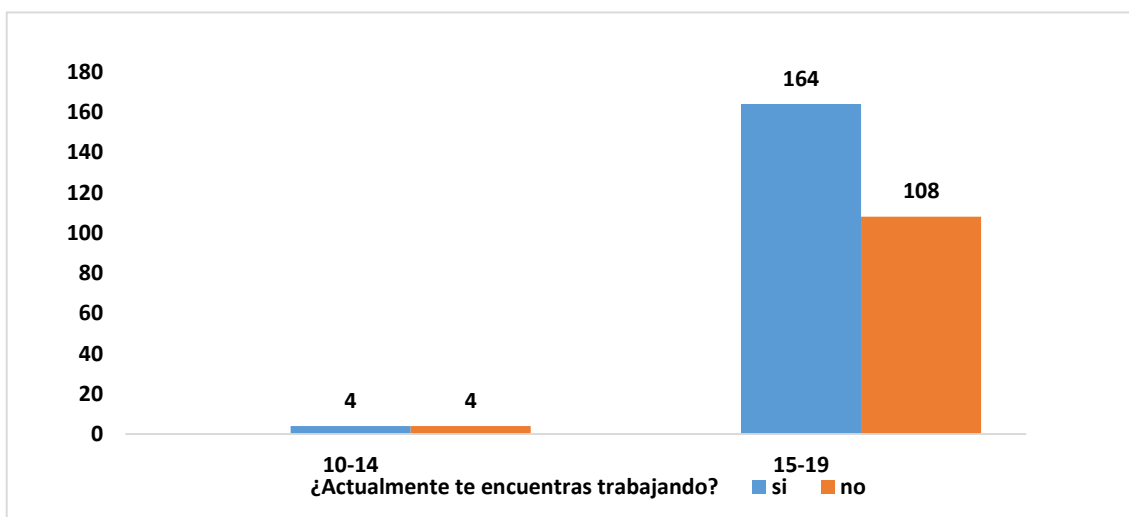
INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 23 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas el 44,3% (124) respondió que dentro de su hogar viven de 2 a 4 personas, el 37,9% (106) contestó de 5 a 7 personas y el 17,9% (50) que en su vivienda hay de 8 a 10 personas.

TABLA N°24
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Actualmente te encuentras trabajando?		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	4	4	8
		% dentro de Edad	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de ¿Actualmente te encuentras trabajando?	2,4%	3,6%	2,9%	
	% del total	1,4%	1,4%	2,9%	
15-19	Recuento	164	108	272	
	% dentro de Edad	60,3%	39,7%	100,0%	
	% dentro de ¿Actualmente te encuentras trabajando?	97,6%	96,4%	97,1%	
	% del total	58,6%	38,6%	97,1%	
Total	Recuento	168	112	280	
	% dentro de Edad	60,0%	40,0%	100,0%	
	% dentro de ¿Actualmente te encuentras trabajando?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	60,0%	40,0%	100,0%	

GRÁFICO N°24
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL ECONOMICO – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



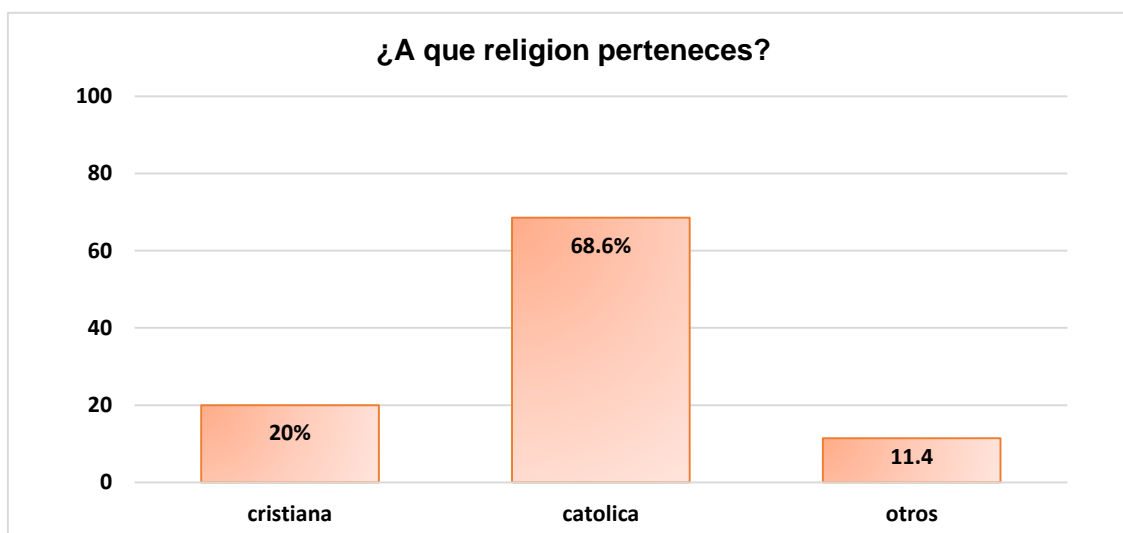
INTERPRETACION

Dentro del 100% de gestantes encuestadas en relación a su participación laboral actual del grupo etario de 10 a 14 años, el 50% respondió que si se encontraba trabajando, mientras que el otro 50% negó estar trabajando. Dentro del grupo de gestantes de 15 a 19 años, se encontró que el 60,3% de ellos si se encontraba trabajando y el 39,7% negó estar haciéndolo.

TABLA N°25
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CREENCIAS RELIGIOSAS –
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿A qué religión perteneces?			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cristiana	56	20,0	20,0	20,0
	Católica	192	68,6	68,6	88,6
	Otros	32	11,4	11,4	100,0
	Total	280	100,0	100,0	

TABLA N°25
 GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
 EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN CREENCIAS RELIGIOSAS –
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



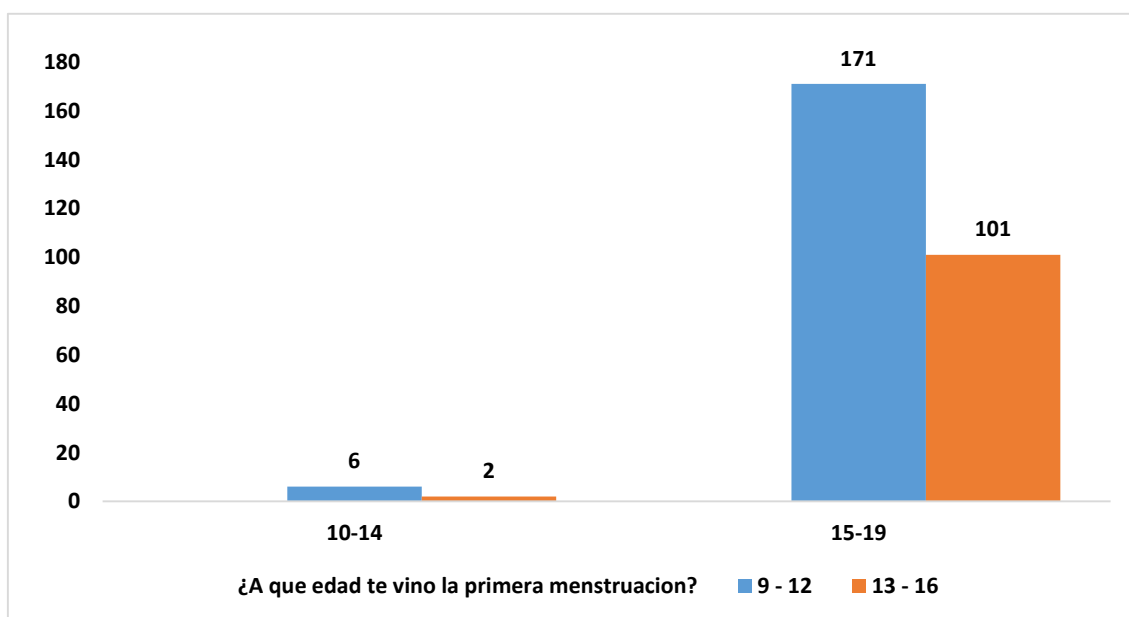
INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 25 se observa que del 100% de gestantes encuestadas, el 20% (56) de ellas pertenece a la religión cristiana, el 68,6% (192) a la religión católica y el 11,4% manifestó que pertenecen a otras religiones tales como el adventismo y el ser mormón.

TABLA N°26
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACION – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿A qué edad te vino la primera menstruacion?			
		9 - 12	13 - 16	Total	
Edad	10-14	Recuento	6	2	8
		% dentro de Edad	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de ¿A qué edad te vino la primera menstruacion?	3,4%	1,9%	2,9%
		% del total	2,1%	0,7%	2,9%
15-19	Recuento	171	101	272	
	% dentro de Edad	62,9%	37,1%	100,0%	
	% dentro de ¿A que edad te vino la primera menstruacion?	96,6%	98,1%	97,1%	
	% del total	61,1%	36,1%	97,1%	
Total	Recuento	177	103	280	
	% dentro de Edad	63,2%	36,8%	100,0%	
	% dentro de ¿A que edad te vino la primera menstruacion?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	63,2%	36,8%	100,0%	

GRÁFICO N°26
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACION – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 26 se observa que del 100% de las gestantes adolescentes encuestadas entre las edades de 10 a 14 años, el 75% indicó que la primera menstruación la obtuvieron entre las edades 9 a 12 años, mientras que el 25% indico que fue dentro de las edades de 13 a 16 años. Dentro del grupo de gestantes entre las edades de 15 a 19, el 62.9% indicó que la primera menstruación les ocurrió a las edades de 9 a 12 años y el 37.1% respondió que ocurrió entre los 13 y 16 años.

