

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Factores demográficos, sexuales y familiares asociados al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2013

Tesis presentada por la Bachiller:

**CLAUDIA CAROLINA VILLAR SURCO**

Para optar por el Título Profesional de  
Médico Cirujano

**Arequipa – Perú  
2013**

## DEDICATORIA

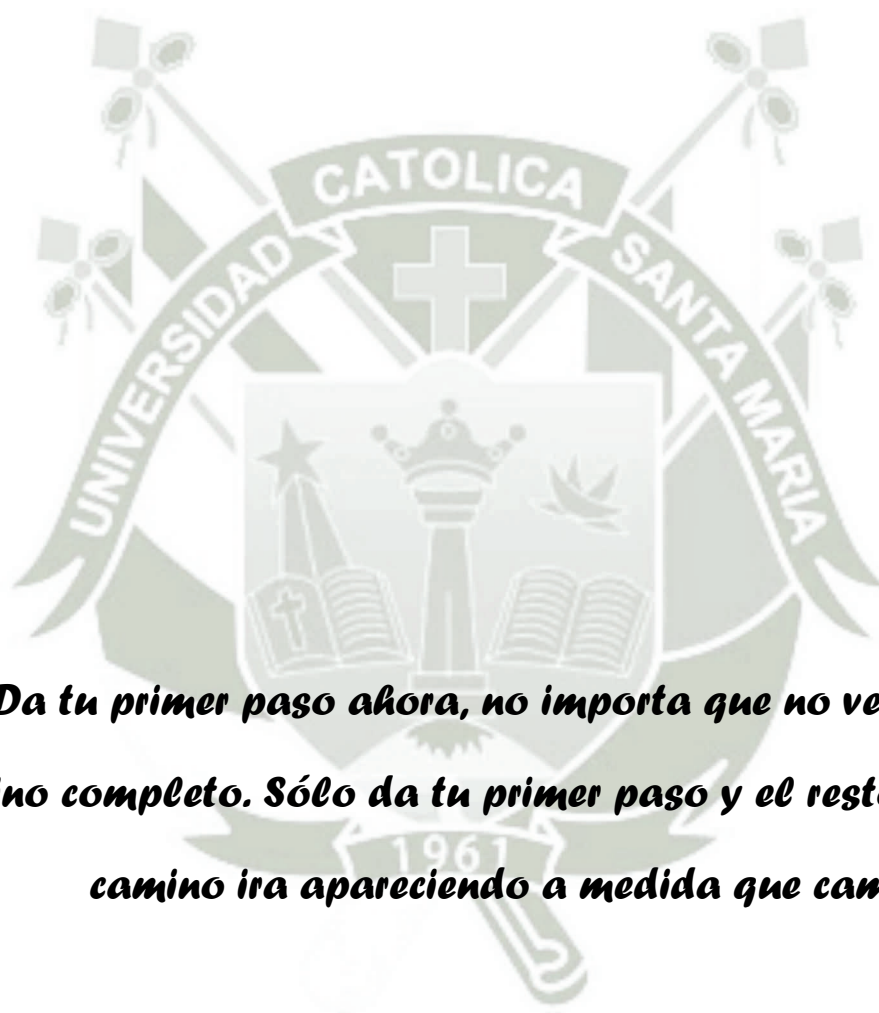
“Gracias a Dios por ser lo que soy, por estar donde estoy, por tener lo que tengo; por las oportunidades que me brinda día a día, por las lecciones de vida que me hacen ser mejor persona, por el privilegio de tener conocimientos porque con ellos voy logrando buenas cosas”.

“A ti mi querido padre; mi más sincero agradecimiento, porque tu haz contribuido a ser lo hoy ves en mí, porque admiro como llevas tu vida de trabajo, de exigencias y cansancio. Gracias por ser un buen padre, gracias a tu ejemplo he aprendido a luchar en la vida”.

“A tí mamá; porque tú me diste la vida y me viste crecer, me levantaste cada vez que tropezaba, tu que nunca me dejas sola que siempre estás ahí y me das tu mano para seguir el camino correcto. Me enseñaste lo bueno y lo malo de la vida. Gracias a ti soy una mujer de bien”.



LA AUTORA



***“Da tu primer paso ahora, no importa que no veas el camino completo. Sólo da tu primer paso y el resto del camino ira apareciendo a medida que camines”***

***- Martin Luther King Jr.***

## INDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II: RESULTADOS .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....</b>	<b>44</b>
<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo 1: Formulario .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo 2: Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) ..</b>	<b>61</b>
<b>Anexo 3: Proyecto de Investigación.....</b>	<b>63</b>

## RESUMEN

El presente es un estudio Transversal, Observacional y Analítico, realizado en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2013; para el cual se entrevistó y realizó una encuesta a una muestra representativa de adolescentes, divididas en casos (gestantes) y controles (no gestantes). Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado se establece asociaciones con cálculo del odds ratio y regresión logística, con el objetivo de determinar los factores demográficos, sexuales y familiares asociados al embarazo en adolescentes.

Se obtuvo que las adolescentes embarazadas tenían predominantemente educación secundaria (72,18%), comparada con 76,69% de no embarazadas con educación preuniversitaria ( $p < 0,01$ ); la educación primaria se asoció a riesgo de embarazo ( $OR = 2,56$ ). En el grupo casos fueron convivientes en 60,90% de casos, y en los controles solteras el 93,98%, ( $p < 0,01$ ). El tener pareja se asoció a riesgo ( $OR = 28,59$ ). Las adolescentes embarazadas fueron predominantemente amas de casa (66,92%) y las no embarazadas estudiantes (93,23%;  $p < 0,01$ ). La ocupación en labores del hogar se asoció a un  $OR = 65,23$ . La situación socioeconómica regular o mala se asoció a un riesgo 5,37 veces de embarazo. El 47,37% de gestantes refirió no haber recibido educación sexual en la escuela, 77,44% de no embarazadas sí ( $p < 0,05$ ;  $OR = 3,09$ ); el 78,95% de adolescentes embarazadas no recibieron educación sexual en el hogar, y 51,88% de no embarazadas sí lo hicieron ( $p < 0,01$ ;  $OR = 4,04$ ). El 31,58% de adolescentes embarazadas refiere haber usado un método anticonceptivo, mientras que sólo lo hicieron 11,28% de no embarazadas ( $p < 0,05$ ) pero no se asoció a riesgo sino a protección ( $OR < 1$ ). El 53,38% de casos convive con su pareja, y 92,48% de adolescentes no embarazadas convive con sus padres ( $p < 0,01$ ); el convivir con pareja se asoció a riesgo ( $OR = 151,16$ ). Hubo más disfunción entre familias de madres adolescentes (96,24%) que en las no embarazadas (68,42%;  $p < 0,05$ ) y se asoció a un  $OR = 11,82$ .

Concluyendo que existen factores demográficos y familiares asociados a embarazo en adolescentes, es necesario valorar la importancia de la educación sexual en su prevención.

**PALABRAS CLAVE:** embarazo – adolescentes – factores de riesgo.

## ABSTRACT

The present is a Transverse, Observational and Analytical study, realized in the obstetrics ward of the Regional Hospital Honorio Delgado, 2013; for which an interview and a survey was realized to a representative sample of adolescents, divided into cases (pregnant) and controls (non-pregnant). Results are compared using chi square test establishes partnerships with calculation of odds ratios and logistic regression, with the objective of determine the demographic, sexual and family factors associated with the pregnancy in adolescents.

The results were that pregnant teens were predominantly secondary education (72.18%), compared with 76.69% of non-pregnant women with pre-university education ( $p < 0.01$ ), the primary risk associated with pregnancy ( $OR = 2, 56$ ). In the cases were cohabiting in 60.90% of cases, and the single controls 93.98%, ( $p < 0.01$ ). The couple have associated with risk ( $OR = 28.59$ ). Pregnant teens were predominantly housewives (66.92%) and non-pregnant students (93.23%,  $P < 0.01$ ). Occupation in housework was associated with an  $OR = 65.23$ . The fair or poor socioeconomic status was associated with a 5.37 times risk of pregnancy. The 47.37% of pregnant women reported not having received sex education in school, 77.44% of non-pregnant other ( $p < 0.05$ ,  $OR = 3.09$ ), the 78.95% of pregnant adolescents received no education sex at home, and 51.88% of non-pregnant did ( $p < 0.01$ ,  $OR = 4.04$ ). The 31.58% of pregnant adolescents reported having used contraception, while only 11.28% of the non-pregnant women did ( $p < 0.05$ ) but was not associated with risk but protective ( $OR < 1$ ). The 53.38% of cases, lives with her partner, and 92.48% of non-pregnant adolescents living with their parents ( $p < 0.01$ ), the pair live with associated risk ( $OR = 151.16$ ). There were more family dysfunction among adolescent mothers (96.24%) than in non-pregnant (68.42%,  $P < 0.05$ ) and was associated with an  $OR = 11.82$ .

The conclusion, of this study is that there are demographic and family factors associated with teenage pregnancy, it is necessary to assess the importance of sex education in prevention.

**KEYWORDS:** pregnancy - adolescents - risk factors.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa comprendida entre la niñez y la adultez, la cual se caracteriza por ser un período de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional, destacando la aceleración del desarrollo corporal y el aumento de los requerimientos psicosociales; los jóvenes comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social-básica, volviéndose susceptible de afrontar diversos problemas de salud como el embarazo precoz, el cual es relativamente frecuente en nuestros días. (1)

En la actualidad el embarazo en la adolescencia se considera como un problema de salud pública, al presentarse cada vez con más frecuencia, llevando a este grupo de gestantes a afrontar experiencias difíciles, y afectando consecuentemente la salud integral tanto de los padres adolescentes, como de sus hijos, familiares y a la sociedad.(2).

La presente situación problemática se encuentra hoy en día, asociada a patrones conductuales, culturales, educativos, morales y otros, los cuales se vinculan a una actividad sexual precoz, incrementando el número de gestantes adolescentes. (2)

Durante mi práctica diaria, como Interna, por la rotación en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, evidencie un notable crecimiento en número de gestantes adolescentes, motivándome a realizar el presente estudio, con el fin identificar los factores demográficos, sexuales y familiares asociados a la gestación en adolescentes, con el fin de plantear un trabajo preventivo en atención primaria de salud a los grupos más vulnerables, y poder evitar embarazos precoces y maternidad temprana.

Se aplicó el Método de Casos (embarazadas) y Controles (no embarazadas), entrevistando y aplicando adicionalmente una encuesta y una ficha familiar.

Las limitaciones fueron, la dificultad que se presentó en el momento de la entrevista a adolescentes menores a 15 años, por su falta de entendimiento a determinados términos y preguntas, a consecuencia de un pobre nivel cultural; que al resultar embarazadas, y como producto de una disfunción familiar, estas adolescentes, decidieron la convivencia con su pareja y abandonar su formación académica, dedicándose a las labores del hogar.





**CAPITULO I**  
**MATERIAL Y METODOS**

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** Para la obtención de los datos se recurrió a una entrevista con adolescentes embarazadas que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado (casos) y adolescentes no embarazadas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado (controles).

**Instrumentos:**

- Encuesta: consta de 11 preguntas cerradas y semicerradas, las cuales evalúan a las variables edad, escolaridad, ocupación, estado civil, nivel económico (para su valoración, se tomó en cuenta la presencia de servicios básicos como luz, agua, desagüe; material del hogar, así como el ingreso económico familiar satisfactorio por mes (“Insuficiente”: menor o igual a 900 soles por mes, “Regular”:1000 a 1800 soles por mes y “Bueno ”: mayor o igual a 1900 soles).
- Test para evaluar el funcionamiento familiar FF – SL, de las adolescentes (Anexo 2).

**Materiales:**

- Material de escritorio
- PC Pentium IV
- Impresora
- Sistema Operativo Windows Seven
- Procesador de Texto Word 2010
- Soporte estadístico “Statistica Versión 7.0” para Windows.

**2. Campo de verificación**

**2.1 Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en los Servicios de Obstetricia, Medicina Mujeres y Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, capital del Departamento de Arequipa – Perú.

**2.2 Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de enero y febrero 2013.

**2.3 Unidades de estudio:** adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado.

**Población:** Todas las adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado que cumplieron los criterios de selección en el periodo de estudio.

**Muestra:** las adolescentes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado se dividieron en dos grupos: adolescentes embarazadas (casos) y adolescentes no embarazadas (controles).

La prevalencia de embarazos en adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2012, fue de 14% (25); al aplicar la fórmula para análisis de casos y controles:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{(c+1)(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{c(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{c(p_1 - p_2)} \right]^2$$

$$p_2 = \frac{p_1}{w(1-p_1) + p_1}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$Z\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

c = proporción de casos/controles = 1

$p_1$  = frecuencia de exposición entre casos = 0.14

$p_2$  = frecuencia de exposición entre controles

w = OR estimado = 4

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

$$n = 128,04 = 133$$

Se obtuvo una muestra de 133 gestantes adolescentes y 133 no adolescentes, con el fin de aplicar la encuesta correspondiente, para realizar el presente estudio.

**Criterios de selección:**

• **Criterios de Inclusión**

**PARA LOS CASOS**

- Gestantes adolescentes entre 10 a 19 años, que cursen con gestación única entre 20 a 40 semanas.
- Gestantes adolescentes atendidas en el Servicio Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

**PARA LOS CONTROLES**

- Adolescentes entre 10 a 19 años.
- Adolescentes atendidas en los Servicios de Medicina Mujeres y Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado.

• **Criterios de exclusión**

**PARA LOS CASOS**

- Gestante adolescente con incapacidad mental.
- Gestantes adolescentes víctimas de violación sexual.
- Gestantes que no deseen participar en la investigación.

**PARA LOS CONTROLES**

- Adolescente con incapacidad mental.
- Adolescentes víctimas de violación sexual.
- Adolescentes que no deseen participar en la investigación.

**3. Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, transversal.

**4. Nivel de investigación:** Se trata de un estudio analítico de casos y controles.

## **5. Estrategia de Recolección de datos**

### **5.1. Organización**

Se procedió a solicitar el permiso correspondiente en la Dirección General del Hospital Honorio Delgado para la realización del presente proyecto y proceder con las entrevistas y encuestas correspondientes en los servicios de Obstetricia, Pediatría y Medicina.

Se seleccionaron los casos y controles de manera aleatoria, verificando que cumplan los criterios de selección. Los datos epidemiológicos, la información acerca de la convivencia con padres, la situación económica y el nivel de educación sexual se obtuvieron de la entrevista y encuesta proporcionadas a cada madre adolescente (anexo 1). Con el fin de evaluar la funcionalidad familiar, se aplicó un Test de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL, y finalmente una ficha de recolección de datos de cada paciente, la cual fue llenada por el investigador.

### **5.2. Validación de los instrumentos**

El Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) es un instrumento validado en Cuba, por Isabel Louro-Bernal y colaboradores, en la década de los 90, el cual es de bajo costo y de fácil comprensión, que será aplicado a las adolescente que cumplan con los criterios de inclusión, con el fin de evaluar el funcionamiento familiar a partir de la percepción que tiene la familia y las categorías a evaluar son: (26)

Cohesión ítems 1 y 8

Armonía ítems 2 y 13

Comunicación ítems 5 y 11

Adaptabilidad ítems 6 y 10

Afectividad ítems 4 y 14

Roles ítems 3 y 9

Permeabilidad ítems 7 y 12 (26)

### 5.3. Criterios para manejo de resultados

#### a) A nivel de recolección

Para la recolección de datos se procedió a la revisión de encuestas y fichas familiares de adolescentes (controles) y adolescentes embarazadas (casos) del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2013.

