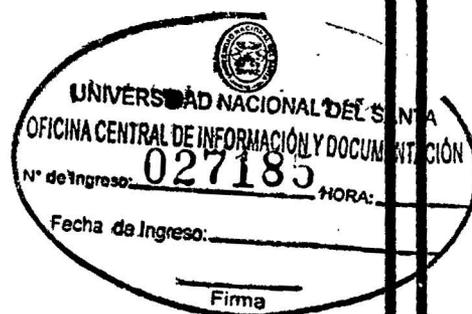




**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA  
FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de  
adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta.  
Chimbote, 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:**

**NOLAZCO BAZÁN ERICK JUNIOR  
PINTADO ODAR IVET YAQUELIN**

**ASESORA:**

**Dra. SERRANO VALDERRAMA, LUZ CARMEN**

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ  
2014**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**SCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



REVISADO Y Vº "B" DE:

---

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

ASESORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



REVISADO Y Vº "B" DE:

---

Ms. PINTO FLORES, Irene  
PRESIDENTA

---

Dra. HUANAP GUZMÁN, Margarita  
SECRETARIA

---

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen  
INTEGRANTE

## **DEDICATORIA**

**A Dios**, por estar presente y ayudarme en cada momento de mi vida, por fortalecer y reconfortar mi alma por ser el manantial de vida, por haberme dado salud, sabiduría y todo lo necesario para seguir adelante día a día y permitirme llegar a mis objetivos.

**A mis padres, Víctor y Luzmila** por su apoyo, consejos, valores, motivación constante, por los ejemplos de perseverancia y constancia, por el valor mostrado para salir adelante y sobre todo por el amor puro, transparente e incondicional que todos los días me brindan.

**A mis hermanos, Jessica, Mauricio, Chely y Paola** que siempre cuidan de mí, que están conmigo siempre en cada momento que los necesito brindándome su apoyo incondicional.

**Ivet**

## **DEDICATORIA**

**Agradezco a Dios**, principio y fin de las cosas por darme la vida, una familia, por ser mi guía, darme sabiduría y fortaleza en lograr mis metas y sobre todo por su infinito amor. Gracias por ser el centro de mí existir.

**A mis amados padres, Erlinda y Elvis**, por tener la dicha de tenerlos a mi lado y brindarme las fuerzas necesarias para seguir adelante y lograr mis metas y anhelos, venciendo obstáculos en la vida. Además haber recibido de ellos su confianza, su amor incondicional, por su esfuerzo y enseñanzas de vida.

**A mis amados hermanos: Ivón, Wendy, Jhon**, por los muchos momentos de felicidad que pasamos juntos y su apoyo en todo el proceso de mi formación profesional. Gracias por ser los luceros en este caminar.

**Erick**

***AGRADECIMIENTO ESPECIAL***

**A nuestra asesora: Dra. Serrano Valderrama, Luz Carmen.**

**Por su apoyo brindado en nuestra formación profesional y orientación  
en el desarrollo de nuestras tesis.**

## **AGRADECIMIENTO**

**A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Santa** que nos permitió formarnos en lo personal y profesionalmente, y poder pertenecer a una familia de transcendencia histórica.

**A nuestras docentes de la E.A.P de Enfermería** por sus sabias enseñanzas, por su paciencia y por brindarnos una formación espiritual, humanística, ética, tecnológica y científica.

**A las licenciadas Obstetras que laboran en el servicio de Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta**, por sus facilidades brindadas para la ejecución de la presente tesis.

**A nuestros queridos amigos y compañeros de enfermería de la promoción "Joyce Travelbee"** por ser hermanos y confidentes; por compartir buenos momentos durante nuestro proceso de formación.

**Ivet y Erick**

## INDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	12
<b>ABSTRAC</b>	13
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	14
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	47
<b>III. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	57
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
4.1. RESULTADOS	70
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	89
<b>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. CONCLUSIONES	103
5.2. RECOMENDACIONES	104
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	105
<b>ANEXO</b>	132

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nro. 01: ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES EN EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	70
TABLA Nro. 02: ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	72
TABLA Nro. 03: EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	73
TABLA Nro. 04: ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	74
TABLA Nro. 05: ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	84

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO Nro. 01: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	76
GRÁFICO Nro. 02: RESIDENCIA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	77
GRÁFICO Nro. 03: TENENCIA DE PAREJA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	78
GRÁFICO Nro. 04: TIPO DE FAMILIA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	79
GRÁFICO Nro. 05: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	80
GRÁFICO Nro. 06: EDUCACIÓN SEXUAL RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	81
GRÁFICO Nro. 07: TRABAJO RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	82

GRÁFICO Nro. 08:	AUTOESTIMA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.	83
GRÁFICO Nro. 09:	MENARQUIA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014:	85
GRÁFICO Nro. 10:	INICIO DE RELACIONES SEXUALES RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014:	86
GRÁFICO Nro. 11:	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014:	87
GRÁFICO Nro. 12:	PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014:	88

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo correlacional y de corte transversal, con el objetivo general de conocer la relación entre algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. La población muestral estuvo constituida por 50 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados y analizados en el SPSS N° 20 de epidemiología, obteniéndose las siguientes conclusiones:

- ✧ El 68% de adolescentes con embarazo precoz tienen instrucción secundaria; el 40% residen en zonas urbanas; el 58% no tienen pareja; el 40% provienen de familia monoparental; el 44% presentan disfunción familiar moderada, el 52% recibieron educación sexual, el 68% no trabajan y el 86% presentan una autoestima baja.
- ✧ El 72% presentaron menarquia entre los 14 a 16 años, el 72% iniciaron relaciones sexuales siendo mayores de 15 años, el 58% no usan métodos anticonceptivos y el 88% fueron embarazos no deseado.
- ✧ El 76% de adolescentes con embarazo precoz presentaron su primer embarazo entre los 15 a 17 años de edad (adolescencia tardía) y el 24% entre los 12 a 14 años (adolescencia temprana).
- ✧ Si existe relación estadística significativa entre el grado de instrucción, residencia, tenencia de pareja, tipo de familia, funcionamiento familiar, educación sexual, trabajo y autoestima con la edad de la adolescente con embarazo precoz.
- ✧ Si existe relación estadística significativa entre la menarquia, inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y planificación del embarazo con la edad de la adolescente con embarazo precoz.

**Palabras claves:** antecedentes sociales, reproductivos, adolescente, embarazo precoz.

## ABSTRACT

The present research is quantitative descriptive correlational and cross-section, with the overall objective to know the relationship between some social and reproductive history in adolescents with early pregnancy. Hospital "La Caleta". The sample population consisted of 50 adolescents who met the inclusion criteria. Data were processed and analyzed in SPSS epidemiology N° 20, yielding the following conclusions:

- 1) 68% of adolescents with early pregnancy with secondary education; 40% live in urban areas; 58 % don't have a partner; 40 % are single parents; 44% have moderate family dysfunction, 52% received sex education, 68% don't work and 86% have low self-esteem.
- 2) 72 % had their menarche between 14 to 16 years, 72% started their sex older than 15 years, 58% not using contraception and 88% were unwanted pregnancies.
- 3) 76% of adolescents with early pregnancy presented their first pregnancy between 15-17 years of age (late teens) and 24% between 12 to 14 years (early adolescence).
- 4) If there is significant relationship between the level of education, residence, ownership groups, family type, family functioning, sexual education, work and self-esteem of adolescent age with early pregnancy.
- 5) If there is a significant statistical relationship between menarche, first sexual intercourse, contraception and pregnancy planning with the age of the teenager with teenage pregnancy.

**Keywords:** social history, reproductive history, teen, teenage pregnancy.

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) como el período de vida entre los 10 y 19 años de edad, en base a las siguientes características:

- Desarrollo biológico, desde el comienzo de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva.
- Desarrollo psicológico, desde los patrones cognitivos y emocionales de la niñez hasta los de la edad adulta.
- Desarrollo social: Socializa con sus amigos, tiende a separarse de los padres y muestra interés por las relaciones de pareja.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia es un fenómeno universal, en cualquier grupo racial y cultural las etapas y características biológicas son las mismas, desde el punto de vista psicológico las características de los y las adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije y desde el punto de vista social la adolescencia es una etapa llena conflictos internos y externos en la cual la adolescente se relacionara con el medio que la rodea predisponiéndola a diversos riesgos (1).

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes.

La adolescencia es considerada como un periodo de vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es en muchos casos, un caso especial, en la medida que tenemos evidencia de su impacto en la salud y en las condiciones de vida de los mismos. El inicio temprano del ejercicio de la sexualidad sin tomar las debidas precauciones, conduce a embarazos no planeados, limitando el desarrollo de sus capacidades educativas y laborales, cancelando su proyecto de vida y reproduciendo condiciones de pobreza (2) (3).

Según la OMS (1999), la adolescencia se puede dividir en tres etapas: **Adolescencia temprana, Adolescencia intermedia y Adolescencia tardía.**

**Adolescencia temprana (10 a 13 años):** biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia en la mujer. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos de mismo sexo. Intelectualmente aumenta sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantean metas vacacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

**Adolescencia intermedia (14 a 16 años):** es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es la edad promedia de inicio de experiencia y actividad sexual, se sienten invulnerable u asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de

riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretender poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

**Adolescencia tardía (17 a 19 años):** casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía (4) (5).

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSa, 2009) y los Lineamientos de Políticas de Salud de las/los Adolescentes considera a la adolescencia la edad comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, según Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSa, y actualmente vigente la edad para el/la adolescente en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), 2013 (6) (7).

Esta clasificación del MINSa se consideró en la presente tesis.

El Embarazo adolescente parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación (8).

En nuestro país existen importantes diferencias, en cuanto a las cifras absolutas del número de embarazos. El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay factores que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes entre ellos están algunos de los antecedentes sociales y reproductivos en la adolescente. Antecedentes sociales y reproductivos son factores independientes de la adolescente, que se presentan en el medio que la rodea pero que serán un punto muy importante en la vida de la adolescente pues estos factores externos influirán en ella para tener un embarazo no deseado y afectan directa o indirectamente a la adolescente con embarazo precoz.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) trataron sobre el embarazo adolescente en instancias globales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2007), acordándose dirigir los esfuerzos hacia la reducción de las tasas de fecundidad adolescente. Asimismo, es considerado como un indicador de desarrollo y bienestar social debido a su relación con temáticas de educación, salud, justicia, derechos del niño y de la mujer (9).

En el mundo, entre el 15 y el 20% de la totalidad de nacimientos que se producen corresponden a madres adolescentes quienes en su mayoría aún no han alcanzado la suficiente madurez biológica, psicológica y social conllevando a que un porcentaje considerable de estas se encuentren inmersos en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal, así mismo las circunstancias biológicas y sociales están en contra de las adolescentes y sus hijos (10).

En América Central nacen cada año entre 99 y 139 niños por mil mujeres entre 15 y 19 años. En América del Sur estas cifras son menores: de 83 a 87 nacimientos por mil mujeres de la misma edad como punto de comparación, una cuarta parte de las mujeres de 15 a 19 años de edad, en los EE.UU y una cuarta parte de las adolescentes en Canadá, probablemente hayan tenido un hijo antes de cumplir los 20 años (11).

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (12).

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años (13).

Los investigadores y la sociedad en general han tratado de comprender qué es lo que propicia un alto porcentaje de embarazos adolescentes no deseado aun cuando diversas instituciones como la escuela, la iglesia y la familia; tratan de infundir en sus adolescentes una ideología que retrase la actividad sexual, los embarazos y matrimonios precoces, por lo menos hasta que éstos hayan concluido sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos.

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) el 95% de los embarazos adolescentes ocurren en países en vías de desarrollo (14). Se estima que a nivel mundial cada año unos 14 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz. Se desconoce la cantidad de las que dan a luz a edades aún más temprana, El mayor porcentaje de los mismos se encuentran mayormente en África, América latina y El Caribe (15).

El Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX, 2007), refieren que alrededor de un millón de adolescentes cubanos (el 10% de todas las mujeres entre 15 y 19 años son todas aquellas que han tenido relaciones sexuales) quedan embarazadas. Una de las causas obvias consiste en tener relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos adecuados durante la adolescencia. Debido a que ningún método es 100% seguro, la abstinencia es la única forma de prevenir el embarazo (16).

En América Latina el 16,3% del total de embarazos ocurre en adolescentes con rangos entre 5,7% en las Islas Caimanes y 24% en Nicaragua. En el Perú el 12,7% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez, encontrándose el mayor número en la selva con un 29%. El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general. Con respecto a los riesgos desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto

antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo. En estos grupos de edades se observan dos complicaciones principales: la pre-eclampsia (presión arterial elevada, edema y albúmina en la orina) y la estrechez pélvica. En lo psicosocial, el peligro está ligado que a lo largo de la adolescencia la/el adolescente está sujeto a cambios de conductas e influenciado por todo aquello que lo rodea, creando problemas y conflictos en su círculo familiar repercutiendo posteriormente en sus relaciones sociales (17).

En el año 2007, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que en las últimas décadas se ha producido en Latinoamérica un descenso general de las tasas de fecundidad. Sin embargo, esta tendencia no se repite en el grupo de las madres adolescentes. Al contrario, la maternidad adolescente en Latinoamérica en general, y en el Perú en particular, ha ido creciendo considerablemente. Entre el censo del 2003 al del 2007 se registró un aumento del 16,8% en las madres adolescentes en el país (18).

En el Perú, durante el año 2011, se registraron más de 90 mil nacimientos de madres con edades comprendidas entre los 15 y 19 años (19). El Ministerio de Salud (MINSA, 2007), indicó que el 16,1% de los partos primerizos se presenta en madres adolescentes (INEI, 2001) y el 12,7% de la población adolescente está constituida por madres (INEI, 2005). Por otro lado, el nacimiento de hijos no planificados es mayor en los estratos económicos más bajos de la población y la tasa de embarazos en mujeres adolescentes de nuestro país es mayor (15%) en la población que vive en pobreza. La mortalidad derivada de la maternidad es proporcional al acceso a servicios de calidad en salud; las mujeres de nivel

socioeconómico bajo tienen mucha mayor probabilidad que las de mejor posición económica de fallecer en el parto. Durante el 2006, el 11,7% de las muertes maternas en el Perú correspondió a adolescentes. Si bien el porcentaje de mortalidad ha disminuido, la tasa actual es considerada una de las más altas en América Latina (20).

Nuestra localidad de Chimbote no es ajena a esta problemática reportándose lo siguiente: En el Centro de Obras Sociales “Maternidad de María”(2004), acuden un número significativo de embarazadas de diversos Distritos de la Provincia del Santa, como son: Chimbote, Nuevo Chimbote, Santa y Coishco, pertenecen en su mayoría a los estratos sociales medios y bajos, se ha registrado un total de 3400 partos de los cuales 762 (22,4%) corresponden a partos en adolescentes (21).

La Radio Programas del Perú (RPP, 2009) Noticias, informa que se registraron cerca de 2 mil casos de embarazo precoz en Chimbote, pero los casos se multiplican cada día más en los diferentes departamentos del país (22).

En el Hospital La Caleta en el año 2010 se registró en el servicio de Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia, 145 casos notificados. En el 2011 se reportó un aumento de gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia, siendo 160 el número de adolescentes atendidas. Mientras que en el año 2012 el número fue de 194 gestantes adolescentes (23).

**AMBITO INTERNACIONAL:** Se encontraron estudios relacionados con algunas variables.

En ECUADOR, Abril, R; Cueva, G; Granda, A. (2001) en su investigación “Factores de riesgo predisponentes para el embarazo precoz en adolescentes que demandan atención en los Hospitales” obtienen como resultado que los factores como: el apareamiento de la menarquía más tempranamente, el bajo nivel educativo que trae consigo el desconocimiento sobre educación sexual y anticoncepción. Sumándose a esto, que los hogares de donde provienen la mayoría de adolescentes son desorganizados (24).

En VENEZUELA, Aguilera, A; Ortiz, M y Pérez, A. (2002) realizaron un estudio intitulado “Factores socioculturales de las adolescentes embarazadas que asisten a la Consulta Prenatal del Ambulatorio “Dr. Fritz Petersen” de San José de Guanipa en el primer trimestre del año 2001”. El análisis de los datos obtenidos arrojó los siguientes resultados: las adolescentes entre 10 y 19 años de edad de estrato social bajo con inicio precoz del ejercicio de la función sexual, pertenecientes a familias disfuncionales en más del 85%, bajo nivel de escolaridad, no consumen drogas, no bebidas alcohólicas, sin embargo, menos de 35% manifiesta consumir ocasionalmente bebidas alcohólicas. El estado civil predominante es la soltería, el mayor porcentaje de las entrevistadas refirió no tener pareja, lo que permite inferir disfunción en los nuevos grupos familiares e incremento de la pobreza. Manifestaron iniciar la práctica sexual con sus parejas por motivos como del grupo de amigos o de su pareja y en más del 40% lo hizo por curiosidad. Los métodos de anticoncepción conocidos por ellas son el coito

interruptus y el preservativo condón. En más de las tres cuartas partes profesa la religión católica, las mujeres embarazadas como antecedentes en el grupo familiar son numerosas, es decir, se repite el episodio de embarazos en adolescentes de generación en generación (25).

En ESPAÑA, Ochaita, E; Espinosa, A. (2003) investigaron sobre las “Prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles” concluyeron que los jóvenes parece ser ligeramente más activos precoces y algo menos conservadores en las prácticas sexuales; sin embargo son monógamas y heterosexuales, el inicio de la actividad amorosa es más frecuente entre los 15 a 24 años, así mismo existen jóvenes que mantienen relaciones sexuales con riesgo, tanto en lo que se refiere en embarazo como las enfermedades de transmisión sexual (26).