TABLA N° 26 CHI CUADRADO

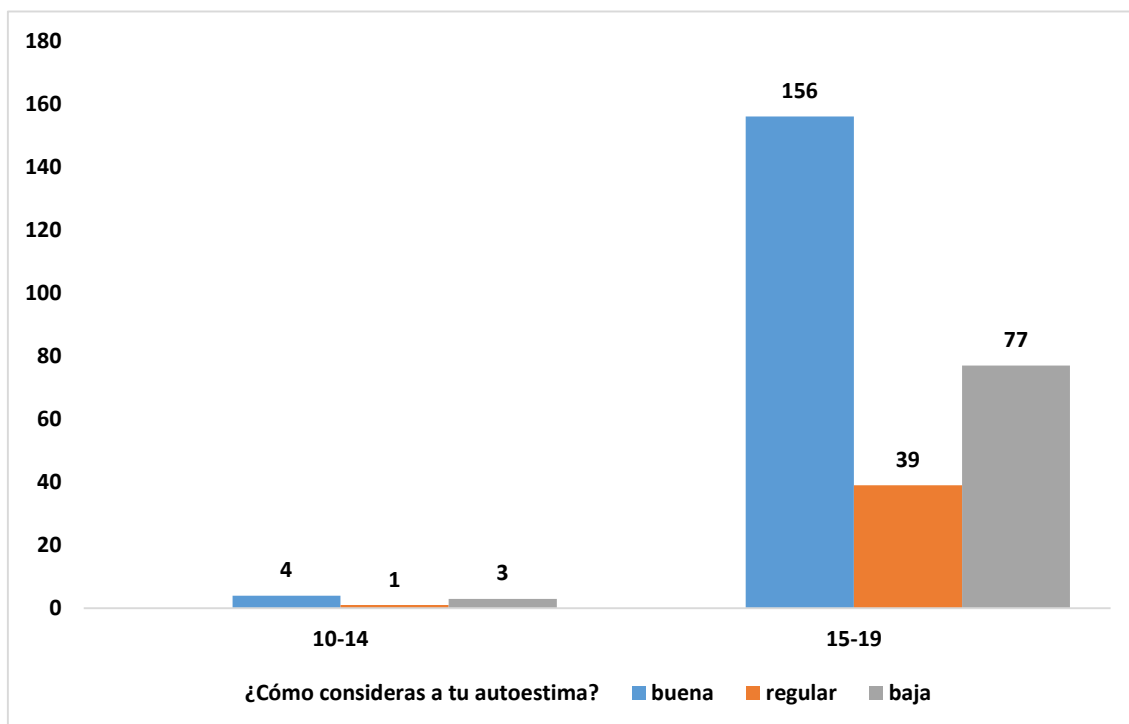
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,492 ^a	1	,483
Corrección de continuidad ^b	,109	1	,742
Razón de verosimilitud	,521	1	,471
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,490	1	,484
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la menarquia, es igual a 0.483, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°27
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Cómo consideras a tu autoestima?			Total	
		buena	regular	baja		
Edad	10-14	Recuento	4	1	3	8
		% dentro de Edad	50,0%	12,5%	37,5%	100,0%
	% dentro de ¿Cómo consideras a tu autoestima?		2,5%	2,5%	3,8%	2,9%
		% del total	1,4%	0,4%	1,1%	2,9%
15-19	Recuento	156	39	77	272	
	% dentro de Edad	57,4%	14,3%	28,3%	100,0%	
	% dentro de ¿Cómo consideras a tu autoestima?	97,5%	97,5%	96,3%	97,1%	
	% del total	55,7%	13,9%	27,5%	97,1%	
Total	Recuento	160	40	80	280	
	% dentro de Edad	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%	
	% dentro de ¿Cómo consideras a tu autoestima?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%	

GRÁFICO N°27
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 27 se observa que del 100% de gestantes adolescente encuestadas dentro del grupo etario de 10 a 14 años el 50% de ellas consideró que tiene una buena autoestima, el 12.5% refirió sentir una autoestima regular y el 37.5% menciona tener baja autoestima. Dentro del grupo de gestantes adolescentes de 15 a 19 años el 57.4% menciona tener buena autoestima, el 14.3% menciona tener autoestima regular y el 28.3% menciona sentir una baja autoestima.

TABLA N°27 CHI CUADRADO

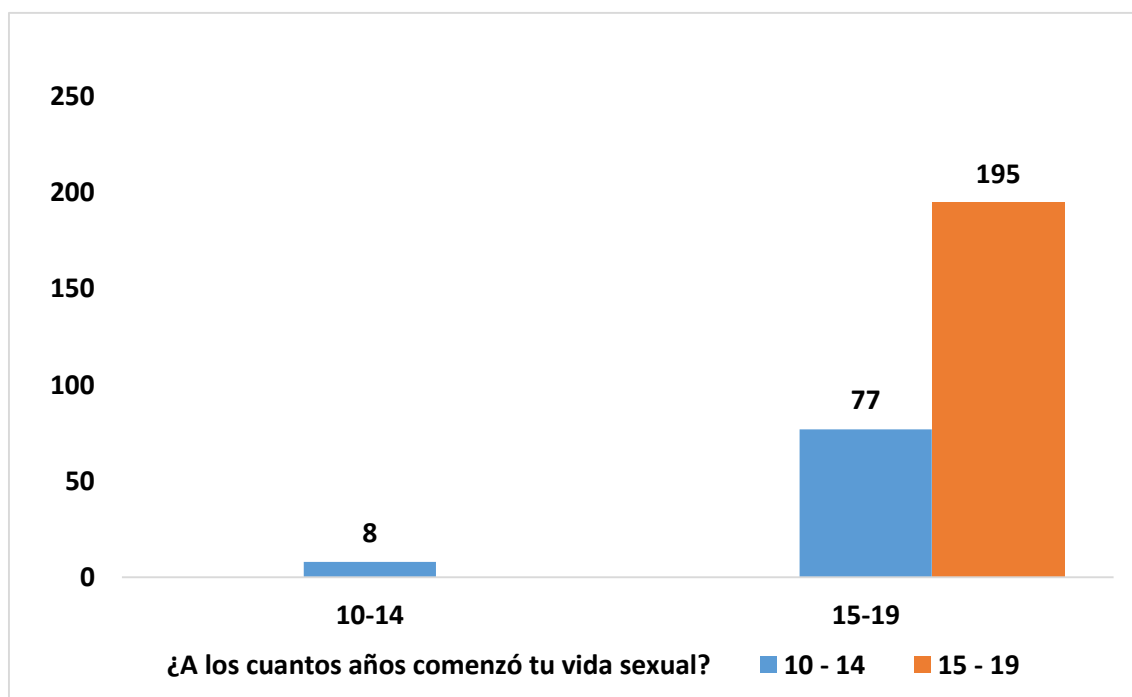
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,322 ^a	2	,851
Razón de verosimilitud	,305	2	,858
Asociación lineal por lineal	,273	1	,601
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y su autoestima, es igual a 0.851, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva alta.

TABLA N°28
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

			¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?		
			10 - 14	15 - 19	Total
Edad	10-14	Recuento	8	0	8
		% dentro de Edad	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de ¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?	9,4%	0,0%	2,9%	
	% del total	2,9%	0,0%	2,9%	
15-19	Recuento	77	195	272	
	% dentro de Edad	28,3%	71,7%	100,0%	
	% dentro de ¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?	90,6%	100,0%	97,1%	
	% del total	27,5%	69,6%	97,1%	
Total	Recuento	85	195	280	
	% dentro de Edad	30,4%	69,6%	100,0%	
	% dentro de ¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	30,4%	69,6%	100,0%	

GRÁFICO N°28
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTEPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 28 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas dentro del grupo etario de 10 a 14 años, el 100% contestó que inicio su vida sexual dentro de la adolescencia temprana (10 a 14 años). Del grupo etario de 15 a 19 años, el 28.3% comenzó su vida sexual durante la adolescencia temprana mientras que el 71.7% comenzó durante la adolescencia tardía.

TABLA N° 28 CHI CUADRADO

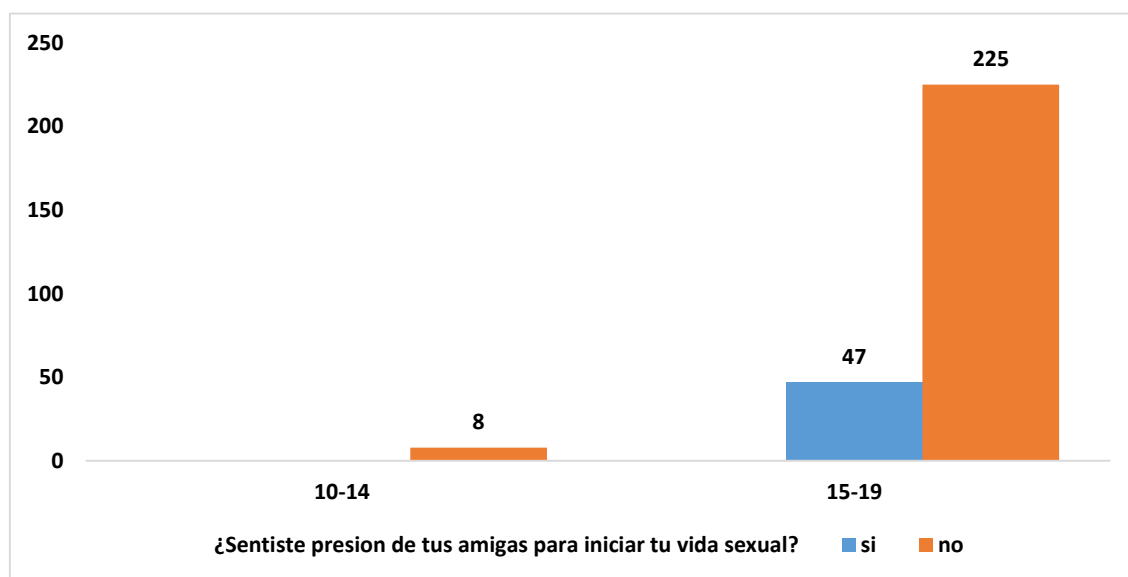
	Valor	df
Chi-cuadrado de Pearson	18,893 ^a	1
Corrección de continuidad ^b	15,654	1
Razón de verosimilitud	19,621	1
Prueba exacta de Fisher		
Asociación lineal por lineal	18,825	1
N de casos válidos	280	

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la edad de inicio de las relaciones sexuales, es igual a 1, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva grande.

TABLA N°29
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		Recuento	¿Sentiste presión de tus amigas para iniciar tu vida sexual?		Total
			si	no	
10-14	Recuento		0	8	8
	% dentro de Edad		0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de ¿Sentiste presión de tus amigas para iniciar tu vida sexual?		0,0%	3,4%	2,9%
	% del total		0,0%	2,9%	2,9%
15-19	Recuento		47	225	272
	% dentro de Edad		17,3%	82,7%	100,0%
	% dentro de ¿Sentiste presión de tus amigas para iniciar tu vida sexual?		100,0%	96,6%	97,1%
	% del total		16,8%	80,4%	97,1%
Total	Recuento		47	233	280
	% dentro de Edad		16,8%	83,2%	100,0%
	% dentro de ¿Sentiste presión de tus amigas para iniciar tu vida sexual?		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		16,8%	83,2%	100,0%

TABLA N°29
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 29 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas dentro del grupo etario de 10 a 14 años, el 100% contestó que no sintió presión de sus amistades para el inicio de su vida sexual, dentro del grupo de gestantes adolescentes de 14 a 19 años, el 17.3% de ellas contestó que si sintió presión de sus amistades para comenzar su vida sexual, mientras que el 82.7% contestó que no sintió presión.