#### b) A nivel de sistematización

Para el procesamiento de datos se procedió a transformar los datos al sistema digital y elaborar una Matriz de Datos Estadística para Windows.

#### c) A nivel de estudio de datos

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango y desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba Chi cuadrado. La asociación univariada se evaluó con el cálculo del odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%, y de manera multivariada con análisis de regresión logística. Para análisis de datos se utilizó el paquete estadístico Statística versión 7.0



**Características demográficas**

**Tabla N° 1**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según edad y grupo de estudio**

Edad	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
< 14 años	2	1,50%	1	0,75%
14 años	4	3,01%	2	1,50%
15-17 años	53	39,85%	80	60,15%
18-19 años	74	55,64%	50	37,59%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Datos obtenidos por la autora. Arequipa, 2013

Chi<sup>2</sup> = 11,13      G. libertad = 3      p = 0,01

Se muestran primero las características demográficas de las adolescentes. En la **Tabla y Gráfico N° 1** se observa su distribución por edad; la mayoría de adolescentes embarazadas tenían de 15 a más años representando el 95.49%, mientras que entre las no embarazadas el 60,15% tenían de 15 a 17 años. Las diferencias fueron significativas.

Gráfico N° 1

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según edad y grupo de estudio

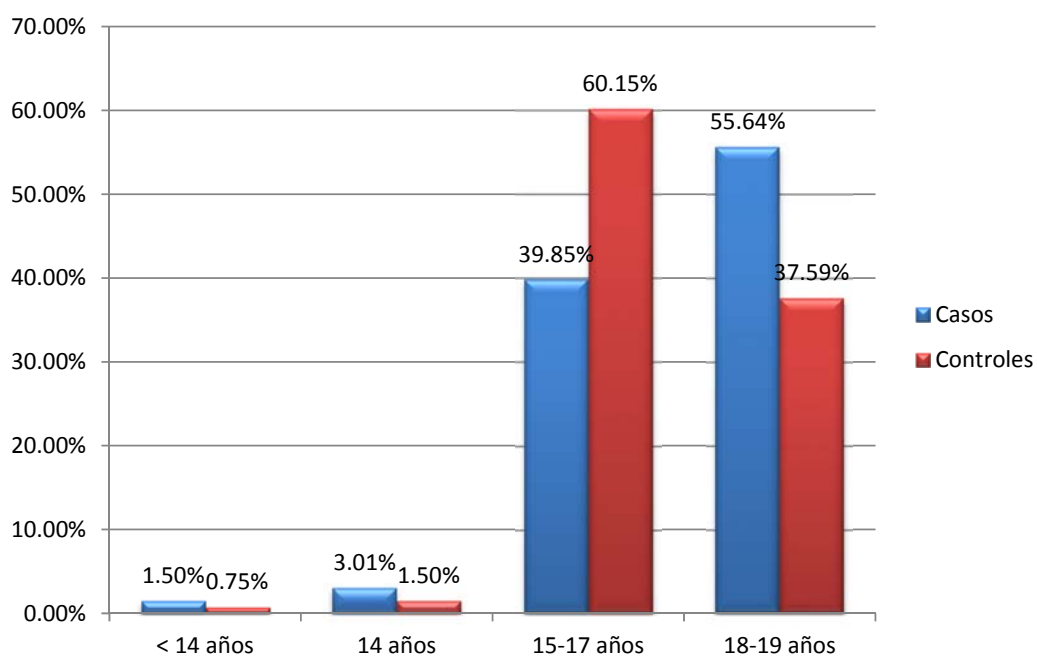


Tabla N° 2

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según etapas de la adolescencia y grupo de estudio**

	Edad en años	Casos		Controles	
		N°	%	N°	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	10 – 13	2	1,52%	3	2,25%
ADOLESCENCIA MEDIA	14 – 16	57	42,85%	70	52,63%
ADOLESCENCIA TARDIA	17 – 19	74	55,63%	60	45,12%
	Total	133	100,00%	133	100,00%

Datos obtenidos por la autora. Arequipa, 2013

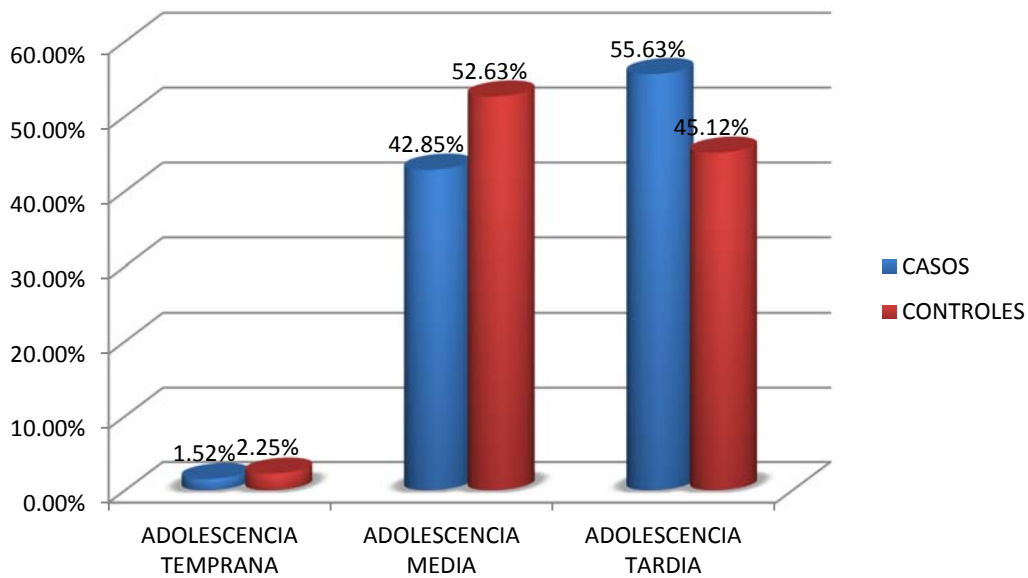
En la **Tabla y Gráfico N°2** se observa la distribución por etapas de la adolescencia; siendo la mayoría de casos pertenecientes a la adolescencia tardía (55,63%) y en los controles con 52,63% pertenecientes a la adolescencia media.

Cabe resaltar la importancia de este cuadro para comprender a las adolescentes embarazadas, ya que cada etapa de la adolescencia trae consigo variaciones individuales y culturales.

Gráfico N° 2

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según etapas de la adolescencia y grupo de estudio



**Tabla N° 3**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según escolaridad y grupo de estudio**

Escolaridad	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Primaria	5	3,76%	2	1,50%
Secundaria	96	72,18%	19	14,29%
Preuniversitario	2	1,50%	102	76,69%
Superior	30	22,56%	10	7,52%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 158,99

G. libertad = 3

p < 0,01

OR primaria: 2,56

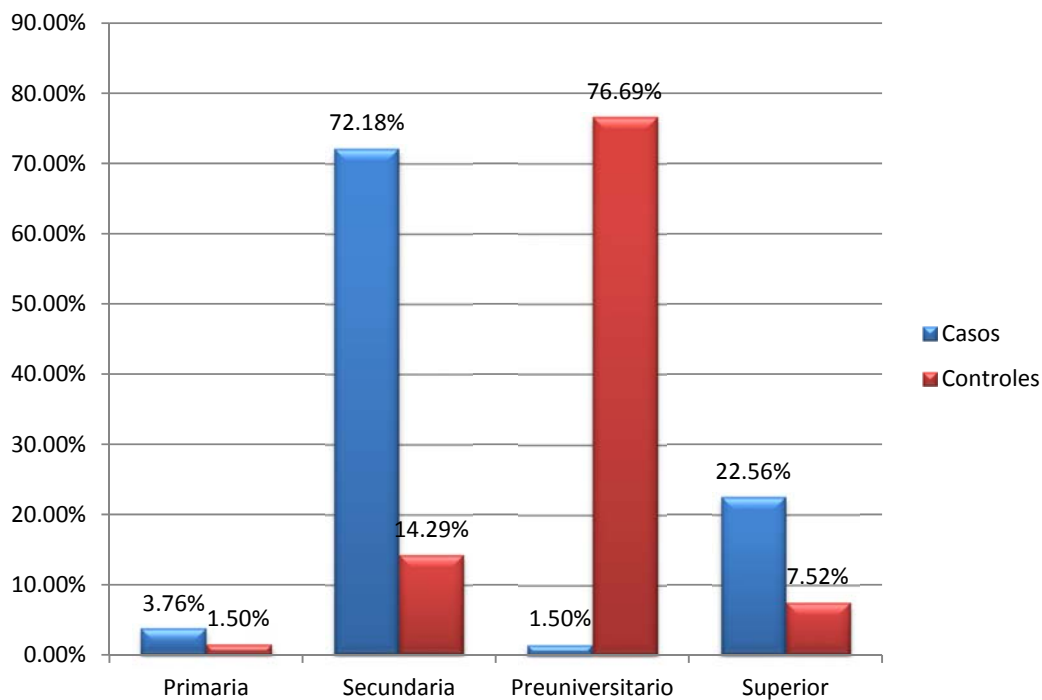
IC 95%: 0,49 - 13,43

La **Tabla y Gráfico N° 3** muestran la escolaridad alcanzada por las adolescentes; aquellas embarazadas tenían predominantemente educación secundaria (72,18%), comparada con 76,695% de adolescentes no embarazadas con educación preuniversitaria (p < 0,01). La educación primaria se asoció a un riesgo 2,56 veces mayor de embarazo en adolescentes.

Gráfico N° 3

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según edad y grupo de estudio



**Tabla N° 4**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de la escolaridad de las adolescentes embarazadas según  
las etapas de la adolescencia**

	Edad en años	Escolaridad	N°	
			Casos	%
ADOLESCENCIA TEMPRANA	10 – 13	Primaria:	2	1,50%
ADOLESCENCIA MEDIA	14 – 16	Primaria:	3	2.25%
		Secundaria:	54	40.62%
ADOLESCENCIA TARDIA	17 – 19	Secundaria:	42	31.57%
		Preuniversitario:	2	1.51%
		Superior:	30	22.55%
Total			133	100,00%

La **Tabla y Gráfico N° 4** muestran la escolaridad alcanzada por las adolescentes embarazadas según la etapa de la adolescencia en la que se encuentran, evidenciando que solo el 24.06% de las adolescentes que se encuentran en la adolescencia tardía, se encuentran en niveles de educación acorde a su edad.

La escolaridad con mayor porcentaje corresponde al nivel Secundaria con 72.18%, en el cual se encuentran las adolescentes embarazadas en las etapas de adolescencia media (40.62%) y adolescencia tardía (31.57%)

Gráfico N° 4

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de la escolaridad de las adolescentes embarazadas según  
las etapas de la adolescencia

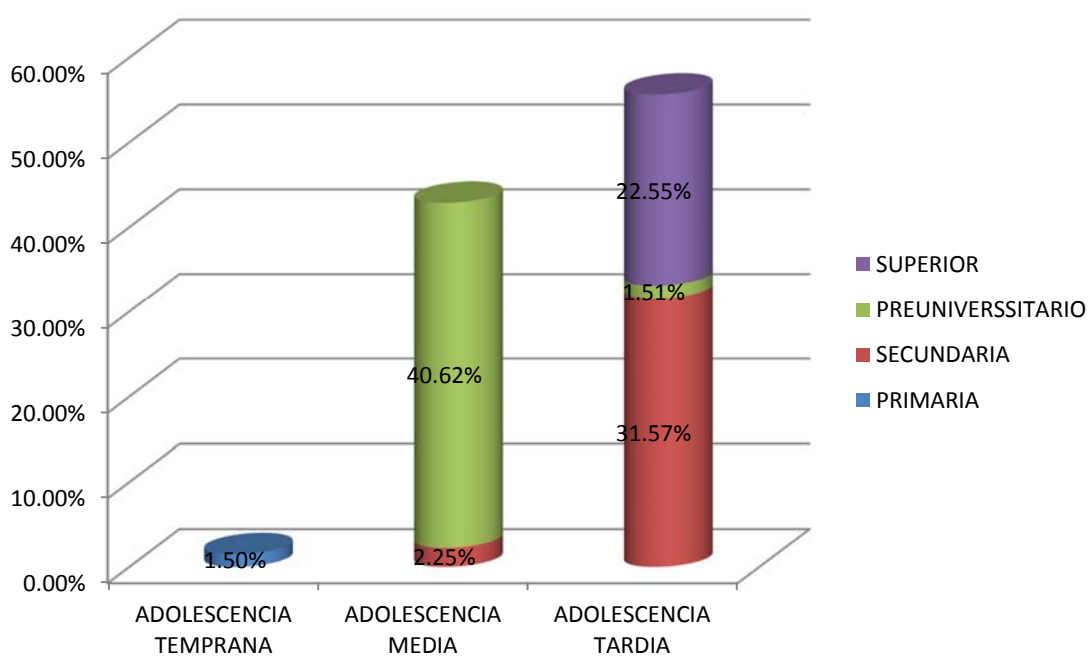


Tabla N° 5

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según estado civil en el momento de la  
encuesta y grupo de estudio

E. civil	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Soltera	47	35,34%	125	93,98%
Conviviente	81	60,90%	7	5,26%
Casada	5	3,76%	1	0,75%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 100,27

G. libertad = 2

p < 0,01

OR con pareja: 28,59

IC 95%: 12,87 - 63,52

En la **Tabla y Gráfico N° 5** se muestra el estado civil actual de las adolescentes; las embarazadas son convivientes en 60,90% de casos, y las no embarazadas con solteras (93,98%), diferencias altamente significativas (p < 0,01). El tener pareja como conviviente o casada se asoció a un OR = 28,59 veces mayor de embarazo.