En COLOMBIA, Flores, C. (2005) en su trabajo intitulado “Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia”, se obtuvieron los siguientes resultados: los patrones de actividad sexual, unión y maternidad difieren considerablemente entre estratos en las dos ciudades. Las adolescentes del estrato bajo inician las relaciones sexuales, se unen a compañeros y son madres con mucha mayor antelación e intensidad que las de estratos más altos. El principal factor determinante del comportamiento reproductivo de las adolescentes es el conjunto de influencias contextuales y socioeconómicas del hogar, principalmente el contexto familiar (ambiente y supervisión) y el clima educativo. Concluyeron que es evidente el escaso impacto que ha tenido la

educación sexual que se imparte en las escuelas, desde 1993, en el comportamiento reproductivo de las adolescentes (27).

En CHILE, Pérez, R; Ceballos, A; Marchant, C y Cols. (2006) en su investigación “Factores socio-familiares asociados al embarazo adolescente en una comunidad rural” El presente estudio tiene como objetivo, analizar las características sociofamiliares en adolescentes embarazadas en una comuna rural de Chile. El grupo estudiado correspondió a 209 adolescentes embarazadas. Entre los resultados obtenemos que el 44,3% de las adolescentes cursaron la enseñanza básica, el 25,6% cursó la enseñanza media incompleta. Actualmente el 14% de las adolescentes es soltera con pareja; 39,5% sin pareja; 20,9% casada y el 25,6% convive. El 79,1% proviene de una familia que tiene un ingreso menor a 100 mil pesos (149 Euros), el 20,9% de las adolescentes relata haber sufrido violencia intrafamiliar. Concluyeron que existe un ambiente sociofamiliar adverso, carente económicamente y con problemas estructurales que llevan a la adolescente a un embarazo precoz (28).

En MÉXICO, Ayuso, Y; Cob, E. (2007) en su investigación “Conocimiento y autoestima en adolescentes respecto a su embarazo“ El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento y autoestima de las adolescentes de 16 a 19 años de edad con respecto a su embarazo del Hospital General de Zona # 1 de Campeche, Campeche. Fue un estudio descriptivo y transversal, con 37 adolescentes entre 16 y 19 años de edad. De los resultados se concluyó que la edad de la población en estudio fue entre 16 y 19 años, el 56,8% con escolaridad

de secundaria, casadas 81,1%, católicas 73,0%, ama de casa 67,6%, nivel de conocimiento alto 75,67% y nivel de autoestima medio 54,05% (29).

En CHILE, Baeza, B; Póo, A.; Vásquez, O y Cols. (2007) en su proyecto intitulado "Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región" tiene como objetivo comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. De los resultados obtienen que en la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Conclusiones: concluyeron que entre los hallazgos destacan como factor de riesgo relevantes el "amor romántico" y los límites polares familiares (30).

En MÉXICO, Montalvo, N. (2007) elaboró una investigación descriptiva sobre "Factores que predisponen al embarazo en adolescentes" cuyo objetivo fue determinar los factores que las adolescentes consideran predispone un embarazo en estudiantes adolescentes en donde se tomó como universo de población a los 150 alumnos del municipio de Minatitlán que está compuesta por 3 grupos, uno de primer grado, segundo grado y tercer grado, con un universo de 85 alumnas, con una muestra de 50 estudiantes de bachillerato de sexo femenino, cuyo criterio de inclusión fue que sean estudiantes de 15 a 20 años del sexo femenino, para la recolección de datos utilizó un cuestionario de 18 preguntas cerradas y

de opción múltiple, dicotómica y Likert y para el procesamiento de datos utilizó el programa SPS versión 9.0, Resultados: se concluyó que las adolescentes si cuentan con información relacionada con la sexualidad y que los factores que predisponen el embarazo en las adolescentes es la información que en ocasiones distorsionada por las fuentes y a veces por la mala interpretación de las adolescentes, o por el mal uso de los métodos anticonceptivos (31).

En CUBA, Alarcón, R; Coello, J; Cabrera, J y Cols. (2007) realizaron en el Policlínico José Martí Pérez, un estudio cuyo objetivo fue determinar los “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia” fue una investigación con un diseño observacional y analítico de casos y control a partir de todas las adolescentes que se embarazaron y parieron (casos) y otro grupo de féminas adolescentes que no se embarazaron (controles), pertenecientes todas al Policlínico José Martí Pérez durante el periodo 2007. En la investigación se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. De los resultados concluyeron que el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograrían un mayor impacto sobre la población expuesta (32).

En COLOMBIA, Alvarado, R; Martínez, O; Baquero, M y Cols. (2007) en su artículo “Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima” el objetivo del estudio es que en la población escolar, encontrar datos

sobre anticoncepción, embarazo y factores relacionados en adolescentes, ya que la información actual es incompleto. Metodología: estudio de tipo observacional descriptivo con aplicación de encuesta a 226 mujeres jóvenes entre Agosto y Octubre de 2005, con edades comprendidas entre 14 y 19 años de edad, cursando entre octavo y undécimo grado estudiando en los 3 centros educativos incluidos en el proyecto. Resultados: se concluyó que el 88,9% de las participantes se encontraba entre 14 y 17 años. El 66,8% de las adolescentes sabe cómo usar correctamente los métodos anticonceptivos que conocen, y el 28,8% de las mismas ha tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de inicio de 15 años (33).

En MÉXICO, Gallegos, E; Villarruel, A; Ronis, D y Cols. (2008) en su trabajo “Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado” tiene como objetivo, el determinar la eficacia de una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir embarazos no planeados de adolescentes mexicanos. Resultados: de acuerdo al análisis, no hubo diferencia en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero sí mayor nivel de intenciones de usar condón y anticonceptivos (diferencia de medias 0.15 y 0.16, IC 95%) en el grupo experimental comparado con el control. Variables teóricas como creencias sobre control fueron mediadoras de la intervención. Conclusiones: la intervención conductual representa un importante esfuerzo en la promoción de conductas sexuales seguras en adolescentes mexicanos (34).

En ECUADOR, Tandazo, S y Castillo, R. (2008) en su estudio descripción del conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevalencia de embarazo en las adolescentes de los colegios de la parroquia Malacatos. Periodo 2008 – 2009 en Ecuador. Concluyó que se evidencia una relación directa entre el embarazo y la frecuencia de los problemas familiares, el divorcio de los padres, seguido del desconocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos (35).

En ECUADOR, Escobar, D; Velástegui, D; Guijarro, S y Cols. (2008) en su investigación “Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes” tiene como objetivo determinar los factores de riesgo sociodemográficos, familiares y de anticoncepción asociados con el embarazo subsecuente en adolescentes. Es un estudio transversal realizado en el Servicio de Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” entre Mayo y Junio del 2006. La muestra fue de 150 adolescentes, dividida en dos grupos. El Grupo A, conformado por adolescentes con embarazo subsecuente y el B, por adolescentes cursando su primer embarazo. La información se recolectó a través de una encuesta dirigida, una escala para estratificación social y el APGAR familiar. Resultados: se concluyó que el primer embarazo en adolescentes se produce en promedio a los 15.4 años, y el subsecuente entre los 17 y 18 años (36).

En EL SALVADOR, Isabel, E y Rosales, E. (2010) realizaron en Unidad de Salud AltaVista del Estado de Alta Vista, un estudio cuyo objetivo fue Interpretar los “Factores que influyen en la incidencia de embarazo en las adolescentes” inscritas en el Programa de Atención Materna en la Unidad de

Salud de AltaVista, fue una investigación de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en una población de 72 adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la respectiva unidad y tomaron como unidad de observación a 38 adolescentes embarazadas residentes en la urbanización de Alta Vista inscritas en el programa de atención materna de Unidad de Salud Alta Vista. Se concluyó que la desintegración familiar es uno de los principales factores sociales que influye para que las adolescentes se embaracen; otros, drogadicción, hacinamiento, maltrato, violencia intrafamiliar y/o violaciones no fueron contributarios. De igual forma, no hubo relación en el embarazo de las adolescentes por desempleo y/o falta de ingresos económicos en la familia (37).

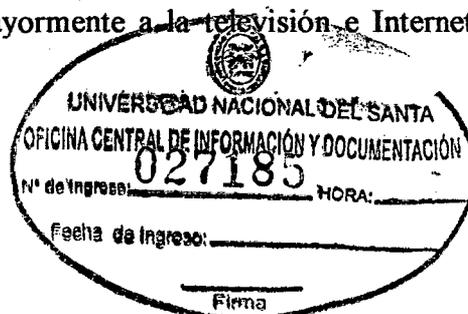
En CUBA, León, C; Espin, R. (2010) en su estudio “El embarazo en la adolescencia: un enfoque psicológico actual”. Se realizó con el objetivo de describir desde el contexto psicológico a una población de adolescentes embarazadas pertenecientes al policlínico docente “Ramón Pando Ferrer”, Municipio Santa Clara, Provincia Villa Clara en el período comprendido de Enero a Diciembre de 2009. Entre los principales hallazgos se encontró una prevalencia del nivel de autoestima medio en correspondencia con la etapa media de la adolescencia; la variable modo de afrontamiento al estrés reflejó en todas las etapas de la adolescencia el resultado de no adecuado y la satisfacción percibida desde la valoración de los diferentes indicadores psicológicos como satisfacción general, material, laboral, personal-social, sexual y de pareja y familiar registró resultados en desacuerdo (38).

En VENEZUELA, Rivera, F y Cols. (2010) en su estudio “Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que tienen las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta de Prosare en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara (HAPL) entre Junio y Julio 2010” concluye que las pacientes que acuden a esta consulta de Prosare, en el HAPL el 54% no usan ni conocen ningún tipo de métodos anticonceptivos, algo que conlleva el alto índice de adolescentes embarazadas ya que no hay prevención sobre el embarazo precoz, mientras que el 46% si usan algún método aunque de forma irregular, ya que igual entran dentro de este grupo de adolescentes embarazada, siendo así que el hecho de saber o usar algún método no tienen resultado sin ninguna información profesional para el uso regular y adecuado del método empleado, y de esa manera evitar los embarazos no deseados (39).

En COLOMBIA, Ceballos, G; Goenaga, K; Jiménez, I y Cols. (2011) en su trabajo de investigación “Nivel de autoestima y factores sociodemograficos en adolescentes embarazadas en la Comunidad 5 de Santa Marta, Colombia”. La población objeto de investigación estuvo constituida por 22 Adolescentes Embarazadas, entre los 11 y los 18 años. El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) y un Cuestionario sociodemográfico diseñado por los autores del presente estudio. Como resultado de la aplicación de la Escala de Rosenberg, se observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% reflejó autoestima normal y el 9,09% mostró autoestima alta. Con referencia a los factores sociodemográficos, en el factor tipo de familia, se evidenció que el 50% de las adolescentes respondió que pertenecía a familia nuclear y el 50% restante corresponde a familia extensa. Con relación al grado

de educación, el 18,18% se encuentran estudiando o han cursado hasta básica primaria, el 77,27% en básica secundaria y solo el 4,55% respondieron que han cursado estudios de carreras técnicas. En cuanto al estado civil de las adolescentes, el 18,18% manifestó ser soltera, el 36,4% respondieron estar casadas, el 27,3% separadas y el 18,18% están en unión libre. El porcentaje de las adolescentes casadas y en unión libre se unió, ya que para efectos de la investigación se considera lo mismo, es decir, que conviven. El 100% de la población está enmarcado en estrato socioeconómico, el 45% de las adolescentes convive con el cónyuge, el 55% restante convive con el padre (40).

En VENEZUELA, Rodríguez, A; Rodríguez J; Viñet, L y Cols. (2011) en su investigación “Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de Nuevo Turumo”. Estudio descriptivo de corte transversal con 32 embarazadas adolescentes desde Agosto de 2007 a Agosto de 2008 seleccionadas según los criterios de inclusión y exclusión. Entre los resultados predominaron las embarazadas en la adolescencia tardía; las adolescentes casadas sobre las solteras; la escolaridad correspondió a la secundaria terminada y sin terminar y la menarquia en la adolescencia temprana. Donde concluyen que los factores predisponentes de embarazo en las adolescentes de Nuevo Turumo fueron: predominio de secundaria básica terminada como nivel escolar; presencia de la menarquia en la adolescencia temprana; inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia media; pocos conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos; no vinculación al trabajo y acceso a los medios de comunicación y tiempo libre, dedicado mayormente a la televisión e Internet (41).



En HONDURAS, Ávila, G; Barbena, M; Arguello, P. (2011) en su proyecto intitulado “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagua”. Entre los métodos identificamos que se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a edad y procedencia. Las entrevistadas fueron interrogadas respecto a sus datos generales, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, uso de contraceptivos en la primera relación sexual, antecedentes personales y sociales sobre educación sexual a nivel familiar, historia de alcoholismo, tabaquismo o drogas. En los resultados: el estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR= 6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la educación primaria (OR= 5,12; IC95%:2,20-12,10) y proceder de un hogar desestructurado (OR= 3,66; IC95%:1,51-8,98) con el estado de caso. El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR= 0,40; IC95%:0,18-0,85). Finalmente se concluye que el riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (42).

En COLOMBIA, González, J; Salamanca, J; Quiroz, R y Cols. (2012) en su proyecto intitulado “Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana” tiene como objetivo estimar los factores intervinientes para el embarazo en población adolescente escolarizada. Es un estudio con 7 068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños. Como

resultado, la edad media de encuestados fue de 15,3 años de edad. El 80% refirieron haber recibido información sobre planificación; el 32% reconocer ciclo menstrual; el 40% prevalencia de haber tenido relaciones sexuales; el 20% tener una vida sexual activa y que entre los factores de riesgo: no se encontraron como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro. Conclusiones: el embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas (43).

En MÉXICO, Aldrete, L; Juárez, C; Sánchez, A y Cols. (2012) en su investigación “Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. México” tiene como objetivo, conocer el nivel de autoestima y depresión que presentan las mujeres adolescentes durante el embarazo. La muestra fue: 45 mujeres adolescentes que acudieron a consulta de Gineco-Obstetricia de un Hospital del Estado de México, el muestreo fue aleatorio simple. Para evaluar el nivel de depresión y autoestima se utilizaron los Instrumentos de Depresión en Adolescentes (IDA) y el Cuestionario de Autoestima (CA). Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 14. Resultados: la edad media fue de 17 años, de acuerdo a datos obstétricos la media de inicio de vida sexual fue de 15,62 años; el 75,6% de las mujeres encuestadas fueron primigestas. El 86% de las adolescentes tenían autoestima baja, y el 40% de las adolescentes cursaban su embarazo con depresión leve. El 82,2% de las mujeres adolescentes no planeó su embarazo (44).

En BRASIL, Silva, A; Coutinho, I; Katz, L y Cols. (2013) en su proyecto intitulado “Factores asociados con la recurrencia de embarazos de adolescentes en una maternidad escuela: estudio de casos y controles”. Se realizó un estudio de caso-control con puérperas, incluyendo 90 adolescentes con más de un embarazo (caso) y 90 adultas, mujeres que tuvieron una gestación en la adolescencia, pero que no recurrieron (control). Para el análisis estadístico, se utilizó la regresión logística jerarquizada, con un nivel de significancia de un 5%. Los factores que permanecieron asociados a la recurrencia de embarazo en la adolescencia fueron: primera relación sexual (coitarca) < 15 años, edad de la primera gestación < 16 años, cambio de pareja, no cuidar de los hijos y renta familiar < un salario mínimo. La recurrencia de embarazo en la adolescencia fue asociada especialmente a factores reproductivos y socioeconómicos. El cambio de pareja fue un factor de protección. En el puerperio de adolescentes, se deben intensificar los cuidados para que se evite la recurrencia de altura uterina (AU) (45).

En BRASIL, Diniz, E y Koller, S. (2013) en su proyecto intitulado “Factores asociados al embarazo en adolescentes brasileños de Baja Renta” La población está conformado por adolescentes brasileños de Baja Renta (N= 452). El promedio de edad de los participantes fue de 16,86 años (DE= 1,35) y el 64% era del sexo femenino. Resultados: del análisis multivariado revelaron que el embarazo a lo largo de la adolescencia se asoció a: vivir con la pareja; utilización de la píldora anticonceptiva; inicio sexual precoz; consumo de bebidas alcohólicas; y menor división de tareas domésticas en la familia (46).

## **AMBITO NACIONAL:**

En HUANCAVELICA, Villón, J; Loyola, E; Rosas, E y Cols. (2000) en su estudio “Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba-Huancavelica” tiene como objetivo conocer la incidencia y características clínico epidemiológico de las gestantes adolescentes atendidas de parto, en el C.S. Acobamba-Huancavelica. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de gestantes adolescentes. Resultados: se encontró una incidencia del 16 por ciento, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15 a 19 años). La mayoría provenía de zonas rurales (65 por ciento) con estudios primarios (55 por ciento) y unión inestable con sus parejas (100 por ciento). El 70 por ciento presentó su menarquía entre los 12 y 14 años y un 20 por ciento inició su actividad sexual antes de los 15 años. El 15 por ciento ya había estado embarazada previamente (47).

En TALARA, Matos, G. (2002) en su trabajo “Estudio del embarazo en adolescentes de Talara” Se realizó un estudio retrospectivo con el propósito de estudiar el embarazo de adolescentes en Talara (Perú). Este estudio fue hecho en el Hospital EsSalud II de Talara entre Enero de 1997 a Diciembre del 2000. El 11 por ciento de todos los partos fueron madres adolescentes (137/1759), con una edad promedio de 16.5 años, 75% no usaron ningún método anticonceptivo, 34% tuvieron parto cesárea y 15% presentaron parto prematuro. 63% de las adolescentes tuvieron estudios escolares incompletos (48).

En PIURA, Matos, G. (2005) realizó un “Estudio Retrospectivo con el propósito de estudiar el embarazo en adolescentes en Talara”, este estudio fue realizado en el Hospital Es Salud II de Talara el 16 de Diciembre del 2005. De los resultados se concluyó que un 12% de todos los partos que fueron madres adolescentes 1759 con una edad promedio de 16 años, de un 75% que no usaron métodos anticonceptivos, 34% tuvieron parto por cesárea y 15% presentaron parto prematuro. Y un 63% de las adolescentes tuvieron estudios escolares incompletos (49).