TABLA N° 29 CHI CUADRADO

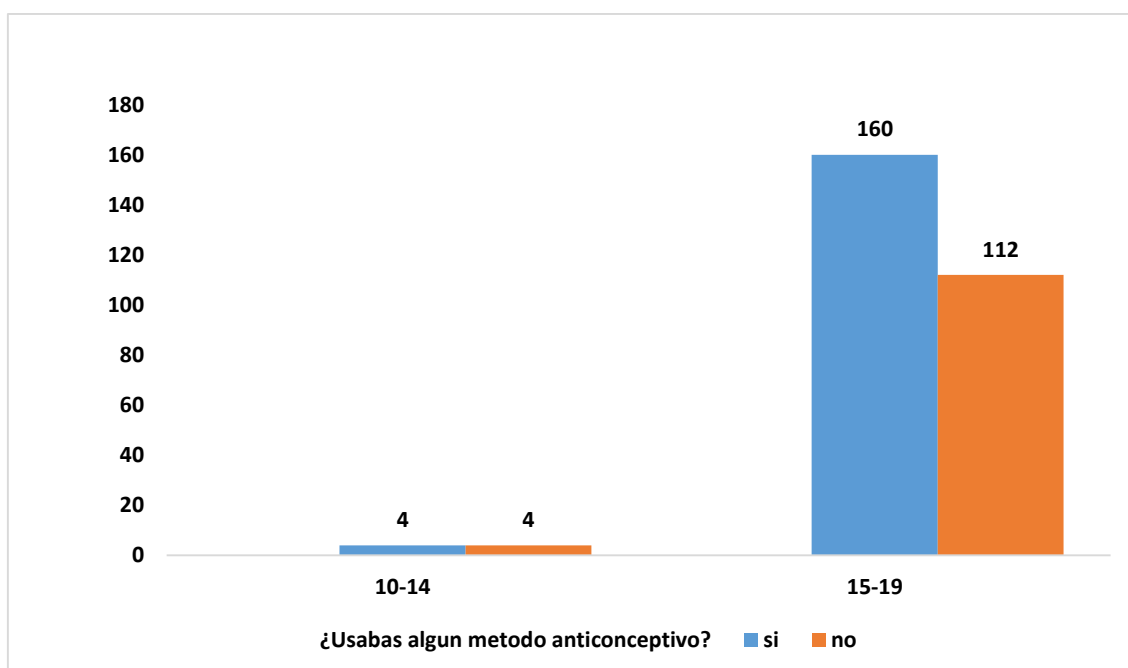
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,661 ^a	1	,197
Corrección de continuidad ^b	,654	1	,419
Razón de verosimilitud	2,987	1	,084
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,655	1	,198
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y sentir presión de amistades para iniciar su vida sexual, es igual a 0.197, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva muy baja.

TABLA N°30
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Usabas algún método anticonceptivo?		Total	
		si	no		
Edad	10-14	Recuento	4	4	8
		% dentro de Edad	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de ¿Usabas algún método anticonceptivo?	2,4%	3,4%	2,9%
		% del total	1,4%	1,4%	2,9%
	15-19	Recuento	160	112	272
		% dentro de Edad	58,8%	41,2%	100,0%
		% dentro de ¿Usabas algún método anticonceptivo?	97,6%	96,6%	97,1%
		% del total	57,1%	40,0%	97,1%
Total		Recuento	164	116	280
		% dentro de Edad	58,6%	41,4%	100,0%
		% dentro de ¿Usabas algún método anticonceptivo?	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	58,6%	41,4%	100,0%

GRÁFICO N°30
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 30 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas dentro de las edades de 10 a 14 años frente a la pregunta de la utilización de métodos anticonceptivos, el 50% de ellas respondió que si usaban y el 50% respondió que no usaban algún método de anticoncepción.

TABLA N° 30 CHI CUADRADO

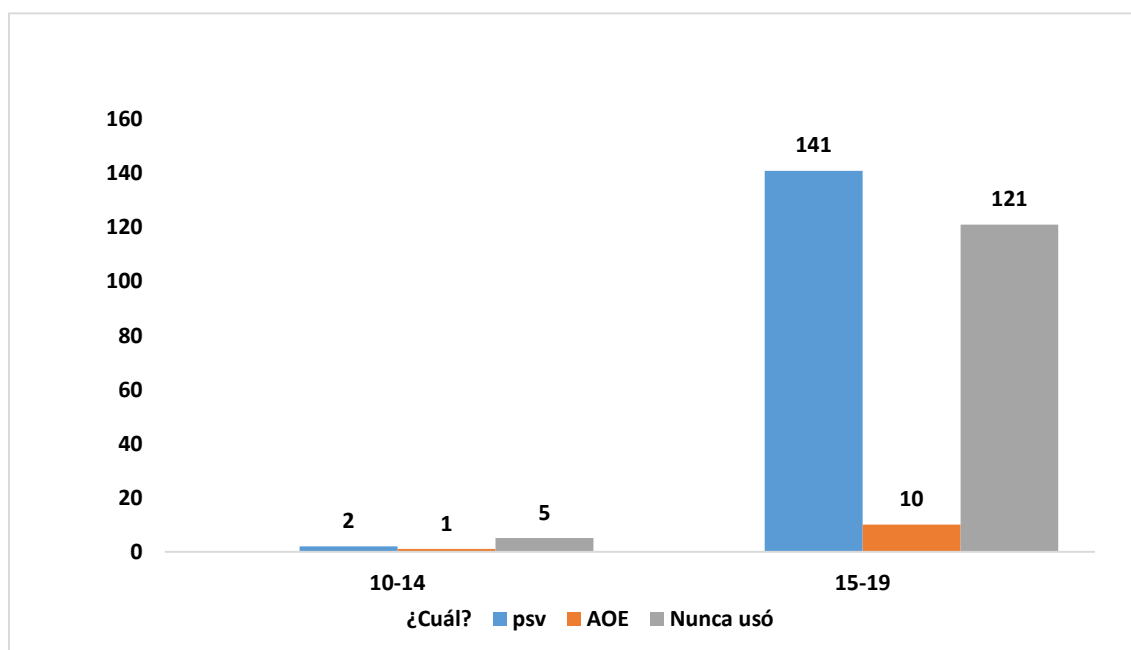
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,249 ^a	1	,618
Corrección de continuidad ^b	,018	1	,892
Razón de verosimilitud	,246	1	,620
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,248	1	,618
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y el uso de algún método anticonceptivo, es igual a 0.197, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva moderada.

TABLA N°31
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad			¿Cuál?			Total
			PSV	AOE	Nunca usó	
10-14	Recuento		2	1	5	8
	% dentro de Edad		25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	% dentro de ¿Cuál?		1,4%	9,1%	4,0%	2,9%
	% del total		0,7%	0,4%	1,8%	2,9%
15-19	Recuento		141	10	121	272
	% dentro de Edad		51,8%	3,7%	44,5%	100,0%
	% dentro de ¿Cuál?		98,6%	90,9%	96,0%	97,1%
	% del total		50,4%	3,6%	43,2%	97,1%
Total	Recuento		143	11	126	280
	% dentro de Edad		51,1%	3,9%	45,0%	100,0%
	% dentro de ¿Cuál?		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		51,1%	3,9%	45,0%	100,0%

GRÁFICO N°31
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 31 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas dentro del grupo de 10 a 14 años frente a la pregunta sobre que método anticonceptivo usaba, el 25% de ellas respondió que usó el preservativo, el 12.5% contestó que uso el AOE, y el 62.5% nunca utilizó. Dentro del grupo de gestantes adolescentes entre 15 a 19 años, el 51.8% contestó haber usado el preservativo como método anticonceptivo, el 3,7% contesto que uso el AOE.

TABLA N° 31 CHI CUADRADO

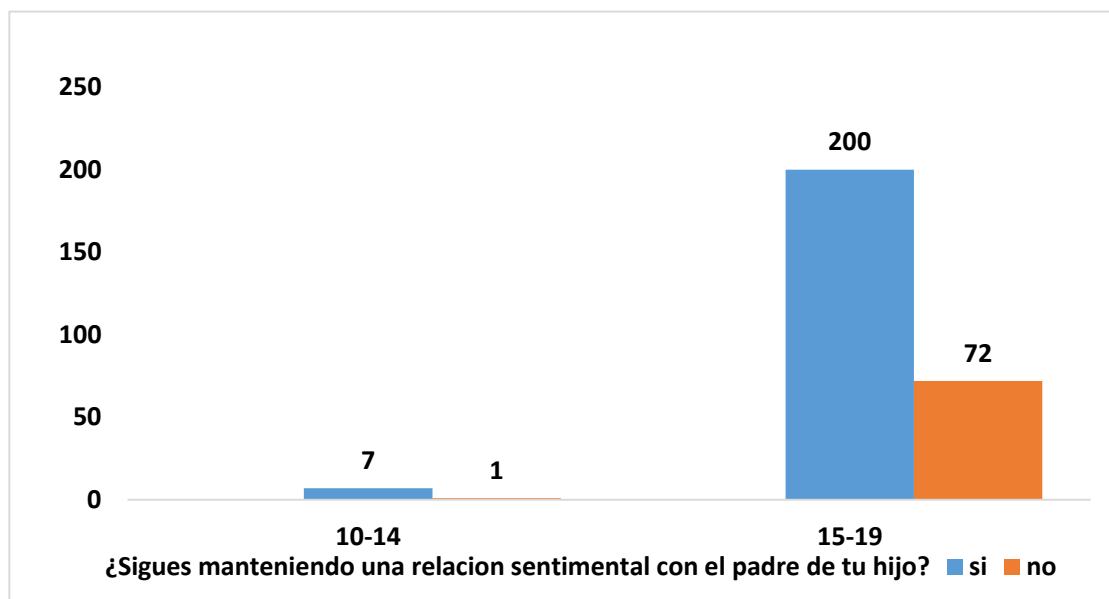
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,197 ^a	2	,202
Razón de verosimilitud	2,835	2	,242
Asociación lineal por lineal	1,628	1	,202
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y la elección de algún método anticonceptivo, es igual a 0.202, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva baja.