Gráfico N° 5

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según estado civil en el momento de la  
encuesta y grupo de estudio

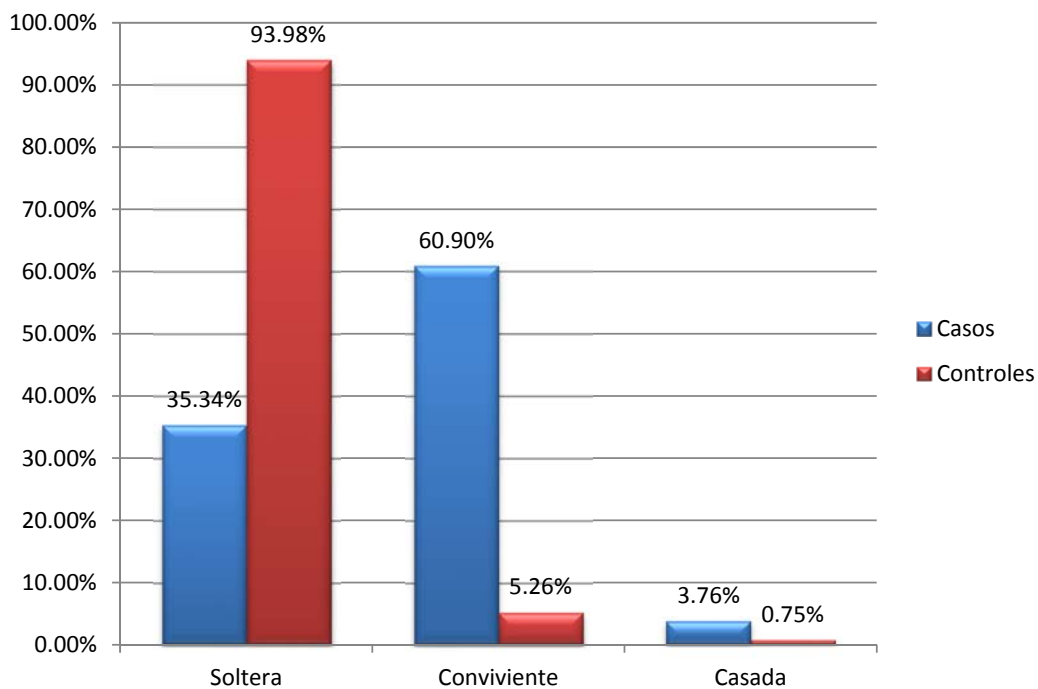


Tabla N° 6

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según ocupación y grupo de estudio**

Ocupación	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Ama de casa	89	66,92%	4	3,01%
Estudiante	34	25,56%	124	93,23%
Trabajadora	10	7,52%	5	3,76%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 130,62

G. libertad = 2

p < 0,01

OR sin ocupación: 65,23

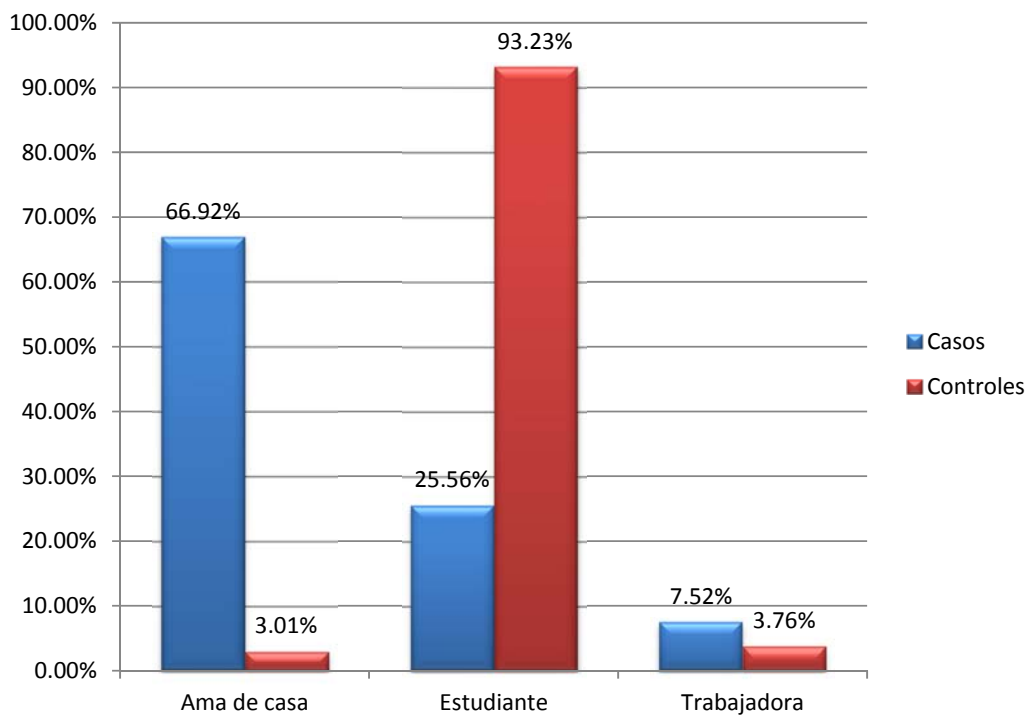
IC 95%: 22,63 - 188,02

En la **Tabla y Gráfico N° 6** se muestra la ocupación de las adolescentes según el grupo de estudio; las adolescentes embarazadas fueron predominantemente amas de casa (66,92%) mientras que las no embarazadas estudian (93,23%), diferencia también significativa (p < 0,01). La ocupación de ama de casa se asoció a un riesgo 65,23 veces mayor de embarazo.

Gráfico N°6

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según ocupación y grupo de estudio



**Tabla N° 7**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de ocupación según grado de instrucción de adolescentes  
embarazadas**

Grado de Instrucción	Ocupación	Casos	
		N°	%
Primaria	Ama de casa	05	3,75%
Secundaria	Estudiante	02	1,50%
	Trabajadora	10	7,55%
	Ama de casa	84	63,15%
Preuniversitario	Estudiante	02	1,50%
Superior	Estudiante	30	22,55%
	Total	133	100,00%

En la **Tabla y Gráfico N° 7** se muestra la ocupación de las adolescentes según el grado de instrucción; las adolescentes embarazadas fueron predominantemente amas de casa (66,92%) , sobre todo aquellas que tienen como grado de instrucción secundaria (63,15%), demostrando como repercute el embarazo en una adolescente, impidiéndole o truncándole de alguna forma su desenvolvimiento académico, además del resto de adolescentes que se encuentran en nivel secundario el 7,55% son trabajadoras y solo el 1,50% son estudiantes.

Tabla N° 7

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de ocupación según grado de instrucción de adolescentes  
embarazadas

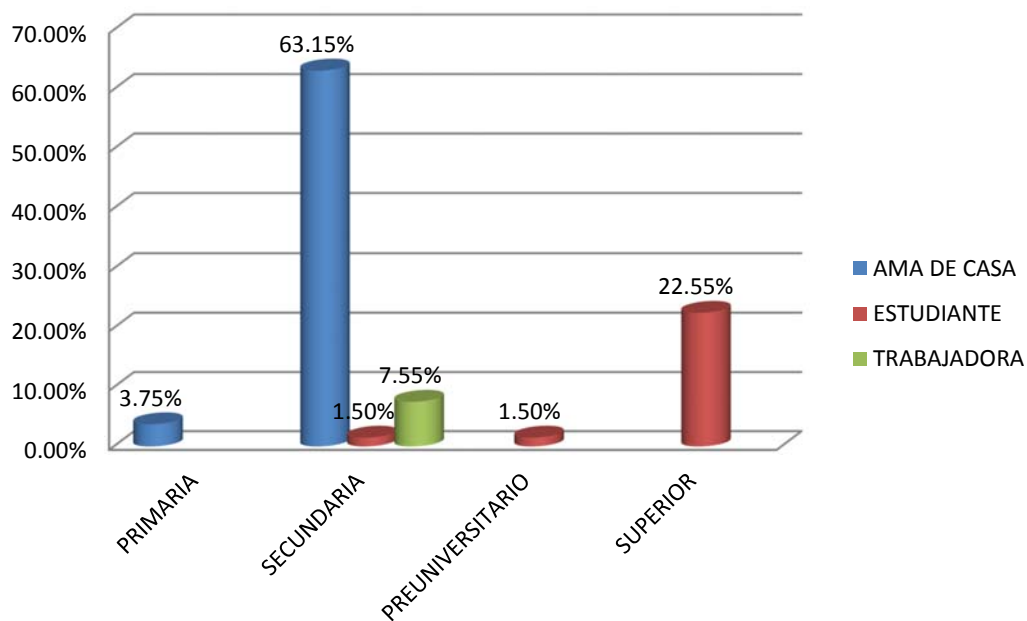


Tabla N° 8

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según nivel económico y grupo de estudio**

NSE	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Bueno	8	6,02%	34	25,56%
Regular	123	92,48%	97	72,93%
Insuficiente	2	1,50%	2	1,50%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 19,17      G. libertad = 2      p < 0,01

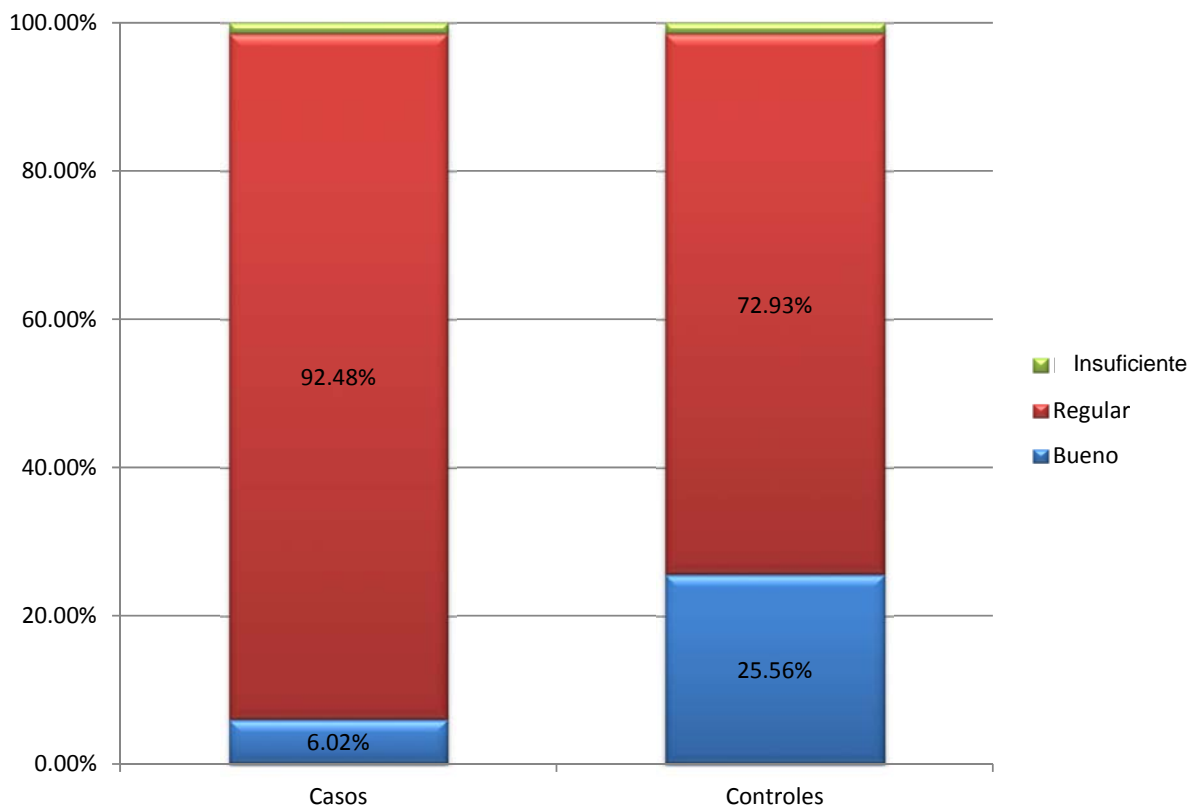
OR regular/malo: 5,37      IC 95%: 2,38 - 12,11

La percepción de un nivel económico fue regular en 92,48% de embarazadas y en 72,93% de no embarazadas, las que percibieron su situación como buena en 25,56% (p < 0,01); una situación regular o insuficiente se asoció a un riesgo 5,37 veces mayor de embarazo (**Tabla y Gráfico N° 8**).

Gráfico N° 8

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes nivel económico y grupo de estudio



**Características de la educación sexual**

**Tabla N° 9**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según educación sexual escolar y grupo de  
estudio**

Educación sexual	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Sí	70	52,63%	103	77,44%
No	63	47,37%	30	22,56%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 18,00      G. libertad = 1      p < 0,01

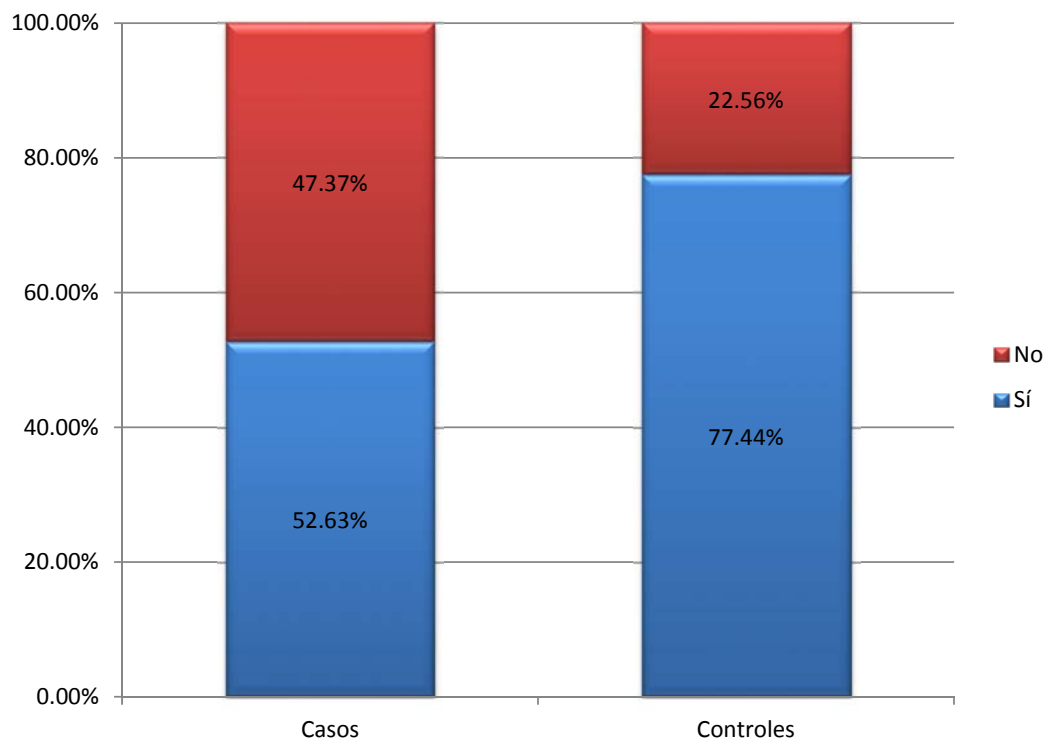
OR no recibió: 3,09      IC 95%: 1,82 - 5,25

Los factores relacionados a la educación sexual de las adolescentes en estudio, se muestran a continuación. La **Tabla y Gráfico N° 9** muestran la adquisición de cursos de educación sexual en la escuela; el 47,37% de gestantes refirió no haberla recibido, mientras que 77,44% de no embarazadas sí la recibió; la diferencia fue significativa (p < 0,01) y la falta de educación sexual en la escuela se asoció a un riesgo 3,09 veces mayor de embarazo.

Gráfico N° 9

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según educación sexual escolar y grupo de estudio



**Tabla N° 10**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según educación sexual en hogar y grupo  
de estudio**

Ed. sexual	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Sí	28	21,05%	69	51,88%
No	105	78,95%	64	48,12%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 27,28      G. libertad = 1      p < 0,01

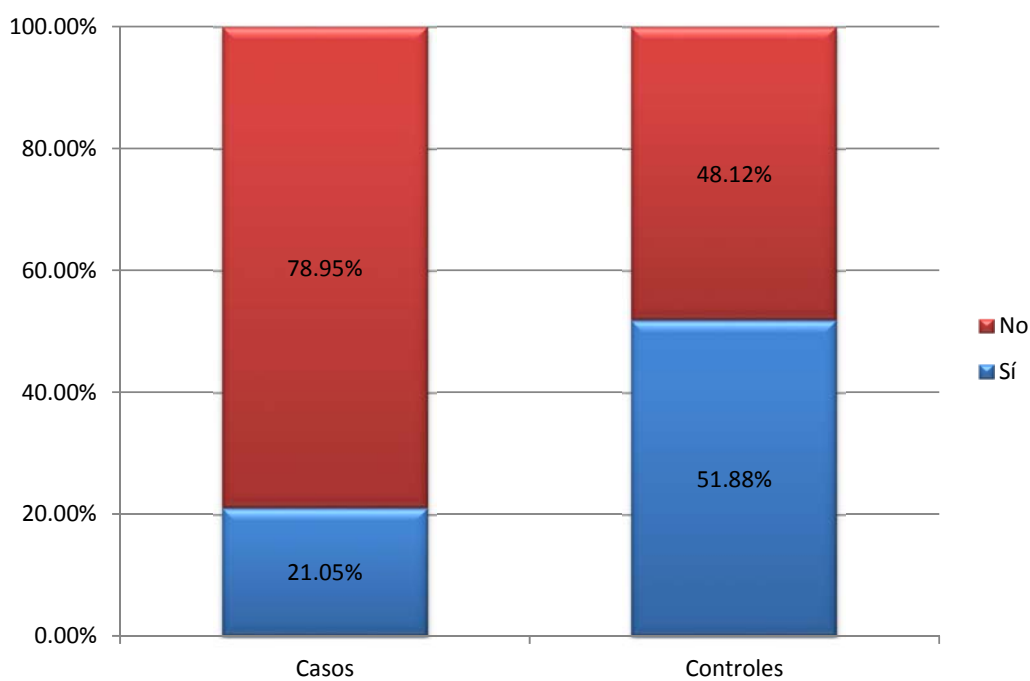
OR no recibió: 4,04      IC 95%: 2,36 - 6,92

En cuanto a la educación sexual en el hogar (Tabla y Gráfico N° 10); el 78,95% de las adolescentes embarazadas no la recibieron, mientras que 51,88% de no embarazadas si la recibieron (p < 0,01); el no recibirla se asoció a un riesgo 4,04 veces mayor de embarazo.