En LIMA, Quinteros, L. (2006) en su investigación “Factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Nivel II Materno Infantil César López Silva y al Hospital Nacional Nivel III Hipólito Unanue 2004”. La población fue de 1.405 y una muestra de 206 gestantes primigestas adolescentes, 103 por cada Hospital. Como conclusiones: la edad se relaciona al embarazo en las gestantes adolescentes al mostrar diferencias, entre las edades de 15 a 19 años, entre las que acuden al Nivel II de atención y el Nivel III (98 Y 89%, respectivamente). En cuanto a los factores socio-culturales, el nivel de instrucción primaria mostró diferencias entre las adolescentes que acudieron al Nivel II comparadas con las que acudieron al Nivel III (5 Y 16%). Las parejas con las que han tenido relaciones sexuales se relacionan al embarazo en adolescentes diferenciándose entre las que acudieron al Nivel II y las que acudieron al Nivel III (50).

En PIURA, Camino, A. (2007) realizó un estudio sobre “Los factores predisponentes al embarazo en adolescentes del Centro de Salud Los Algarrobos”, donde encontraron los siguientes resultados. De todas las adolescentes embarazadas que fueron encuestadas el 56% es el mayor porcentaje en lo que respecta a la adolescencia media (14-16 años). El porcentaje mayor de la edad de la primera menstruación es de un 80% entre las edades de 11-13 años. Concluyendo que existe un mayor porcentaje de la edad promedio de la primera relación sexual de las adolescentes embarazadas en cual fue de 52% en las edades de 14-15 años de edad (51).

En AYACUCHO, Morales, J; Gutiérrez, C; Mitma, C y Cols. (2008) en su trabajo “Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008” El objetivo de este estudio es conocer en qué medida los factores biológicos, estilos de vida, ambientales y educación sexual están presentes en el embarazo en adolescentes de las áreas rurales del sur de la región Ayacucho. Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 58 gestantes adolescentes de 10 a 19 años procedentes de hogares con necesidades básicas insatisfechas de los Distritos del Sur de la Región Ayacucho. Entre los resultados: el mayor porcentaje de embarazos ocurrió entre los 16 y 17 años, con una media de 16.4 años, mayoritariamente con instrucción secundaria incompleta (63,8%), el 77,7% eran primíparas. Se concluye que la mayoría de gestantes adolescentes refirieron no haber concluido la secundaria, haber iniciado relaciones sexuales precozmente y carecer de educación sexual (52).

En PIURA, García, D. (2009) realizó un estudio sobre los “Factores biosocioculturales de adolescentes embarazadas del Centro de Salud San Sebastián de la ciudad de Piura”, llegando a las siguientes conclusiones: aproximadamente la mitad de adolescentes embarazadas en estudio tuvieron su primera menarquia en edades menores de 10 años y la otra mitad entre las edades de 10 a 13 años; en tanto la edad de la primera relación sexual se presentó en edades de 14 a 16 y 17 años respectivamente. La mayoría de las adolescentes embarazadas sujetas a estudio presentaron hábitos nocivos, que influyen en que la adolescente no pueda prevenir un embarazo estando bajo los efectos de esas sustancias nocivas (53).

En PIURA, Nizama, M. (2013) elaboró una investigación sobre los “Factores que influyen en el embarazo precoz y percepción de las adolescentes embarazadas sobre la atención brindada por el profesional de Obstetricia en el Control Prenatal”, la población fue constituido por 206 adolescentes embarazadas que acuden a la atención prenatal del Establecimiento de Salud I-3. El Indio Distrito de Castilla- Piura, se concluyó que el embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente (54).

En LIMA, Contreras, H; Mori, E; Hinostroza, W y Cols. (2013) en su investigación intitulado “Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú”. La muestra estuvo conformada por 292 gestantes adolescentes. Conclusión: La edad promedio fue de  $16.5 \pm 1$  año. En cuanto a estado civil, el 47,9% tienen pareja. El 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo (55).

**ÁMBITO LOCAL**, No se reportan muchas investigaciones con respecto a las variables del estudio, por el cual los investigadores creemos conveniente tener en consideración los siguientes:

En CHIMBOTE, López, E y Cols. (1994) en su investigación “Factores sociodemográficos y su relación con la complicaciones durante el embarazo y parto de primigestas adolescentes” cuyo estudio realizado en el Hospital de Apoyo “La Caleta” se observó que la frecuencia de partos según grupo etario fue de 15,28% para primigestas de 12 a 15 años y 84,72% para primigestas de 16 a 19 años, siendo el promedio de edad materna de 15.8 años (56) (57).

En CHIMBOTE, Añorga, E; San Miguel, L. (2000) en su investigación “Embarazo en adolescentes: influencia de algunos factores socio demográficos, nivel de información sobre educación sexual y el nivel de organización familiar, en los Distritos de la zona Nor-occidental de la Provincia del Santa”. La población muestral estuvo constituida por 200 mujeres adolescentes embarazadas (casos) y 200 mujeres adolescentes no embarazadas (controles), entre 12 a 19 años. En los resultados, respecto a los factores socio-demográficos: la procedencia, el grado de

instrucción y la ocupación tienen influencia significativa ( $p < 0,05$ ) es decir existe 1.5 veces más riesgo de que ocurra el embarazo en las adolescentes de 17 a 19 años, en relación a aquellas que tienen de 12 a 16 años. El nivel de información sobre educación sexual de la adolescencia tiene influencia significativa ( $p < 0,05$ ) en la presencia de embarazos, encontrándose que la adolescente con inadecuada información sobre educación sexual presenta 1.7 veces más riesgo de presentar embarazos en relación a los adolescentes que tienen adecuado nivel de información sobre educación sexual (58).

### **1.1. Justificación del problema:**

El embarazo adolescente es entendido como un problema social y público propio de los tiempos actuales que se encuentra presente en la agenda política mundial, por su prevalencia que se mantiene y tiende a aumentar en los sectores más carentes de la población; porque potencialmente puede extenderse a un mayor número de adolescentes y porque puede ser evitado, es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las adolescentes a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James, E; que está a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. Los expertos en salud convienen en que las Adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés (59).

Por eso, se entiende que el embarazo en la adolescencia es una problemática que actualmente ha dejado de ser un tabú, es decir, algo de lo cual no se habla o debe hablar, y va en aumento cada día, teniendo en cuenta que cada año en América Latina y el Caribe, millones de adolescentes quedan embarazadas. Por lo general estos embarazos no son planificados, y tienen como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y de forma más dramática, el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo (60).

La incidencia de embarazo juvenil es de 34% en el nivel socioeconómico inferior y de 8% en el superior. Siendo mucho mayor entre las jóvenes que no han completado su educación primaria y entre las jóvenes con padres de menor nivel educativo. Con todo, la incidencia de embarazo no sólo afecta más a los más pobres, sino que también contribuye a perpetuar la pobreza; igualmente estos estudios muestran, que sólo una tercera parte de las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico (61).

En el ámbito de la transmisión generacional, se observa que tanto en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyos progenitores también lo habían sido en su mayoría (50-75%), lo que sugiere que la maternidad en las adolescentes se puede “aprender” y transmitir dentro de las familias. El inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes asociadas a ciertos comportamientos en el embarazo precoz, la poca edad al primer embarazo por haber dado inicio a su actividad sexual tempranamente, aparte de implicar un mayor riesgo biológico, aumenta la probabilidad de que la adolescente tenga un embarazo reincidente. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros. El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, 3 millones de adolescentes dan a luz anualmente en el mundo (62).

Durante el transcurso de nuestras prácticas pre-profesionales en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta, se ha observado que cada vez los

embarazos en adolescentes aumentan, lo cual se corrobora con los datos obtenidos en Oficina de Estadística e Informática (OEI), que reportan que durante el año 2012 el 32% de los embarazos corresponde a gestantes adolescentes entre las edades de 14 a 18 años. Asimismo en la asignatura de Enfermería en Salud del Escolar y Adolescente, se ha observado en las Instituciones Educativas que las adolescentes inician sus relaciones sexuales entre las edades de 14 – 16 años, aumentando el riesgo a un embarazo y con tendencia a edades menores a los 14 años.

Por lo tanto el presente trabajo de investigación es con propósito de indagar sobre los diversos factores que se relacionan con el embarazo precoz en las adolescentes, considerado un problema social, que ha sido analizado desde muchas perspectivas por el impacto social que este genera, evidenciándose por un elevado aumento de la deserción escolar en las áreas rurales del Perú.

El presente estudio permitirá identificar algunos antecedentes sociales y reproductivos en adolescentes para proponer su abordaje con la participación de la profesional de enfermería fortaleciendo el quehacer de la enfermera en el área del adolescente, también servirá de base para orientarnos a reforzar y formular programas que involucren a las adolescentes, familias, comunidades y sociedad; permitiendo así la transmisión de información y conocimientos que favorezcan comportamientos deseables para minimizar la tasa de adolescentes embarazadas. Pues reconocemos la necesidad urgente de empezar a trabajar por este grupo de jóvenes para darles una mejor orientación y educación y además porque son parte del presente y el futuro de nuestro país.

Pretendemos que el presente estudio contribuya a dar información a los padres de familia sobre el entorno social que conlleva a la adolescente a embarazarse y trabajar en esta problemática familiar-social para contribuir a proteger y orientar al adolescente y disminuir el número de embarazos adolescentes.

También que sirva de base científica en el cuerpo de investigación para las distintas entidades formadoras enfocadas en el ámbito de la salud permitiéndoles adoptar medidas apropiadas que contribuyan modificar este problema que se presenta hoy en día, ampliar nuestros conocimientos y por ende conocer mejor nuestra realidad.

Por todo lo expuesto se formuló la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la relación entre algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014?**

## **1.2 OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la relación entre algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ❖ Identificar algunos antecedentes sociales en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.
- ❖ Identificar algunos antecedentes reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.
- ❖ Identificar la edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.
- ❖ Determinar algunos antecedentes sociales relacionados a la edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.
- ❖ Determinar algunos antecedentes reproductivos relacionados a la edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

## **1.3 HIPÓTESIS:**

Implícita

El presente trabajo de investigación es importante porque nos permite conocer los diversos factores que se asocian en la incidencia de embarazos precoces en edad de adolescentes del Hospital La Caleta, lo que conlleva a que nosotros como profesionales de la salud podamos conocer la realidad que se está viviendo hoy en día en nuestro medio, siendo un acto de concientización y poder intervenir en el cambio de esta problemática.

A las familias y/o padres permitirá conocer los diversos factores que predisponen a la adolescente a un embarazo, siendo ellos los protagonistas de fortalecer las dimensiones en la adolescente mediante la disminución de la probabilidad de un daño, edificando una conducta responsable.

El aporte de nuevos conocimientos fortalecerá las estrategias de intervenciones y formación de los recursos de salud, promoviendo así el bienestar de la mujer y el niño. A las instituciones de salud, particularmente al Hospital La Caleta, le permitirá ampliar o reorientar sus estrategias en los diversos programas con relación a los adolescentes.

A las instituciones formadas de profesionales de salud les permitirá, durante la preparación de los mismos, ampliar los conocimientos en las áreas afines y continuar inculcando conocimiento, valores, principios y actitudes positivas permitiendo así, que el futuro profesional de enfermería brinde una educación preventiva-promocional.

## II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el **Enfoque de riesgo** que es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud.

Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. Es una herramienta para definir las necesidades de la adolescente con embarazo precoz y constituye un método de trabajo esencialmente preventivo. Puede considerarse como una estrategia que favorece el óptimo aprovechamiento de los recursos al permitir su adecuación a las necesidades.

Los factores que inciden en la salud pueden agruparse en tres conjuntos que están interrelacionados: demográficos, ecológicos y del sistema social (incluye al sistema de salud).

Los factores no son idénticos en todas las áreas y no son estáticos, sino que cambian desigualmente con el tiempo. Al cambiar, cambian sus interrelaciones y, con esos cambios, cambia la salud de las áreas (la salud es evolutiva). Por lo tanto el conocimiento de los factores debe ser periódicamente actualizado (63).

Por su parte el enfoque de riesgo, pretende mejorar la atención para todas las adolescentes con embarazo precoz, priorizando la atención a aquellos grupos de adolescentes que mas lo requieren.

Es un enfoque no igualitario, discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención, captando a grupos especialmente vulnerables a sufrir enfermedad, accidente o muerte.

El enfoque asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño – *prevención primaria*; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación - *prevención secundaria*. La *prevención primordial* se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la *prevención terciaria* esta dirigida a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así controlar su propagación (64).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños. Estas intervenciones se orientan por su lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan aquellas que están más expuestas (65).

El enfoque de riesgo tiene los siguientes componentes: riesgo, factor (factor de riesgo o protector), vulnerabilidad y probabilidad (factor de daño o beneficio).

**Riesgo**, es una medida, que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño como enfermedad, accidente, muerte, donde se destaca la contingencia o proximidad de un daño y la probabilidad de que un hecho ocurra o incrementen la aparición de consecuencias de promoción y prevención (66).

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad en un período específico en una comunidad dada, insistiendo en que es una probabilidad de daño en presencia de circunstancia que inciden en una persona, grupo de personas, comunidad o ambiente. Expresa la proximidad de un daño o que este pueda suceder o no (67).

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en las numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada, sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca.

**Factor**, es el agente o elemento que contribuye a los accidentes y/o enfermedades. Se llama "factor de riesgo" a aquellos factores que se encuentran asociados positivamente con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero no suficiente para causarla, y se denomina "factor protector" cuando no conduce a un daño o enfermedad (68).

Un **factor de riesgo** es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un incremento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daño a la salud. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, sociales, económicos, reproductivos) pueden, sumándose unos a otros aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción, conllevando a incrementar aun mas la probabilidad de experimentar una daño a la salud. Su importancia radica en que son observables y/o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice (69).

**Antecedentes sociales**, son factores independientes de la adolescente, que se presentan en el medio que la rodea pero que serán un punto muy importante en la vida de la adolescente pues estos factores externos influirán en ella para tener un embarazo no deseado. Son los que afectan directa o indirectamente a la adolescente con embarazo precoz ,entre ellos los más frecuentes son edad actual de la adolescente, grado de instrucción, lugar de donde residencia, tenencia de pareja, tipo de familia del que procede la adolescente, si ha recibido educación sexual, si tiene trabajo (70).

**El grado de instrucción**, que tiene la adolescente es otro de los factores sociales, asociados al inicio precoz de relaciones sexuales, ha sido la falta de escolarización de los adolescentes que los predispone a un embarazo no deseado, mientras menor sea el grado de instrucción existe mayor predisposición de la adolescente, pues la baja escolaridad, y escasa educación ponen en riesgo la

salud social de la adolescente esto constituye una dramática realidad en nuestro país. Primordialmente con el hecho de que las mujeres sin escolaridad suelen unirse de manera temprana (70).

**La residencia**, es el entorno el cual habita la adolescente, en cuanto al área rural existe mayor incidencia de embarazos no planificados a diferencia de las adolescentes que habitan en sectores urbanos (70).

**La tenencia de pareja**, es otro factor social que incrementa el índice de embarazos precoces, pues el tener pareja actúa como un factor de riesgo para la adolescente, mientras que el no tener pareja como factor protector (71).

**El tipo de familia**, del que provienen la adolescente si es nuclear o monoparental influirá en los valores y modelos que tendrá la adolescente, pues existe una gran relación de embarazos precoz en la adolescencia con las familias monofuncionales o disfuncionales, la falta de comunicación con los padres, es un factor esencial en la adolescencia, pues el adolescente se ve predispuesto a diversos riesgos que son propios de su etapa (72).

**El Funcionamiento familiar**, es la atmósfera psicosocial del hogar familiar, varía notablemente entre un hogar y otro. Ciertos hogares gozan de un buen clima interno y en otros sucede lo contrario, hay una tercera categoría de hogares en los que el clima es cambiante. El clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado. En general, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las

fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese periodo de su vida (72).

**La educación sexual**, será otro factor predisponente para un embarazo precoz pues la falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, profesionales de la salud, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes. Los padres siendo los primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas (amigos, medios de comunicación, etc.) (72).

**Trabajo**, será otro factor que predisponga a la adolescente a un embarazo, pues las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales (72).

**La autoestima**, es de especial importancia en todo ser humano, sobre todo en la adolescente embarazada, ya que el rol de la maternidad no suele atribuirse a su edad. Cuando se presenta en la etapa de la adolescencia; misma que por sí sola es complicada, tiende a provocar confusión, miedo, tristeza y desolación, esto por temor a la respuesta de la familia, por tener que enfrentarse a esta gran responsabilidad, por renunciar a planes y proyectos o simplemente por no saber que pasara con su vida (73).

**Los antecedentes reproductivos**, son factores que predisponen a la adolescente a tener un embarazo precoz, los más frecuentes son la: menarquía, inicio de las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y el tipo de embarazo. Con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente (73).

**La menarquia**, la edad de menarquia en donde la adolescente da iniciación de la menstruación, el cual ocurre al final de la pubertad y anuncia el comienzo del periodo de la adolescencia es un factor determinante de la capacidad reproductiva en la adolescente (73).

**Inicio de relaciones sexuales**, en adolescentes es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, que inicia sus relaciones sexuales coitales entre los 16 y 17 años según han informado diferentes autores. Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones Sexuales. Asimismo la iniciación sexual temprana se distribuye entre todos los niveles socioeconómicos. En el entorno social, entre las fuentes importantes para la iniciación sexual precoz se encuentran factores familiares como la alteración del funcionamiento familiar (74).

**Métodos anticonceptivos (MAC)**, debe venir de la pareja adolescente, por su propia seguridad y tranquilidad. En la actualidad, la mayoría de los hombres consideran que la responsabilidad de “cuidarse” corresponde a las mujeres, pues son ellas quienes corren el riesgo de un embarazo, razón que los lleva a prescindir de la anticoncepción (75).

**Planificación del embarazo**, el adolescente no tiene conocimientos sobre esto y tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay factores que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes entre ellos están algunos de los antecedentes sociales y reproductivos en la adolescente (75).