TABLA N°32
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN VINCULO SENTIMENTAL CON LA PAREJA – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		¿Sigues manteniendo una relación sentimental con el padre de tu hijo?		Total
		si	no	
10-14	Recuento	7	1	8
	% dentro de Edad	87,5%	12,5%	100,0%
	% dentro de ¿Sigues manteniendo una relacion sentimental con el padre de tu hijo?	3,4%	1,4%	2,9%
	% del total	2,5%	0,4%	2,9%
15-19	Recuento	200	72	272
	% dentro de Edad	73,5%	26,5%	100,0%
	% dentro de ¿Sigues manteniendo una relacion sentimental con el padre de tu hijo?	96,6%	98,6%	97,1%
	% del total	71,4%	25,7%	97,1%
Total	Recuento	207	73	280
	% dentro de Edad	73,9%	26,1%	100,0%
	% dentro de ¿Sigues manteniendo una relacion sentimental con el padre de tu hijo?	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	73,9%	26,1%	100,0%

GRÁFICO N°32
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN VINCULO SENTIMENTAL CON LA PAREJA – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 32 se observa que del 100% de las gestantes adolescentes encuestadas dentro del grupo etario de 10 a 14 años frente a la pregunta si seguían manteniendo una relación sentimental con el padre de su hijo, el 87.5% contestó que sí, mientras que el 12.5% que no. Dentro del grupo de gestantes de 15 a 19 años el 73.5% de ellas contestó que si seguían manteniendo una relación sentimental, el 26.5% contestó que no.

TABLA N° 32 CHI CUADRADO

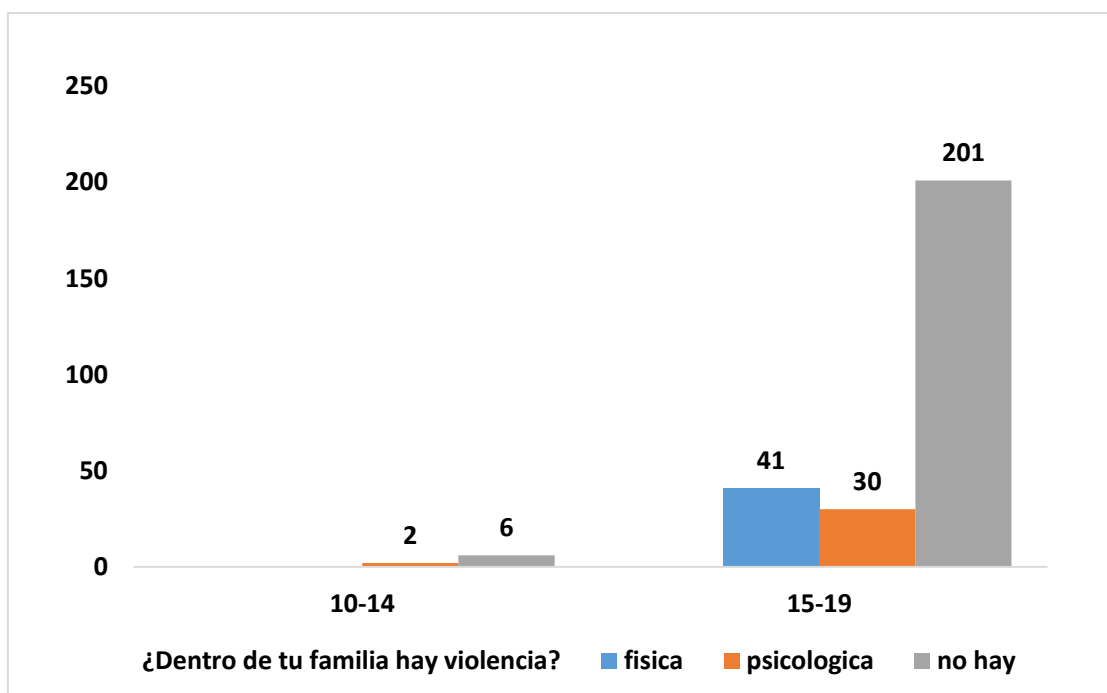
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,787 ^a	1	,375
Corrección de continuidad ^b	,229	1	,632
Razón de verosimilitud	,912	1	,340
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,784	1	,376
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y pareja estable, es igual a 0.375, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva baja.

TABLA N°33
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EXISTENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		¿Dentro de tu familia hay violencia?			Total
		Física	Psicológica	No hay	
10-14	Recuento	0	2	6	8
	% dentro de Edad	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	% dentro de ¿Dentro de tu familia hay violencia?	0,0%	6,3%	2,9%	2,9%
	% del total	0,0%	0,7%	2,1%	2,9%
15-19	Recuento	41	30	201	272
	% dentro de Edad	15,1%	11,0%	73,9%	100,0%
	% dentro de ¿Dentro de tu familia hay violencia?	100,0%	93,8%	97,1%	97,1%
	% del total	14,6%	10,7%	71,8%	97,1%
Total	Recuento	41	32	207	280
	% dentro de Edad	14,6%	11,4%	73,9%	100,0%
	% dentro de ¿Dentro de tu familia hay violencia?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	14,6%	11,4%	73,9%	100,0%

GRÁFICO N°33
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EXISTENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 33 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas, dentro del grupo etario de 10 a 14 años, frente a la pregunta de la existencia de violencia dentro de su familia, el 25% de ellos que existía violencia psicológica y el 75% contestó que no existía violencia dentro de su hogar. Dentro del grupo de gestantes adolescentes de 15 a 19 años el 14.6% indico que dentro de su familia existía violencia física, el 11.4% violencia psicológica y el 73.9% indico que no existía.

TABLA N° 33 CHI CUADRADO

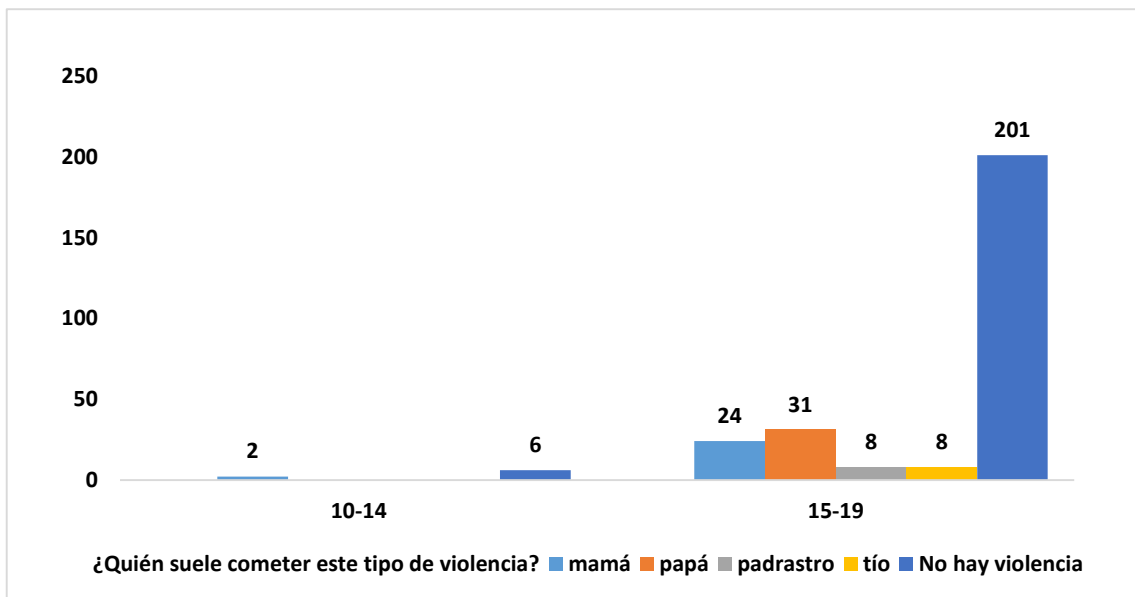
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,534 ^a	2	,282
Razón de verosimilitud	3,376	2	,185
Asociación lineal por lineal	,174	1	,677
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y violencia familiar, es igual a 0.282, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva baja.

TABLA N°34
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EXISTENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

		¿Quién suele cometer este tipo de violencia?					Total	
		Mamá	Papá	Padrastro	Tío	No hay violencia		
Edad	10-14	Recuento	2	0	0	0	6	8
		% dentro de Edad	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de ¿Quién suele cometer este tipo de violencia?	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
		% del total	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	2,9%
15-19		Recuento	24	31	8	8	201	272
		% dentro de Edad	8,8%	11,4%	2,9%	2,9%	73,9%	100,0%
		% dentro de ¿Quién suele cometer este tipo de violencia?	92,3%	100,0%	100,0%	100,0%	97,1%	97,1%
		% del total	8,6%	11,1%	2,9%	2,9%	71,8%	97,1%
Total		Recuento	26	31	8	8	207	280
		% dentro de Edad	9,3%	11,1%	2,9%	2,9%	73,9%	100,0%
		% dentro de ¿Quién suele cometer este tipo de violencia?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	9,3%	11,1%	2,9%	2,9%	73,9%	100,0%

GRÁFICO N°34
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EXISTENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



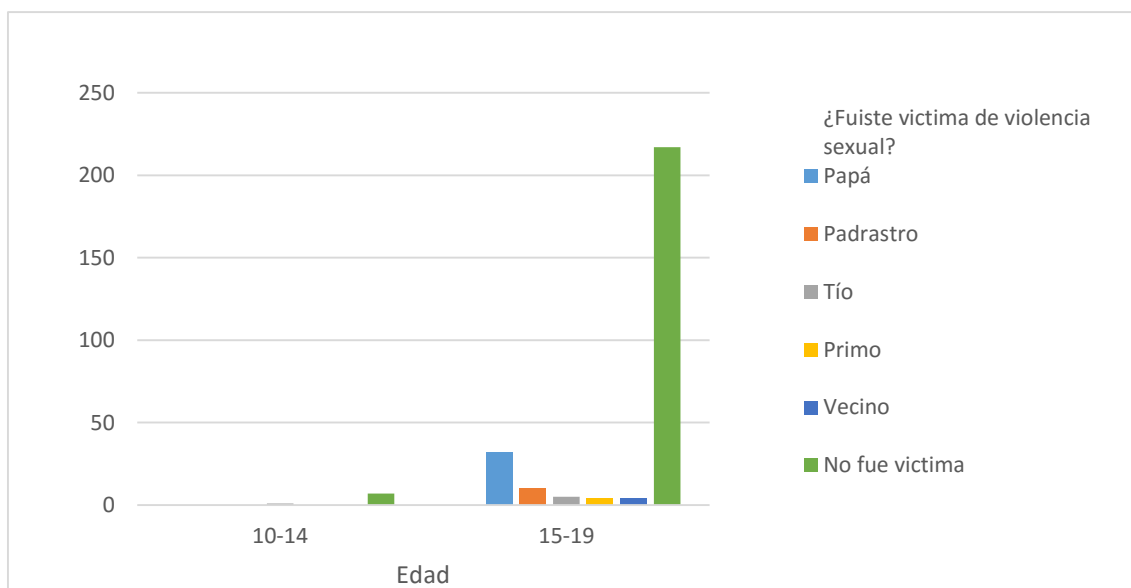
INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 34 se observa que del 100% de gestantes encuestadas, se encontró que dentro del grupo etario de 10 a 14 años frente a la pregunta de quien solia cometer la violencia en su familia, el 25% menciono que su madre era la que cometia dicho tipo de violencia. Dentro del grupo de 15 a 19 años, el 8.8% menciono a su madre, el 11.4% a su padre, el 2.9% a su padrastro y el 2.9% a su tio.

TABLA N°35
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EXISTENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017

Edad		¿Fui víctima de violencia sexual?						Total
		Papá	Padrastra	Tío	Primo	Vecino	No fue víctima	
10-14	Recuento	0	0	1	0	0	7	8
	% dentro de Edad	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	87,5%	100,0%
	% dentro de ¿Fui víctima de violencia sexual?	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	3,1%	2,9%
	% del total	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	2,5%	2,9%
15-19	Recuento	32	10	5	4	4	217	272
	% dentro de Edad	11,8%	3,7%	1,8%	1,5%	1,5%	79,8%	100,0%
	% dentro de ¿Fui víctima de violencia sexual?	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	100,0%	96,9%	97,1%
	% del total	11,4%	3,6%	1,8%	1,4%	1,4%	77,5%	97,1%
Total	Recuento	32	10	6	4	4	224	280
	% dentro de Edad	11,4%	3,6%	2,1%	1,4%	1,4%	80,0%	100,0%
	% dentro de ¿Fui víctima de violencia sexual?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	11,4%	3,6%	2,1%	1,4%	1,4%	80,0%	100,0%

GRÁFICO N°35
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS GINECO OBSTÉTRICAS SEGÚN EXISTENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL – HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO – 2017



INTERPRETACION

De la tabla y el gráfico N° 35 se observa que del 100% de gestantes adolescentes encuestadas, el grupo etario de 10 a 14 años, frente a la pregunta si fue víctima de violencia sexual, el 12.5% menciono sufrió violencia sexual por parte de su tío, mientras que el 87.5% menciono que no. Dentro del grupo de gestantes entre las edades 15 a 19 años, el 11,8% contesto que sufrió violencia sexual por parte de su propios padre, el 376% sufrió violencia sexual por parte de su padrastro, el 1.8% por parte de su tío, el 1.5% sufrió violencia por parte de su primo, el 1.5% por parte de algún vecino o conocido, y el 79.8% que no sufrió violencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,651 ^a	5	,342
Razón de verosimilitud	4,949	5	,422
Asociación lineal por lineal	,542	1	,462
N de casos válidos	280		

Según el coeficiente de Pearson la correlación entre las edades de las gestantes adolescentes y si fue víctima de violencia sexual, es igual a 0.342, lo que nos indica que existe entre las dos variables una correlación positiva baja.

DISCUSION

El embarazo adolescente se considera como un problema de salud pública, por sus repercusiones a corto y a largo plazo sobre la vida del adolescente que lo atraviesa, existen determinantes próximos (menarquia, autoestima, edad de la primera relación sexual, uso de anticonceptivos, pareja estable, violencia familiar, violencia sexual) e intermedios (socioculturales, familiares, individuales) que serán los desencadenantes de esta situación. Durante el estudio se encontró que el 65,7% de las gestantes adolescentes encuestadas tuvo como lugar de nacimiento la región costa y el 25,7% la región sierra respectivamente. Este resultado se relaciona con el estudio realizado por el Ministerio de Salud del Perú en el año 2016, en donde se identificó que a nivel numérico, Lima concentra el mayor volumen de población adolescente embarazada entre 15 y 19 años aproximadamente 97,328. (MINSa, 2016, pág. 5). En tanto un porcentaje de adolescentes refirieron tener la aprobación de sus padres para mantener una relación sentimental y que en esta se incluyeran las relaciones sexuales, este resultado es muy similar al estudio realizado por Laura Lobo, en el que afirma que ha habido cambios de costumbres en los que se hace referencia a la libertad sexual. (Lobo, 2011, pág. 9). El 100% de nuestras gestantes adolescentes encuestadas tuvieron la oportunidad de asistir al colegio, resultado que difiere al de Laura Lobo, en el cual dentro de los patrones hace referencia a las pocas oportunidades que se les brindan a las adolescentes dentro de la sociedad, como lo es la educación. (Lobo, 2011, pág. 9)

Encontramos también que el 34.3% de las encuestadas provenían de una familia con estructura nuclear, y un 20% de una familia nuclear modificada, este resultado difiere del realizado por Angulo Guevara en el año 2016, en el cual predomina la familia nuclear modificada. En cuanto a la funcionalidad familiar, el 62.9% de nuestras encuestadas refirió pertenecer a una familia funcional y el 37% pertenece a una familia disfuncional,

resultado que es similar al del estudio realizado por Avila Tunquipa y Morales en el que el 64% de gestantes adolescentes pertenecía a una familiar funcional y un 36% a una disfuncional. (Avila Tunquipa & Morales Mamani, 2015, pág. 6)

El 40% de las gestantes adolescentes encuestadas afirmo que sus padres hablan de estos temas con ellas, mientras que el 60% de ellas menciono que sus padres no lo hacían afirmando que ellos sienten temor al hablar sobre sexo y/o sexualidad, este resultado es similar al estudio de Lluyo Marcellini en el que el machismo de los padres 25% se encuentra como factor social relacionado al embarazo adolescente. (Lluyo Marcellini, 2017, pág. 6). El 34.3% de las gestantes encuestadas mantienen una buena relación con sus padres, el 51.4% de ellas manifestó que tenían una comunicación regular y el 14.3% de ellas refirió que tenían mala comunicación con sus padres. Este resultado difiere al de Rodríguez y Sucillo En cuanto a la relación que mantienen con sus padres el 50 % (15) adolescentes tienen una buena relación seguido del 33% (10) adolescentes tienen una relación regular con sus padres y el 17% (5) adolescentes tienen una mala relación con sus padres. (Rodriguez Marcelo & Sucño Espinoza, 2016, pág. 15)

Se observó que hijas el 54.3% son hijas de madres que también cursaron por un embarazo durante su adolescencia, resultado que difiere con el realizado por Rodríguez Marcelo y Sucño Espinoza En cuanto a antecedente de embarazo adolescentes en la familia el 67% (20) no presentan antecedentes de embarazos en adolescentes, y solo el 33% (10) presentan antecedentes de embarazos en adolescentes. (Rodriguez Marcelo & Sucño Espinoza, 2016, pág. 15). Sobre el acceso a los servicios de planificación familiar, el 14.3% de las gestantes adolescentes encuestadas, respondió que habían acudido, mientras que el 85.7% refirió que nunca había acudido a dicho servicio. Dentro de un estudio realizado por el ministerio de salud del Perú en el que hacían referencia que para el año

2015 ya se contaban con 3,170 servicios diferenciados para adolescentes de 12 a 17 años de edad, en el 40% de establecimientos de salud del país. (MINSA, 2016, pág. 12).

Se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de material de construcción de la vivienda fue el de concreto, aludiendo en su mayoría que no era una vivienda propia sino que alquilaban la propiedad; un estudio realizado por Rodríguez Gualteros afirma que la falta de ingresos económicos en el hogar estimula a las adolescentes a optar por supuestas soluciones a su vida; pensando que una de sus alternativas es abandonar su hogar y establecer una relación con su sexo opuesto. (Rodríguez Gualteros, 2014, pág. 30). El 63.2% de las encuestadas manifestó que la primera menstruación ocurrió entre los años 9 a 12 años, este resultado sobrepasa en 13.2% al estudio realizado por Lluyo Marcellini, en el que se obtuvo un 50% de adolescentes con menarquia precoz. En cuanto al autoestima, el 57.1% contestó que tiene buena autoestima, mientras que el 28.6% considera que es baja, resultado que difiere del trabajo de Lluyo Marcellini en el que se encontró que 13% de gestantes adolescentes consideró tener baja autoestima. (Lluyo Marcellini, 2017, pág. 6). El 30,4% del total de gestantes adolescentes encuestadas respondieron que habían comenzado su actividad sexual durante la adolescencia temprana, mientras que el 69.6% indicó que fue durante la adolescencia tardía este resultado se similar al que obtuvo Rodríguez Marcelo y Sucillo Espinoza, en la que La edad de inicio de la primera relación sexual el 67% (20) adolescentes iniciaron su vida sexual entre 15 y 19 años, y solo el 33% (10) adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 10 y 14 años. Se evidencio que el 58.6% de las gestantes adolescentes que fueron encuestadas respondió que si usaban métodos de anticoncepción siendo el más usado el preservativo, , mientras que el 41.4% respondió que no, este resultado difiere del estudio realizado por Angulo Guevara en el cual Respecto al uso de anticonceptivos el 65%

respondió que no ha usado algún método anticonceptivo y el 35% manifestaron que sí. (Angulo Guevara, 2016, pág. 5).

En cuanto a la violencia familiar, el 14.6% de las gestantes adolescentes encuestadas indicio que existía violencia física y el 11.4% violencia psicológica, mencionando a su mamá como la que suele cometer este tipo de violencia, un porcentaje menor indicó a su padre, este resultado se asemeja al que obtuvo Lluyo Marcellini en el que Violencia familiar obtuvo un 70%, frente al machismo de los padres que obtuvo un 25%. Y finalmente, se obtuvo que el 20% de las gestantes adolescentes encuestadas, fue víctima de abuso sexual por un familiar y/o vecino; este resultado es similar frente al hallado por Lluyo Marcellini en el que se obtuvo un 25% de violencia sexual en su totalidad.

CONCLUSIONES

- Se pudo llegar a la conclusión que los determinantes intermedios que influirán en el embarazo adolescente son los socioculturales, los familiares, el nivel educativo, el acceso a planificación familiar y el estado económico de la familia.
- Los determinantes próximos que influirán sobre el embarazo adolescente son los siguientes: el nivel de autoestima del adolescente y la edad de la primera relación sexual.
- Están relacionados significativamente al embarazo en adolescentes, los determinantes intermedios: socioculturales y ambientales, familiares dentro de los cuales predomina la comunicación con los padres, el nivel educativo, el acceso a servicios de planificación familiar, el estado económico familiar y la participación laboral.

RECOMENDACIONES

- Durante el tiempo de investigación se pudo observar, que las gestantes adolescentes provenían en ocasiones de hogares con una estructura normal (nuclear) más eran disfuncionales, carecían de confianza en sus padres incluyendo ciertas características atribuibles al jefe de familia y no tenían la información necesaria en cuanto a métodos de anticoncepción. La sociedad actual viene afrontando diversos cambios que están repercutiendo en la población vulnerable, en este caso los adolescentes, ya que durante esta etapa están en busca de su identidad y autonomía. Nuestra misión como profesionales en obstetricia es velar por la salud sexual y reproductiva de las personas, brindándoles lo necesario para que puedan satisfacer sus necesidades sin involucrar consecuencias a corto y largo plazo, en este caso, un embarazo adolescente.
- Realizar actividades preventivas en educación sexual, salud mental y estilos de vida saludable, dentro de las instituciones educativas, con el fin de promover la reducción de más embarazos en adolescentes.
- Así mismo, realizar campañas de salud, en los que pueda participar toda la familia, con el fin de brindar la orientación necesaria a los padres para que así, puedan aconsejar a sus hijos en temas relacionados a la sexualidad, evitando así que información errónea llegue a ellos, fortaleciendo así el vínculo familiar y una buena comunicación por parte de padres e hijos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES																	
	ENERO- MARZO			ABRIL - JUNIO			JULIO - AGOSTO			SETIEMBRE - OCTUBRE			NOVIEMBRE -DICIEMBRE					
FORMULACION DEL PROYECTO	X	X	X	X	X													
RECOLECCION DE LA INFORMACION					X	X	X	X	X	X								
PROCESAMIENTO DE LOS DATOS													X	X				
ANALISIS E INTERPRETACION														X	X			
REDACCION																X	X	
INFORME FINAL																	X	X

PRESUPUESTO

A) RECURSOS HUMANOS			
DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
INVESTIGADORA	1	-	-
ASESOR	1	-	-
EVALUADORES	3	-	-
SUBTOTAL			
B) RECURSOS MATERIALES			
PAPEL BOND 75 g A4	1 MILLAR	S/24.00	S/24.00
LAPICEROS	12	S/1.50	S/18.00
FOLDERS	15	S/0.50	S/7.50
SOBRES MANILAS	3	S/0.50	S/1.50
SUBTOTAL			S/51.00
C) SERVICIOS			
INTERNET	200 HORAS	S/1.00	S/200.00
LINEA TELEFONICA	5 HORAS	S/15.00	S/75.00
FOTOCOPIAS	300	S/0.07	S/22.00
IMPRESIÓN DEL PROYECTO	529	S/ 0.10	S/ 53.00
IMPRESIÓN DEL PROYECTO ANILLADO	80	S/ 0.20	S/ 20.00
OTROS IMPREVISTOS		S/ 50.00	S/ 50.00
SUBTOTAL			S/ 420.00
TOTAL			S/ 471.00

REFEENCIA BIBLIOGRAFICA

- AlvaroJanco. (2013). *Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden a su control prenatal en el hospital municipal Copacabana*. Copacabana. Recuperado el 26 de junio de 2017, de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S4321-12342013000100003&script=sci_arttext
- Amilcar, C. C. (2016). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán. Recuperado el 5 de julio de 2017, de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Cuz-Amilcar.pdf>
- Angulo Guevara, M. Y. (2016). *Factores de riesgo familiares que influyen en el embarazo adolescente en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Base Victor Lazarte Echegaray*. Trujillo. Recuperado el 26 de junio de 2017, de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5265/ANGULO%20GUEVARA%20MYRIAM%20YANET%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arias Rico, J., & Caro Morales, I. (2016). Factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia (10 a 19 años) en una comunidad de Actopan Hidalgo en el periodo Enero-Junio 2016. Recuperado el 30 de junio de 2017, de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n9/p5.html>
- Avila Tunquipa, J., & Morales Mamani, Y. (2015). *Factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de embarazo en adolescentes que acuden al centro de salud Vallecito Puno*. Puno. Recuperado el 28 de Junio de 2017, de <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/160/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrios Hernández, Y., & Verdecia Machado, M. (2015). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*. Recuperado el 06 de julio de 2017, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Las%20familias%20disfuncionales%20como%20factor%20de%20riesgo%20adictivo%20en%20la%20adolescencia%20%20.pdf>
- Betancurth , D. (2011). *Riesgo Familiar total y salud familiar: familias con mujeres en lactancia materna*. Caldas. Recuperado el 01 de julio de 2017
- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *SCielo*, 18(1), 05-07. Recuperado el 28 de junio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002
- Britanica, E. (2013). *Familia, concepto, tipos y evolucion*. Ciudad de Mexico. Recuperado el 30 de Junio de 2017, de http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf

- Caricote Ágreda, E. (2013). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere*, 414-425. Recuperado el 29 de Junio de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35614572016.pdf>
- Carvajal Baron, R., & Valencia Oliveros, H. (2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el Municipio de Buenaventura. *Salud UIS*, 291. Recuperado el 30 de junio de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/3438/343851211004.pdf>
- Castillo Alvarez, R. (2017). AUTOESTIMA Y RELACIÓN DE PODER ASOCIADOS A DEBUT SEXUAL Y EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDÍAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE QUITO PERÍODO FEBRERO- JUNIO 2017. 1-114. Recuperado el 6 de setiembre de 2017, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13750/POSGRADO%20PEDIA TRÍA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cogollo, Z., & Gomez, E. (2013). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado el 05 de julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615450005.pdf>
- Constanza Valenzuela , D., Molinas Silva, A., & Cogollo Gómez , D. (2013). *Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes escolarizadas del municipio de Florencia*. Florencia. Recuperado el 27 de Junio de 2017, de <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/3419/1/30506216.pdf>
- Cruz Marquez, M. (2012). *Embarazo de adolescentes y comunicación familiar*. Guadalajara. Recuperado el 03 de julio de 2017, de <https://www.margen.org/suscri/margen61/marquez.pdf>
- Diaz Tapara, F. (2016). *Educacion sexual en la familia y su influencia en el embarazo de las adolescentes del centro de salud ampliacion Paucarpata*. Arequipa. Recuperado el 03 de Julio de 2017, de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4173/Diaz_Tapara_Flora.pdf?sequence=1
- Electra González , A. (2012). CARACTERÍSTICAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE DE MADRES A HIJAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Recuperado el 04 de julio de 2017
- Gómez Mercado, C., & Montoya Vélez, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revista de Salud Pública*, 16(3). Recuperado el 04 de julio de 2017, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34986/49157>
- Leal F, I., & Stuardo A, V. (2015). Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Recuperado el 08 de julio de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100006

- Lluyo Marcellini, D. F. (2017). *Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Carlos Showing Ferrari*. Huanuco. Recuperado el 26 de Junio de 2017, de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/494/LUYO%20MARCELLINI%2C%20DELICI%20FIORELLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lobo, L. E. (2011). *Factores socioculturales que influyen en el embarazo adolescente en el Centro de Atención Primaria de la Salud Eva Perón*. La Plata. Recuperado el 30 de Junio de 2017, de http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/lobo_laura_elisa.pdf
- Lopez Sanchez, F. (2014). sexualidad en la adolescencia. *Adolescere*, 24-34. Recuperado el 29 de junio de 2017, de <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/24-34%20Sexualidad%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Martínez Monteagudo, M. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad. *Psicologia.com*, 01-22. Recuperado el 1 de julio de 2017, de <https://www.uv.es/lisis/estevez/art13/psicologia-com-art13.pdf>
- Mendoza, W., & Subiria, G. (2016). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 01-09. Recuperado el 29 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000300017&script=sci_arttext&lng=pt
- Menéndez Guerrero, G., Navas Cabrera, I., & Hidalgo Rodríguez, Y. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 01-04. Recuperado el 29 de junio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
- MINSA. (2016). *Plan multisectorial contra el embarazo adolescente*.
- MINSA. (2016). PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. Recuperado el 30 de junio de 2017, de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?pg=1
- MINSA. (2016). *PREVENCIÓN DEL EMBARAZO- SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS AL 2021*. lima. Recuperado el 30 de junio de 2017, de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembarazoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf
- MINSA. (2017). Situación de los jóvenes y adolescentes en el Perú. 01-124. Recuperado el 06 de Julio de 2017, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- MINSA. (2017). Su Salud es Primero. Recuperado el 28 de Junio de 2017, de <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-promocion.asp>
- MinSalud. (2012). *Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo*. Bogotá. Recuperado el 1 de julio de 2017, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Conpes147-manual-identificacion.pdf>

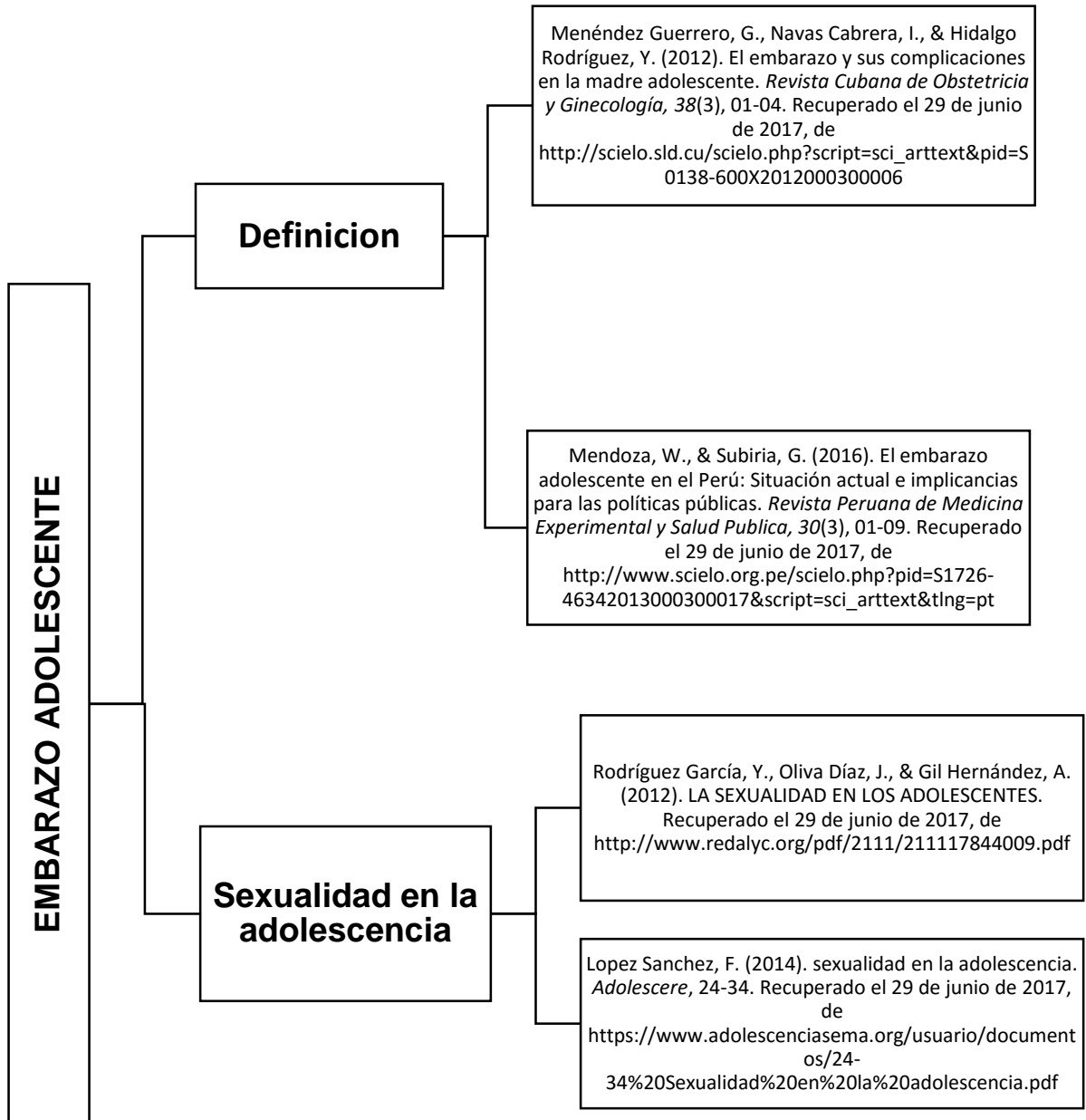
- MinSalud. (2014). *Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años*. Bogotá. Recuperado el 04 de Julio de 2017, de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SM-Determ-embarazo-menores-15-años.pdf>
- Molina Gutierrez, R. (2012). El padre adolescente, su relacion parental y de pareja. *Scielo*, 89-111. Recuperado el 10 de julio de 2017, de <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v19n35/art05.pdf>
- Moreno Méndez, J., & Echavarría Llano, K. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 38-46. Recuperado el 04 de julio de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756003.pdf>
- Mundigo, A. (2015). Religion y salud reproductiva; encrucijadas y conflictos. *Center for Health and social Policy*. Recuperado el 06 de julio de 2017, de http://www.pasa.cl/wpcontent/uploads/2011/08/Religion_y_salud_reproductiva._Encrucijadas_y_conflictos_Mundigo_Axe.pdf
- Odean, I. (2012). *Los factores sociales que influyen en el embarazo y en el uso de anticonceptivos de adolescentes en el barrio 25 de Mayo, Maipú*. Mendoza. Recuperado el 26 de junio de 2017, de http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2495&context=isp_collection
- OMS. (2012). Desarrollo en la Adolescencia. Ginebra. Recuperado el 28 de Junio de 2017, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. *Media Centre*. Recuperado el 30 de junio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- Osorio Alania, R. (2014). *Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo Maria Auxiliadora*. Lima. Recuperado el 26 de Junio de 2017, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3570/1/Osorio_ar.pdf
- Pascual Polo, B. (2015). *Patrones culturales del embarazo precoz en adolescentes en el distrito de Parcoy*. Trujillo. Recuperado el 29 de junio de 2017, de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/2092/PASCUAL%20POLO%20BISNA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rea Iza, C. N. (2012). "La influencia de la violencia intrafamiliar para el embarazo en las adolescentes". Recuperado el 8 de julio de 2017, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2763/1/T-UCE-0007-98.pdf>
- Rodríguez García, Y., Oliva Díaz, J., & Gil Hernández, A. (2012). LA SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES. Recuperado el 29 de junio de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117844009.pdf>
- Rodriguez Gualteros, P. (2014). *FACTORES FAMILIARES, EDUCATIVOS Y ECONOMICOS QUE AFECTAN A*. Zipaquirá. Recuperado el 02 de julio de 2017, de http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/3470/TTS_RodriguezGualterosJenny_2014.pdf?sequence=1

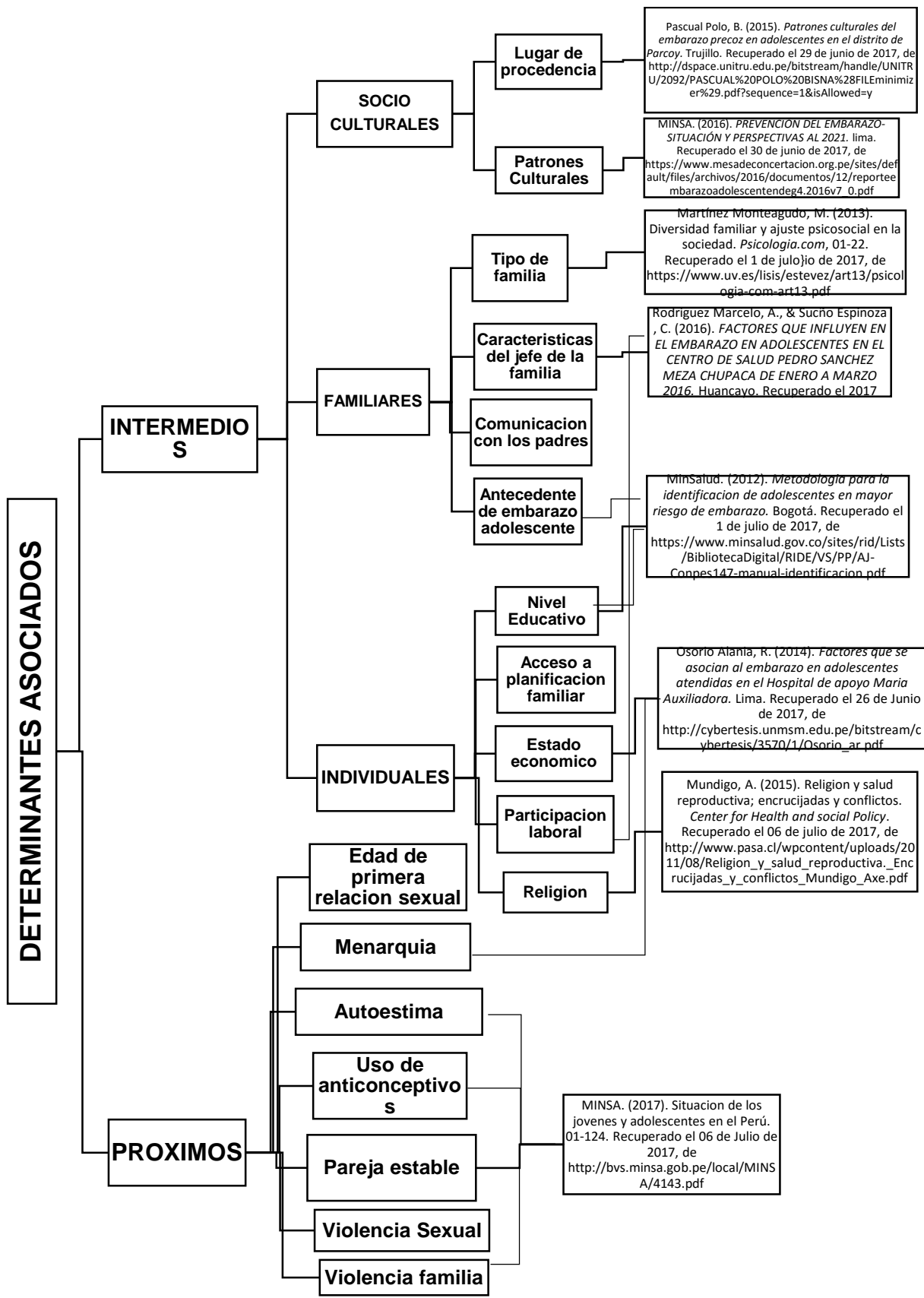
- Rodriguez Marcelo, A., & Sucño Espinoza, C. (2016). *FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE SALUD PEDRO SANCHEZ MEZA CHUPACA DE ENERO A MARZO 2016*. Huancayo. Recuperado el 2017
- Rodriguez Marcelo, A., & Sucño Espinoza, C. (2016). *Factores que influyen en el embarazo en adolescente en el centro de salud Pedro Sanchez Meza Chupaca*. Huancayo. Recuperado el 26 de junio de 2017, de http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/68/1/T102_47799237_T.pdf
- Rodriguez Rodriguez, N., & Cala Bayeux, Á. (2017). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista de informacion cientifica*. Recuperado el 30 de junio de 2017, de <http://www.revinficcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/27/780>
- Rosales Inostroza, E. (2011). *FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNA DE UNIDAD DE SALUD ALTAVISTA*. San Salvador. Recuperado el 20 de junio de 2017, de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ri.ues.edu.sv/11358/1/Factores%2520que%2520influyen%2520en%2520embarazo%2520adolescentes%2520enero%25202011.doc>
- Santisteban Salcedo, K. (2017). *Asociación de los factores sociales y el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en alumnos del quinto de secundaria de la I.E. República del Ecuador en el año 2016*. Lima. Recuperado el 08 de Julio de 2017, de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/103/1/Santisteban%20Salcedo%20Karen%20Mercedes_2017.pdf
- Silva Escorcía, I., & Mejía Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare*. Recuperado el 08 de julio de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4895723.pdf>
- Tagle Principe, N. (2015). *FACTORES ASOCIADOS E INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA MANUEL SCORZA TORRES, CARABAYLLO - 2015*. Lima. Recuperado el 06 de julio de 2017, de http://repositorio.uich.edu.pe/bitstream/handle/uich/131/Tagle_NM_TENF_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- UNICEF. (2015). La adolescencia temprana y tardía. Recuperado el 29 de Junio de 2017, de <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
- University, G. V. (2015). Países con mayor tasa de natalidad entre adolescentes. *Actitud Fem*. Recuperado el 30 de junio de 2017, de <http://www.actitudfem.com/entorno/genero/mujeres/los-paises-con-mas-embarazos-adolescentes>
- Valdeiglesias Abarca, M. (2017). *Factores inherentes a la gestante adolescente que influyen en el tipo de parto*. Juliaca. Recuperado el 04 de Julio de 2017, de http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/860/Valdeiglesias_Abarca_Maria_Paola.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zuñiga Fuentes, A., & Rocha Perez, Y. (2015). *CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS CON ADOLESCENTES GESTANTES ADSCRITAS AL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA DE LA ESE CARTAGENA DE INDIAS*. Cartagena. Recuperado el 02 de julio de 2017

ANEXOS

VERTEBRACION DE VARIABLES





OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho, durante el año 2017?