Gráfico N° 10

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según educación sexual en hogar y grupo  
de estudio



**Tabla N° 11**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según conocimiento de métodos  
anticonceptivos y grupo de estudio**

<b>Conoce</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sí	106	79,70%	106	79,70%
No	27	20,30%	27	20,30%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 0,00      G. libertad = 1      p = 1,00

OR no conoce: 1,00      IC 95%: 0,55 - 1,82

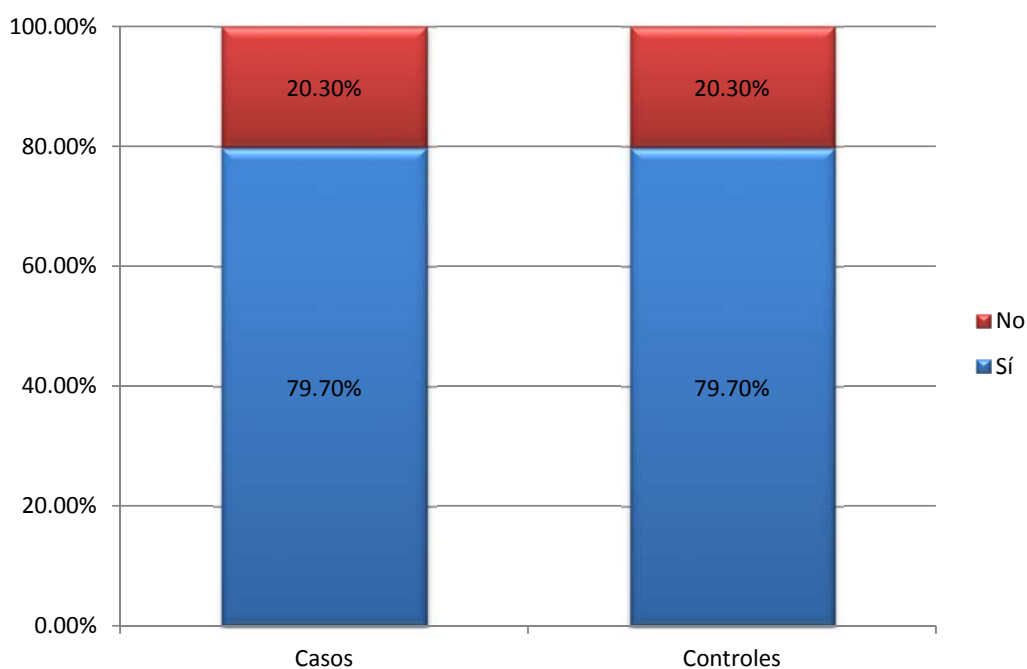
En la **Tabla y Gráfico N° 11** se puede apreciar el conocimiento de métodos anticonceptivos por las adolescentes; el 79,70% de adolescentes de ambos grupos las conoce; no hubo diferencia ni asociación de riesgo.

Cabe aclarar el medio por el cual las adolescentes estudiadas obtuvieron la educación sexual y consecuente conocimiento de métodos anticonceptivos, a través de factores externos como: medios de comunicación, amigas, pareja, entre otros; al contrario de las adolescentes no embarazadas, el 79,70% de adolescentes conocen métodos anticonceptivos, tras recibir educación sexual por parte de los padres y la escuela.

Gráfico N° 11

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según conocimiento de métodos  
anticonceptivos y grupo de estudio



**Tabla N° 12**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según métodos anticonceptivos conocidos  
y grupo de estudio**

<b>Método</b>	<b>Casos (n = 106)</b>		<b>Controles (n = 106)</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Preservativo	79	74,53%	93	87,74%
Ac. Orales	70	66,04%	67	63,21%
DIU	40	37,74%	39	36,79%
Inyectables	49	46,23%	23	21,70%
Quirúrgicos	19	17,92%	10	9,43%
Pild. Día sgte	0	0,00%	18	16,98%
Ritmo	4	3,77%	5	4,72%
Óvulos	0	0,00%	3	2,83%

Chi<sup>2</sup> = 34,49

G. libertad = 7

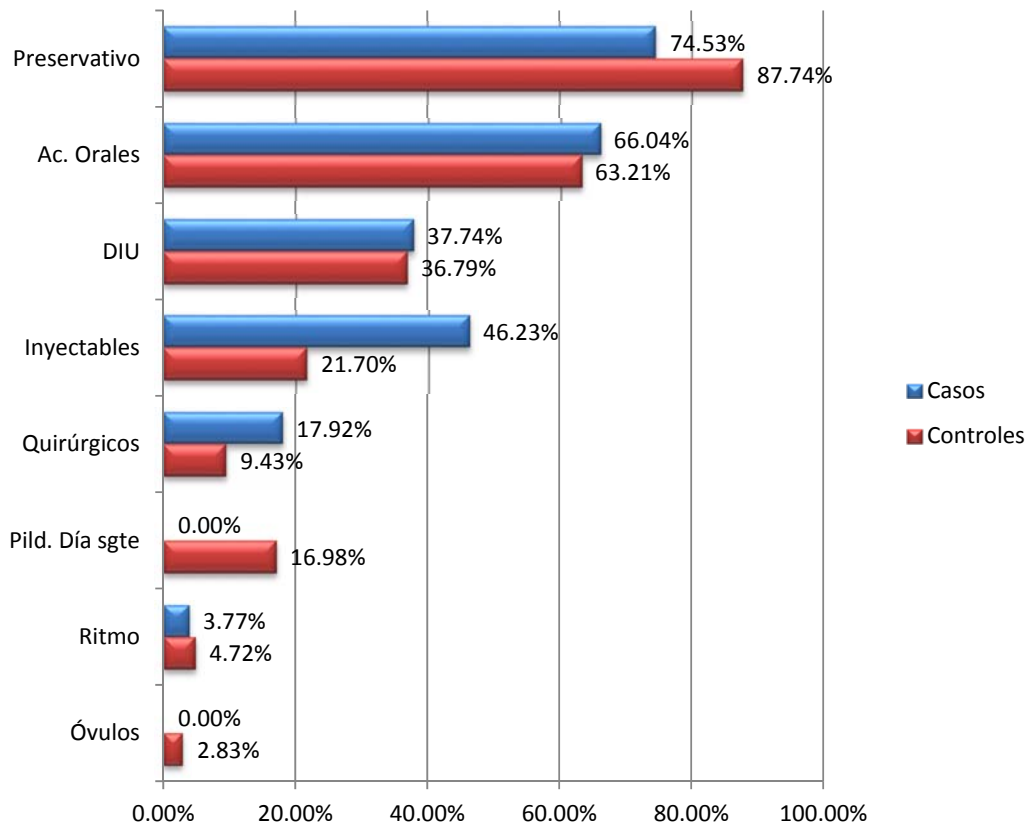
p < 0,01

Entre los métodos referidos por las adolescentes (**Tabla y Gráfico N° 12**), predominaron los preservativos y los anticonceptivos orales, y en menor proporción los dispositivos intrauterinos o los métodos hormonales inyectables, con diferencias significativas entre algunos métodos sobre otros.

Gráfico N° 12

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según métodos anticonceptivos conocidos  
y grupo de estudio



**Tabla N° 13**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según uso de Métodos Anticonceptivos y  
grupo de estudio**

Uso	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Usó	42	31,58%	15	11,28%
No usó	91	68,42%	118	88,72%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 16,28      G. libertad = 1      p < 0,01

OR no usa: 0,28      IC 95%: 0,14 - 0,53

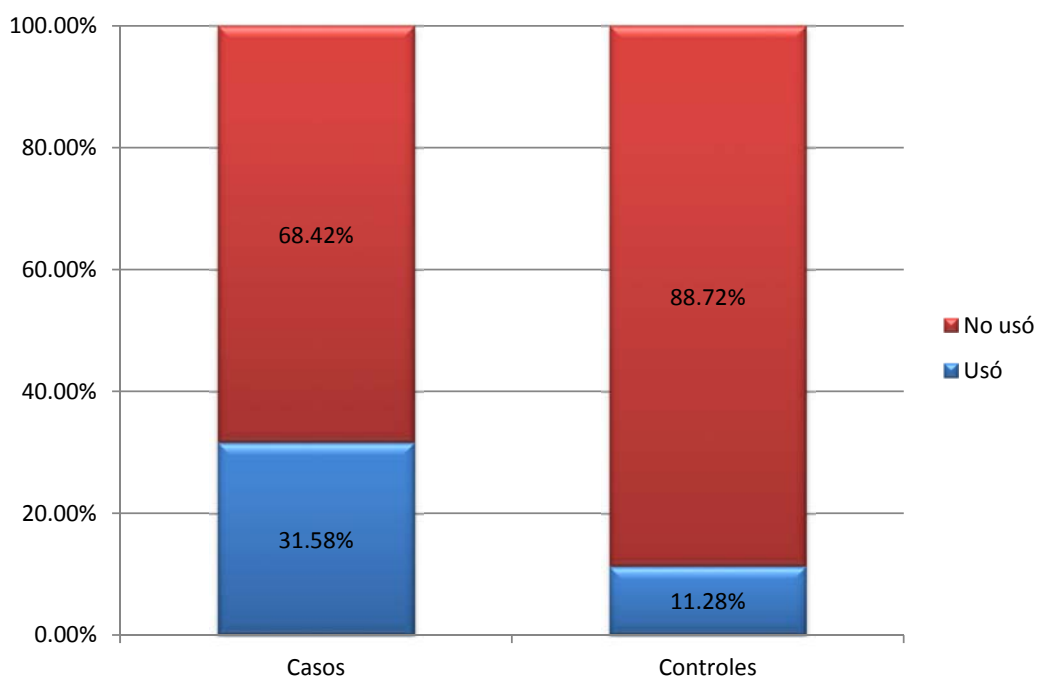
En relación al Uso de Métodos Anticonceptivos (**Tabla y Gráfico N° 13**), el 31,58% de adolescentes embarazadas refiere haber usado un método anticonceptivo, mientras que sólo lo hicieron 11,28% de las no embarazadas, diferencia significativa (p < 0,05) pero no asociada a riesgo sino a protección (OR < 1).

Es de importancia resaltar, que en los controles el 88,72% no uso Métodos Anticonceptivos y no resultaron embarazadas, debido a que la mayoría de estas adolescentes no iniciaron su vida sexual.

Gráfico N° 13

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según uso de Métodos Anticonceptivos y  
grupo de estudio



**Características familiares**

**Tabla N° 14**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según convivencia y grupo de estudio**

Convivencia	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Padres	54	40,60%	123	92,48%
Pareja	71	53,38%	1	0,75%
Tíos	4	3,01%	3	2,26%
Abuelos	0	0,00%	4	3,01%
Amigos	4	3,01%	0	0,00%
Sola	0	0,00%	1	0,75%
Hermanos	0	0,00%	1	0,75%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 105,10

G. libertad = 6

p < 0,01

OR c/pareja: 151,16

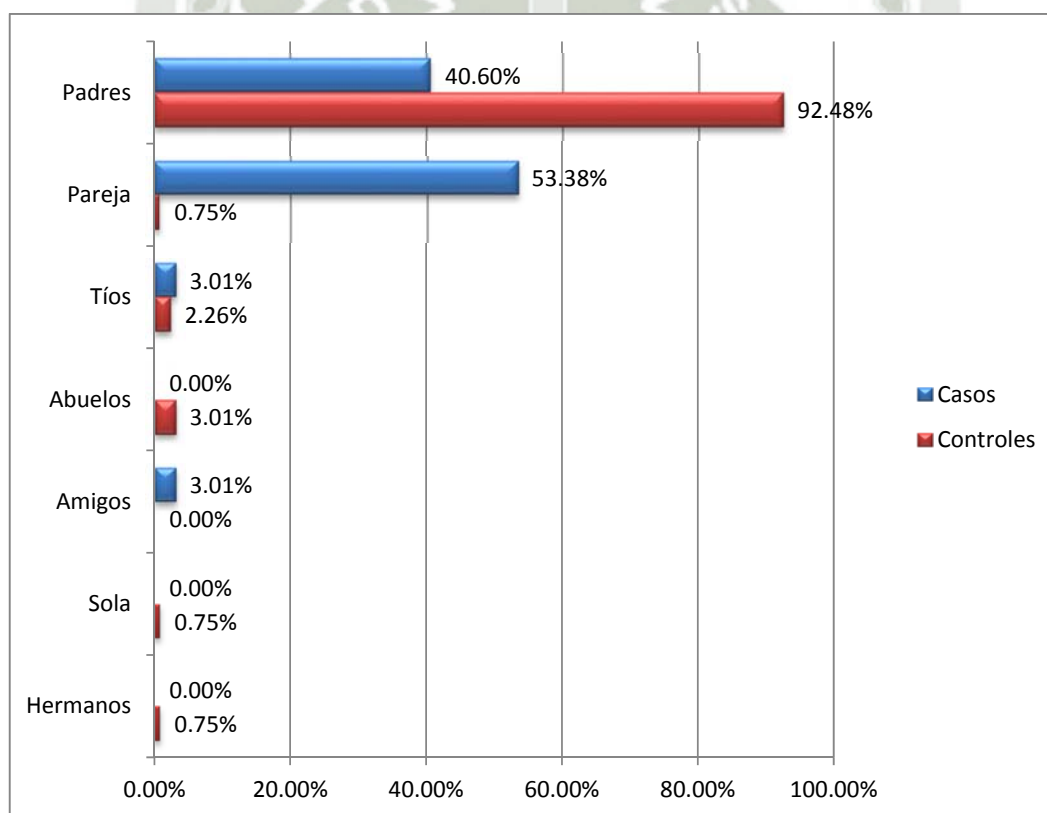
IC 95%: 20,53 - 1113,25

En cuanto a las características familiares de las adolescentes, la **Tabla y Gráfico N° 14** muestran que el 53,38% de adolescentes embarazadas convive con su pareja, mientras que 92,48% de adolescentes no embarazadas convive con sus padres, diferencia significativa (p < 0,01) ; el convivir con la pareja se asoció a un riesgo muy elevado de embarazo (OR = 151,16).