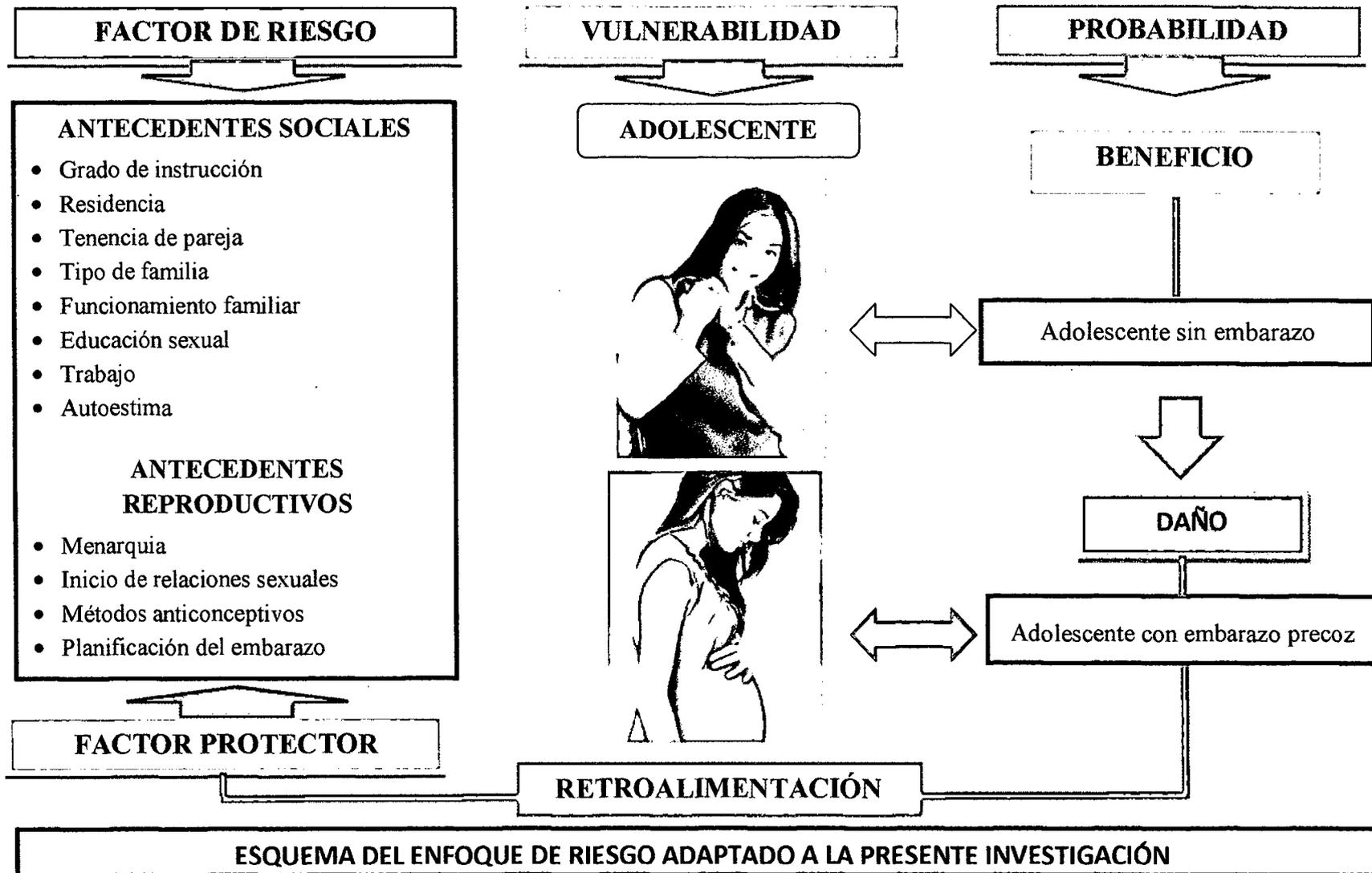
La **vulnerabilidad**, se define como la medida de susceptibilidad intrínseca, extrínseca de una persona a sufrir un daño a la salud y tener dificultad de recuperarse. Para el estudio de investigación, las adolescentes constituyen la vulnerabilidad (76).

La **Probabilidad**, del daño o beneficio. Para efectos de la investigación se constituye un daño cuando existe en la adolescencia un embarazo precoz.

Los diversos antecedentes sociales y reproductivos de la adolescente, se asocian con un incremento en la probabilidad de presentar morbilidad adolescente e incremento de la probabilidad de presentar embarazo precoz en la adolescencia (76).

**Daño**, se define como el mal, deterioro causado a una persona por otra u otras o por el hecho de las cosas, también se define por el resultado, afección no deseada en el cual se mide el riesgo (76).

**Beneficio**, es aquella característica o factor que actúa como agente protector (76).



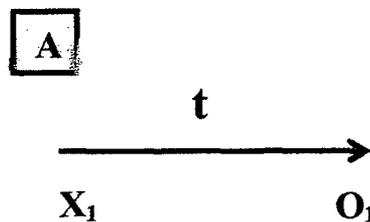
### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal.

- **DESCRIPTIVO:** porque permite conocer en función de las variables, algunos antecedentes sociales y reproductivos en adolescentes con embarazo precoz.
- **CORRELACIONAL:** porque se relacionan las variables algunos antecedentes sociales y reproductivos con la edad de las adolescentes con embarazo precoz.
- **TRANSVERSAL:** porque las variables fueron medidas una sola vez en un periodo determinado.

Cuyo esquema es el siguiente



A : Población de adolescentes.

O<sub>1</sub> : Algunos antecedentes sociales y reproductivos

X<sub>1</sub> : Adolescente con embarazo precoz.

T : Año 2014.

### **3.2. POBLACIÓN**

#### **UNIVERSO:**

La población de estudio estuvo conformada por las adolescentes que acuden al servicio de Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta, durante los meses de Marzo 2014 a Abril del 2014.

#### **UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Adolescente con embarazo precoz que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **MARCO MUESTRAL:**

Todas las adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Gestante adolescente de 12 –17 años.
- Adolescente primigesta.
- Gestante adolescentes sin alteraciones mentales.
- Gestante adolescente que acepte participar en el estudio.
- Gestante adolescente que sepa leer y escribir.

#### **DISEÑO MUESTRAL:**

Estuvo conformado por todas las gestantes adolescentes con embarazo precoz que son atendidas en el servicio de Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta, durante los meses de Marzo 2014 a Abril del 2014.

### **3.3. ASPECTOS ÉTICOS:**

Se dio cumplimiento en los principios éticos como la autonomía, Beneficencia, no maleficiencia y justicia, respetando la integridad de las madres adolescentes

- a) **AUTONOMIA:** definido como la capacidad que tienen las personas de tomar decisiones, tanto pacientes como el personal de la salud.
- b) **BENEFICIENCIA:** Este principio o concepto evidentemente se refiere a la búsqueda de bien o beneficencia del paciente, hacer bien una actividad y hacer el bien a otros mediante esa actividad bien hecha.
- c) **NO MALEFICIENCIA:** Abstenerse intencionalmente de realizar acciones que puedan causar daño, el respeto no solo a la vida, sino también a la calidad de vida a los pacientes con derechos a su autonomía en las decisiones.
- d) **JUSTICIA:** Comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.

### **3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

#### **A. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

##### **□ ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** factores protectores o de riesgo en el entorno que rodea a la adolescente e influyen en el riesgo de un embarazo precoz (77).

##### **❖ GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Nivel de estudios alcanzado por la adolescente hasta la aplicación de la encuesta (78).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se medirá en escala nominal.

- Primaria
- Secundaria
- Superior

##### **❖ RESIDENCIA:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Lugar donde convive y reside la adolescente con su familia, personas afines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad (79).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante escala nominal

- Urbano
- Urbano marginal
- Rural

❖ **TENENCIA DE PAREJA:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Estado en la cual la adolescente se encuentra viviendo en pareja (80).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante escala nominal.

- Con pareja.
- Sin pareja.

❖ **TIPO DE FAMILIA:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Es la clasificación de una familia según el número de los miembros que integran la familia del adolescente (81).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Escala nominal considerando:

- Nuclear.
- Monoparental.
- Extensa.

❖ **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Grado de funcionamiento del grupo familiar a través de la satisfacción de las necesidades de cada uno de sus integrantes, es decir tener la capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para compartir y resolver situaciones de crisis y permitir individualización (82).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se considera la siguiente escala nominal:

- Disfunción familiar grave.
- Disfunción familiar moderada.
- Buen funcionamiento familiar.

❖ **EDUCACIÓN SEXUAL:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes (83).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala nominal.

- Recibió.
- No recibió.

❖ **TRABAJO:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Actividad o dedicación retribuida económicamente que requiere un esfuerzo físico o mental por parte de la adolescente (84).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala nominal.

- Trabaja.
- No trabaja.

❖ **AUTOESTIMA:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Grado de juicio valorativo que se expresa mediante las actividades positivas y negativas que se mantiene frente al yo, se forma producto de las experiencias y se transmite a través de verbalización, gestos (85).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala nominal.

- Autoestima Alta
- Autoestima Baja

□ **ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Algunas características o circunstancias sobre procesos, funciones y aspectos reproductivos que influye en hechos posteriores con relación al entorno y al Adolescente (86).

❖ **MENARQUIA:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Iniciación de la menstruación en la mujer, el cual ocurre al final de la pubertad y anuncia el comienzo del periodo de adolescencia (87).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala ordinal

- 10 – 13 años.
- 14 – 16 años.

❖ **INICIO DE RELACIONES SEXUALES**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Momento de la vida de una persona en que por primera vez sostienen una relación sexual coital, seguida o no de actividad sexual posterior al evento (88).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala ordinal.

- Menor de 14 años.
- Mayor de 15 años.

❖ **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra el embarazo al mantener relaciones sexuales (89).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- Usa.
- No usa.

❖ **PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO:**

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el período de gestación en la mujer pudiendo ser planificado o no planificado (90).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala nominal.

- Deseado
- No deseado.

## **B. VARIABLE DEPENDIENTE:**

### **EDAD DE ADOLESCENTE CON EMBARAZO PRECOZ:**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Edad actual de la adolescente que presenta su primer embarazo, siendo un embarazo de alto riesgo obstétrico, porque su aparato reproductor no ha alcanzado su pleno desarrollo orgánico (91).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante escala ordinal:

- 12 – 14 años.
- 15 – 17 años.

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Los datos se obtuvieron mediante la técnica de la encuesta aplicando tres instrumentos:

- a) **Cuestionario sobre algunos antecedentes sociales y reproductivos en adolescentes (ANEXO N°1):** Instrumento que nos permitió obtener información sobre algunos antecedentes sociales y reproductivos, los antecedentes sociales comprende 6 ítems que responde a las variables como: Grado de instrucción, Residencia, Tenencia de pareja, Tipo de familia, Educación sexual y Trabajo.  
Para los antecedentes reproductivos se considera 4 variables, como: Menarquia, Inicio de relaciones sexuales, Métodos anticonceptivos y Planificación del embarazo.

**b) Funcionamiento Familiar (APGAR) (ANEXO N° 2):** Cuestionario que puede ser Autoadministrado o Heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo Likert que permitió valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- ❖ Disfunción Familiar Grave: 0 - 3 puntos.
- ❖ Disfunción Familiar Moderada: 4 - 6 puntos.
- ❖ Buen Funcionamiento Familiar: 7 - 10 puntos.

**c) Test de Rosenberg “Escala de la Autoestima” (ANEXO N° 3):**

Test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el Nivel de Autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Dentro de las instrucciones se describe el test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que hay a la derecha de cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página (92).

Del ítem 1 al ítem 5 son la siguiente puntuación:

- A. Muy de acuerdo      4 puntos.
- B. De acuerdo            3 puntos.
- C. En desacuerdo        2 puntos.
- D. Muy en desacuerdo   1 punto.

Del ítem 6 al ítem 10 son la siguiente puntuación:

- A. Muy de acuerdo      1 punto.
- B. De acuerdo            2 puntos.
- C. En desacuerdo        3 puntos.
- D. Muy en desacuerdo   4 puntos.

#### CALIFICACIÓN DEL TEST:

- ✓ AUTOESTIMA BAJA: 10 – 32 puntos.
- ✓ AUTOESTIMA ALTA: 33 – 40 puntos.

### **3.5. CONTROLDE CALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:**

#### **CONFIABILIDAD:**

Para medir la confiabilidad de datos se utilizó el método de coeficiente de Alfa de Crombach y el coeficiente de Spearman Brown.

#### **VALIDEZ:**

Instrumento del Funcionamiento Familiar (Apgar) y el Test de Autoestima de Rosenberg fueron validados por los autores: Smilkstein, G y Rosenberg, M.

### **3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a través de la Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, al Director del Hospital La Caleta, luego se coordinó con el jefe del

Servicio de Gineco-Obstetricia y con el jefe del servicio de Consultorios Externos para que posteriormente permita a los investigadores ingresar al servicio de Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia para la captación de gestantes adolescentes que cumplan con el criterio de inclusión. Durante dos meses consecutivos de lunes a viernes en el turno mañana, se realizó las entrevistas a las adolescentes gestantes previo consentimiento informado (ANEXO 4), al cual ellas contestaban a las preguntas formuladas y los investigadores recolectaban información mediante el llenado de los instrumentos elaborados; cada entrevista demandaba un tiempo aproximado de 20 minutos. Previo a esto se le informo a la gestante adolescente que los datos brindados serán de manera anónima.

### **3.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS VERSIÓN 16.0 se obtuvieron las estrategias descriptivas de la muestra así como los porcentajes y medidas de control, media, mediana, moda y desviación estándar. Se obtuvo la confiabilidad del instrumento mediante el Alpha de Chronbach.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados mediante el software especializado en estadísticas y epidemiología EPIINFO, en los niveles descriptivos y analíticos.

- Nivel Descriptivo: Se consideró tablas unidimensionales y bidimensionales, frecuencia simple y porcentual

- Nivel analítico: Se aplicó la prueba estadísticas de independencia de criterios chií cuadrado ( $\chi^2$ ) con un 5% de la significancia y un 95% de confiabilidad.

Las gráficas estadística se realizaron en Software Excel.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. RESULTADOS:

**TABLA Nro. 01: ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES EN EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**

<b>ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	16	32.0
Secundaria	34	68.0
Superior	0	0.0
<b>RESIDENCIA</b>		
Urbano	20	40.0
Urbano marginal	11	22.0
Rural	19	38.0
<b>TENENCIA DE PAREJA</b>		
Con pareja	21	42.0
Sin pareja	29	58.0
<b>TIPO DE FAMILIA</b>		
Familia nuclear	14	28.0
Familia monoparental	20	40.0
Familia extensa	16	32.0
<b>FUNCIONAMIENTO FAMILIAR</b>		
Disfunción familiar grave	21	42.0
Disfunción familiar moderada	22	44.0
Buen funcionamiento familiar	7	14.0

*Fuente:* Adolescentes embarazadas del Servicio de Consultorio Externo. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

<b>ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
<b>EDUCACIÓN SEXUAL</b>		
Recibió	26	52.0
No recibió	24	48.0
<b>TRABAJO</b>		
Trabaja	16	32.0
No trabaja	34	68.0
<b>AUTOESTIMA</b>		
Alta	7	14.0
Baja	43	86.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

*Fuente:* Adolescentes embarazadas del Servicio de Consultorio Externo.  
Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

**TABLA Nro. 02: ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN  
EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO  
PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**

<b>ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
<b>MENARQUIA</b>		
10 – 13 años	14	28.0
14 – 16 años	36	72.0
<b>INICIO DE RELACIONES SEXUALES</b>		
Menor de 14 años	14	28.0
Mayor de 15 años	36	72.0
<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>		
Usa	21	42.0
No usa	29	58.0
<b>PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO</b>		
Deseado	6	12.0
No deseado	44	88.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

*Fuente:* Adolescentes embarazadas del Servicio de Consultorio Externo.

Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

**TABLA Nro. 03: EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**

<b>EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ</b>	<b>fi</b>	<b>hi</b>
12 – 14 años	12	24.0
15 – 17 años	38	76.0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

*Fuente:* Adolescentes embarazadas del Servicio de Consultorios Externos. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

**TABLA Nro. 04: ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES RELACIONADO  
A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO  
PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**

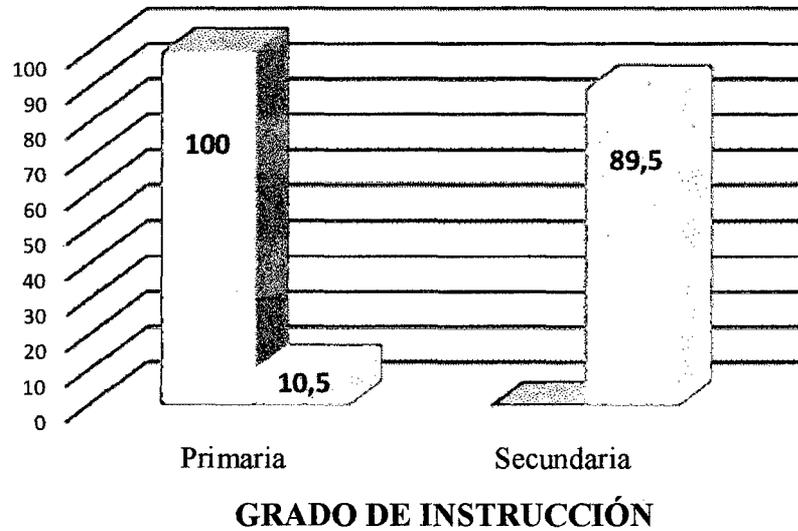
GRADO DE INSTRUCCIÓN	EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ					
	12-14 años		15-17 años		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
Primaria	12	100.0	4	10.5	16	32.0
Secundaria	0	0.0	34	89.5	34	68.0
	$X^2=33,550$	GL= 1	P= 0,000	< 0,05	(SIG)	
RESIDENCIA						
Urbano	12	100.0	8	21.0	20	40.0
Urbano marginal	0	0.0	11	28.9	11	22.0
Rural	0	0.0	19	50.0	19	38.0
	$X^2=23,684$	GL= 2	P= 0,000	< 0,05	(SIG)	
TENENCIA DE PAREJA						
Con pareja	12	100.0	9	23.7	21	42.0
Sin pareja	0	0.0	29	76.3	29	58.0
	$X^2=21,805$	GL= 1	P= 0,000	< 0,05	(SIG)	
TIPO DE FAMILIA						
Familia nuclear	0	0.0	14	21.1	14	28.0
Familia monoparental	12	100.0	8	42.1	20	40.0
Familia extensa	0	0.0	16	36.8	16	32.0
	$X^2=23,684$	GL= 2	P= 0,000	< 0,05	(SIG)	

**EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ**

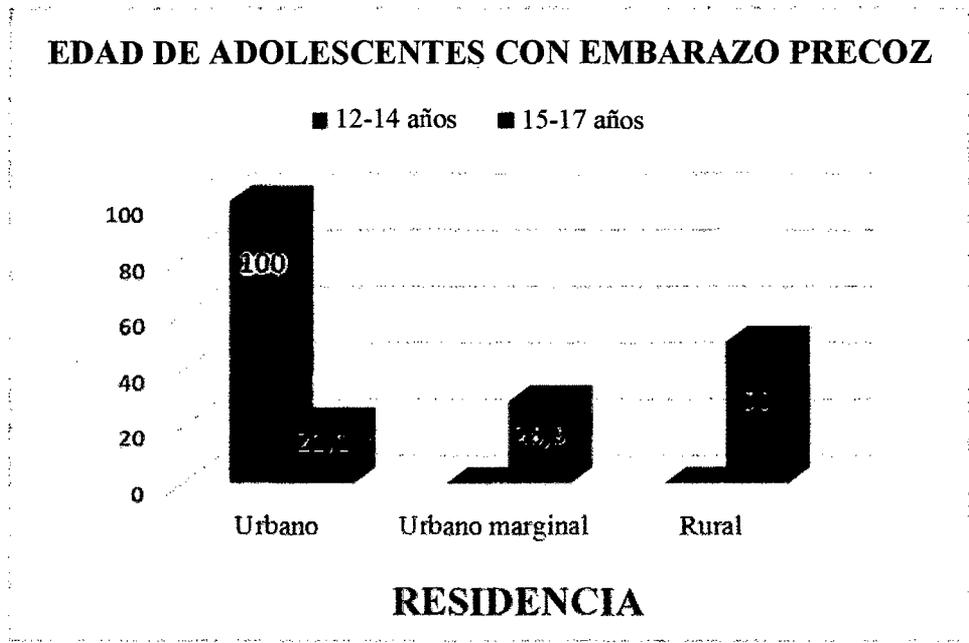
FUNCIONAMIENTO	12-14 años		15-17 años		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
<b>FAMILIAR</b>						
Disfunción familiar grave	12	100.0	9	23.7	21	42.0
Disfunción familiar moderada	0	0.0	22	57.9	22	44.0
Buen funcionamiento familiar	0	0.0	7	18.4	7	14.0
	$X^2=21,805$		GL= 2	P= 0,000	< 0,05	(SIG)
<b>EDUCACIÓN SEXUAL</b>						
Recibió	12	100.0	14	36.8	26	52.0
No recibió	0	0.0	24	63.2	24	48.0
	$X^2=22,744$		GL= 1	P= 0,000	< 0,05	(SIG)
<b>TRABAJO</b>						
Trabaja	12	100.0	4	10.5	16	32.0
No trabaja	0	0.0	34	89.5	34	68.0
	$X^2=33,553$		GL= 1	P=0,000	< 0,05	(SIG)
<b>AUTOESTIMA</b>						
Alta	0	0.0	7	18.4	7	14.0
Baja	12	100.0	31	81.6	43	86.0
	$X^2= 2,570$		GL= 1	P=0,000	< 0,05	(SIG)
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>

## EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ

□ 12-14 años   ■ 15-17 años

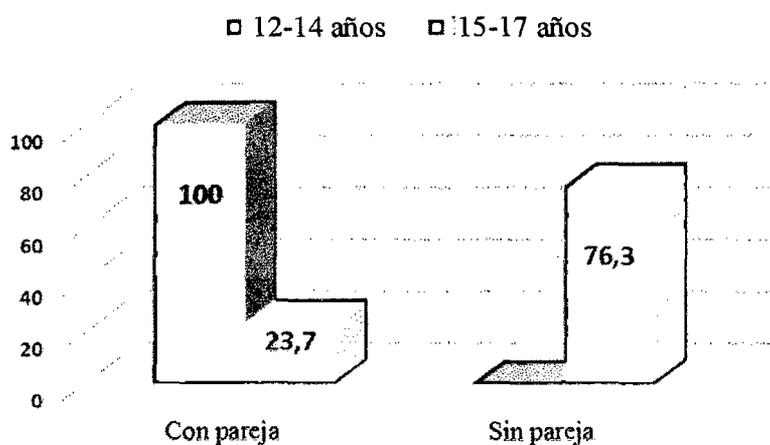


**GRÁFICO Nro. 01:** GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.



**GRÁFICO Nro. 02:** RESIDENCIA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.

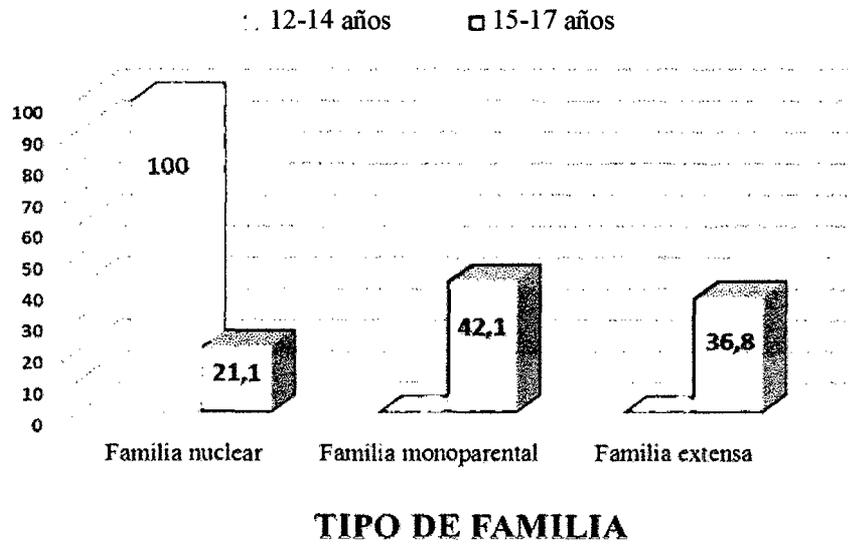
### EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ



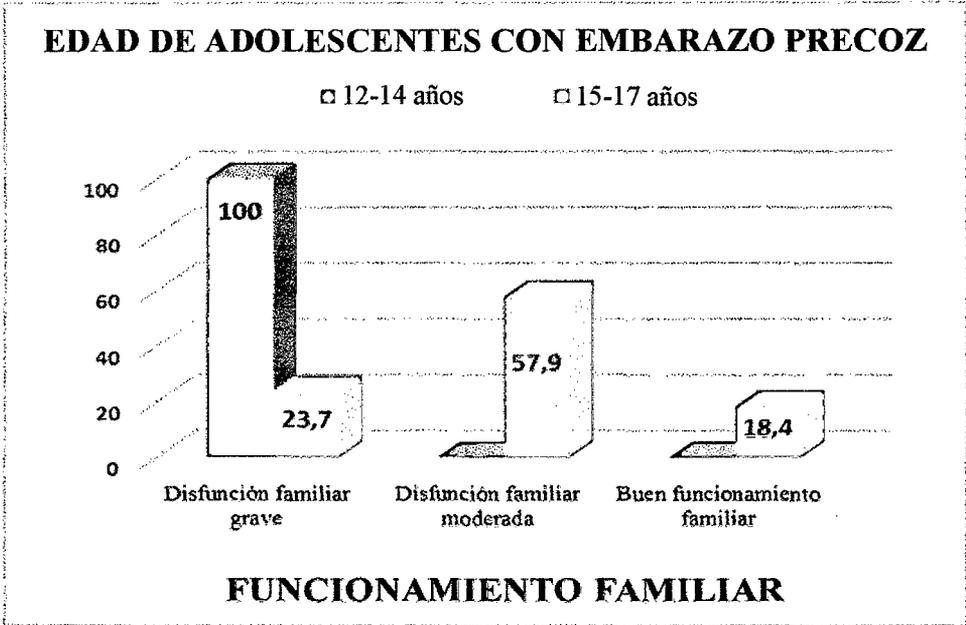
### TENENCIA DE PAREJA

**GRÁFICO Nro. 03:** TENENCIA DE PAREJA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.

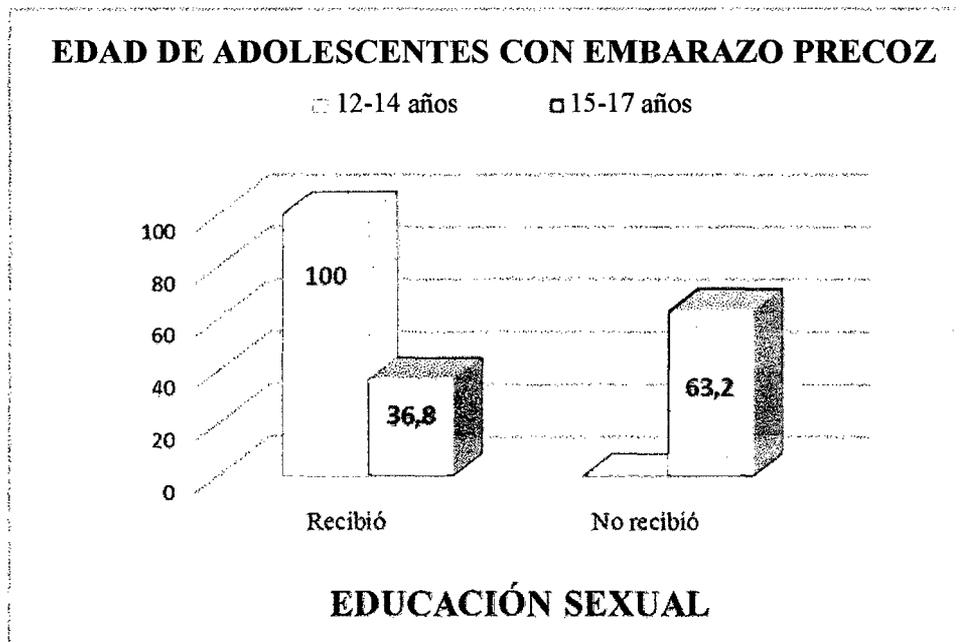
## EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ



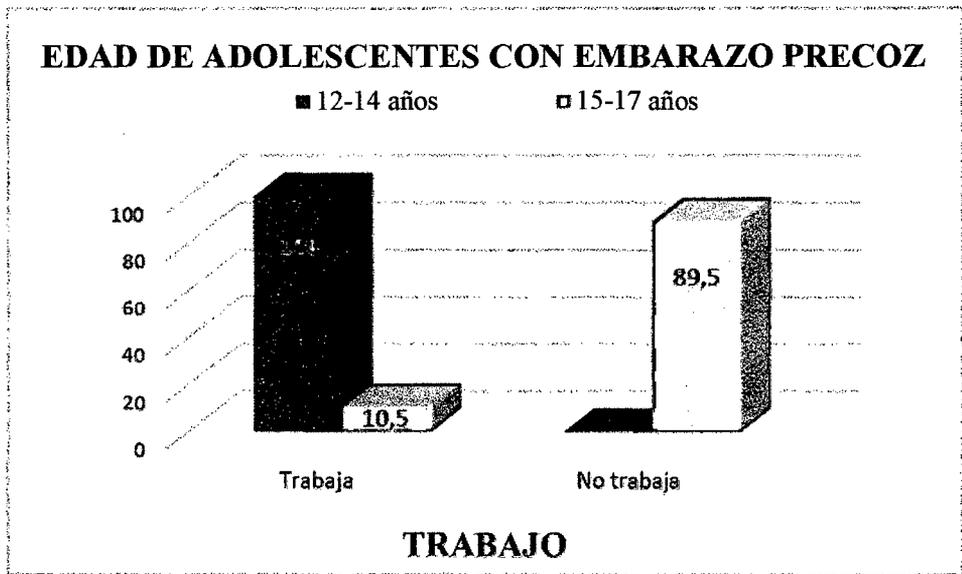
**GRÁFICO Nro. 04:** TIPO DE FAMILIA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.



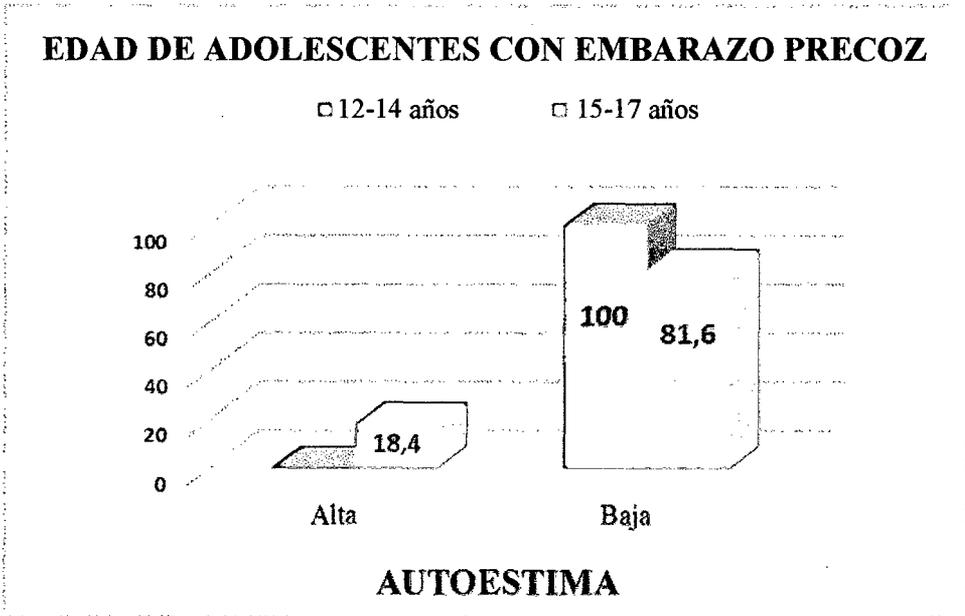
**GRÁFICO Nro. 05: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**



**GRÁFICO Nro. 06: EDUCACIÓN SEXUAL RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**



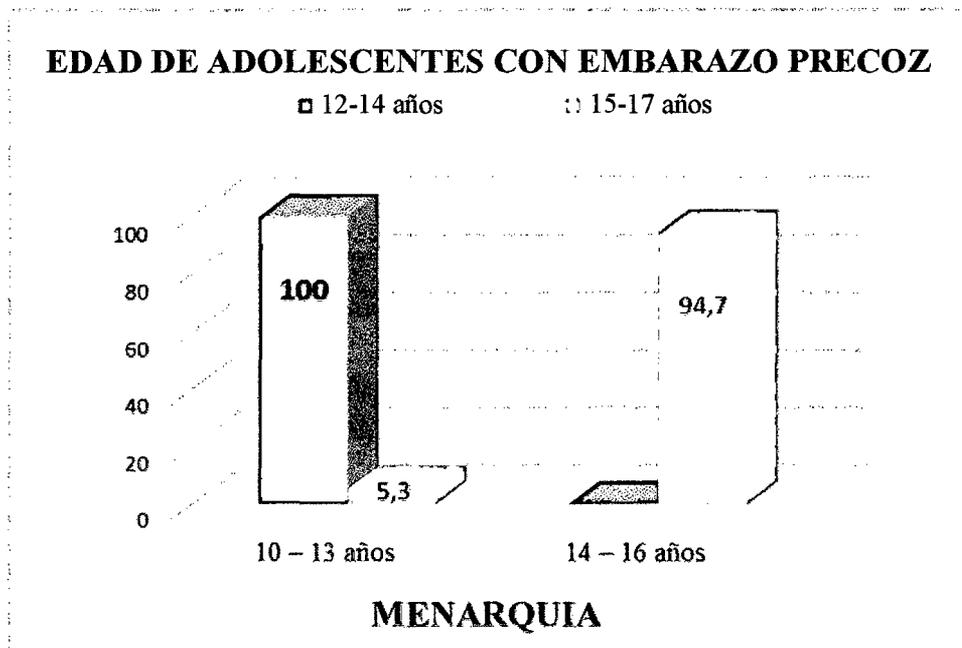
**GRÁFICO Nro. 07: TRABAJO RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**



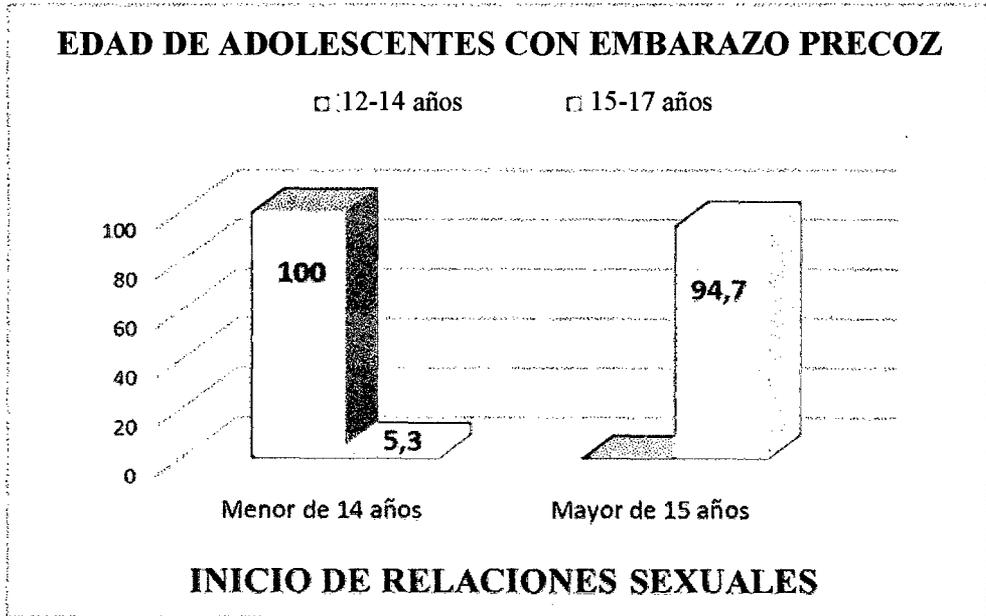
**GRÁFICO Nro. 08:** AUTOESTIMA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.