1. MATRIZ DE COHERENCIA

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE
<p>GENERAL :</p> <p>Conocer cuáles son los determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital san Juan de Lurigancho, durante el año 2017.</p> <p>ESPECÍFICO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los determinantes intermedios, dentro de los cuales están: los socioculturales, los familiares e individuales; que influyen en el embarazo en adolescentes. • Identificar los determinantes próximos, dentro de los cuales están: la edad de la primera relación sexual, uso de anticonceptivos, pareja estable y actividad sexual; que influyen en el embarazo en adolescentes. • Determinar cuál de los determinantes están asociados significativamente al embarazo en adolescentes. 	<p>HIPOTESIS ALTERNA:</p> <p>Los determinantes intermedios y próximos están asociados significativamente al embarazo en adolescentes.</p> <p>HIPOTESIS NULA :</p> <p>Los determinantes intermedios y próximos no están asociados significativamente al embarazo en adolescentes.</p>	<p>DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo en adolescentes <p>INDEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinantes asociados

2. MATRIZ: CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
1. Determinantes asociados	Circunstancia que contribuye a que se realice algo	Se tomaran los determinantes más comunes en la población estudiada.	DETERMINANTES INTERMEDIOS	Lugar de procedencia	-
				Patrones culturales	-Necesidad de tener hijos para probar. -Evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual. -Percepción de que el papel básico de la mujer es reproducirse y efectuar funciones domésticas. -Baja condición de la mujer dentro de la sociedad. -Modelos aprendidos desde la niñez que resaltan el papel femenino de servicio a los hombres.
				Tipo de familia	Nuclear Nuclear modificada Nuclear reconstruida Extendida
				Funcionalidad familiar	Funcional Disfuncional
				Característica del jefe de familia	Reprimir y no hablar del tema Actuar con falsedad e incoherencia Adelantarse a su madures sexual Inseguridad y temores acerca del comportamiento sexual de sus hijos Festejar sobre actividades relacionadas con la sexualidad Mantener otros conceptos falsos sobre sexualidad

				Comunicación con los padres	Buena Regular Mala
				Caso de embarazo adolescente en la familia	SI NO
				Grado de instrucción	Iltrado Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Técnico Universitario incompleto
				Acceso a planificación familiar	SI NO
				Estado económico familiar	Sueldo mínimo (850) Menos del sueldo mínimo Más del sueldo mínimo
				Participación laboral	Sí No
				Religión	Cristiana – Evangelica Católica Otros
			DETERMINANTES PRÓXIMOS	Menarquia	9 – 12 años 13 – 16 años
				Autoestima	Buena Regular Mala
				Edad de la primera relación sexual	10-14 15-19
				Uso de anticonceptivos	SI NO
				Pareja estable	SI NO
				Violencia Intrafamiliar	Física Psicología Económica
				Violencia sexual	Si NO
2.- Embarazo en adolescentes	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.	Se tomaran a gestantes adolescentes en nuestra población.	EMBARAZO ADOLESCENTE	Edad	10 – 14 años 15 – 19 años

“DETERMINANTES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE“

DETERMINANTES INTERMEDIOS

1. Edad:
 - a. 10 – 14
 - b. 15 - 19
2. Lugar de nacimiento:

Patrones Culturales

3. ¿No eres mujer si no tienes hijos?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Tus padres te dan libertad para tener enamorado y tener relaciones sexuales?
5. ¿La obligación de la mujer es atender al esposo e hijos?
6. ¿Tienes la oportunidad de asistir al colegio para aprender?
7. ¿Crees que la función de la mujer es servir al hombre?

Familiares

8. ¿Qué tipo de familia tienes?
 - a. Nuclear (mamá – papá – hermanos)
 - b. Nuclear modificada (mamá sola o papá solo)
 - c. Nuclear reconstruida (hermanastros – padrastro – madrastra)
 - d. Extendida (abuelos – padres – hijos)
9. Según la convivencia diaria familiar, consideras que tu familia es:
 - a. Funcional (afectiva – comunicación adecuada – apoyo mutuo)
 - b. Disfuncional (conflictos – crisis – violencia)
10. ¿tus padres te hablan sobre sexualidad, menstruación, masturbación o te reprimen?
 - a. Si
 - b. No
11. ¿Tus padres te mienten cuando hablan de sexo o sexualidad?
 - a. Si
 - b. No

12. ¿Tus padres te dejaron tener enamorado con relaciones sexuales?
 - a. Si
 - b. No
13. ¿Sientes que tus padres sienten temor si es que te hablan de sexo?
 - a. Si
 - b. No
14. ¿tus padres recibieron con alegría tu embarazo?
 - a. Si
 - b. No
15. ¿Escuchaste alguna vez dentro de tu familia decir, que a la primera relación sexual no hay riesgo de quedar embarazada?
 - a. Si
 - b. No
16. ¿la comunicación que mantienes con tus padres es?
 - a. Buena (confianza – dialogo continuo)
 - b. Regular (comunicación solo a la hora de las comidas)
 - c. Mala (dialogo escaso, falta de confianza)
17. ¿Algún miembro de tu familia atravesó por un caso de embarazo adolescente?
 - a. Si
 - b. No¿Quién?

Nivel educativo

18. ¿Hasta qué año estudiaste?
 - a. Iltrado
 - b. Primaria completa
 - c. Primaria incompleta
 - d. Secundaria completa
 - e. Secundaria incompleta
 - f. Técnico
 - g. Universitario
- ¿Influyó tu nivel educativo sobre la decisión de ser madre?
 - a. Si
 - b. No

Acceso a planificación familiar

19. ¿acudiste a algún establecimiento de salud por el servicio de planificación familiar?
- Si
 - No
20. ¿Cómo calificarías la calidad de atención?
- Buena
 - Regular
 - Mala

Nivel Económico

21. ¿de qué material es tu vivienda?
- Concreto o material noble
 - Adobe
 - Esteras o calamina
22. ¿Cuentas con los servicios básicos? ¿Agua – Desagüe y luz?
- Si
 - No
23. ¿Cuántas personas viven en tu hogar?
- _____
24. ¿actualmente te encuentras trabajando?
- Si
 - No

Creencias religiosas

25. ¿a qué religión perteneces?
- Cristiana – evangélica
 - Católica
 - Otros
26. ¿según tus creencias religiosas, es adecuado tener relaciones sexuales antes del matrimonio?
- Si
 - No

DETERMINANTES PROXIMOS

27. ¿A qué edad te vino la primera menstruación?
- 9 – 12 años
 - 13 – 16

28. ¿Cómo consideras a tu autoestima?
- Alta (dan y reciben afecto, reflejan felicidad, aceptan las críticas)
 - Baja (son conformistas, no aceptan sus errores, no tienen confianza en sí mismos)
29. ¿A los cuantos años comenzó tu vida sexual?
- 10 – 14 años
 - 15 – 19 años
30. ¿sentiste presión de tus amig@s para iniciar tu vida sexual?
- Si
 - No
31. ¿usabas algún método anticonceptivo?
- Si
 - No
- ¿Cuál?

32. ¿sigues manteniendo una relación sentimental con el padre de tu hijo?
- Si
 - No
33. ¿dentro de tu familia hay violencia?
- Física
 - Psicológica
 - Económica
 - No hay
- ¿Quién suele cometer este tipo de violencia?

34. ¿alguna vez fuiste víctima de violencia sexual?
- Si
 - No
- ¿Quién fue?

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: *Determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas*
 Autor: *en el servicio de emergencias gineco obstétricas durante el año 2017.*
 Nombre del juez *Pedro Henry Ragas Zavaleta.*
 Grado académico *Md. Ginecologo*

Estimado(a)

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.		X	

SUGERENCIAS Y APORTES:

MUCHAS GRACIAS.

MINISTERIO DE SALUD
 Hospital San Juan de Lumbancachi
 PEDRO HENRY RAGAS ZAVALETA
 Médico Cirujano Gineco Obstetra
 CMP 40367 RNE 18042
 SELLO Y FIRMA
 Fecha 18/01/17

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Determinantes asociadas al embarazo en adolescentes
Autor: atendidas en el servicio de emergencias Sineca obst. durante 2013
Nombre del juez Jorge Luis Camayo Malpartida
Grado académico Md- Ginecólogo

Estimado(a)

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

MUCHAS GRACIAS.



 MINISTERIO DE SALUD
 Hospital San Juan de los Rios
 JORGE LUIS CAMAYO MALPARTIDA
 Médico Ginec. Obstetra
 CMP 36718 RNE 18104

SELLO Y FIRMA

Fecha 19/01/13

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Determinantes asociadas al embarazo en adolescentes atendidas

Autor: en el servicio de emergencias gineco obstétricas durante el año 2017

Nombre del juez Liz Doris Huatuco Espejo

Grado académico Lic. Obstetricia

Estimado(a)

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

LIZ DORIS HUATUCO ESPEJO
 OBSTETRIZ - COP: 10684

MUCHAS GRACIAS.

SELLO Y FIRMA

Fecha 18/01/17



Universidad Nacional
Federico Villarreal

FACULTAD DE MEDICINA HIPÓLITO UNANUE
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



OFICIO N° 006-2018-EPO-FMHU-UNFV.

El Agustino 11 de Enero del 2018

Doctor:
ALDO CALERO HIJAR
Director del Hospital Nacional
San Juan de Lurigancho
Presente.-

REF.: Permiso para la Aplicación de Instrumento de Tesis

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, saludándolo cordialmente y a la vez solicitarle su autorización para que la Srta. **ASTRID LUCERO MEDINA INOCENTE**, Interna de esta Casa Superior de Estudios, pueda efectuar la Aplicación de Instrumento del Proyecto de Tesis en la Institución que usted dignamente dirige, con la finalidad de realizar su Trabajo de Investigación: **"Determinantes asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de emergencias gineco obstétricas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2017"**

Agradeciéndole por su amable atención a la presente, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,




Dr. Benjamin Paredes Ayala
DIRECTOR
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

BPA/Ilia

Jr. Rio Chepén N° 2090 El Agustino
Central 7480888 Anexo 8505