**Gráfico N°14**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según convivencia y grupo de estudio**



**Tabla N°15**

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según estado civil de los padres y grupo de  
estudio**

Estado civil padres	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Casados	73	54,89%	100	75,19%
Convivientes	45	33,83%	15	11,28%
Separados	11	8,27%	15	11,28%
Viudo	4	3,01%	3	2,26%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 19,197

G. libertad = 3

p < 0,01

OR sin pareja: 1,00

IC 95%: 0,44 - 2,31

La **Tabla y Gráfico N° 15** muestran la relación de los padres; el 54,89% de adolescentes embarazadas tienen a sus padres casados, lo que se da en 75,19% de adolescentes no embarazadas; las diferencias son significativas ( $p < 0,05$ ), y una familia con los padres convivientes, separados o viudos no se asocia a riesgo de embarazo en la adolescente (OR = 1), a pesar de que en las embarazadas adolescentes el estado civil de los padres como convivientes fue de 33.83%, siendo el segundo más alto

Gráfico N°15

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según estado civil de los padres y grupo de estudio

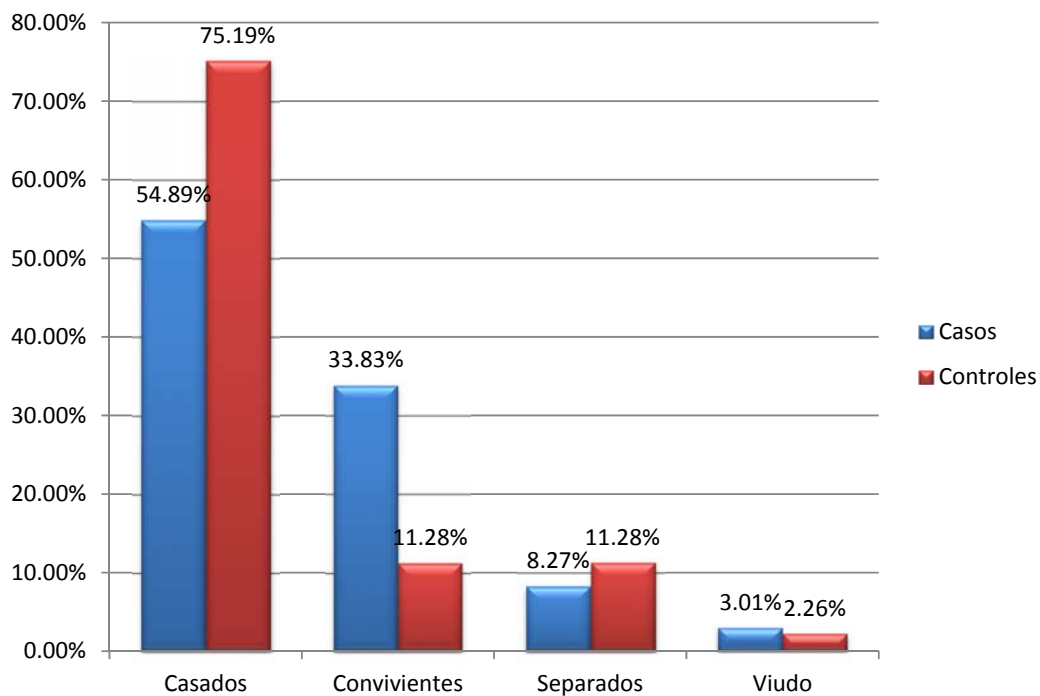


Tabla N°16

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013**

**Distribución de adolescentes según funcionamiento familiar antes del  
embarazo y grupo de estudio**

Función	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Severamente disfuncional	7	5,26%	2	1,50%
Disfuncional	59	44,36%	22	16,54%
Moderadamente funcional	62	46,62%	67	50,38%
Funcional	5	3,76%	42	31,58%
Total	133	100,00%	133	100,00%

Chi<sup>2</sup> = 49,00      G. libertad = 3      p < 0,01

OR disfuncional: 11,82      IC 95%: 4,50 - 31,03

El funcionamiento familiar de las adolescentes antes de resultar embarazadas, se muestra en la **Tabla y Gráfico N° 16**; hubo más disfunción entre las familias de madres adolescentes (49.62 %) que en las no embarazadas (18,04%); las diferencias fueron significativas (p < 0,05) y la disfunción familiar se asoció a un riesgo 11,82 veces mayor de embarazo.

Gráfico N°16

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Distribución de adolescentes según funcionamiento familiar antes del  
embarazo y grupo de estudio

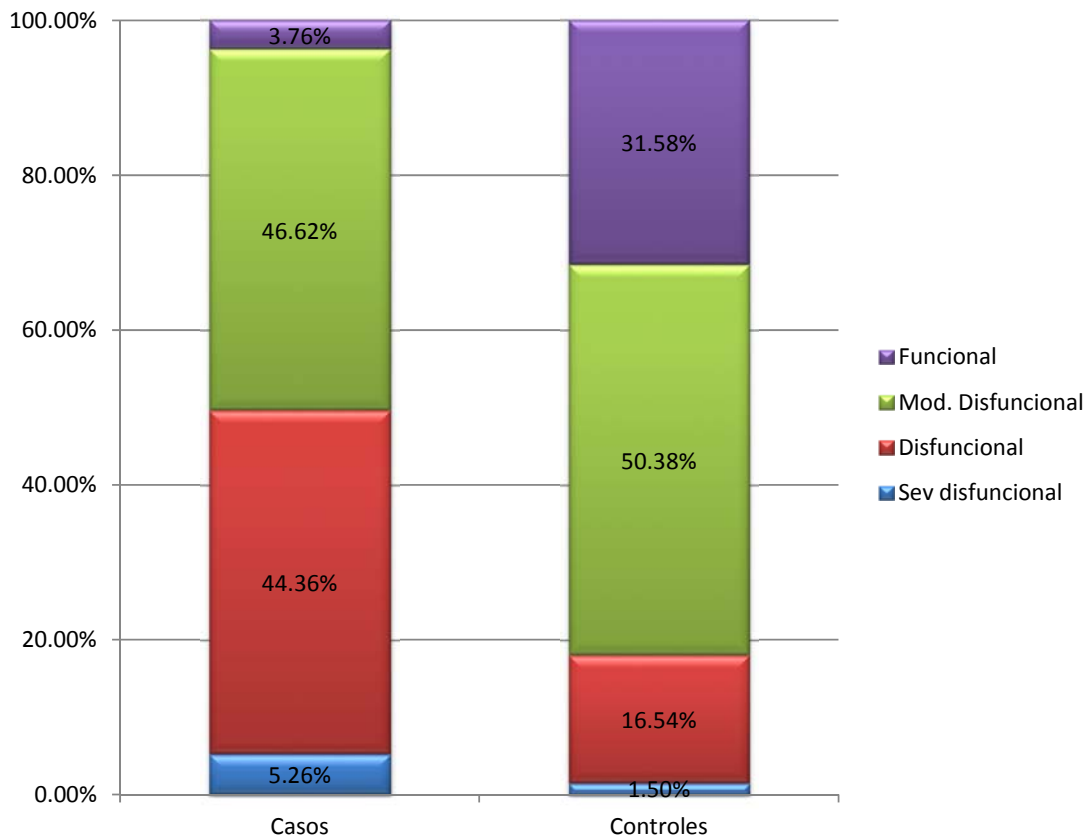


Tabla N°17

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2013

Resultado de análisis multivariado de factores relacionados a embarazo  
en adolescentes

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	IC 95%	
Baja escolaridad	-2,75	2,51	1,20	1	0,27	0,06	0,00	8,76
Pareja actual	-1,39	0,60	5,34	1	<b>0,02</b>	<b>0,25</b>	0,08	0,81
Sin Ocupación	2,93	0,64	20,92	1	<b>0,00</b>	<b>18,71</b>	5,33	65,66
Nivel SE bajo	0,51	0,57	0,79	1	0,37	1,66	0,54	5,06
Sin Curso Ed. Sex.	0,24	0,46	0,28	1	0,60	1,28	0,52	3,15
No Ed. Sex familia	0,24	0,45	0,28	1	0,60	1,27	0,53	3,05
No conoce MAC	0,08	0,55	0,02	1	0,89	1,08	0,37	3,16
No usa MAC	-0,33	0,57	0,33	1	0,56	0,72	0,24	2,20
Convive con pareja	4,94	1,57	9,94	1	<b>0,00</b>	<b>139,60</b>	6,48	3008,58
Padres separados	-0,26	0,67	0,15	1	0,70	0,77	0,21	2,87
Disfunción familiar	3,21	1,21	7,06	1	<b>0,01</b>	<b>24,71</b>	2,32	263,07

En la **Tabla N° 17** se muestra el resultado de la inclusión de los factores identificados en un modelo de regresión logística con todas las variables convertidas en dicotómicas; se encontró que la falta de ocupación en las adolescentes, siendo amas de casa y la convivencia con la pareja a consecuencia de resultar embarazadas, debido a una disfunción familiar fueron predictores de embarazo en las adolescentes.



**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar las diferencias existentes entre los factores demográficos, sexuales y familiares asociados al embarazo, realizando una comparación entre gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado y adolescentes no gestantes atendidas en los servicios de Medicina Mujeres y Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado. Se realizó la presente investigación debido a que el embarazo en adolescentes constituye un serio problema de salud pública, ya que en el Perú el 12.5% de adolescentes ya son madres (9.9%) o están embarazadas (2.6%); asimismo, en la región Arequipa el 6.1% presentan esta misma situación. (29)

Para tal fin se realizó una entrevista con encuestas a una muestra representativa de adolescentes, divididas en grupos casos (gestantes) y controles (no gestantes) recolectando datos demográficos, de la vida sexual y familiar para establecer su asociación con el embarazo. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado se establece asociaciones con cálculo del odds ratio y regresión logística.

Se muestran primero las CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES. En la **Tabla y Gráfico N° 1** se observa su distribución por edad, donde se evidencia que la mayoría de la población encuestada tanto para casos y controles son adolescentes mayores de 15 años, representando el 95,49% y 97,74% respectivamente, dentro de las cuales la población de adolescentes embarazadas entre las edades de 18 a 19 años, representó la población vulnerable con 55.64%, a diferencia del estudio Mirabal G. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la

adolescencia, donde se encontró al grupo etario entre los 16 y 17 años representando al mayor porcentaje (47,3%) (21); en los resultados de una tesis, Retamozo V. Comparación de los Factores Asociados al embarazo en gestantes adolescentes Del Servicio de Obstetricia y Clínica del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2011, indicó mayor casuística de adolescentes entre las edades de 18 a 19 años representado por un 60%, al igual que el presente estudio. (27)

Por lo tanto en los últimos años, los datos estadísticos nos revelan, que las adolescentes vienen iniciando su actividad sexual a edades cada vez más menores, y que la mayoría de ellas lo hacen antes de haber logrado una madurez suficiente, lo cual les acarrea gran cantidad de problemas y complicaciones, tales como: embarazos no deseados y fuera del matrimonio, abortos clandestinos, enfermedades de transmisión sexual, asumiendo en algunos casos la maternidad prematuramente, afrontando repercusiones psicológicas y sociales serias.(10)

En la **Tabla y Gráfico N° 2** se observa la distribución por etapas de la adolescencia; siendo la mayoría de casos pertenecientes a la adolescencia tardía (55,63%), seguidos de la adolescencia media 42,85% ; y en los controles con 52,63% pertenecientes a la adolescencia media. Siendo, las etapas de adolescencia media y tardía las más susceptibles, cabe resaltar que este grupo se encuentra en la adolescencia propiamente dicha, completando su crecimiento y desarrollo somático, preocupándose por su apariencia física, siendo la edad promedio de inicio de experiencias y actividades sexuales.(6)

Cada etapa de la adolescencia trae consigo variaciones individuales y culturales, importantes para poder comprender a las adolescentes en especial caso si se encuentran embarazadas, sabiendo que “una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores

por el simple hecho de estar embarazada, son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”. (6)

La **Tabla y Gráfico N° 3** muestran la escolaridad alcanzada por las adolescentes en los casos, predominó la educación secundaria (72,18%), comparada con el nivel de escolaridad Preuniversitaria (76,695%) propia de los controles y (1.50%) para los casos.

Al igual que en las tesis, Retamozo V. Comparación de los Factores Asociados al embarazo en gestantes adolescentes Del Servicio de Obstetricia y Clínica del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2011 se evidenció que el 90% de gestantes adolescentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, presentan grado de instrucción secundaria. (27),

Ambos estudios comparativos, demuestran al Grado de Instrucción de Secundaria como predominante, pudiendo inferir que las adolescentes abandonan sus estudios al salir embarazadas, lo que conlleva a la secuela de situaciones con actitudes pesimistas de vida, y aspectos negativos para su futuro.

En el presente estudio cabe resaltar también el porcentaje de casos que se encuentran en nivel Preuniversitario y Superior representando el 24,06%. Este bajo porcentaje, representan al grupo de adolescentes que desean seguir estudiando, algunas piensan en trabajar, muy pocas pretenden criar al hijo como amas de casa, por el contrario ven en los padres, pareja, familiares y suegros como una alternativa de apoyo en la crianza de su hijo, para que ella pueda salir adelante en la vida. Ve positivamente el futuro de un hijo. (20)

En la **Tabla y Gráfico N° 4** muestran la escolaridad alcanzada por las adolescentes embarazadas según la etapa de la adolescencia en la que se encuentran, evidenciando que

solo el 24.06% de las adolescentes que se encuentran en la adolescencia tardía, se encuentran en niveles de educación acorde a su edad.

La escolaridad con mayor porcentaje corresponde al nivel Secundaria con 72.18%, en el cual se encuentran las adolescentes embarazadas en las etapas de adolescencia media (40.62%) y adolescencia tardía (31.57%)

Obteniéndose resultados similares en el estudio Mirabal G. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia, donde se evidencio como mayor porcentaje (80,7%) al nivel secundario, en el cual el 47,3% fue perteneciente al grupo de edad entre 16-17 años (21), siendo parte de la etapa final de la adolescencia media y comienzos de la adolescencia tardía.

En la **Tabla y Gráfico N° 5** se muestra el estado civil actual de las adolescentes; las embarazadas son convivientes en 60,90%, y las no embarazadas con solteras (93,98%), en el Manual II del Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva- 2001, dentro de los resultados obtenidos figura que el 43 % son madres solteras; y el 3% son casadas (23), con valores porcentuales cercanos al presente estudio donde el 35.34% de adolescentes embarazadas son solteras y 3.76% son casadas.

Variando un poco con los resultados de la tesis, Retamozo V. Comparación de los Factores Asociados al embarazo en gestantes adolescentes Del Servicio de Obstetricia y Clínica del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2011, donde se obtuvo: 70% convivientes, 20% solteras y 10% casadas, siendo en ambos estudios es Estado Civil de Convivencia el más frecuente. (27)

En la **Tabla y Gráfico N°6**, se muestra la ocupación de las adolescentes en estudio; predominando porcentualmente, la ocupación como amas de casa (66,92%) de los casos y como estudiantes (93,23) en los controles,

Al igual que diversos estudios donde se obtuvo altos porcentajes en la ocupación como ama de casa: en el estudio Valdés F. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones, se obtuvo que el 87,1 % de las adolescentes en estudio eran amas de casa. (19)

En el estudio Gutiérrez T. Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente, se evidencio que se dedican a las labores del hogar el 84% de adolescentes embarazadas. (22)

En el Manual II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva- 2001, se evidencio que el 62 % de las adolescentes se encuentran desempleadas, dedicadas al hogar; dicha situación está condicionada por su estado de embarazo, que les obliga a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada a depender del apoyo de la pareja, padres y otras personas. El 10 % trabajan desempeñando oficios minoritarios o como empleadas del hogar, y el 28% acuden a la escuela en estado de gestación (23)

En la tesis; Retamozo V. Comparación de los Factores Asociados al embarazo en gestantes adolescentes Del Servicio de Obstetricia y Clínica del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2011, donde se obtuvo: la ocupación de las adolescentes embarazadas del Servicio de Obstetricia en el 80.0% es su casa, 10% estudian y trabajan. (27)

Podemos inferir que los mayores porcentajes corresponden a adolescentes que se quedaron como amas de casa, debido a que han tenido que abandonar sus estudios y trabajo para vivir con sus padres o con el padre de su hijo, comenzando a asumir nuevas responsabilidades como integrante de una nueva familia y dependiendo directamente de su pareja. (28)

En la **Tabla y Gráfico N° 7** se muestra la ocupación de las adolescentes según el grado de instrucción; teniendo en cuenta, que el mayor número de casos, se encuentran

dentro de las adolescentes en nivel secundario, es importante recalcar que no todas se encuentran estudiando en la actualidad, pues el porcentaje mayor de este grupo corresponde a la ocupación como ama de casa (63,15%), seguido de las que trabajan (7,55).