**TABLA N° 05: ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**

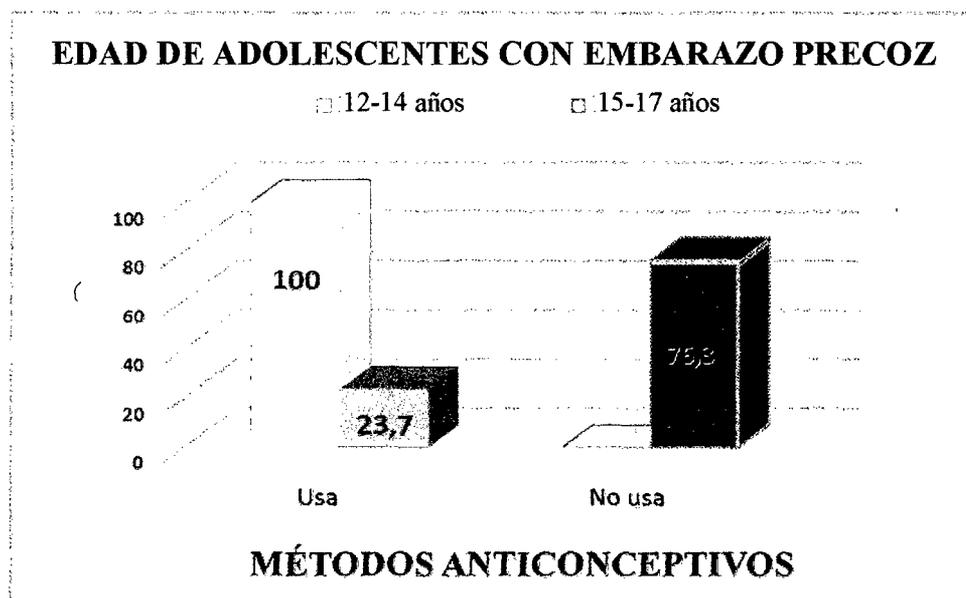
MENARQUIA	EDAD DE ADOLESCENTE CON EMBARAZO PRECOZ					
	12-14 años		15-17 años		TOTAL	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi
10 – 13 años	12	100.0	2	5.3	14	28.0
14 – 16 años	0	0.0	36	94.7	36	72.0
	$X^2=40,602$	GL= 1	P=0,000	< 0,05	(SIG)	
INICIO DE RELACIONES SEXUALES						
Menor de 14 años	12	100.0	2	5.3	14	28.0
Mayor de 15 años	0	0.0	36	94.7	36	72.0
	$X^2=40,602$	GL= 1	P= 0,00	< 0,05	(SIG)	
METODOS ANTICONCEPTIVOS						
Usa	12	100.0	9	23.7	21	42.0
No usa	0	0.0	29	76.3	29	58.0
	$X^2=21,805$	GL= 1	P= 0,000	< 0,05	(SIG)	
PLANIFICACION DEL EMBARAZO						
Deseado	6	50.0	0	0.0	6	12.0
No deseado	6	50.0	38	100.0	44	84.0
	$X^2=21,591$	GL= 6	P=0,000	< 0,05	(SIG)	
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>50</b>	<b>100.0</b>



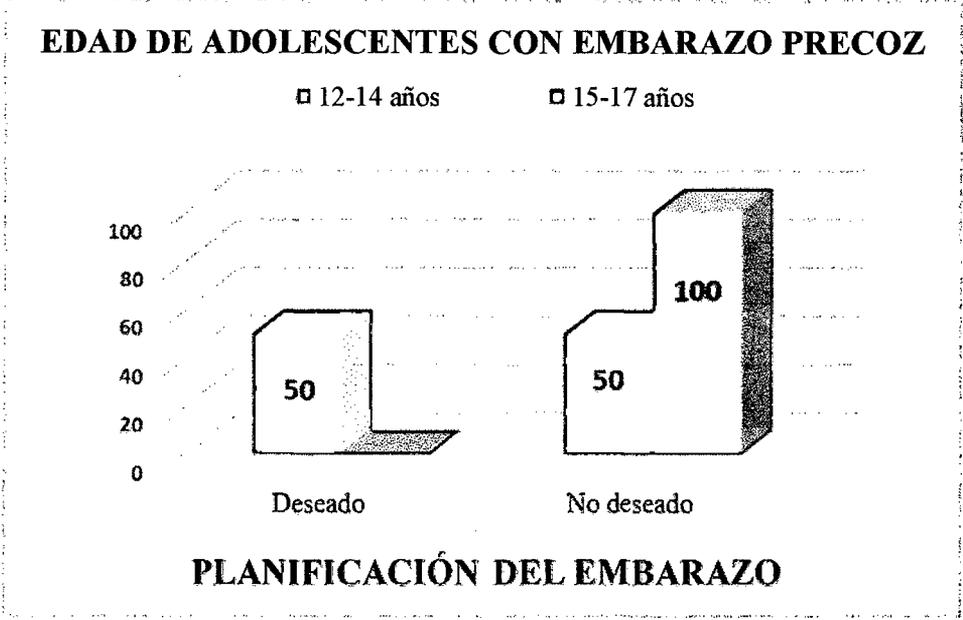
**GRÁFICO Nro. 09:** MENARQUIA RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.



**GRÁFICO Nro. 10: INICIO DE RELACIONES SEXUALES RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**



**GRÁFICO Nro. 11: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.**



**GRÁFICO Nro. 12:** PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO RELACIONADO A LA EDAD DE ADOLESCENTES CON EMBARAZO PRECOZ. HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2014.

## 4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

- **En la Tabla Nro. 01:** sobre algunos antecedentes sociales en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014; se observa que el 68% de las gestantes adolescentes tienen grado de instrucción secundaria; el 40% residen en zonas urbanas; el 58% no tienen pareja; el 40% provienen de familia monoparental; el 44% presentan una disfunción familiar moderada, el 52% recibieron educación sexual, el 68% no trabajan y el 86% de los adolescentes presentan una autoestima baja.

Los resultados obtenidos son similares a la investigación realizada por el instituto Guttmacher (2001) en gestantes adolescentes salvadoreñas, el 66% de las entrevistadas presentan menor grado de instrucción básica (primaria y secundaria) por lo que los investigadores expresamos que nuestros datos si guardan relación con dicha investigación, porque a menor grado de instrucción mayor la probabilidad de un embarazo (93).

Los datos también concuerdan con Ramírez, F; Marquillo, A; Díaz, Y. (2011) quienes en su estudio encontraron que el nivel educativo que prevaleció fue secundaria con un 59,0 % (94).

Asimismo guarda relación los resultados obtenidos por Cobos, L. (2013) quién obtuvo como resultado, que el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido educación sexual por el personal de salud dentro de la institución (95).

Los resultados de Soundi, L. (1997) son similares a la investigación en cuanto al inicio de las relaciones sexuales y difieren con los datos sobre el lugar donde residen la adolescente, tenemos que para las adolescentes de zona urbanas, a los 16 años es la edad donde presentan su primera relación sexual y con una probabilidad menor de salir embarazada a diferencia de adolescente que residen en una zona rural o urbano-marginal. En la zona rural las edades cambian. La mujer lo tiene a los 14 años su primer contacto sexual, con una probabilidad alta de embarazo relacionado a la deserción escolar (96).

Resultados difieren con el trabajo realizado por Itzá, I. (2008) quién obtiene en sus datos que el 80% de las gestantes adolescentes que participaron tienen pareja y solamente el 20% no tienen pareja (97). Muchos autores explican que la edad de los 12 a 14 años es la etapa de la huida, donde la adolescente se aleja del seno familiar y regresan a partir de los 15 – 17 años, muchas sin parejas y otras con pareja, sin o con algún bebe en brazo.

Los resultados obtenidos por Obregón, R. (2003) en su estudio sobre “Tipos y características de la familia de las adolescentes embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, comparten semejanza a los datos obtenidos en la presente investigación, encontrando que la mayoría de las gestantes adolescentes son tipo de familia nuclear (98).

Por otro lado, Pantelides, E. (2002) explica que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un

ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja. Nosotros como investigadores coincidimos con la autora, porque en los resultados indica que cerca del 72% de las gestantes adolescentes provienen en su total de una familia donde hubo sólo un progenitor (40% tipo de familia monoparental) y cierto grupo donde vivían conjuntamente con otros familiares (32% tipo de familia extensa) y por último el 28% de esta población restante, expresa ser una familia donde dirigen los dos progenitores (familia nuclear) (99).

Según Casper, L. (2001) quién en su investigación, considera que el funcionamiento familiar puede ser efectivo con los adolescentes para el uso del anticonceptivo o selección del aborto, pero no de su actividad sexual; por lo tanto, para la prevención del embarazo influyen la educación, la edad del adolescente y el ingreso familiar. Nosotros como investigadores rechazamos lo expresado por el autor, porque se obtiene en nuestra investigación que el 82% de las entrevistadas poseen un grado de disfunción familiar, el 42% disfunción familiar moderada y el 40% disfunción familiar grave; fenómeno que puede generar en la adolescente tomar decisiones no adecuadas con relación a su sexualidad y su sociedad (100).

Los datos obtenidos por Angoma, L y Poccorpachi, D. (2011) guardan relación con los resultados de la presente investigación, quién encuentra que el funcionamiento familiar, según la calificación del Test de Apgar familiar

aplicado a las gestantes adolescentes, la mayoría de las adolescentes embarazadas es disfuncional, de las cuales el grado de disfuncionalidad que presentaron con mayor frecuencia fue el de disfunción familiar moderada (101).

Los resultados obtenidos por Urreta, M. (2008) son también similares a la investigación obteniéndose que el 100% de las adolescentes embarazadas, el 64,1% se encuentran entre los 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía; el 53,8% tienen estudios secundarios incompletos, el 52,6% no tienen pareja (solteras) y el 70,5% inició las relaciones sexuales por decisión propia antes de los 16 años. Y los resultados difieren en cuanto a la variable sobre funcionamiento familiar, donde la mayoría de las adolescentes embarazadas poseen un buen funcionamiento familiar (51,3%) y el 48,7% un funcionamiento familiar disfuncional (102).

Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente. Tal como lo demuestra la investigación realizada por Lawrence, L. (1997) en el cual concluye que los adolescentes que pertenecen a familias desestructuradas, ya sea por separación y/o divorcio de los padres buscan compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo, para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar (102).

Los resultados obtenidos en los estudios revisados refleja la importancia del entorno familiar en la estabilidad emocional del adolescente, así como la importancia de la funcionalidad de la familia en el desarrollo de sus

miembros, por el contrario, la disfunción familiar predispone el desarrollo de conductas de riesgo en el adolescente, que pueden afectar su salud física, psicológica y/o social.

Los resultados no concuerdan con los datos de Padilla, M. (2000) quien en su estudio encontró que el 78% de las gestantes adolescentes ha recibido al menos un tema de educación sexual, siendo la principal fuente de información la escuela y el 23% no haber recibido educación sexual. En el presente estudio se observa que las cifras de las gestantes adolescentes que recibieron y no recibieron educación sexual (52% y el 48%) son ligeramente iguales (103).

Los estudios obtenidos por Núñez, U. (2003) no son similares a la presente investigación, debido a que sus resultados arrojan que cerca del 74 – 86% de las gestantes adolescentes presentan un embarazo deseado (103). Asimismo refiere en su investigación, que varios estudios realizados anteriormente por otros autores, sustentan que los embarazos no deseados son esencialmente comunes en adolescentes (104) (106).

Tirado, L. (2010) en su investigación encontró que las adolescentes embarazadas exhiben un bajo autoestima, presentaron niveles depresivos en la autopercepción al relacionarse con su propia identidad, con las relaciones familiares y sociales (107).

Los resultados difieren con el trabajo realizado por Medora, H. (2009) entre la autoestima y el embarazo adolescente dentro de esta tendencia esta la investigación realizada en la ciudad de concepción donde no se encontraron diferencias significativas de autoestima entre jóvenes embarazadas y no embarazadas (108).

María, M; Chávez, F. (2008) en su estudio sobre la relación entre la autoestima y el embarazo, los resultados difieren en la presente investigación, encontrándose que el 47,1% de las gestantes adolescentes se aceptaban a sí mismas (109).

**En la Tabla Nro. 02:** sobre algunos antecedentes reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014; se observa que el 72% de las gestantes adolescentes presentaron menarquia entre los 14 a 16 años, también el 72% han iniciado sus relaciones sexuales después de los 15 años de edad, el 58% expresaron no haber usado algún método anticonceptivo y el 88% manifestó ser un embarazo no deseado.

Los resultados de Macías, C; Elder, M. (2010) no son similares a la investigación en cuanto a la menarquia, lo cual sustenta que las adolescentes atendidas en el C.S de Andrés de Vera, su menarquia se inicio antes de los 10 años en el 2% de los casos, entre los 10 y 11 años en un 6%, en un 51% entre los 12 y 13 años, en un 41% entre los 14 y 15 años, y después de los 15 años no tuvo representación, lo que refleja que las adolescentes atendidas en este

establecimiento al tener menarquía temprana obtienen a la vez madurez reproductiva precoz la cual es determinante como factor de riesgo (110).

Los datos también difieren con Molina, R; Luengo, X y Cols. (2007) encuentran que la mayoría de las adolescentes comienzan su menarquía a temprana edad, siendo mayor los riesgos perinatales (111).

Los resultados coinciden con los datos de Arillo, G. (2008) quién expresa que la mayoría de las adolescentes atendidas en el Centro de Salud María Auxiliadora, inician su primera relación sexual entre los 13-15 años (60%); le siguen con el 35% las adolescentes entre 16-18 años, con el 4% las adolescentes entre 10-12 años y con el 1% antes de los 10 años, esto nos da a conocer la tendencia de las adolescentes a tener relaciones a temprana edad, por falta de orientación sexual desde sus hogares, o por el libertinaje que se observa en la actualidad (112).

Los datos también concuerdan con Contreras, J. (2011) donde las gestantes consultadas iniciaron relaciones sexuales a la edad de 14 y 17 años y en segundo lugar están las que iniciaron relaciones sexuales antes de los 15 años. La presión social de los estratos bajos, y las necesidades económicas son condicionantes que favorecen la sexualidad precoz (113).

Los resultados obtenidos por Gaytán, D; Dávila, P; Rocha, R y Cols. (2008) en su investigación embarazo adolescente son similares a la investigación,

reportándose que un alto índice de gestantes adolescentes utilizaba métodos anticonceptivos como el condón (114).

Por su lado Gonzales, A. (2010) explica que la mayor parte de las adolescentes (53,4%) respondieron que si utilizaron métodos anticonceptivos, refiriendo que es importante para evitar el embarazo (115).

Los datos también concuerdan con Serrano, B; Rodríguez, N. (2008) quienes en su estudio encontraron que sólo el 39,0% de adolescentes utilizaron algún método preventivo (116).

Los resultados de Argota, R y Cols. (2010) son parecidos a la investigación al abordar que la situación sobre la utilización del anticonceptivo y el embarazo precoz se puede apreciar que el 68,0% de la población estudiada no usaba ningún método anticonceptivo (117).

Los resultados de Calderón, J; Alzamora, L. (2006) en el Centro de Salud de Andrés de Vera, las adolescentes atendidas durante el año 2010 en el 92% de los casos no desearon su embarazo y solo el 8% si lo hicieron (118).

Los datos también concuerdan con Libreros, L y Cols. (2008) quienes en su estudio encontraron que el mayor porcentaje de las adolescentes (74,2 %) refieren que no deseaban tener un hijo y sólo en el 7,8 % de las adolescentes si deseaban tener un embarazo (119).

De acuerdo con las publicaciones revisadas anteriormente, el embarazo en las adolescentes respondería a diferentes factores sociales como el grado de instrucción, la tenencia de pareja, la residencia, el trabajo, la falta de educación sexual e inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, sobre todo un factor clave para muchos autores, que es la familia que comprende las variables como tipo de familia y la funcionalidad familiar, debido a que la familia es la encargada de instruir y fomentar los valores morales y religiosos a los integrantes de su hogar, para un mejor desarrollo social.

**En la Tabla Nro. 03:** sobre la edad de las adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014; se observa que el 76% presentaron su primer embarazo entre los 15 a 17 años de edad (adolescencia tardía) y el 24% presentaron su primera gestación entre las edades de 12 a 14 años (adolescencia temprana).

Los resultados coinciden con el estudio realizado por Alonso, R y Cols. (2001) quienes en su investigación “Factores de riesgo en adolescentes con embarazo precoz” donde predominó el embarazo en adolescencia tardía según la clasificación del adolescente ofrecida por la OMS. (17-19 años) (120).

Los datos también concuerdan con Roa, L. (2012) quienes en su investigación titulada “Deserción escolar y embarazo adolescente” encontraron que existe un (81%) de embarazos en adolescentes entre las edades de 14 a 18 años, y un (19%) de embarazadas en adolescentes entre las edades de 10 y 13 años (121).

Los resultados de Corvalán, C. (2001) en su estudio difieren con el presente trabajo de investigación, reportándose que la mayoría de las adolescentes con embarazo precoz se encuentran entre las edades de 10 y 14 años, siendo este fenómeno un factor de riesgo en cuanto para la adolescente en el momento de parto (122).