Peor aún es la situación de las adolescentes que quedaron embarazadas estando en el nivel primario, pues se encuentran en la actualidad como amas de casa (3,75%).

A diferencia de las adolescentes que se encuentran embarazadas estando en niveles preuniversitarios (1,50%) y superiores (22,55%), aún continúan como estudiantes;

Demostrando, de esta manera, como repercute el embarazo en una adolescente, impidiéndole o truncándole de alguna forma su desenvolvimiento académico; pudiendo inferir que las adolescentes con un bajo grado de instrucción, que quedan embarazadas, tendrán más riesgo de dejar los estudios y quedarse como ama de casa.

La percepción de un nivel económico fue regular en 92,48% de las adolescentes embarazadas, una situación regular o insuficiente se asoció a un riesgo 5,37 veces mayor de embarazo (**Tabla y Gráfico N° 8**). Debido a que la situación económica de las adolescentes en estudio es regular (92,48% para los casos y 72,93% para los controles) y bueno (6,02% para los casos y 25,56% para los controles), no se podría considerar como factor asociado o predisponente al embarazo en adolescentes.

Los FACTORES RELACIONADOS A LA EDUCACIÓN SEXUAL de las adolescentes en estudio; la **Tabla y Gráfico N° 9** muestran el porcentaje de adolescentes que recibieron cursos de educación sexual en la escuela, obteniendo una respuesta afirmativa en el 52,63% de los casos y 77,44% de los controles,

En la tesis: Pacheco J. Características sociales económicas y Familiares de las adolescentes gestantes que acuden al Hospital Hipolito Unanue, 2007”, indica que 37%

de adolescentes recibieron orientación en el Colegio, y el 63% manifiestan que nunca recibieron charlas algunas. (28)

Existe una diferencia significativa, lo que lleva a deducir que es preocupante la falta de información prestada a las adolescentes, indudablemente, el Colegio es el lugar adecuado para realizar un trabajo de prevención a los embarazos no deseados, siendo de importancia planificar permanentemente cursos de educación sexual, con el fin de cuidar a las adolescentes en este tema. Y en aquellas adolescentes que reciben información se debe poner empeño para que la educación dada sea asimilada correctamente.

En cuanto a la educación sexual en el hogar (**Tabla y Gráfico 10**); se obtuvo que el 78,95% de las adolescentes embarazadas no la recibieron, a diferencia del 51,88% de adolescentes no embarazadas que si recibieron.

En el estudio Chirinos C. Embarazo en la adolescencia, indica la importancia de la familia como educador en las adolescentes, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padre a hija, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual.(24)

En la Revista de Medicina Vallejana, en el Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes, explica que el embarazo en adolescentes se da en un contexto donde existe falta de cariño y comunicación familiar, soledad y desintegración familiar, los cuales influyen en el hecho, de que la adolescente busque el cariño de una pareja, con la que tiene relaciones sexuales y que luego por motivos de desinformación y poco acceso a los métodos, o por decisión propia decide embarazarse. (18)

Concluyendo a la familia como factor importante para la transmisión de la educación sexual hacia las adolescentes, para que en un futuro estas adolescentes puedan transmitir sus conocimientos de manera abierta a su descendencia y contemporáneos.

En la **Tabla y Gráfico N° 11**, se puede apreciar que el 79,70% de adolescentes de ambos grupos las tiene conocimiento de métodos anticonceptivos.

Cabe resaltar y recordar, que en los casos del presente estudio recibieron educación sexual de manera individual por parte de la escuela en un 52,63% y en el hogar en un 21,05%, pero 79,70% tienen conocimientos de métodos anticonceptivos, los cuales en su mayoría fueron adquiridos mediante medios externos como: medios de comunicación, amigas, parejas, entre otros. A diferencia de los controles, los cuales recibieron educación sexual y consecuente conocimiento de métodos anticonceptivos, por medio de los padres (51,88) y la escuela (77.44%).

El estudio Chirinos C. Embarazo en la adolescencia, explica como los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observadas por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana. (24)

Entre los métodos anticonceptivos conocidos por las adolescentes (**Tabla y Gráfico N° 12**), predominaron los preservativos y los anticonceptivos orales, y en menor proporción los dispositivos intrauterinos o los métodos hormonales inyectables, con diferencias significativas entre algunos métodos sobre otros.

En relación al Uso de Métodos Anticonceptivos (**Tabla y Gráfico N° 13**), el 31,58% de adolescentes embarazadas refiere haber usado un método anticonceptivo, y 68,42% no los usó. Es de importancia resaltar, que en los controles el 88,72% no uso Métodos Anticonceptivos y no resultaron embarazadas, debido a que la mayoría de estas

adolescentes no iniciaron su vida sexual, la mayoría de ellas se encuentra en la Adolescencia media, son solteras, su ocupación es ser estudiantes preuniversitarias, según los datos obtenidos en el presente estudio.

A diferencia de los datos obtenidos en la tesis, Pacheco J. Características sociales económicas y familiares de las adolescentes gestantes que acuden al Hospital Hipolito Unanue, 2007”, en cuanto al uso de Métodos Anticonceptivos, pues el 81% expresa que no usa Métodos anticonceptivos y el 19%, si ha usado. Los porcentajes nos demuestran que el desconocimiento hace que las adolescentes se embaracen y por lo tanto, se incremente el número de embarazos no deseados. (28)

En cuanto a las CARACTERÍSTICAS FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES, la **Tabla y Gráfico N° 14**, muestran que el 53,38% de adolescentes embarazadas convive con su pareja, mientras que 92,48% de adolescentes no embarazadas convive con sus padres; cabe resaltar que durante la entrevista más del 90% de las adolescentes embarazadas indicaron la convivencia con su pareja desde el momento en el que se enteraron que estaban embarazadas, debido a una mal clima familiar. Condicionando el mal clima familiar, a la convivencia en las adolescentes embarazadas.

La **Tabla y Gráfico N° 15**, muestran el estado civil de los padres, obteniendo que el 54,89% de adolescentes embarazadas tienen a sus padres casados, a pesar de que los padres como convivientes fue de 33.83%, siendo el segundo más alto; al igual que en el estudio Gutiérrez T. Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente, en el cual se obtiene que el 62% de adolescentes embarazadas pertenecen a familias nucleares; 51% de los casos de los padres están casados, 44% viven actualmente con su pareja. En 70% tiene una comunicación armoniosa intrafamiliar. (22)

En contraste al estudio en comparación, Retamozo V. Comparación de los Factores Asociados al embarazo en gestantes adolescentes Del Servicio de Obstetricia y Clínica del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2011, donde se observa que el estado civil de los padres de adolescentes embarazadas: 20% son casados, 40% son convivientes, 30% separados, obteniendo el mayor porcentaje la convivencia. (27)

Concluyendo que en el presente estudio, el estado de civil de los padres no se encuentra asociado al embarazo de las adolescentes.

El funcionamiento familiar de las adolescentes se muestra en la **Tabla y Gráfico N°16**; hubo más disfunción entre las familias de madres adolescentes (49.62 %) que en las no embarazadas (18,04%);

La Disfunción familiar es un factor importante, porque de ahí parten los valores morales e intelectuales de los adolescentes, los conocimientos que puedan tener hacia la sociedad, y el ámbito que les rodea.

Al igual que otros estudios, la disfunción familiar se asocia con el embarazo en adolescentes, en el Manual II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva-2001, se evidencio que las adolescentes embarazadas proceden de un tipo de familia constituida en un 48 % y el 38 % está desintegrada; el 14 % pertenecen a familias incompletas; el 5 % refieren consumo de alcohol y el 4% drogas (23)

Esto nos demuestra, que en la mayoría de los hogares investigados, no hay una buena relación de padres a hijos, siendo esta, muy importante para su desenvolvimiento en el medio social, a falta de ello decae e impacta en su formación, precisando, que a mayor falta de comunicación mayor abandono lo que determina el problema del embarazo precoz. (28)

En la **Tabla N° 17** se muestra el resultado de la inclusión de los factores identificados en un modelo de regresión logística con todas las variables convertidas en dicotómicas; se encontró que la falta de ocupación en las adolescentes, la convivencia con la pareja y la disfunción familiar fueron predictores de embarazo en las adolescentes.





## **CAPITULO IV**

# **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

## CONCLUSIONES

- Primera.** Los factores demográficos que se asocian al embarazo en adolescentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado condicionan a la convivencia con la pareja, limitándolas a dejar sus estudios, lo que se representa con un bajo nivel de escolaridad para su edad y un alto índice de ocupación como amas de casa.
- Segunda.** La deficiente educación sexual en la escuela y en el hogar, y el deficiente uso de métodos anticonceptivos se asocian al embarazo en adolescentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio.
- Tercera.-** La Disfunción Familiar se asocia como factor predisponente al embarazo en adolescentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, al condicionar un mal clima familiar, déficit en la relación padre – hijo y escasa educación sexual por parte de los padres, motivo por el cual surge apego del adolescente hacia su pareja, decidiendo una convivencia temprana, e interrupción de su formación académica, dedicándose a ser ama de casa.

## SUGERENCIAS

En atención a los resultados obtenidos, se recomienda lo siguiente

- 1) Planificar programas de cultura preventiva en relación a combatir el embarazo en adolescentes, implementando “ La Escuela de Padres”, ya que la familia es la base de la formación moral, académica y sexual sobre todo de los adolescentes.
- 2) Implementar cursos de educación sexual al alumnado de diversos centros educativos y preuniversitarios como medio de enseñanza a los actuales adolescentes y futuros padres, y puedan servir de ejemplo, aplicando y fomentando sus conocimientos.
- 3) Es necesario que los colegios se interesen por los problemas que atraviesan las adolescentes, etapa importante para su desarrollo bio- psico – social, ya que de esto dependerá que sean personas útiles a la sociedad, sin problemas, ni frustraciones, ni limitaciones que puedan entorpecer el normal desenvolvimiento de su personalidad.

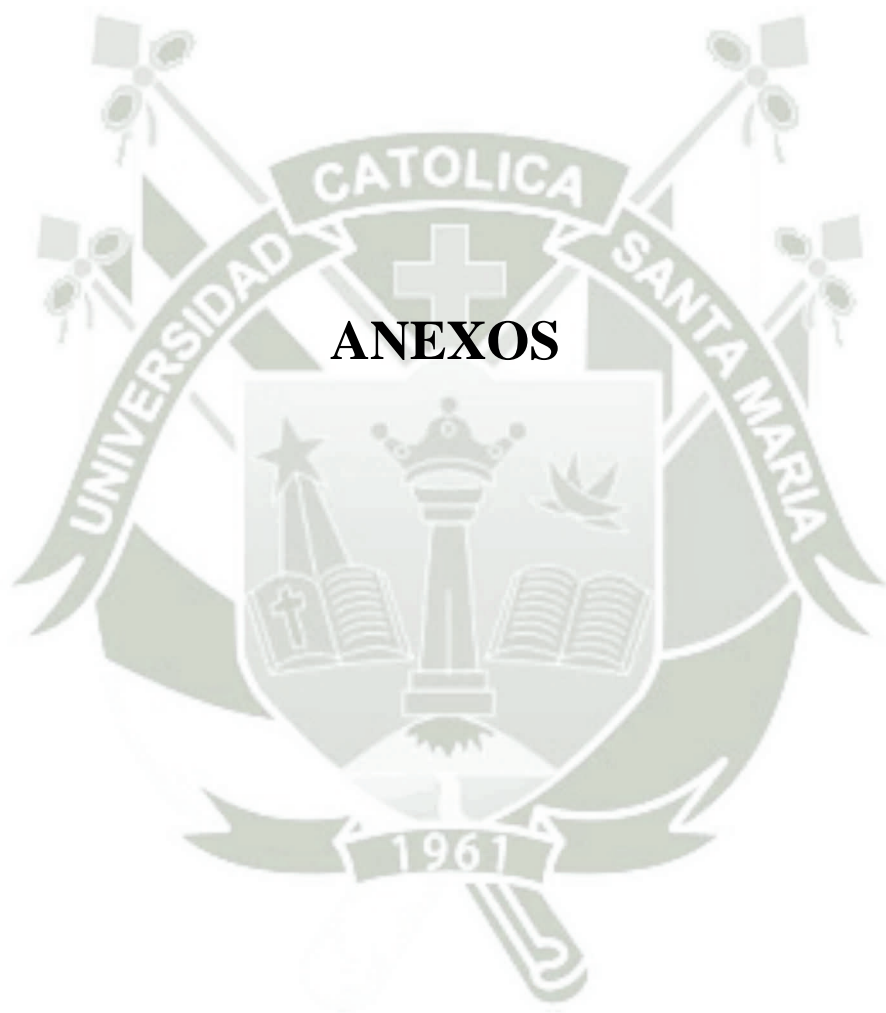


## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pérez A, Medina C, Alcaraz M, y Berenguer M. Factores Sociales Asociados al Embarazo Precoz en el Área De Salud “28 De Septiembre”. MEDISAN 2001, 5 (1): 31–34
- 2) Berek J. “Edad adolescente”. Ginecología de Novak (14 Edición) Philadelphia: Editorial Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p. 458 – 473.
- 3) Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. “Asesoramiento previo a la concepción”. Obstetricia de Williams. (22 Edición) USA: Editorial McGraw – Hill Interamericana, 2005. p.193 – 197.
- 4) Pineda S, Santiago M. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención en la Adolescencia.
- 5) Oxman A e Chalmers I. Embarazo en Adolescentes: Un Problema Culturalmente Complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009. Volumen 87, 405-484
- 6) Issler J. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina - Agosto/2001. N° 107 Página: 11-23
- 7) Tomas S, Mabel M, Munist. Manual de Medicina de La adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- 8) Rico de Alonso A. Madres adolescentes. Colombia, Editores: Plaza y Janes. p.39–40
- 9) Houston. E y Armstrong S. Preventing Fertility. World Wide Coneeins Population Bulletin Population. Reference bureau. Vol 40.2
- 10) Monroy de Velasco. A. Morales. M y Velasco Monroy. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico No 22.
- 11) Zelaya E. Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua. Department of Epidemiology and Public Health. Umeam Sweden, 1996.

- 12) Canaval E, Cerquera G, Hurtado N, Lozano J. Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Medellín mar. 2006. Invest. educ. enferm v.24 n.1
- 13) Camacho Hubner A. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe. Organización panamericana de la salud. Serie OPS/FNUAP No. 1. Página 60.
- 14) Agudelo L, Victoria N. El mundo afectivo de la adolescente embarazada The pregnant adolescent's affective world Invest.educ.enferm. Mar.2002.; 20 (1): 10-2,
- 15) A la Torre J. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000, pagina 11.
- 16) Valle Iribe C. Medicina Familiar: funcionalidad familiar. Hospital General de Zona 3 del IMSS en Mazatlán, Sinaloa
- 17) Herrera P. Familia Funcional Y Disfuncional, Un Indicador De Salud. Rev Cubana Med gen Integr 1997;13(6):591-5
- 18) J, Alzamora L. Estudio Cualitativo sobre las Relaciones de Pareja y Familiares vinculadas al Embarazo en Adolescentes. Lima 2006. Rev. Med. Vallejiana v.3 n.2
- 19) Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la Adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Rev.Cub.Obs.Gin. Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2002. v.28 n.2
- 20) Calderòn J, Alzamora L. Perspectivas Futuras de las Mujeres Adolescentes Embarazadas – Un Enfoque Cualitativo. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. 2010
- 21) Miraball G, Martínez M, Pérez D.- “Repercusión biológica Psíquica y social del embarazo en la adolescencia”- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 1997; 23(1): 13-7

- 22) Gutiérrez G, Pascacio E, De la Cruz A.& Carrasco V. - Situación sociofamiliar y nivel de autoestima de la madre adolescente” – Facultad de Enfermería de Tampic, Universidad Autónoma de Tamaulipas; Revista de Enfermería IMSS 2002; 10(1): 21-25
- 23) MINSA / IMAPE – Manual II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva- 2001.
- 24) Chirinos de Cora M.A. Embarazo en la Adolescencia. Revista Cubana de Enfermería;2004; 9(2): 117-31
- 25) Ticona A. Área de Procesamiento de Datos del Hospital Regional Honorio Delgado, Oficina de Estadística e Informática.
- 26) Guridi M, Cabana, D. & Fernández, A. P. (06 de marzo). Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Revista Psicología Científica. 2012, 14(5).
- 27) Retamozo V. Comparación de los Factores Asociados al embarazo en gestantes adolescentes Del Servicio de Obstetricia y Clínica del Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa, 2011
- 28) Pacheco J. Características sociales económicas y Familiares De Las adolescentes gestantes que acuden al Hospital Hipolito Unanue, 2007”
- 29) INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - 2011).



### Anexo 1

A continuación representamos una serie de preguntas con relación a su embarazo, entorno, educación sexual y funcionalidad familiar, necesitamos su sinceridad y cooperación.

**1. EDAD**

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| Menos de 14 años ( ) | 15-17 años ( ) |
| 14 años ( )          | 18-19 años ( ) |

**2. Escolaridad:**

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| Letrada ( )    | Preuniversitario ( )       |
| Primaria ( )   | Universidad incompleta ( ) |
| Secundaria ( ) |                            |

**3. Actualmente usted se encuentra:**

Soltera ( ), casada ( ), conviviente ( ), otros ( ).....

**4. Ocupación:**

- |                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| Ama de casa ( ) | Trabajadora ( ) |
| Estudiante ( )  |                 |

**5. Considera a su nivel económico:**

- |           |             |                  |
|-----------|-------------|------------------|
| Bueno ( ) | Regular ( ) | Insuficiente ( ) |
|-----------|-------------|------------------|

6. En el **colegio** hubo algún curso de **educación sexual**: si( ) no( )

7. Sus **padres** hablan abiertamente de **educación sexual**: si ( ) no ( )

8. **Conoce acerca de métodos anticonceptivos**: si( ) no( )

Cuales: \_\_\_\_\_

9. **Aplico alguno**: si( ) no ( )

**10. En la actualidad, usted convive con**

- |               |                            |
|---------------|----------------------------|
| . Padres ( )  | . Amigos ( )               |
| . Tíos ( )    | . Con su pareja actual ( ) |
| . Abuelos ( ) |                            |

**11. Sus padres se encuentran:**

- Casados ( )  
Divorciados ( )  
Viudo ( )  
Otros ( ).....

**Anexo 2**

**Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)**

	Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1 Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2 En mi casa predomina la armonía.					
3 En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6 Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8 Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9 Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10 Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11 Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12 Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

**EVALUACION DE ESTABILIDAD FAMILIAR, SEGÚN: FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

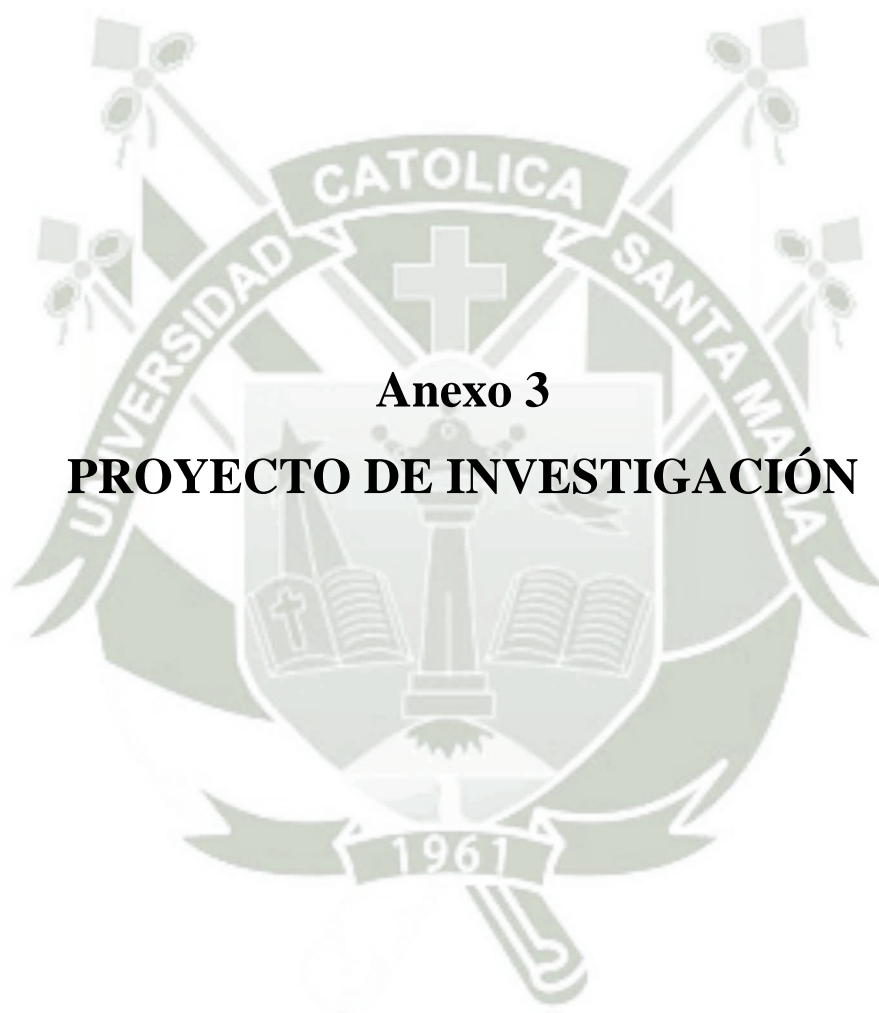
La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado. (26)

<i>Valores de la Escala</i>	
Casi Siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL.

FUNCIONAL	De 70 a 57 puntos
MODERADAMENTE FUNCIONAL	De 56 a 43 puntos
DISFUNCIONAL	De 42 a 28 puntos
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	De 27 a 14 puntos





## INDICE DE PROYECTO

### CAPITULO I

PREÁMBULO.....	1
----------------	---

### CAPITULO II

PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
----------------------------	---

### CAPITULO III

PLANTEAMINETO OPERACIONAL.....	30
--------------------------------	----

### CAPITULO IV

CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	36
----------------------------	----



## CAPÍTULO I

## I.- PREÁMBULO:

La adolescencia es una etapa comprendida entre la niñez y la adultez, la cual se caracteriza por ser un período de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional, destacando la aceleración del desarrollo corporal y el aumento de los requerimientos psicosociales; los jóvenes comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social-básica, volviéndose susceptible de afrontar diversos problemas de salud como el embarazo precoz, el cual es relativamente frecuente en nuestros días. (1)

En la actualidad el embarazo en la adolescencia se considera como un problema de salud pública, al presentarse cada vez con más frecuencia, llevando a este grupo de gestantes a afrontar experiencias difíciles, y afectando consecuentemente la salud integral tanto de los padres adolescentes, como de sus hijos, familiares y a la sociedad.(2)

La presente situación problemática se encuentra hoy en día, asociada a patrones conductuales, culturales, educativos, morales y otros, los cuales se vinculan a una actividad sexual precoz, incrementando el número de gestantes adolescentes. (2)

Durante mi práctica diaria, durante el Internado, en la rotación por el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, evidencie un notable crecimiento en número de gestantes adolescentes, motivándome a realizar el presente estudio, con el fin identificar los factores sociales que influyen en la concepción del embarazo durante la adolescencia en nuestra área de salud, con el propósito de extremar las medidas de prevención para proteger a los grupos más vulnerables, contribuyendo con un conocimiento más amplio sobre los factores epidemiológicos asociados a la gestación en adolescentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para finalmente plantear un trabajo preventivo en atención primaria de salud, y poder evitar embarazos precoces y maternidad temprana



## II.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado del problema

Determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a. Área de conocimiento

General : Ciencias de la Salud  
 Específico : Medicina Humana  
 Especialidad : Obstetricia  
 Línea : Embarazo en Adolescentes.

##### b. Operacionalización de Variables e Indicadores

VARIABLES	INDICADOR	VALORES O CATEGORIA	ESCALA
<b>V. dependiente</b>			
Embarazo en adolescente	Atención por gestación	Embarazada / No embarazada	Categórica Nominal
<b>V. independientes</b>	<b>FACTORES ASOCIADOS</b>		

<b>1. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS</b>				
<b>1.1 Edad de adolescentes</b>	Según datos de la encuesta	Años		Cuantitativa ordinal
<b>1.2 Escolaridad</b>	Según datos de la encuesta	Iletrada		Categoría Nominal
		Primaria		
		Secundaria		
		Preuniversitario		
		Universidad incompleta		
<b>1.3 Estado civil</b>	Según datos de la encuesta	Soltera		Categoría Nominal
		Casada		
		Conviviente		
<b>1.4 Ocupación</b>	Según datos de la encuesta	Ama de casa		Categoría Nominal
		Estudiante		
		Trabajadora		
<b>1.5 Situación económica</b>	Según datos de la encuesta	Bueno		Categoría Nominal
		Regular		
		Malo		
<b>2. CARACTERISTICAS DE LA VIDA SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES</b>				
<b>2.1 Información sobre educación sexual</b>	Según datos de la encuesta	Si	Colegio	Categoría Nominal
			Padres	
		No		
		Si		

<b>2.2 Uso de métodos anticonceptivos</b>	Según datos de la encuesta	No	Categoría Nominal		
<b>3. CARACTERISTICAS FAMILIARES</b>					
<b>3.1 Convivencia con padres</b>	Según datos de la encuesta	Si		Categoría Nominal	
		No			
		Tipo de familiar	Padres		Categoría Nominal
			Tíos		
			Abuelos		
			Amigos		
Pareja actual					
<b>3.2 Funcionalidad familiar</b>	Test de Evaluación de Estabilidad Familiar	Grado de funcionalidad familiar	Categoría Nominal		

**c.- Interrogantes Básicas**

1. ¿Cuáles son los factores demográficos asociados al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?
2. ¿Cuáles son las características de la educación sexual asociadas al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?

3. ¿Cuáles son las características familiares asociadas al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?
4. ¿Cuál es la asociación entre factores demográficos, características de la educación sexual de las adolescentes y características familiares con el embarazo en las adolescentes del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?

#### d.- Tipo de Investigación

- Según los objetivos del estudio:  
**OBSERVACIONAL:** Debido a que los resultados esperados se basan en observación no participativa de las unidades de estudio.
- Según el número de ocasiones en que se realiza la medición:  
**TRANSVERSAL:** Porque se estudian las variables simultáneas en determinado momento.

#### e.- Nivel de Investigación

##### **ANALITICO**

Al tener como finalidad la comprobación de la hipótesis planteada en el presente trabajo.

Casos y Controles

### 1.3. Justificación

El presente estudio destaca por su originalidad, basado en el tiempo y lugar en que se realizó, no habiendo estudios de enfoque similar debido a que los estudios realizados sobre gestantes adolescentes, no sólo en Arequipa sino también en el Perú, son escasos.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito determinar las diferencias existentes entre los factores asociados de embarazo, es así que se realiza la comparación entre gestantes adolescentes del servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado y adolescentes atendidas no gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado.

Tiene relevancia científica porque permitirá conocer y tomar medidas de prevención necesarias en distintos ámbitos sociales y culturales.

Tiene relevancia social-contemporánea, ya que se trata de un problema actual de salud pública sumamente complejo, que afecta no solo a la adolescente sino también a su entorno, el cual debe ser abordado por todas las organizaciones e instituciones autorizadas e interesadas en la construcción de una sociedad más justa y humana, donde los derechos de las personas sean respetadas y cada una de las menores puedan vivir con dignidad y alcanzar su plena realización.

El presente estudio tiene importancia social, pues el embarazo durante la adolescencia puede producir limitaciones condicionando negativamente el desarrollo de las adolescentes y por ende su calidad de vida, convirtiéndose, en un problema de salud pública.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **A) DEFINICIÓN**

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. (3)

La OMS considera como embarazo de riesgo, el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre

15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo (2), (3), (4)

## **B) EPIDEMIOLOGÍA**

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años paren cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América. (5)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estimó que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (6)

Otros países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar, dice Bryant. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular, dice Bryant. Se supone que esto cambiará después de que el Gobierno anunciara a finales de abril sus planes de hacer obligatoria la educación sobre el sexo y las relaciones en la enseñanza primaria y secundaria a partir de 2011. (5)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. (6)

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales

hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. (6)

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. (6)

### C) GENERALIDADES:

Dado que en muchos países las niñas se casan muy pronto, incluso antes de empezar a menstruar, podrá imaginarse que cuando se quedan embarazadas son muy jóvenes, no tienen más de 13 o 14 años.

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico. (5)

El embarazo en la adolescencia puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida. (5)

Las adolescentes son más propensas a padecer anemia y a tener hijos con restricción del crecimiento, partos pre termino y mayor mortalidad de los recién nacidos. (3).

La frecuencia de enfermedades de transmisión sexual (comunes entre las adolescentes) es mayor durante el embarazo. Muchos embarazos de adolescentes son imprevistos y por ello las jovencitas rara vez solicitan asesoramiento previo a la concepción. (3)

En las últimas generaciones es manifiesta la aparición cada vez más temprana de la maduración sexual y la participación activa de los jóvenes en la esfera social, cultural y económica, por lo que representa un desafío importante para los países y en particular para los sistemas de salud, como contribuir a que esta etapa transcurra exitosamente, con satisfacción de la calidad de vida y de sus necesidades de salud, bienestar y desarrollo. (4)

Si bien los diferentes sistemas y programas de salud incluían la problemática acción de una adolescente se define como: "la que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (6)

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

**1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (6)

**2. Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (6)

**3. 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; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo

sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**". (6)

## FACTORES PREDISPONENTES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- **Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola**
- **Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- **Fantasías De Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta O Distorsión De La Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

- **Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
  - **Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.
  - **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
- (6)

### **FACTORES DETERMINANTES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación (6)

### **CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. (6)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. (6)

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.(6)

### **ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

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

En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. (6)

En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del

hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. (6)

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. (6)

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

## **E) FACTORES EPIDEMIOLOGICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

Los factores de riesgo del embarazo de la adolescente son multicausales, los más asociados:

- **Factor individual:**

Dentro de los principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes son: la dificultad para planear proyecto a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia (7)

- **Factor biológico:**

Menarquia: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. (8)

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

- **Factores Psicosociales:**

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

a) **Psicológicas:** durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a las otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. (9)

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

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

b) **Socioculturales:**

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. (10)

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

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescencia esta relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, salud y fertilidad y también los

roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. (11)

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad e otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas.
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales,
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad)
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar. (12)

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

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. (13)

**c) Familiares:**

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. (14)

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. (15)

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente, frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. (16)

**F) FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. (17)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe

cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. (16)

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. (16)

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar. (17)

Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. (17)

De manera general recomendamos como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja o sea generacionales e intergeneracionales.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad. (17)

Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asunción-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar.

Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares mono parentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar.

Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la

relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres). (16)

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extra verbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro. (17)

Por lo general, cuando en la comunicación hay dobles mensajes es porque hay conflictos no resueltos, por lo que las dificultades en la comunicación pueden verse más bien como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares, como las reglas, roles, jerarquías, etc., aunque no se debe olvidar que todas ellas funcionan de manera circular. (16)

Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Consideramos que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o para normativas).

Ambos tipos de tareas requieren en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. (17)

No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estarse reajustando constantemente.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

### **PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (SEGÚN FRAMO)**

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
10. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos. (16)

### HOMEOSTASIS FAMILIAR

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior (Jackson). (16)

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. (16)

Todos los puntos ya descritos, se ven limitados en una gestante adolescente, ya que como mujer joven, necesita vivir esa etapa de su vida; la maternidad temprana no la hace mujer adulta; y tiene el desafío de lograr importantes metas en un periodo corto de tiempo, como asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo.

Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo, sumada la carga emocional, constituyendo un gran riesgo para la Lactancia Materna Exclusiva, y por ende se pone en riesgo la salud física, emocional y biológica del Recién Nacido, siendo difícil llegar a una buena funcionalidad familiar.

## 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**3.1. Autor:** Calderón Saldaña, July1; Alzamora De Los Godos Urcia, Luís2

1 Docente de postgrado Universidad Inca Gracilazo de la Vega

2 Docente de postgrado Universidad Nacional Federico Villarreal

**Título:** ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS RELACIONES DE PAREJA Y FAMILIARES VINCULADAS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

**Fuente:** Rev. Med. Vallejiana v.3 n.2 Lima 2006

**Resumen:**

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, con el fin de determinar las causas, perspectivas y decisiones del embarazo en adolescentes, para lo cual se realizaron ocho

grupos focales y una entrevista en profundidad, adolescentes que acudían a realizarse el control del embarazo, o se encontraban hospitalizadas en sala de Obstetricia. Se empleó para el análisis, el programa para la investigación cualitativa NUD\*IST 5.0, para generar los nodos y las clasificaciones, encontrándose los siguientes resultados. Que el embarazo en adolescentes, no es un proceso en donde el medio influya para que se produzca un embarazo, en este contexto existe falta de cariño y comunicación familiar, soledad y desintegración familiar, que influyen en el hecho de que la adolescente busque el cariño de una pareja, con la que tiene relaciones sexuales y que luego por motivos de desinformación y poco acceso a los métodos, o por decisión propia decide embarazarse. (18)

### CONCLUSIÓN

En primer lugar el embarazo en adolescente, no es un proceso en donde el medio influya en la adolescente y como resultado de esto se produzca un embarazo, la adolescente es un ser que piensa, que siente, que se excita, que tiene relaciones sexuales y que por circunstancias ajenas o no a su voluntad, se embaraza, en donde la falta de cariño, la soledad y la desintegración familiar influyen en el hecho de que la adolescente busque el cariño de una pareja, con la que tiene relaciones sexuales. (18)

**3.2. Autor:** Dr. Sigfrido Valdés Dacal, Dr. John Essien, Dra. Jessica Bardales Mitac, Dra. Daymi Saavedra Moredo y Dra. Edith Bardales Mitac

**Título:** EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES

**Fuente:** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología v.28 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2002. Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial "Ana Betancourt de Mora", Camagüey

**Resumen:**

Se realizó un estudio de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el hospital municipal de Santa Cruz del sur, desde el 1ro. de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso

materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo. (19)

**3.3. Autor:** Dra. Jully Pahola Calderòn Saldaña. Dr. Luis Alzamora de los Godos

**Título:** PERSPECTIVAS FUTURAS DE LAS MUJERES ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS – UN ENFOQUE CUALITATIVO

FUTURE OF PREGNANT TEENS WOMEN - A QUALITATIVE APPROACH

**Fuente:** *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 3(2), 2010

**Resumen:**

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, con el fin de determinar las causas, perspectivas y decisiones del embarazo en adolescentes, para lo cual se realizaron ocho grupos focales y una entrevista en profundidad, a adolescentes que acudían a realizarse el control del embarazo, o se encontraban hospitalizadas en sala de Obstetricia. Se empleó para el análisis, el programa para la investigación cualitativa NUD\*IST 5.0, para generar los nodos y las clasificaciones, encontrándose los siguientes resultados. Las adolescentes desean seguir estudiando, algunas piensan en trabajar, muy pocas pretenden criar al hijo como amas de casa, por el contrario ven en los padres, pareja, familiares y suegros como una alternativa de apoyo en la crianza de su hijo, para que ella pueda salir adelante en la vida. Ve positivamente el futuro de un hijo. (20)

**3.4. Autor:** Mirabal Grisell y Col

**Título:** “REPERCUSIÓN BIOLÓGICA, PSÍQUICA Y SOCIAL DEL EMBARAZO  
EN LA ADOLESCENCIA”

**Fuente:** *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1997

**Resumen:**

Evaluar la repercusión biopsicosocial que tiene el embarazo en la adolescencia al estudiar 150 embarazadas adolescentes, resaltando que el mayor porcentaje (47.3%) pertenecen al grupo de edad entre 16-17 años, con nivel secundario y la mayoría inicio

su actividad sexual entre los 14 y 15 años (43.3%); predominaron las pacientes con estado civil no casado; inicio de la menarquia entre los 9 a 13 años (88%); el 4.7% tiene de estudios nivel primario el 14.6%, preuniversitario y el 80.7% nivel secundario; sólo el 4 % ha continuado sus estudios. En cuanto al estado civil, el 50% son convivientes, el 28% solteras, el 14.7% separadas y el 7.3% casadas; concluyendo que el embarazo en la adolescencia tiene gran repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo a medida que ocurre en edades más tempranas ésta es más evidente. (21)

**3.5. Autor:** Gutiérrez T.

**Título:** “SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA DE LA MADRE ADOLESCENTE”

**Fuente:** Facultad de Enfermería de Tampic, Universidad Autónoma de Tamaulipas; Revista de Enfermería IMSS 2002

**Resumen:**

En este estudio incluyó a 267 adolescentes entre 12 y 20 años; entre los resultados con relación a la variable de situación sociofamiliar, se obtuvieron que en la dimensión personal, la edad promedio es 17 años, se dedican a las labores del hogar el 84%; viven en unión libre el 52%, tienen primaria básica. En la dimensión obstétrica tuvieron un embarazo el 57%; el 66% tiene actualmente un hijo, 75% inició vida sexual activa entre los 12 y los 16 años. En la dimensión familiar el 62% pertenecen a familias nucleares; 51% de los casos de los padres están casados, 44% viven actualmente con su pareja. En 70% tiene una comunicación armoniosa intrafamiliar. El nivel de autoestima de la madre adolescente en 54% es correcto y 46 % tiene autoestima narcisista. (22)

**3.6. Autor:** Ministerio de Salud e Instituto Materno Perinatal (MINSA/ IMAPE)

**Título:** MANUAL DE ADOLESCENCIA Y SALUD REPRODUCTIVA

**Fuente:** MINSA / IMAPE – Manual II Curso Nacional de Adolescencia y Salud Reproductiva- 2001

**Resumen:**

La maternidad precoz constituye un problema social, al estudiar 1040 gestantes adolescentes que acudieron al servicio de adolescencia. Dentro de los resultados obtenidos figura que el 43 % son madres solteras; el 54% viven en unión estable

conjuntamente con sus padres de los que dependen económicamente y el 3 % son casadas. El 62 % de las adolescentes son limeñas, hijas de migrantes, el 80% tienen instrucción secundaria y sólo el 20 % ha culminado este nivel; el 16 % ha concluido su instrucción primaria. Las iletradas representan el 0.5%, quienes presentan problemas para incorporarse al mercado laboral formal; optando por realizar actividades informales y marginales. El 62 % de las adolescentes se encuentran desempleadas, dedicadas al hogar; dicha situación está condicionada por su estado de embarazo, que les obliga a interrumpir los estudios y cualquier actividad remunerada a depender del apoyo de la pareja, padres y otras personas. El 10 % trabajan desempeñando oficios minoritarios o como empleadas del hogar, y el 28% acuden a la escuela en estado de gestación; el tipo de familia de la que proceden está familia es constituida en un 48 % y el 38 % está desintegrada; el 14 % pertenecen a familias incompletas; el 5 % refieren consumo de alcohol y el 4% drogas (23)

**3.8. Autor:** Chirinos de Cora

**Título:** “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”

**Fuente:** Revista Cubana de Enfermería; 2004

**Resumen:** manifiesta que ha observado un incremento del embarazo en las adolescentes y considera que esto se debe a múltiples factores, entre los cuales menciona la constitución de la familia, las condiciones sociales y culturales y los medios de comunicación masiva. La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin comunicación adecuada de padre a hija, con un nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual. Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observadas por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana. (24)

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo General:

Determinar los Factores demográficos sexuales y familiares, al embarazo en adolescentes en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado

### 4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores demográficos asociados al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado
- Identificar las características de la educación sexual asociadas al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado
- Identificar las características familiares asociadas al embarazo en adolescentes en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado
- Determinar la asociación entre los factores demográficos, características de la educación sexual de las adolescentes, características familiares y el embarazo en adolescentes que acuden al Servicio de Obstetricia de Hospital Regional Honorio Delgado.

## 5. HIPÓTESIS

Es probable que algunos factores demográficos, características de la educación sexual de las adolescentes y características familiares se asocien al embarazo en adolescentes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.



### III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** Para la obtención de los datos se recurrió a una entrevista con adolescentes embarazadas que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado (casos) y adolescentes no embarazadas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado (controles).

**Instrumentos:**

- Encuesta: consta de 11 preguntas cerradas y semicerradas, las cuales evalúan a las variables edad, escolaridad, ocupación, estado civil, nivel económico (para su valoración, se tomó en cuenta la presencia de servicios básicos como luz, agua, desagüe; material del hogar, así como el ingreso económico familiar satisfactorio por mes (“Insuficiente”: menor o igual a 900 soles por mes, “Regular”:1000 a 1800 soles por mes y “Bueno ”: mayor o igual a 1900 soles).
- Test para evaluar el funcionamiento familiar FF – SL, de las adolescentes (Anexo 2).

**Materiales:**

- Material de escritorio
- PC Pentium IV
- Impresora
- Sistema Operativo Windows Seven
- Procesador de Texto Word 2010
- Soporte estadístico “Statistica Versión 7.0” para Windows.

## 2. Campo de verificación

### 2.1 Ámbito de investigación:

**2.1.1. Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en los Servicios de Obstetricia, Medicina Mujeres y Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, capital del Departamento de Arequipa – Perú.

**2.1.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de enero y febrero 2013.

**2.2 Unidades de estudio:** adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado.

**2.2.1 Población:** Todas las adolescentes, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado que cumplieron los criterios de selección en el periodo de estudio.

**2.2.2. Muestra:** las adolescentes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado se dividieron en dos grupos: adolescentes embarazadas (casos) y adolescentes no embarazadas (controles).

La prevalencia de embarazos en adolescentes fue de 14% (25) en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2012; al aplicar la fórmula para análisis de casos y controles:

$$n = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{(c+1)(\hat{p}\cdot\hat{q})} + Z\beta\sqrt{c(p_1\cdot q_1) + (p_2\cdot q_2)}}{c(p_1 - p_2)} \right]^2$$

$$p_2 = \frac{p_1}{w(1-p_1) + p_1}$$

Donde:

$n$  = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$Z\beta$  = coeficiente de confiabilidad para una potencia del 80% = 0.84

$c$  = proporción de casos/controles = 1

$p_1$  = frecuencia de exposición entre casos = 0.14

$p_2$  = frecuencia de exposición entre controles

$w$  = OR estimado = 4

$$\hat{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

$$n = 128,04 = 133$$

Se obtuvo una muestra de 133 gestantes adolescentes y 133 no adolescentes, con el fin de aplicar la encuesta correspondiente, para realizar el presente estudio.

#### **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

#### **PARA LOS CASOS**

- Gestantes adolescentes entre 10 a 19 años, que cursen con gestación única entre 20 a 40 semanas.
- Gestantes adolescentes atendidas en el Servicio Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

#### **PARA LOS CONTROLES**

- Adolescentes entre 10 a 19 años.
- Adolescentes atendidas en los Servicios de Medicina Mujeres y Pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado.

- **Criterios de exclusión**

**PARA LOS CASOS**

- Gestante adolescente con incapacidad mental.
- Gestantes adolescentes víctimas de violación sexual.
- Gestantes que no deseen participar en la investigación.

**PARA LOS CONTROLES**

- Adolescente con incapacidad mental.
- Adolescentes víctimas de violación sexual.
- Adolescentes que no deseen participar en la investigación.

**3. Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, transversal.

**4. Nivel de investigación:** Se trata de un estudio analítico de casos y controles.

**5. Estrategia de Recolección de datos**

**5.1 Organización**

Se procedió a solicitar el permiso correspondiente en la Dirección General del Hospital Honorio Delgado para la realización del presente proyecto y proceder con las entrevistas y encuestas correspondientes en los servicios de Obstetricia, Pediatría y Medicina.

Se seleccionaron los casos y controles de manera aleatoria, verificando que cumplan los criterios de selección. Los datos epidemiológicos, la información acerca de la convivencia con padres, la situación económica y el nivel de educación sexual se obtuvieron de la entrevista y encuesta proporcionadas a cada madre adolescente (anexo

1). Con el fin de evaluar la funcionalidad familiar, se aplicó un Test de Percepción del Funcionamiento Familiar FF-SIL, y finalmente una ficha de recolección de datos de cada paciente, la cual fue llenada por el investigador.

## **5.2 Validación de los instrumentos**

El Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) es un instrumento validado en Cuba, por Isabel Louro-Bernal y colaboradores, en la década de los 90, el cual es de bajo costo y de fácil comprensión, que será aplicado a las adolescente que cumplan con los criterios de inclusión, con el fin de evaluar el funcionamiento familiar a partir de la percepción que tiene la familia y las categorías a evaluar son: (26)

Cohesión ítems 1 y 8

Armonía ítems 2 y 13

Comunicación ítems 5 y 11

Adaptabilidad ítems 6 y 10

Afectividad ítems 4 y 14

Roles ítems 3 y 9

Permeabilidad ítems 7 y 12 (26)

## **6. Criterios para manejo de resultados**

### **6.1 A nivel de recolección**

Para la recolección de datos se procedió a la revisión de encuestas y fichas familiares de adolescentes (controles) y adolescentes embarazadas (casos) del Servicio

de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2013.

### **6.2 A nivel de sistematización**

Para el procesamiento de datos se procedió a transformar los datos al sistema digital y elaborar una Matriz de Datos Estadística para Windows.

### **6.3 A nivel de estudio de datos**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tenencia central (promedio) y de dispersión (rango y desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba Chi cuadrado. La asociación univariada se evaluó con el cálculo del odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%, y de manera multivariada con análisis de regresión logística. Para análisis de datos se utilizó el paquete estadístico Statística versión 7.0



#### IV.- CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de actividades de acuerdo al cronograma de Gantt

TIEMPO	SEMANAS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<i>Revisión Bibliográfica</i>	X	X	X	X									
<i>Elaboración del proyecto</i>			X	X									
<i>Aprobación del proyecto</i>					X	X							
<i>Recolección de datos</i>							X	X	X	X	X		
<i>Procesamiento de datos</i>									X	X	X	X	
<i>Elaboración del informe final</i>												X	X