**En la Tabla Nro. 04:** sobre algunos antecedentes sociales relacionado a la edad de las adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote 2014; se observa los siguientes:

En el **grado de instrucción**, tenemos que el 100% de adolescentes con instrucción primaria tienen de 12 a 14 años de edad y el 89,5% con instrucción secundaria tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Respecto a la **residencia**, el 100% de adolescentes con residencia urbano tienen de 12 a 14 años de edad y el 50% que tienen residencia rural son de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En **tenencia de pareja**, observamos que el 100% de adolescentes con pareja tienen de 12 a 14 años de edad y el 76,3% sin pareja tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En el **tipo de familia**, tenemos que el 100% de adolescentes con familia nuclear tienen de 12 a 14 años de edad y el 42,1% con familia monoparental tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En el **funcionamiento familiar**, tenemos que el 100% de adolescentes con disfunción familiar grave tienen de 12 a 14 años de edad y el 57,9% con disfunción familiar moderada tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Sobre la **educación sexual**, tenemos que el 100% de adolescentes que recibieron educación sexual tienen de 12 a 14 años de edad y el 63,2% de adolescentes que no recibieron educación sexual tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En relación al **trabajo**, tenemos que el 100% de adolescentes que trabajan tienen de 12 a 14 años de edad y el 89,5% que no trabajan tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Respecto a la **autoestima**, observamos que el 100% de adolescentes con autoestima baja tienen de 12 a 14 años de edad y el 81,6% de adolescentes que también presentan autoestima baja tienen de 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

**En la tabla Nro. 05:** sobre algunos antecedentes reproductivos relacionado a la edad de las adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014.

Sobre la **menarquia**, tenemos que el 100% de adolescentes que presento su menarquia entre los 10-13 años tienen su primer embarazo entre los 12 a 14 años de edad y el 94,7% de adolescentes que presentaron su menarquia entre los 14-16 años su primer embarazo fue entre los 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

En el **inicio de relaciones sexuales**, tenemos que el 100% de adolescentes menores de 14 años iniciaron sus relaciones sexuales entre los 12 a 14 años de edad y el 94,7% de adolescentes inició sus relaciones sexuales entre los 15 a 17 años.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Sobre los **métodos anticonceptivos**, tenemos que el 100% de adolescentes que usa métodos anticonceptivos tienen de 12 a 14 años de edad y el 76,3% de adolescentes que no usa métodos anticonceptivos tienen de 15 a 17 años de edad. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Respecto a la **planificación del embarazo**, tenemos que el 50% de adolescentes con embarazo deseado tuvieron sus hijos de 12 a 14 años de edad y el 100% de adolescentes que no desearon un embarazo tuvieron entre los 15 a 17 años de edad.

Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva de la adolescente lo que otorga madurez reproductiva cuando aún la adolescente no maneja las situaciones de riesgo predisponiéndola a un embarazo no planificado a su temprana edad.

Según Gutiérrez, B. (2011) en su investigación “Menarquia a temprana edad – riesgo adolescente” mientras más temprana se presente la menarquia mayor será el periodo de exposición de presentar un riesgo de embarazo precoz en la adolescente (123).

Por su lado Pardo, C. (2009) explica en su investigación “Madurez sexual en adolescentes” que cuando aún no existe la madurez emocional necesaria relacionado con la edad de la adolescente para implementar una adecuada prevención en cuando al inicio de relaciones sexuales, la relación de riesgo-beneficio se connota en el hecho de que mientras las relaciones sexuales sean iniciadas a precozmente se presenta un alto riesgo de concebir un embarazo no deseado (124).

Para Bartolomé, A. (2010) en su investigación “Planificación familiar en adolescentes” el uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres en edad adulta, con tasas de 9% en Perú, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Lo que indica que la edad y el uso de los métodos anticonceptivos se relacionan ya que la falta de conocimiento de la adolescente en el uso de los métodos anticonceptivos se ve afectada por la misma edad en la que se encuentra (125).

Los resultados de Bazallo, H. (2013) en su investigación intitulado “Embarazo no deseado en adolescentes” la mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual, concluyendo que mientras más temprana es la edad en la que se encuentra la adolescente mayor es el riesgo de concebir un embarazo no planificado (126).

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES:

- ✧ El 68% de adolescentes con embarazo precoz tienen instrucción secundaria; el 40% residen en zonas urbanas; el 58% no tienen pareja; el 40% provienen de familia monoparental; el 44% presentan disfunción familiar moderada, el 52% recibieron educación sexual, el 68% no trabajan y el 86% presentan una autoestima baja.
- ✧ El 72% presentaron menarquia entre los 14 a 16 años, el 72% iniciaron relaciones sexuales mayores de 15 años, el 58% no usan métodos anticonceptivos y el 88% fueron embarazos no deseado.
- ✧ El 76% de adolescentes con embarazo precoz presentaron su primer embarazo entre los 15 a 17 años de edad (adolescencia tardía) y el 24% entre los 12 a 14 años (adolescencia temprana).
- ✧ Si existe relación estadística significativa entre el grado de instrucción, residencia, tenencia de pareja, tipo de familia, funcionamiento familiar, educación sexual, trabajo y autoestima con la edad de la adolescente con embarazo precoz.
- ✧ Si existe relación estadística significativa entre la menarquia, inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y planificación del embarazo con la edad de la adolescente con embarazo precoz.

## 5.2. RECOMENDACIONES:

- ✧ El ministerio de educación, debería diseñar y/o implementar al equipo de enfermería profesional en programas dirigidos al fortalecimiento de la familia como factor protector en la salud del adolescente, contribuyendo así a la reducción del embarazo durante la adolescencia.
- ✧ Realizar coordinaciones estrechas con los centros educativos para el desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes y adolescentes.
- ✧ Las instituciones educativas deben mantener comunicación constante con los padres y comprometerlos a asistir a las escuelas de padres en donde les impartan temas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, asimismo, incluir en su plan curricular temas sobre salud sexual desde el nivel primario.
- ✧ Los profesionales de salud y afines, tienen el rol importante y fundamental en centrar la atención en la educación no solo de los jóvenes sino también en la del resto de la población, dado que ejerce una influencia en el desarrollo de los adolescentes.
- ✧ Es de vital importancia estudiar otras variables que se relacionan con el embarazo adolescente, como por ejemplo: la cultura, el nivel socioeconómico, así como el impacto que el embarazo adolescente tiene en los sistemas de salud, la economía del Estado y el futuro del país. También es importante realizar otros estudios donde la muestra sea mayor y más homogénea, para poder analizar su relación con otras variables

## V.I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA (2010) “Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva”. Venezuela. Fecha de acceso 01/12/13. Disponible: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>
2. Montalvo, N. (2007) “Factores que predisponen al embarazo en adolescentes”. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Veracruzana. Veracruz, México.
3. Banda, O; Medrano, R; De los Reyes, L y Cols (2008) Conducta sexual de los adolescentes de 12 a 19 años. Cd. Victoria, Tamaulipas. En contribución a las ciencias sociales, Octubre 2009. México. Recuperado: 23/01/09. Disponible en: [www.eumed.net/rev/cccss/06/gmng.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/06/gmng.htm)
4. Walwy, Y; Wong, D. (1995) pediátricas. 4ta. Edit. Mosby, Doyma libros Madrid (Según OMS adolescentes etapas) España.
5. Riscarle, M; Rwero, A (2008). Parto pretérmino en adolescentes. Departamentos de Salud Pública de la Universidad de Carabobo de Venezuela. Revista Obstétrica Ginecológica Vol. 68. Fecha de acceso 20-08-12. Venezuela. Disponible: <http://www.scielo.org.v/pdf/og/v68n3/art02.pdf>.

6. Ministerio de Salud - MINSA (2009) Boletín informativo. [Recuperado Febrero de 2006]. Perú. Fecha de acceso 15/09/13.  
Disponible:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletin\\_adolescentes/boletin01-2010.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/boletin_adolescentes/boletin01-2010.pdf)
  
7. Centro de Información y Documentación Científica – CINDOC (2013). Fecha de acceso 30/01/14. Disponible:  
<http://www.bvs.ins.gob.pe/php/level.php?lang=es&component=50&item=20>
  
8. Montalvo, N. (2007) "Factores que predisponen al embarazo en adolescentes"  
Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería.  
México. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/953/1/tesis-0251.pdf>
  
9. Lete, I; Martínez, C; Parrilla, J y Cols. (2001) Embarazo en la adolescencia.  
Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
[http://www.sec.es/area\\_cientifica/manuales\\_sec/salud\\_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/26%20Salud%20reproductiva%20e.pdf)
  
10. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto de estudios de población (1993) Sexualidad Humana. Manual para educadores y profesionales de salud. 1ra. ed. editores: Sobrevilla, L. y Cáceres, C. Lima, Perú.

11. Ochoa, L. (1999) La actualidad sexual y la maternidad entre adolescentes de América Latina y el Caribe. Proyecto de Encuesta Demográfica y de Salud.
12. Montalvo, N. (2007) "Factores que predisponen al embarazo en adolescentes" Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. México. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/953/1/tesis-0251.pdf>
13. Elster, A; Lamb, M. (1987) El impacto médico y psicosocial de una atención integral en el embarazo adolescente y la paternidad. JAMA 1987;258:1187-92.
14. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. Bull World Health Organ. 2009;87(6):410-1.
15. Sánchez, A. (2005) "Embarazo en las adolescentes. Caso del Hospital Obstétrico Pachuca". Tesis para optar Título de Licenciado en Trabajo Social. Universidad Nacional del Estado de Hidalgo. Pachuca, México.
16. Alarcón, R; Coello, J; Cabrera. J y Cols. (2009) "Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Santiago de Cuba. Fecha de acceso 24/10/13 Disponible:

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf071\\_209.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm).

17. Merino, E; Rosales, E. (2011) “Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el Programa de Atención Materna de Unidad de Salud Altavista, Enero a Junio de 2010” Tesis para optar al Grado de Maestro en Salud Pública. Universidad de El Salvador. San Salvador, El Salvador.
18. Arriagada, S. (2011) Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? Lima, Perú. Fecha de acceso 01/12/13. Disponible:  
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/PR-OMSEX-Adolescencia-Acceso-Saludr-Reproductiva.pdf>.
19. Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2009). Perú: estimaciones y proyecciones de la población total, por años calendario y edades simples. 1950-2050. Lima: INEI; 2009.
20. Ministerio de Salud – MINSA (2007) Más de 2 mil mujeres peruanas se embarazan al día. Perú. Fecha de acceso 20/11/07.  
Disponible: <http://www.peruprensa.com/>
21. Registro de atenciones en el Consultorio de Control Prenatal (1996). Centro de Obras Sociales “Maternidad de María”. Chimbote, Perú.

22. Radio Programas del Perú – RPP (2009) Fecha de acceso 30/01/14.  
Disponibile: <http://radio.rpp.com.pe/eratabu/el-embarazo-precoz/>
23. Hospital La Caleta (2013) Boletín informativo: Oficina de Estadística e Informática. Chimbote, Perú. Fecha de acceso 30/01/14.  
Disponibile: <http://www.hcaleta.gob.pe/index.php/descarga>.
24. Abril, R; Cueva, G; Granda, A. (2001) “Factores de riesgo predisponentes para el embarazo precoz en adolescentes que demandan Atención en los Hospitales” Ecuador. Fecha de acceso 29/08/13. Disponibile:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-249630>.
25. Aguilera, A; Ortiz, M; Pérez, A. (2002) Factores socioculturales de las adolescentes embarazadas que asisten a la Consulta Prenatal del Ambulatorio “Dr. Fritz Petersen” de San José de Guanipa en el primer trimestre del año 2001. Trabajo especial de grado no publicado, Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.
26. Ochaita, E.; Espinosa, A. (2003) “Prácticas sexuales de los adolescentes y joven españoles”. España, Fecha de acceso 29/08/13.  
Disponibile:  
<http://www.injuve.es/sites/default/files/07%20PRACTICAS%20SEXUALES63.pdf>.

27. Flores, C. (2005) "Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia" Rev Panam Salud Publica vol.18 n.6 Washington Dec. 2005. Fecha de acceso 28/11/13. Disponible: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005001000002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005001000002&script=sci_arttext).
28. Pérez, R; Ceballos, A; Marchant, C y Cols. (2006) "Factores socio-familiares asociados al embarazo adolescente en una Comunidad Rural" Chile. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/ibc-48060>.
29. Ayuso, Y; Cob, E. (2007) Conocimiento y Autoestima en adolescentes respecto a su embarazo. Desarrollo Cientif Enferm 2007; 15 (9) 1 – 3. Fecha de acceso 14/09/13. Disponible: [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/desarrollo\\_cientifico\\_la\\_enfermeria/5Conocimiento.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/desarrollo_cientifico_la_enfermeria/5Conocimiento.pdf).
30. Baeza, B; Póo, A; Vásquez, O y Cols. (2007) "Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región" Chile. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-627364>.

31. Montalvo, N. (2007) "Factores que predisponen al embarazo en adolescentes"  
Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería.  
México. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/953/1/tesis-0251.pdf>.
32. Alarcón, R; Coello, J; Cabrera, J y Cols. (2007) "Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia" Santiago, Cuba. Fecha de acceso 02/09/13. Disponible:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf071\\_209.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm).
33. Alvarado, R; Martínez, O; Baquero, M y Cols. (2007) "Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima" Colombia. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
<http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-635892>.
34. Gallegos, E; Villarruel, A; Ronis, D y Cols. (2008) "Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: Un ensayo aleatorizado y controlado" Salud pública Méx v.50 n.1 Cuernavaca Ene./Feb. 2008. Fecha de acceso 28/11/13. Disponible:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000100012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000100012&lng=es&nrm=iso).

35. Tandazo, S; Castillo, R. (2008) “Descripción del conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevalencia de embarazo en las adolescentes de los colegios de la parroquia Malacatos. Periodo 2008 – 2009 en Ecuador“. Fecha de Acceso 17/02/12. Disponible:  
<http://repositorio.utpl.edu.s/bitstream/123456789/3364/1/613x357.pdf>.
36. Escobar, D; Velástegui, D; Guijarro, S y Cols. (2008) “Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes” Ecuador. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-573047>.
37. Isabel, E; Rosales, E. (2010) “Factores que influyen en la incidencia de embarazo en las adolescentes” Tesis para optar el Título de Maestro en Salud Pública. El Salvador. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
<http://www.scribd.com/doc/55391092/Factores-Que-Influyen-en-Embarazo-Adolescentes-Enero-2011>.
38. León, C; Espin, R. (2010) “El embarazo en la adolescencia: un enfoque psicológico actual”. Act Méd C. 2010; 4 (1). Cuba. Fecha de acceso 14/09/13. Disponible:  
[http://www.actamedica.sld.cu/r1\\_10/embarazo.htm](http://www.actamedica.sld.cu/r1_10/embarazo.htm).

39. Rivera, F y Cols. (2010) "Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que tienen las adolescentes embarazadas que acuden a la Consulta de Prosare en el Hospital Dr. Adolfo Prince Lara (HAPL) entre Junio y Julio 2010". Venezuela.
40. Ceballos, G; Goenaga, K; Jiménez, I y Cols. (2011) "Nivel de Autoestima en adolescentes embarazadas en la Comunidad 5 de Santa Marta, Colombia" Revista de psicología: Universidad de Antioquia. 2011,3 (1) 1 – 5. Colombia. Fecha de acceso 14/09/13. Disponible:  
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile/10611/10036>.
41. Rodríguez, A; Rodríguez J; Viñet, L y Cols. (2011). "Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de Nuevo Turumo" Venezuela. Fecha de acceso 29/08/13 Disponible:  
[http://www.journaltocs.hw.ac.uk/api/jass/zotero.php?rft\\_id=info:sid/journaltocs.ac.uk:suncat&rft.issn=1729-519X&maximumRecords=100&rft\\_volume=&rft\\_issue=&range=&select=&query\\_issn=Submit+Query](http://www.journaltocs.hw.ac.uk/api/jass/zotero.php?rft_id=info:sid/journaltocs.ac.uk:suncat&rft.issn=1729-519X&maximumRecords=100&rft_volume=&rft_issue=&range=&select=&query_issn=Submit+Query).
42. Ávila, G; Barbena, M; Arguello, P. (2011) "Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagua". Honduras. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
<http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-644954>.

43. González, J; Salamanca, J; Quiroz, R y Cols. (2012) “Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural Colombiana” Bogotá, Colombia. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/es/lil-681023>.
44. Aldrete, L; Juárez, C; Sánchez, A y Cols. (2012) “Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas” [Desarrollo Científ Enferm - Méx-] 2012 mar; 20(2): 42-45. México. Fecha de acceso 20/09/13. Disponible: <http://www.index-f.com/dce/20/r20-042.php>.
45. Silva, A; Coutinho, I; Katz, L y Cols. (2013) “Factores asociados con la recurrencia de embarazos de adolescentes en una Maternidad Escuela: Estudio de casos y controles”. Brasil. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-668898?lang=es>.
46. Diniz, E; Koller, S. (2013) “Factores asociados al embarazo en adolescentes brasileños de Baja Renta”. Brasil. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-668070?lang=es>.

47. Villón, J; Loyola, E; Rosas, E y Cols. (2000) “Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba - Huancavelica, 1998” Huancavelica, Perú. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-270763>.
48. Matos, G. (2002) “Estudio del embarazo en adolescentes de Talara” Piura, Perú. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-475189>.
49. Matos, G. (2005) “Estudio Retrospectivo con el propósito de estudiar el embarazo en adolescentes en Talara” Piura, Perú. Fecha de acceso 02/09/13. Disponible: <http://share.pdfonline.com/98c6e3fa4d034d81a1dd1a4629eb22bf/tesis%20socororororoorjosjds.htm>.
50. Quinteros, L. (2006) “Factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Hospital Nivel II Materno Infantil César López Silva y al Hospital Nacional Nivel III Hipólito Unanue 2004” Lima, Perú. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-504377>.
51. Camino, A; Pozo, L. (2006) “Factores predisponentes al embarazo en adolescentes del Centro de Salud Los Algarrobos, Piura”. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura, Perú.

52. Morales, J; Gutiérrez, C; Mitma, C y Cols. (2008) "Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008". Ayacucho, Perú. Fecha de acceso 29/08/13. Disponible:  
<http://search.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-619882>.
53. García, D. (2009) Factores biosocioculturales de adolescentes embarazadas. Piura, 2009. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura, Perú.
54. Nizama, M. (2011) "Factores que influyen en el embarazo precoz y percepción de las adolescentes Embarazadas sobre la Atención brindada por el profesional de Obstetricia en el Control Prenatal del E.S I-3 El Indio del Distrito de Castilla-Piura, durante el período 2013" Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia. Chimbote, Perú. Fecha de acceso 02/09/13 Disponible:  
<http://share.pdfonline.com/98c6e3fa4d034d81a1dd1a4629eb22bf/tesis%20socororororoorjosjds.htm>.
55. López, E; Caro, A. (1994) Factores socio-demográficos y su relación con las complicaciones durante el parto de primigestas adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo "La Caleta". Tesis para

optar el Título de Licenciado en Obstetricia. Universidad Privada “San Pedro”. Chimbote, Perú.

56. Contreras, H; Mori, E; Hinostroza, W y Cols. (2013) Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev. Perú. med. exp. Salud pública vol.30 no.3 Jul. 2013. Lima, Perú. Fecha de acceso 29/03/14. Disponible: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002&lng=es&nrm=iso)
57. Anorga, E; San Miguel, L. (1997) "Factores de riesgo asociados al embarazo precoz en mujeres atendidas en el Centro de Obras Sociales "Maternidad de María" de Chimbote entre los meses de Abril a Junio de 1997". Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería, Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú.
58. Añorga, E; San Miguel, L. (2000) "Embarazo en adolescentes: influencia de algunos factores socio demográficos, nivel de información sobre educación sexual y el nivel de organización familiar, en los distritos de la zona Nor-occidental" Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Nuevo Chimbote, Perú.
59. Diego, P; Huarcaya, G. (2008) "Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes". Tesis para optar el

Título de Licenciado en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

60. Alvarado, J. (2003) Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia. República de Nicaragua, Ministerio de Salud. Dirección de Primer Nivel de Atención.
61. Gaviria, A. (2000) Decisión: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas. Rev. Coyuntura Social, 23, 83-95.
62. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI (1988) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Informe General. Perú.
63. Sarué, E; Díaz, A; Fescina, R y Cols. (1992) Enfoque de riesgo. Montevideo, Uruguay. Fecha de acceso 08/03/14. Disponible: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201264.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201264.pdf).
64. Acosta, C. (2005) “Factores protectores y enfoque de riesgo en la prevención de embarazo adolescente” Tesis para optar por el Título de Licenciada en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Costa Rica. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis\\_Digitales/factoresprotectores.ddf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/factoresprotectores.ddf).

65. Lipari, M. (2012) “Impacto del tratamiento con enfoque de riesgo en adolescentes”. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Trabajo Social. Chile. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible: <http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112779/de%20la%20fuentes%20alvarez%20gonzalo.pdf?sequence=1>.
66. Castañeda, G. (2003) Notas de clase. Departamento de salud. Asignatura Salud Pública. Facultad de ciencias médicas “Cmdte M. Fajardo”.
67. Cúrbelo, T y Cols. (2005) Fundamentos de la Salud Pública. Ecimed. La Habana. Tomo I.
68. OPS. Publicacion Cientifica 531. (1986) Manual sobre el Enfoque de riesgo en la atención materno infantil.
69. Pita, S; Vila, M; Carpena, J. (1997) Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña (España) Cad Aten Primaria; 4: 75-78.
70. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: INEC, Ministerio de Salud: MINSA. (2009) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. [Internet] Octubre 2002. Fecha de acceso 11/02/09. Disponible: <http://www.inide.gob.ni/endesa/resumeninf.pdf>.

71. Hurlock, E. (1994) *Psicología de la adolescencia*. México: Ediciones Paidós; p. 496.
72. Díaz, V. (2003) El embarazo en las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*. 2003;139(1):S23-S28.
73. Romero, I. (2007) "Embarazo en la adolescencia". Curso de salud y desarrollo de la adolescente México. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible:  
<http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/953/1/tesis-0251.pdf>.
74. Zarate, I. (2003) *Factores psicosociales en escolares de educación secundaria de Lima Cercado*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
75. Errazti, J. (1981) *Anticoncepción: un manual sobre métodos de planificación familiar*, Social development center, Chicago.
76. Rodríguez, P. (2005) *Temas de Salud Pública*. Infomed. Cuba. .
77. Palomino, J. (2008) *Factor sociales*. Edit. Las Américas- México. Fecha de acceso 12/08/11. Disponible:  
<http://mx.answers.yahoo.com/question/index>.
78. *Diccionario de La Lengua Española* (2009) Fecha de acceso 26/01/12. Disponible: <http://www.rae.es/rae.html>.

79. Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEG (2007) Fecha de acceso 26/01/14. Disponible:  
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/español/rutinas/glogen/default.aspx?t=rcnat&s=est&c=11102>.
80. Diccionario de La Lengua Española (1986) Edit. Océano. España.
81. Zaldivar, D. (2002) “Funcionamiento familiar saludable” Fecha de acceso 01/07/13. Disponible:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamientofamiliar.pdf>.
82. Zárate, I. (2003) “Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado”. Tesis para obtener el Grado de Magister en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
83. Álvarez, C. (2010) “Comunicación y sexualidad”. *Enferm. glob.* n.19 Murcia. 2010. Fecha de acceso 01/12/13. Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200018&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200018&script=sci_arttext&tlng=es).
84. Diccionario Manual de la Lengua Española (2007) Trabajo. Larousse Edit. S.L. Fecha de acceso 01/12/13. Disponible:  
<http://es.thefreedictionary.com/trabajo>

85. Organización Panamericana de la Salud OPS (2004) “Manual sobre enfoque de riesgo en la atención materno infantil”. OPS Paltex N°7.
86. Nolazco, E. (2013) Algunos Antecedentes reproductivos en adolescentes. Blogger. Chimbote, Perú. Fecha de acceso 08/12/13. Disponible: <http://ericknola.blogspot.com/>
87. Lino, M; Medina, A. (2012) “Actitudes de niñas de 9 a 12 años de edad frente al tema de menarquia, centro de Educación Básica N° 2 “TEODORO WOLF” del Cantón Santa Elena, periodo 2011–2012. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. La Libertad, Ecuador. Fecha de acceso 01/12/13. Disponible: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/699/1/TESIS%20MARIA%20DEL%20PILAR%20LINO%20L.pdf>.
88. Vega, E; Méndez, E; Prieto, R y Cols. (2001) Atención al Adulto Mayor. Tm: Álvarez sintes R. temas de Medicina General Integral Vol. 1. Salud y Medicina. La Habana: Encimed; p/ 66 – 144.
89. Tapia, R. (2011) Métodos anticonceptivos. Fecha de acceso 01/12/13. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos91/sobre-metodos-anticonceptivos/sobre-metodos-anticonceptivos.shtml#ixzz2mx8sbnap>

90. Cunningham, F; Leveno, K; Bloom, S y Cols. (2010) "Crecimiento y el desarrollo fetal" 23a ed. Nueva York, Nueva York: McGraw-Hill, 2010: cap.
91. Reeder, S; Martin, L. (1992) Enfermería materno infantil .16 ava ed. Ed. Harla. México.
92. Sedeño, C (2010) Escala de Autoestima de Rosenberg - RSES. Fecha de acceso 14/09/13. Disponible en: <http://sicolog.com/?a=1669>
93. Padilla, M. (2003) La madre adolescente en la Seguridad Social Salvadoreña. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. Inf. Adolesc.2003; 10(2): 55-61.
94. Ramírez, F; Marquillo, A; Díaz, Y. (2011) Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes en los Centros de Salud CNOP, IMA y Tatagildo. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Autónoma de Guerrero. México. Fecha de acceso 04/03/14. Disponible: [http://www.uagro.mx/usr/admin/investigacion/ponencias/biomedicas/biom%20\(35\).pdf](http://www.uagro.mx/usr/admin/investigacion/ponencias/biomedicas/biom%20(35).pdf).
95. Cobos, L. (2013) Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la Consulta del Subcentro de Salud Zapotal - Santa Elena 2012-2013. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Estatal

Península de Santa Elena. La Libertad, Ecuador. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible:

<http://repositorio.upse.edu.ec:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/998/LIBETH%20COBOS%20-%20TESIS.pdf?sequence=1>

96. Padilla, M. (2000) Sexualidad de los adolescentes salvadoreños. REV Segovia. Páginas 7(3) 64-72 Sociedad Chilena de Obstetricia de ginecología infantil de Adolescencia.
97. Itza, I. (2008) “Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el Barrio Playa Blanca, San Benito Peten de Diciembre 2007 a Mayo 2008”. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8593.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8593.pdf)
98. Obregón, R. (2003) Tipos y características de la familia de las adolescentes embarazadas en el Instituto Especializado Materno Perinatal.: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
99. Pantelides, E. (2002) Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Centro de Estudios de Población (CENEP). Chile. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lc\\_g2229-p1.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/22069/lc_g2229-p1.pdf).

100. Della, M. (2011) Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas. Argentina. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1342Mora.pdf>.
101. Angoma, L; Poccorpachi, D. (2011) Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/angoma\\_al.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3011/1/angoma_al.pdf).
102. Urreta, M. (2008) Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Fecha de acceso 06/03/14. Disponible: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/urreta\\_pm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/urreta_pm.pdf).
103. Padilla, M. (2000). Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, 2000; 7(1): 16 – 25.

104. Núñez, U y Cols. (2003) Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto”. Rev. Salud Pública México. 2003;45:592-60.
105. Ortiz, R; Anaya, N; Sepúlveda, C y Cols. (2005) Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Med UNAB 2005;8:71-7.
106. Langer, A. (2003) El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y El Caribe. Rev. Panam. Salud Publica.2003;11:192-20.
107. Tirado, L. (2010) Investigación documental como se relaciona la baja autoestima con los embarazos en adolescentes del programa de educación especial en las Escuelas públicas de Puerto Rico. Universidad Metropolitana. México. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible:  
[http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis\\_Educacion/Educacion\\_especial\\_2010/LTiradoBenitez5182010.pdf](http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/Educacion_especial_2010/LTiradoBenitez5182010.pdf)
108. Medora, H. (2009) Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Tesis para optar al Grado de Magister en Psicología. Universidad de Concepción. Chile. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible:  
<file:///C:/Users/Paola/Downloads/17457-51366-1-PB.pdf>

109. María, M; Chávez, F. (2008) Autoestima y salud mental en adolescentes embarazadas. Tesis para optar el Título de Licenciado en Psicología. Chile. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible: <http://altoautoestima.com/wp-content/uploads/sites/745/files/2011/11/Adolescentes-y-Autoestima.pdf>.
110. Macías, C; Murillo, E. (2011) “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la Consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andres de Vera.” Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Puerto Rico. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible: [http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20\(31\).pdf](http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20(31).pdf).
111. Molina, R; Luengo, X y Cols. (2007) “Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas”. Santiago de Chile. Fecha de acceso 05/03/14. Disponible: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1998/V1factores.pdf>.
112. Arillo, G. (2008) “El inicio de vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR, 2003” .Tesis para optar el Grado de Maestra en estudios de población y desarrollo regional. México. Fecha de acceso 06/03/14. Disponible:

<http://www.educrim.org/drupal612/sites/default/files/Arillo.pdf>.

113. Navarro, M; López, A. (2012) “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras”. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Tarapoto, Perú. Fecha de acceso 06/03/14. Disponible: [http://pronafcap.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyector/archivo\\_87\\_Binder1.pdf](http://pronafcap.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_87_Binder1.pdf).
114. Gaytán, D; Dávila, P; Rocha, R y Cols (2008) “Principales causas y consecuencias de los embarazos en adolescentes (17-19)”. México. Fecha de acceso 06/03/14. Disponible: <http://3ases2reyes.blogspot.com/2008/05/tesis.html>.
115. González, A. (2010) “Diseño e implementación de estrategias de promoción de salud para la prevención del embarazo en adolescentes de 14 a 17 Años a partir del análisis de las percepciones culturales sobre la anticoncepción” Tesis para optar el Título de Magíster en Salud Pública. Universidad san Francisco de Quito. Quito, Ecuador. Fecha de acceso 06/03/14. Disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
116. Serrano, D; Rodríguez, N. (2008) “Embarazo en adolescentes”. Hospital San Félix, Edo. Bolívar. Tesis para optar el Título de Ginecólogo.

Venezuela. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible:  
<http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>.

117. Alarcón, R; Coello, J y Cols. (2009) “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia” Rev. Cubana Enfermer v.25 n.1-2 Ciudad de la Habana. Cuba. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000100007&script=sci_arttext).
118. Calderón, J; Alzamora, L. (2006) “Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes” Rev. Perú. med. exp. Salud Pública v.23 n.4 Lima Oct./Dic. 2006. Perú. Fecha de acceso 04/03/14. Disponible:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400003).
119. Libreros, L; Fuentes, L; Pérez, A. (2008) “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa”. Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo. Venezuela. Fecha de acceso 07/03/14. Disponible:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn084i.pdf>.

120. Alonso, R y Cols (2001). Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa, ciudad Habana Cuba. Pág. 1- 6.
121. Roa, L. (2012) “Análisis reflexivo del embarazo a temprana edad”. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado Barquisimeto”. Venezuela. Fecha de acceso 07/03/14.  
Disponible:  
<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGHQ7594R632012.pdf>.
122. Corvalán, C. (2001) “Embarazo precoz”. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Tesis para optar el Título de Trabajador Social. Chile. Fecha de acceso 07/03/14.  
Disponible:  
<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/416/1/tesis.pdf>
123. Gutiérrez, B. (2011) “Menarquia a temprana edad – riesgo adolescente” Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Ecuador. Fecha de acceso 12/04/14. Disponible:  
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>

124. Pardo, C. (2009) "Madurez sexual en adolescentes" Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Perú. Fecha de acceso 12/04/14.  
Disponibile:  
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
125. Bartolomé, A. (2010) "Planificación familiar en adolescentes" Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Perú. Fecha de acceso 12/04/14. Disponibile:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000300010&script=sci_arttext)
126. Bazallo, H. (2013) "Embarazo no deseado en adolescentes" Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Perú. Fecha de acceso 12/04/14. Disponibile:  
<http://www.monografias.com/trabajos96/impacto-que-causembarazo-temprana-edad/impacto-que-causembarazo-temprana-edad.shtml>

# ANEXO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**E.A.P ENFERMERÍA**



**ANEXO N ° 01**

**CUESTIONARIO DE ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES Y  
REPRODUCTIVOS DE ADOLESCENTES**

A continuación le presentación un instrumento que servirá para conocer algunos antecedentes sociales y reproductivos relacionados a las adolescente con embarazo precoz, con el objetivo de realizar nuestro trabajo de investigación. Por el cual le pedimos su participación y ser sinceros al responder las preguntas que se muestran a continuación.

**A) ALGUNOS ANTECEDENTES SOCIALES:**

**1. GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

**2. LUGAR DE DONDE RESIDENCIA ES:**

- a) Urbano
- b) Urbano\_marginal
- c) Rural

3. ¿TIENE UD. PAREJA EN LA ACTUALIDAD?

a) Con pareja

b) Sin pareja

4. TIPO DE FAMILIA QUE PROCEDE USTED:

a) Monoparental (un solo progenitor e hijos)

b) Extensa (hijos \_ progenitores \_ otros familiares)

c) Nuclear (progenitores e hijos)

5. EDUCACIÓN SEXUAL:

d) Recibió

e) No recibió

6. TRABAJO:

a) Trabaja

b) No trabaja

**B) ALGUNOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS:**

7. MENARQUIA:

a) 10 – 13 años

b) 14 - 16 años

8. INICIO DE RELACIONES SEXUALES

a) Menor de 14 años

b) Mayor de 15 años

9. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

a) Usa

b) No usa

10. PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO:

a) Deseado

b) No deseado

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**E.A.P ENFERMERIA**



ANEXO N ° 02

Autor: Smilkstein G.

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (APGAR FAMILIAR)**

**Instrucciones:** leer detenidamente las siguientes preguntas y responda con sinceridad.

PREGUNTAS	CASI NUNCA (0)	A VECES (1)	CASI SIEMPRE (2)
1. ¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problemas?			
2. ¿Conversan entre ustedes los integrantes de la familia los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto con la participación de los integrantes de la familia?			
4. ¿Los fines de semana son compartidos conjuntamente con todos los integrantes de la familia?			
5. ¿Sientes que en tu seno familiar te quieren?			
<b>TOTAL DE PUNTAJE</b>			

**CALIFICACIÓN**

- **DISFUNCIÓN FAMILIAR GRAVE: 0-3 puntos.**
- **DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA: 4-6 puntos.**
- **BUEN FUNCIONAMIENTO FAMILIAR: 7-10 puntos.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**E.A.P ENFERMERIA**



ANEXO N ° 03

Autor: Rosenberg, M.

**TEST DE ROSENBERG –ESCALA DE LA AUTOESTIMA**

El siguiente test de personalidad tiene como finalidad medir tu nivel de autoconcepto

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A menudo creo que no soy una buena persona.				

PUNTUACIÓN:

- AUTOESTIMA BAJA: 10 – 32 puntos
- AUTOESTIMA ALTA: 33 – 40 puntos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ANEXO N° 04**

**FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO....., con  
DNI N°..... Habiendo sido informado de los  
objetivos, procedimientos, beneficios y responsabilidades de mi persona. Así  
también, como mis derechos para responder con una negativa. Dejando en claro  
de estar apoyando voluntariamente y no haber recibido ninguna coacción, para  
apoyar el campo de las investigaciones en salud.

Acepto colaborar en el proyecto de investigación: “Algunos antecedentes sociales  
y reproductivos en edad de adolescente con embarazo precoz. Hospital La Caleta.  
Chimbote, 2014”, ejecutado por los tesisistas de la escuela de enfermería de la  
Universidad Nacional del Santa, con el fin de incrementar los conocimientos  
científicos en el área de salud reproductiva y promover una salud sexual  
responsable.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADOLESCENTE