

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, 2018”

Tesis presentada por la Bachiller
Cárdenas Torreblanca, Geraldin Helena

para optar el Título Profesional de
Médico Cirujana

Asesor: Dr. Pino Chavez, Wilfredo

Arequipa-Perú

2019



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado:1350

AREQUIPA - PERU

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 84 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, 2018"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

CÁRDENAS TORREBLANCA, GERALDIN HELENA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Cumplir con correcciones.

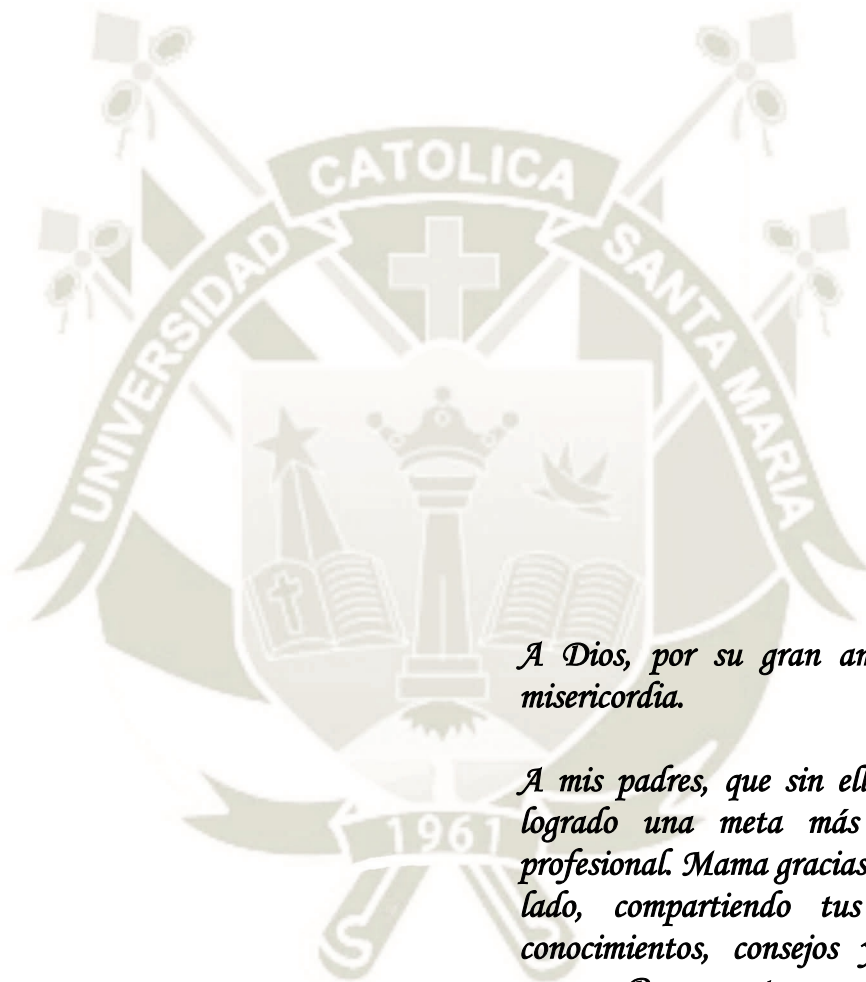
Arequipa, *12-01-19*

HOSPITAL REGIONAL AREQUIPA
HONORIO DELGADO ESPINOZA
Médico Gineco Obstetra
César Augusto Nuñez Bernal
Médico
N° 7 29108
DR. CÉSAR AUGUSTO NUÑEZ BERNAL

DR. Johnny Burela Cuadros
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 011708

DR. JULIO AGUILAR FLORES
Médico Gineco Obstetra
N° 7 29108
DR. JULIO DAMIAN AGUILAR FLORES

DEDICATORIA



A Dios, por su gran amor e infinita misericordia.

A mis padres, que sin ellos no hubiera logrado una meta más en mi vida profesional. Mama gracias por estar a mi lado, compartiendo tus experiencias, conocimientos, consejos y tu inmenso amor .Papa tu apoyo moral y entusiasmo que me brindaste para seguir adelante en mis propósitos, Gracias

A mis maestros, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, que sin su instrucción profesional no hubiera llegado a este nivel.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
OBJETIVOS	viii
HIPOTESIS	viii
CAPITULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPITULO II: RESULTADOS	6
CAPITULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	35
Anexo 1: Instrumento	36
Anexo 2: Apgar Familiar	37
Anexo 3: Dictamen del Comité de Ética de Investigación	38
Anexo 4: Proyecto de Investigación	41

INTRODUCCIÓN

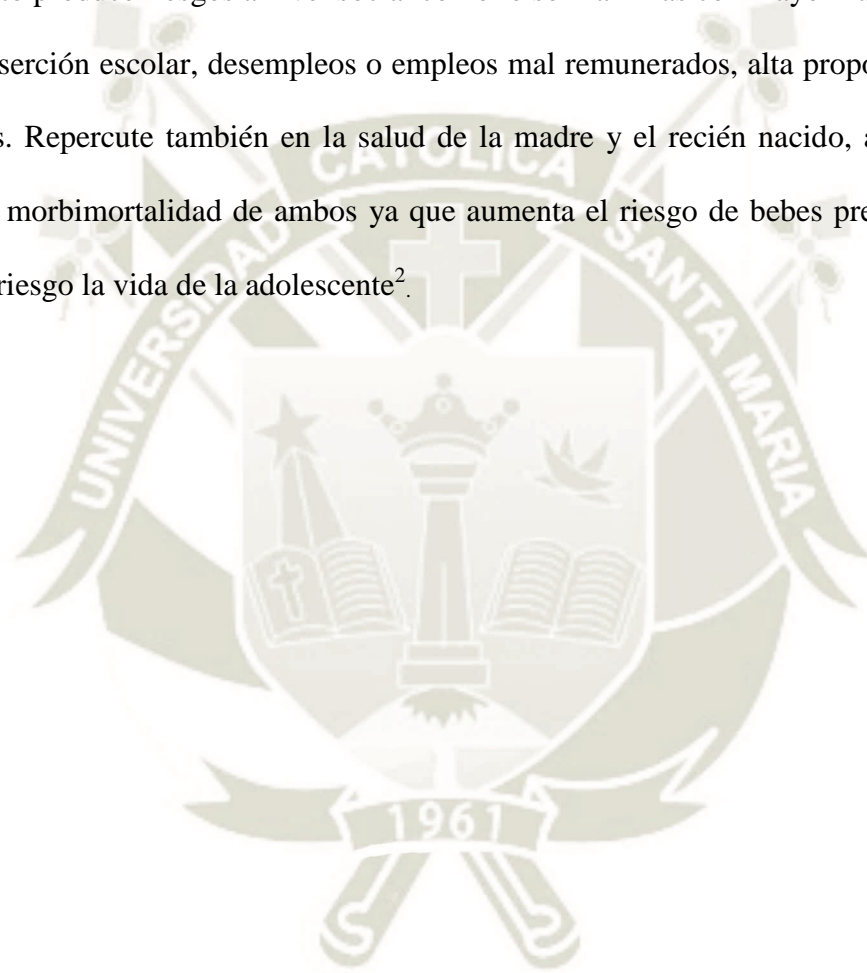
La adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; fija sus límites entre los 12 a 19 años¹.

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen ². El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo².

El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo diversas consecuencias como lo es un embarazo ². El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años ,además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado.

La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos².

Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad de ambos ya que aumenta el riesgo de bebés prematuros hasta poner en riesgo la vida de la adolescente².



RESUMEN

Objetivos específicos: Determinar la relación entre los factores sociodemográficos, personales, familiares y el embarazo en la adolescente. **Métodos:** Previa autorización, se realizó un estudio descriptivo, analítico, de relación. La población: adolescentes gestantes y no gestantes asistentes al consultorio de ginecoobstetricia, se aplicó el mismo instrumento a todas. **Resultados:** Se encuestaron 166 adolescentes, 58 fueron gestantes y representan el 34.9%, y 108 no son gestantes las cuales representan el 65.10%.

En cuanto a los factores sociodemográficos como la edad tenemos que, el 26.20% de adolescentes son menores de 16 años y que 40.60% de adolescentes tienen edad comprendida entre 16 y 19 ya están gestando, lo cual nos indica que existe una relación estadísticamente significativa ($P > 0.05$). En cuanto al nivel de instrucción el 46.50% de las adolescentes con nivel de instrucción primaria o iletradas y el 30.90% de las adolescentes con nivel secundaria están embarazadas indicando que existe una significancia estadística ($P > 0.05$), la mayoría procedentes de distritos rurales, dentro de estos factores sociodemográficos tenemos que en cuanto al ingreso mínimo el 31.1% son gestantes.

En cuanto a los factores personales tenemos que el 33.8% de las adolescentes son solteras, y ya son gestantes, el 68.3% de las adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales antes de los 14 años, son gestantes, indicando una alta incidencia significativa ($P < 0.05$).

En cuanto a los factores familiares el 46.7% de las adolescentes que ya conviven con su pareja se encuentran embarazadas, el 33.8% que viven con los padres están embarazadas, lo cual nos indica que existe una diferencia estadísticamente significativa ($P > 0.05$).

Conclusiones: Los factores sociodemográficos: en cuanto a la edad, nivel de instrucción primaria o iletrada, bajos ingresos. Factores personales: inicio de las relaciones sexuales antes de los 14, número de parejas sexuales. Factores Familiares: disfunción familiar, padre con secundaria y madre con primaria, tienen relación con el embarazo en adolescentes es estadísticamente significativa.

PALABRAS CLAVE: adolescente embarazo, factores relacionados

ABSTRACT

Specific objectives: Determine the relationship between sociodemographic, personal, family and adolescent pregnancy factors. **Methods:** Prior authorization, a descriptive, analytical, relationship study was conducted. The population: pregnant and non-pregnant adolescents attending the obstetrics and gynecology clinic, the same instrument was applied to all. **Results:** 166 adolescents were surveyed, 58 were pregnant and represent 34.9%, and 108 are not pregnant women, which represent 65.10%.

Regarding the sociodemographic factors such as age we have, 26.20% of adolescents are under 16 and that 40.60% of adolescents are between 16 and 19 are already gestating, which indicates that there is a statistically significant relationship ($P > 0.05$). Regarding the level of education we have, 46.50% of adolescents with primary or illiterate education and 30.90% of adolescents with secondary level are pregnant indicating that there is a statistical significance ($P > 0.05$), most of them from rural districts, within these sociodemographic factors we have that in terms of minimum income 31.1% are pregnant.

Regarding personal factors we have that 33.8% of adolescents are single, and are pregnant, 68.3% of adolescents who began sexual relations before age 14, are pregnant, indicating a high significant incidence ($P < 0.05$).

Regarding family factors, 46.7% of the adolescents who already live with their partner are pregnant, 33.8% who live with their parents are pregnant, which indicates that there is a statistically significant difference ($P > 0.05$). **Conclusions:** Sociodemographic factors: in terms of age, primary or illiterate level of education, low income. Personal factors: beginning of sexual relations before 14, number of sexual partners. Family Factors: family dysfunction, father with secondary school and mother with primary school, are related to teen pregnancy is statistically significant.

KEYWORDS: adolescent pregnancy, related factors

OBJETIVOS

- **Objetivo general:**

Determinar la relación entre factores Sociodemográficos, Personales y familiares con embarazo de adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2018.

- **Objetivos específicos:**

- Determinar los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo de la adolescente.
- Determinar los factores personales que influyen en el embarazo de la adolescente.
- Determinar los factores familiares que influyen en el embarazo de la adolescente.
- Establecer la relación entre los factores referidos y el embarazo en la adolescente.

HIPÓTESIS

Dado que en nuestro país, la frecuencia de embarazos en adolescentes se ha incrementado, condicionando riesgo de vida en la gestante, ya que no se encuentra preparada psicológica ni físicamente para éste evento. Y al mismo tiempo existen factores condicionantes para la ocurrencia del embarazo,

Es probable que: Existan factores sociodemográficos, personales y familiares que se relacionen directamente a la predisposición de quedar embarazada en adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista realizada a las pacientes adolescentes de 12 a 19 años que asistieron al Hospital Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, al consultorio de Gineco obstetricia gestantes y no gestantes.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en la información necesaria como Factores sociodemográficos, Factores personales, Factores familiares, de la gestante. (Anexo 1) y Apgar Familiar (Anexo 2)

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Fotocopias de la ficha de recolección de datos
- Computadora Toshiba Satellite.
- Impresora.
- Sistema operativo Windows 10™ Home y procesador de texto Microsoft Word
- Soporte estadístico SPSS 22.0 for Windows.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecoobstetricia, departamento de Ginecoobstetricia, del Hospital Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, Perú.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó durante los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero, en adolescentes asistentes al hospital Honorio Delgado.

Unidad de estudio: adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Honorio Delgado.

2.3. **Población:** 166 participantes, de las cuales 58 gestantes, 108 no gestantes sin antecedente de embarazo atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Honorio Delgado, durante el periodo noviembre 2018 - febrero 2019 y que cumplían con los criterios de selección.

Muestra: Se abarcó a todas las adolescentes que accedieron a participar.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes embarazadas (12 a 19 años)
- Adolescentes no embarazadas(12 a 19 años)

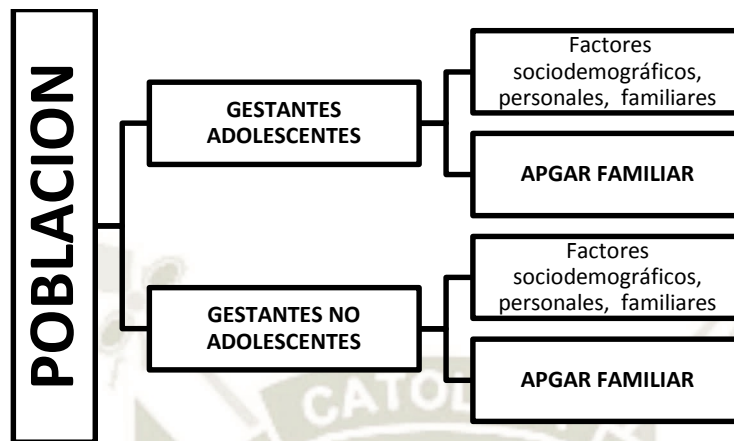
Criterios de Exclusión:

- Adolescentes en trabajo de parto.
- Puérperas.
- Adolescentes con antecedente de embarazo.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio prospectivo, no experimental de Relación

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional de Relación.

5. Diseño:



4. Estrategia de Recolección de datos

4.1. Organización

- Solicitud formal a la Escuela de Medicina de la Universidad Santa María Católica de Arequipa, para la aprobación del proyecto de tesis.
- Solicitud al Comité de Ética de la Universidad Católica de Santa María.
- Solicitud de autorización al comité de ética del Hospital Honorio Delgado
- Luego de la aprobación de la Dirección del Hospital, se procedió a la revisión de la base de datos identificando a las pacientes que cumplan los criterios de selección mencionados.
- Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se consignaron en la ficha de recolección de datos.
- Se recogió la información, con lo cual se procedió a realizar el análisis estadístico.

4.2. Validación de los instrumentos

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, ofrece una correlación alta con pruebas especializadas. El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.

Pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar: 1. Adaptación 2. Participación 3. Ganancia o crecimiento 4. Afecto 5. Recursos. Se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; Al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia³.

La hoja de recolección de datos que es un instrumento en donde únicamente se registrarán la ausencia o presencia de variables no requirió validación alguna.

4.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La **recolección** de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 y 2, fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas; fueron consideradas significativas con un valor de $p < 0.05$ usando el paquete estadístico SPSSv.22.0.



**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 1

FRECUENCIA DE GESTACION EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. HGHD. 2018

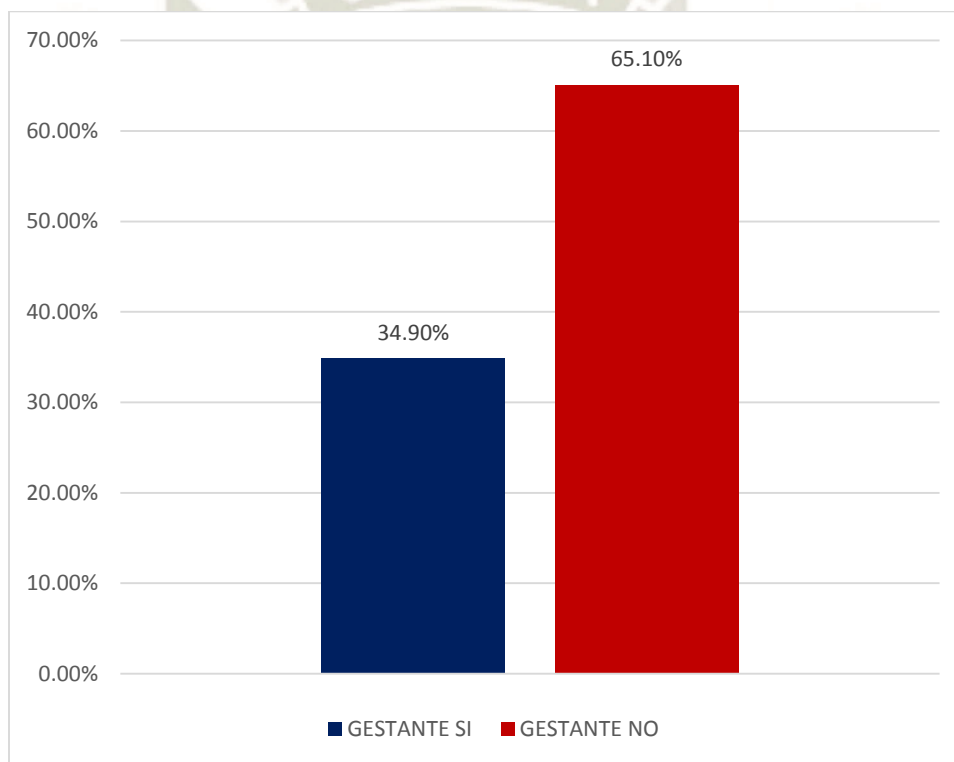
		N°: 166	%: 100
GESTANTE	SI	58	34.90
	NO	108	65.10

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

Gráfico 1

FRECUENCIA DE GESTACION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. HGHD. 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Se encuestaron 166 adolescentes de 12 a 19 años de las cuales el 34.90% fueron gestantes y el 65.10% fueron no gestantes.

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 2

**Factores Sociodemográficos: Edad, Instrucción, relacionados a embarazo en
Adolescentes del HRHD, 2018**

	GESTANTE				X²	
	SI		NO			P
	Nro: 58	%	Nro: 108	%		
Edad	Menor de 16 ^a .	17	26.20	48	73.80	3.628
	16-19 ^a	41	40.60	60	59.40	0.040
Instrucción	Iletrada/primaria	20	46.50	23	53.50	3.419
	Secundaria	38	30.90	85	69.10	0.049

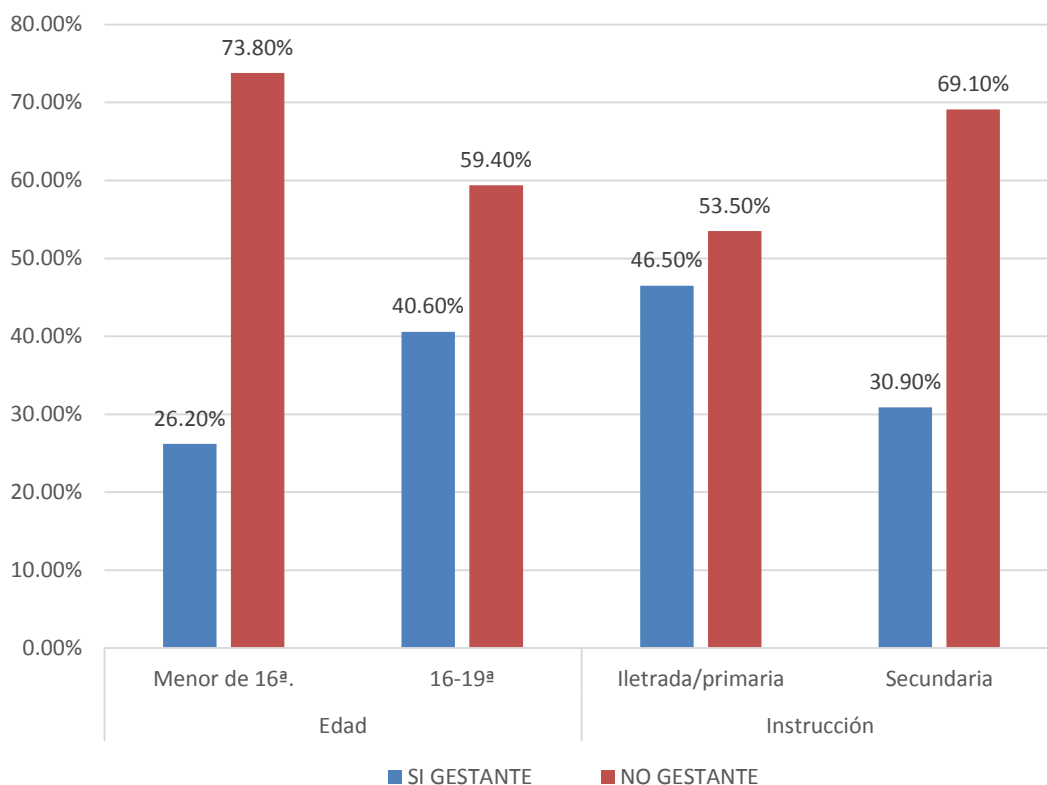
Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

GRAFICO 2

Factores Sociodemográficos: Edad, Instrucción, relacionados a embarazo en

Adolescentes del HRHD, 2018



En cuanto a los factores sociodemográficos como la edad tenemos que, el 26.20% de adolescentes son menores de 16 años ($p < 0.05$).
El 40.60% de adolescentes que tienen edad comprendida entre 16 y 19 ($p > 0.05$).

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 3

Factores Sociodemográficos: Ocupación, Ingreso económico Mínimo,

Relacionados a embarazo en Adolescentes del HRHD, 2018

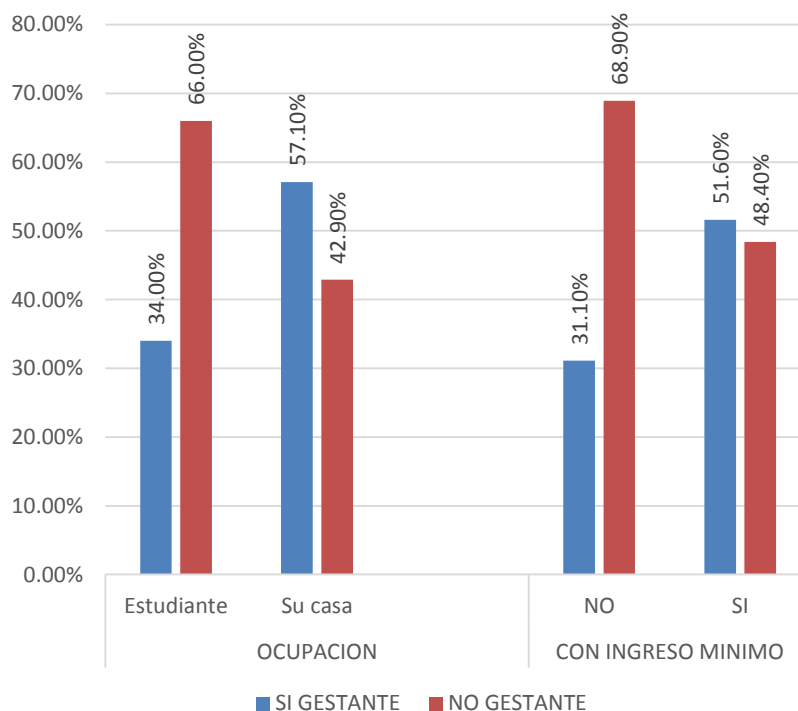
		GESTANTE				X² P
		SI		NO		
		Nro: 58	%	Nro: 108	%	
OCUPACION	Estudiante	54	34.00	105	66.00	1.585
	Su casa	4	57.10	3	42.90	0.194
CON INGRESO MINIMO	NO	42	31.10	93	68.90	4.662
	SI	16	51.60	15	48.40	0.027

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

GRAFICO 3

**Factores Sociodemográficos: Ocupación, Ingreso económico Mínimo, Relacionados a
embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**



El siguiente grafico reporto que el 34.00% de las adolescentes que estudian ya están embarazadas ($p > 0.05$).

El 31.1% de adolescentes con ingreso económico mínimo que no trabajan son gestantes ($p < 0.05$).

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 4

**Factores Personales: Relaciones sexuales, Estado civil, relacionados a embarazo en
Adolescentes del HRHD, 2018**

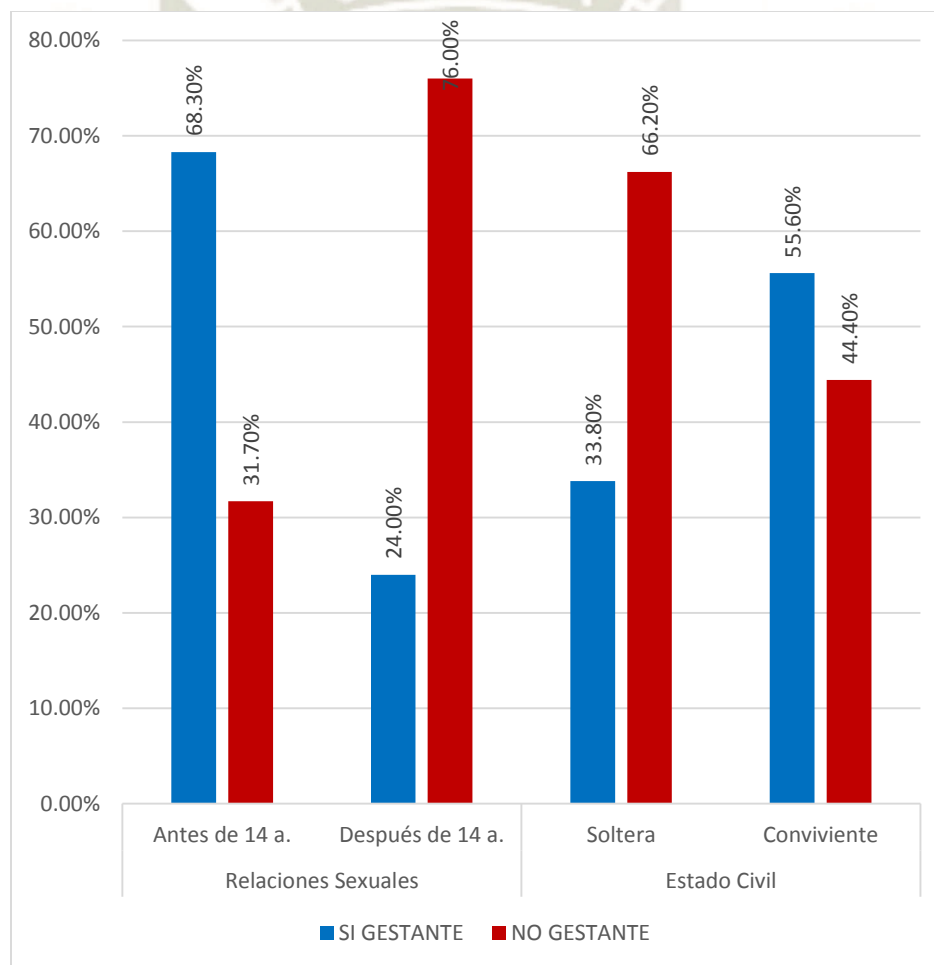
		GESTANTE				
		SI		NO		
		Nro: 58	%	Nro: 108	%	X²
						P
Relaciones Sexuales	Antes de 14 a.	28	68.30	13	31.70	26.645
	Después de 14 a.	30	24.00	95	76.00	0.000
Estado Civil	Soltera	53	33.80	104	66.20	1.779
	Conviviente	5	55.60	4	44.40	0.164

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

GRAFICO 4

**Factores Personales: Relaciones sexuales, Estado civil, relacionados a embarazo en
Adolescentes del HRHD, 2018**



El siguiente grafico reporto que el 68.30% de las adolescentes que tuvieron inicio de relaciones sexuales antes de los 14 años ya está gestando. ($p < 0.05$).
El 33.80% de las adolescentes solteras ya están gestando ($p > 0.05$).

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 5

**Factores Personales: Nro parejas sexuales, Funcionamiento Familiar, relacionados a
embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**

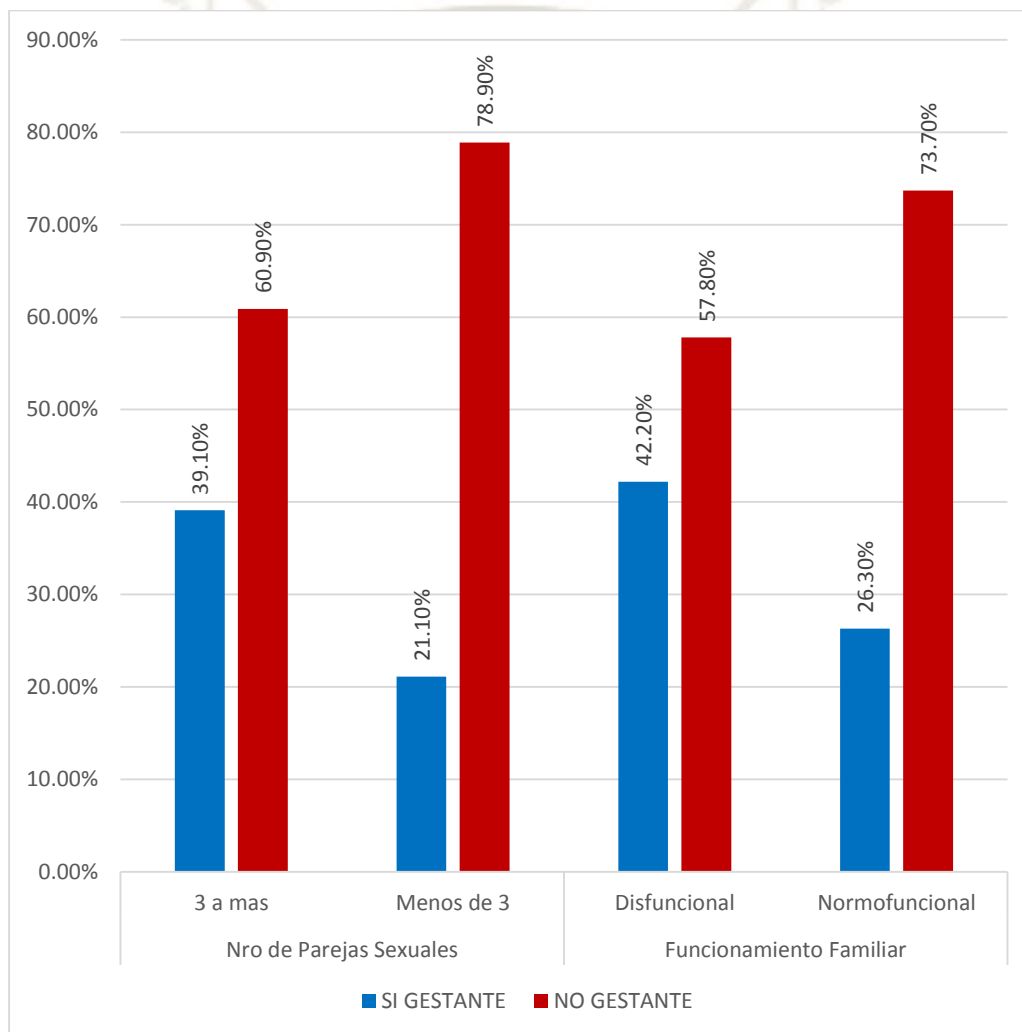
		GESTANTE				X ²	P
		SI		NO			
		Nro: 58	%	Nro: 108	%		
Nro. de Parejas Sexuales	3 a mas	50	39.10	78	60.90	4.181	0.030
	Menos de 3	8	21.10	30	78.90		
Funcionamie nto Familiar	Disfuncional	38	42.20	52	57.80	4.586	0.023
	Normofuncional	20	26.30	56	73.70		

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

GRAFICO 5

**Factores Personales: Nro parejas sexuales, Funcionamiento Familiar, relacionados a
embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**



El siguiente grafico reporto que el 39.10% de adolescentes que tuvieron de 3 a más parejas sexuales ya esta gestando ($p < 0.05$).
El 42.20% de las adolescentes con familia disfuncional se encuentra embarazada ($p < 0.05$).

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 6

**Factores Familiares: Convivencia con pareja, Relación con Pareja, relacionados a
Embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**

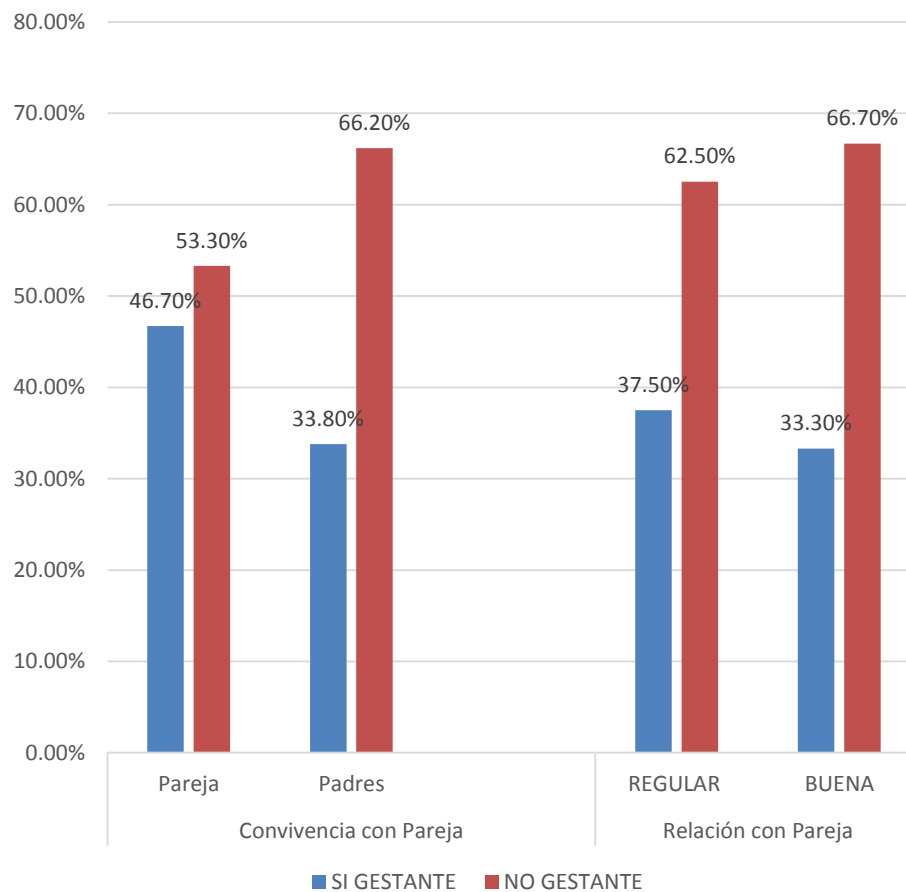
		GESTANTE				X ² P
		SI		NO		
		Nro: 58	%	Nro: 108	%	
Convivencia con Pareja	Pareja	7	46.70	8	53.30	0.998
	Padres	51	33.80	100	66.20	0.234
Relación con Pareja	Regular	24	37.50	40	62.50	0.300
	Buena	34	33.30	68	66.70	0.351

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

GRAFICO 6

**Factores Familiares: Convivencia con pareja, Relación con Pareja, relacionados a
embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**



El siguiente cuadro reporta que el 46.70% de las adolescentes que convive con su pareja esta embarazada ($p>0.05$).
El 37.50% de las adolescentes que tienen una relación regular con su pareja está embarazada ($p>0.05$).

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 7

**Factores Familiares: Escolaridad del Padre, Madre, Conversan sobre
Sexualidad, relacionados a embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**

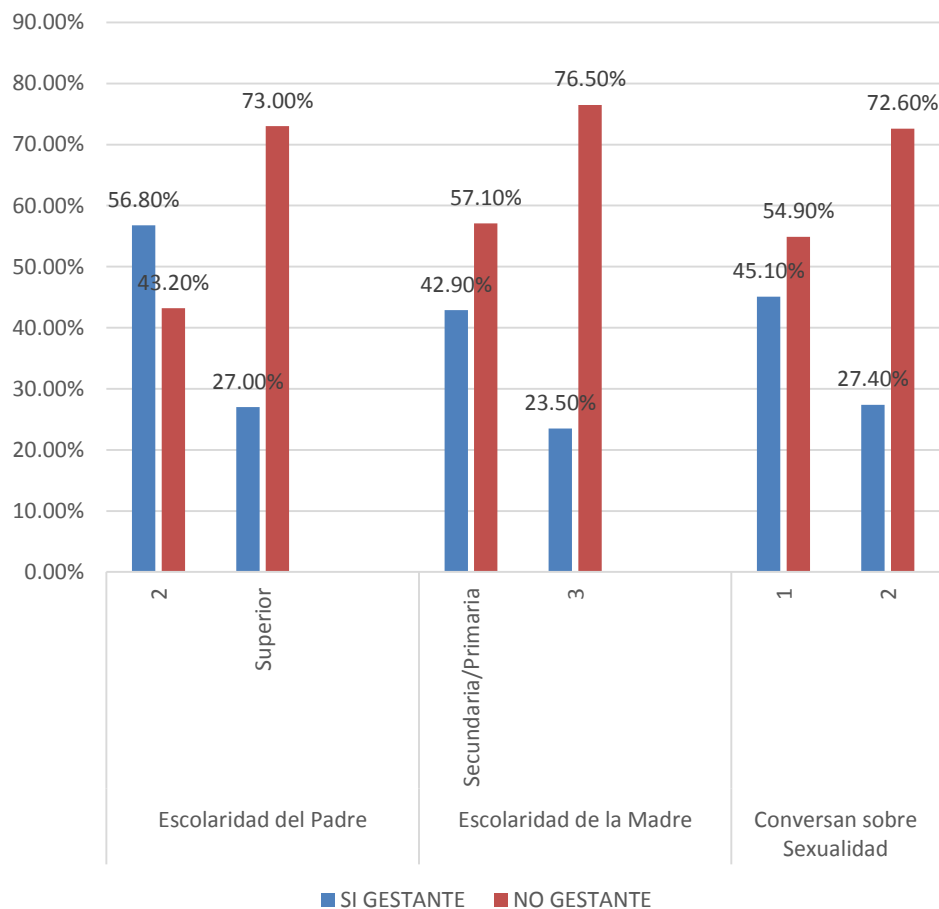
		GESTANTE				X²
		SI		NO		
		Nro: 58	%	Nro: 108	%	P
Escolaridad del Padre	Prim/secund	25	56.80	19	43.20	12.607
	Superior	33	27.00	89	73.00	0.000
Escolaridad de la Madre	Secun/Prim	42	42.90	56	57.10	6.597
	superior	16	23.50	52	76.50	0.008
Conversan sobre Sexualidad	NO	32	45.10	39	54.90	5.601
	SI	26	27.40	69	72.60	0.014

Fuente: Elaboración propia

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

GRAFICO 7

**Factores Familiares: Escolaridad del Padre, Madre, Conversan sobre Sexualidad,
relacionados a embarazo en adolescentes del HRHD, 2018**



El siguiente cuadro reporto que el 56.80% de las adolescentes con padre con nivel escolaridad primaria ya está gestando ($p < 0.05$).
 El 42.90% de las adolescentes con madre con nivel de escolaridad primaria o secundaria ya está embarazada ($p < 0.05$).
 El 45.10% de las adolescentes que no conversan con sus padres está gestando ($p > 0.05$).

**FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA, 2018**

TABLA 8

Análisis multivariado, relacionados a embarazo en adolescentes del HRHD, 2018

GESTANTE ^a	Wald	Sig.	Exp(B)	intervalo de confianza para Exp(B)	
				Límite inferior	Límite superior
EDAD menor a 14 años	9.654	0.002	0.135	0.038	0.477
INSTRUCC Primaria	4.981	0.026	4.700	1.207	18.292
OCUPACION Estudiante	1.969	0.161	0.289	0.051	1.636
ESCOL padre Secundaria	8.131	0.004	4.060	1.550	10.635
ESCOL madre prim secund.	0.632	0.427	1.510	0.547	4.174
CONVIVENCIA Padres Y pareja	0.110	0.740	1.425	0.176	11.550
2DO embarazo	0.573	0.449	0.431	0.049	3.813
E. CIVIL soltera	0.277	0.599	0.515	0.043	6.101
RELAC. sexual antes de 14 a.	17.990	0.000	8.982	3.257	24.768
PAREJAS sexual más de 3	3.615	0.057	2.961	0.967	9.066
DISFUNCION familiar	0.031	0.860	1.082	0.449	2.611

Fuente: Elaboración propia



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Nuestra ciudad no está ajena a lo que ocurre a nivel mundial respecto al aumento de la frecuencia de embarazo en adolescentes, por lo que es importante determinar cuáles son los factores relacionados al suceso a fin de poder intervenir en su prevención.

En la Tabla y gráfico 1. En esta tabla veremos la frecuencia de las adolescentes embarazadas y no embarazadas .De 166 adolescentes, 58 fueron gestantes y representan el 34.9%, y 108 no son gestantes sin antecedente de haber estado embarazadas las cuales representan el 65.10%. Esto es explicable porque acuden con el uso del SIS, que es un seguro para personas de pobreza extrema y que deben ser atendidas en hospital estatal como es el Honorio Delgado. En un reporte de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia 2000 en Colombia, la iniciación temprana de las relaciones sexuales es más frecuente en los estratos bajos, en el área rural y en la población con menor nivel educativo. El estudio mostró que “los hombres adolescentes consideran que la edad ideal para iniciar relaciones tempranas son los 17 años y las mujeres, los 18; aun así, se observa que la edad promedio de la primera relación sexual es de 13,4 años entre los hombres y de 14,8 entre las mujeres, cuatro años menos de los que ellos mismos consideran ideal”. El mismo estudio señala que “el 15% de las adolescentes de 15 a 19 años ya han sido madres y el 4% están embarazadas de su primer hijo. Asimismo, una de cada cinco (20%) de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres (33%) de las jóvenes de 19 años⁴.

En el Perú según la encuesta demográfica y de salud familiar realizada en 2018 revela que el 13.4% de adolescentes, de 15 a 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en aquel año. En Arequipa según la GERESA el 5,1% de embarazos eran menores de edad en el 2018.

Por otro lado, se reporta que la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales. Para las mujeres de estos sectores, la extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo⁵.

En la Tabla y grafico 2. El 26.2% de las adolescentes menores de 16 años son gestantes, $P < 0.05$ existe relación significativa entre la adolescencia temprana y el embarazo. El 46.5% de las adolescentes con nivel de instrucción primaria o iletradas son gestantes, $P < 0.05$, relación significativa entre la instrucción y el inicio del embarazo. Ellas explican que el embarazo a su edad es normal, y que la instrucción no es importante para ellas.

En un estudio cuyo objetivo fue describir las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, la ENSA 2000, se realizó una encuesta de tipo probabilístico, con representatividad nacional y con tamaño de la muestra 45 726 viviendas; se observó que el antecedente de embarazo según nivel de escolaridad al momento de la encuesta

presenta un comportamiento inverso; a menor nivel escolar mayor porcentaje de adolescentes con antecedente de embarazo, la diferencia más significativa se presenta en el grupo de los 18 a los 19 años de edad⁶.

La OMS estima que el riesgo de morir por causas maternas es 2 veces más alto para mujeres de 15 a 19 años y 4 veces mayor para las de 10 a 14 años que en relación a las de mayor edad⁷.

En la Tabla y grafico 3. El 34% de las adolescentes cuya ocupación es exclusivamente estudiantes se encuentran en gestación, a pesar de no existir relación significativa $P > 0.05$. La mayoría menciona que ya están en la edad de ser madres pero que el hecho de estudiar o no, no es relevante. El 31.1% de las que no trabajan con un ingreso económico insuficiente, o mínimo, ya están gestando. Ellas trabajan eventualmente, muchas procedentes de provincias. Dicen trabajar desde niñas. Tienen la sensación de que es normal a su edad, $P < 0.05$ relación significativa.

Estudios mundiales muestran que el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de la pobreza; colocando a las jóvenes en un riesgo más alto para alcanzar sus logros educativos, ocupacionales y socioeconómicos. La maternidad temprana se asocia a un mayor riesgo de resultados reproductivos adversos y una creciente mortalidad materna e infantil. Otras investigaciones como la que se realizó en Medellín, briceño : El 78,5 % tenían un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y que el 40 % de estas trabajaba como ama de casa., cabe mencionar que este estudio revelo que, los niños criados por madres adolescentes experimentan más riesgo de abuso físico o sexual y presentan más problemas en su comportamiento⁸.

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 85% de las adolescentes embarazadas no asiste a un centro educativo.

En Arequipa en lo que cabe del 2018 se reportaron 556 embarazos en adolescentes entre 12 y 16 años, hubo una disminución de embarazos adolescentes y aumento de abortos en relación al 2017, según estadísticas de Salud Sexual y Reproductiva de la Gerencia Regional de Salud (Geresa)

En la Tabla y gráfico 4. El 68.3% de las adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales antes de los 14 años, ya son gestantes, $P < 0.05$. Creen que es algo muy natural en su familia o en su entorno.

Así mismo de las pacientes asistentes al hospital, el 33.8% de las que son solteras, ya son gestantes, $P > 0.05$ a pesar de no existir relación significativa. Generalmente no tienen interés por conocer los métodos de planificación familiar, aunque en términos generales todas refieren conocer el condón.

En un estudio cuyo objetivo fue describir las características del comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos, la ENSA 2000 realizó una encuesta de tipo probabilístico; con representatividad nacional con tamaño de la muestra 45 726 viviendas. Reportó en cuanto al antecedente de embarazo, en las adolescentes de entre 12 a 19 años de edad, que han tenido relaciones sexuales, 55.7% han estado embarazadas alguna vez, y que el porcentaje de antecedente de embarazo aumenta de acuerdo con la edad de las adolescentes 14.8% de las jóvenes de los 12 a 14 años, 48% en las de 15 a 17 años, y 63.2% en las de 18 a 19 años de edad; asimismo, observamos un aumento del porcentaje de embarazo en las características estudiadas debido al efecto de la edad⁹.

En el Perú este hecho sucede en promedio a partir de los 11 años en varones y a partir de los 13 en mujeres .En Arequipa el promedio de inicio de relaciones sexuales es partir de los 14 en el varón y en la mujer a los 16 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

En la Tabla y grafico 5. El 39.1% de las adolescentes que ya tuvieron 3 a más parejas sexuales en su vida, ya son gestantes. $P < 0.05$ existe relación significativa. La mayoría menciona que se iniciaron las relaciones con sus parejas aproximadamente a los 12 años. El 42.2% de las adolescentes que tienen familia disfuncional, son gestantes, donde no existe la posibilidad de dialogo amplio, dialogo con sus padres, ya que ellos tienen mayor interés por el trabajo.

De acuerdo con Papalia y Olds, la imagen que los adolescentes tienen de sí mismos y las relaciones con los padres y las parejas conciernen a la sexualidad. La actividad sexual, desde un beso hasta las caricias y el contacto genital, satisface varias necesidades en los adolescentes. Ellos buscan la actividad sexual para aumentar la intimidad, indagar por nuevas experiencias, probar su madurez, estar a la par con sus compañeros, encontrar alivio a las presiones o internarse en el misterio del amor. Las autoras afirman que “por lo general, la orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia” y que la misma está determinada por factores hormonales y neurológicos, pero también por influencias ambientales y sociales, por lo cual se considera importante una adecuada y oportuna orientación para contribuir al sano desarrollo de la sexualidad de los individuos⁴.

Es común que los padres de familia de bajos recursos se preocupan por cosas como el respeto, la gentileza, la obediencia, de sus hijos y, además, les interesa que no se metan en problemas en la escuela. Las familias de clase media están más preocupadas por el rendimiento académico y el desarrollo de iniciativa e independencia de sus hijos⁴.

En un estudio hecho en México por la ENSA año 2000, del total de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, 37% dijo haber utilizado algún método anticonceptivo durante su primera relación; el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres que en las mujeres; los hombres usan 4.09 veces más algún anticonceptivo que las mujeres y la escolaridad es un factor que influye en la utilización de anticonceptivos; quienes tienen un nivel de secundaria utilizan 2.05 veces más anticonceptivos en la primera relación sexual, y 3.56 veces para los de escolaridad preparatoria o mayor nivel escolar comparado con aquellos con educación primaria. Los adolescentes que viven en localidades urbanas tienen 1.94 veces más posibilidad de usar anticonceptivos en la primera relación sexual, comparados con aquellos que viven en localidades rurales. Asimismo, la edad en la primera relación sexual es un factor que influye para el uso de algún método anticonceptivo; quienes tuvieron su primera relación entre los 18 y 19 años de edad emplean 3.16 veces más algún método anticonceptivo, y quienes iniciaron a los 16 y 17 años tienen dos veces más posibilidad de recurrir a algún método anticonceptivo que aquellos que tuvieron su primera relación sexual entre los 8 y 13 años de edad⁶.

En la Tabla y gráfico 6. El 46.7% de las adolescentes que ya conviven con su pareja se encuentran actualmente embarazadas, mientras que de las adolescentes que viven con sus padres, el 33.8% están embarazadas. Esto es debido a que si tempranamente ya conviven es lógico que también se encuentren gestando a temprana edad, $.P > 0.05$ no existe relación significativa

El 37.5% de las que tienen una relación regular con su pareja, sin mucha comprensión ya se encuentran embarazadas, a pesar de no existir relación significativa, $p > 0.05$

Se aplicaron un total de 193 encuestas a mujeres con edades entre los 13 y 19 años de edad residentes en el área urbana del municipio de Briceño. La convivencia con la pareja o estar casado ha sido asociado por la literatura con el embarazo, con frecuencias los autores relacionan el deseo de tener un hijo en las parejas de adolescentes que viven en unión libre o son esposos, Los resultados de esta investigación están acordes a lo planteado anteriormente puesto que; el riesgo aumenta 16,47 veces en las adolescente que tienen una relación de convivencia con su pareja⁸.

En la Tabla y gráfico 7. El 56.8% de las adolescentes cuyos padres tienen nivel de instrucción secundaria, se encuentran embarazadas, existe una relación significativa $P < 0.05$, generalmente las jóvenes se tornan desobedientes a sus padres por el hecho de solo tener nivel secundario.

EL 42.9% de las adolescentes cuya madre tiene nivel de instrucción primaria o secundaria actualmente se encuentran embarazadas, existe una relación altamente significativa $P < 0.05$. Las adolescentes creen que con el internet y el celular ya están todas sus dudas despejadas, no prestan atención a recomendaciones de sus madres.

En términos generales padres e hijos resuelven sus conflictos según su mutua satisfacción y los padres continúan ejerciendo su autoridad e influencia sobre los hijos. Sin embargo, los padres se muestran desorientados sobre la forma de asumir la conservación de reglas, normas y valores; manifiestan dificultad para escuchar, explicar y negociar con sus hijos las estrategias orientadas a lograr la autonomía de los adolescentes con responsabilidad y competencia. Los padres de familia no tienen duda sobre la capacidad del joven para

evaluar problemas de un gran nivel de complejidad, pero no están seguros de depositar toda su confianza en las decisiones del adolescente. Se reconoce que la actitud de confianza y capacidad de escucha del padre hacia el hijo es una fortaleza en el desarrollo humano integral del adolescente. Sin embargo, la cultura, los mitos y las creencias religiosas respecto a la sexualidad siguen siendo un problema de difícil manejo para los padres⁴.

El 45.1% de las adolescentes quienes manifiestan ausencia de conversaciones sobre sexualidad con sus padres, se encuentran embarazadas, $P < 0.05$ existe relación significativa. Indican que les hubiera gustado que sus padres les hablen algo antes de tener su pareja sexual.

En un estudio en Colombia, Se aplicaron un total de 193 encuestas a mujeres con edades entre los 13 y 19 años de edad residentes en el área urbana del municipio de Briceño. La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 16,23, el 83,6% de sus padres no supera el nivel de escolaridad de primaria incompleta, con una razón de prevalencia de 3,05 comparado con el riesgo de las que tienen padres con un grado de estudio superior, ratificando así lo que plantean los autores frente a la relación con el embarazo⁸.

En la Tabla y grafico 8. Las adolescentes que sea menor de 14 años con instrucción primaria, cuyo padre solo tenga instrucción secundaria, con inicio de relaciones sexuales antes de los 14 años, y con más de 3 parejas sexuales tiene alta probabilidad de presentar gestación en la edad de la adolescencia.

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad,

baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad¹⁰.

CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos como la edad, nivel de instrucción primaria o iletradas, las que trabajan, pero con bajos ingresos tienen relación con el embarazo en adolescentes, ($P < 0.05$).
2. Los factores personales, las adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales antes de los 14, el número de parejas sexuales, tienen relación con el embarazo en adolescentes, ($P < 0.05$).
3. Los factores Familiares, adolescentes que tienen familia disfuncional, adolescentes cuyos padres tienen nivel de instrucción secundaria, adolescentes cuya madre tiene nivel de instrucción primaria o secundaria, adolescente cuyo padre solo tenga instrucción secundaria, tienen relación con el embarazo en adolescentes, ($P < 0.05$).

RECOMENDACIONES

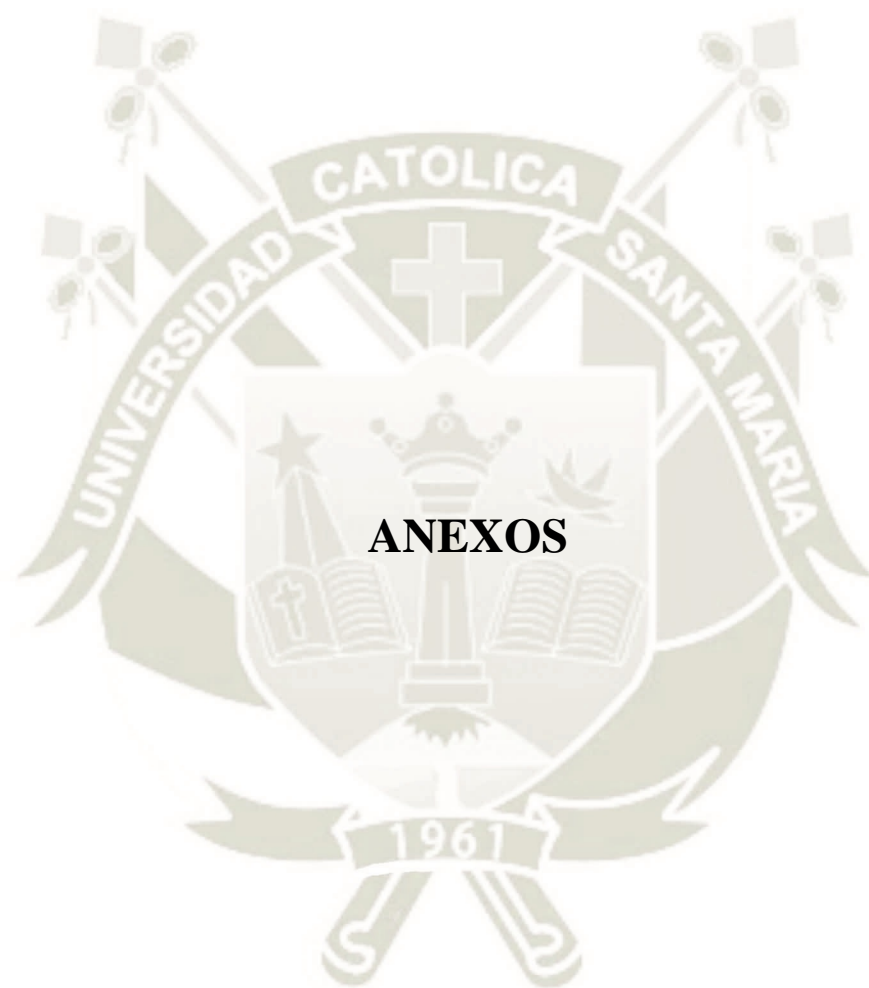
1. Se recomienda a los colegios que se haga una adecuada instrucción en paternidad y maternidad responsable desde 4to de primaria.
2. Se debe capacitar a los maestros para que identifiquen factores de riesgo en las adolescentes a su cargo.
3. Los padres deben proporcionar la confianza y el acercamiento con los hijos para que juntos busquen asesoría e información adecuada sobre su sexualidad.
4. Incentivar los valores personales, como el respeto a uno mismo y a la vida, así como aprender a respetar la decisión de los demás.
5. No ceder ante la presión del entorno social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2012000300006
2. <https://www.cimacnoticias.com.mx/especiales/coinversion2007/derechossexyreprod/numeralia/riesgosenembarzoadolescentedatosinternacionales.pdf>
3. Arias Liliana el Apgar familiar en el cuidado primario de salud. Home > Vol 25, No 1 (1994)
4. Mejía L. Comprensión de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en el marco del desarrollo a escala humana. Rev Fac Nac Salud Pública Vol. 24 N.º 1 enero-junio 2006. Universidad de Antioquia
5. Stern c.el embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica
Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Publica Mex 1997;39:137-143.
6. González c. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la Ensa. Instituto nacional de salud pública. México, df, México 2000
7. OMS. Embarazo en la adolescencia [Internet]. Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Avenue Appia 20 1211 Ginebra 27, Suiza: OMS; 2017. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/

8. Gómez C. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, Rev. salud pública. 16 (3): 394-406, 2014 2012
9. González c. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la Ensa. Instituto nacional de salud pública. México, df, México 2000
10. **Baeza**, identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. chile obste ginec 2007; 72(2):76-81





ANEXO 1

INSTRUMENTO

Paciente:.....Nro. Ficha:

Gestación (si) (no)

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Edad:_____

Nivel de instrucción: sin instrucción_____ primaria completa_____

Secundaria completa_____

Ocupación: ama de casa_____, estudiante,____ empleada_____ otro.....

Su pareja trabaja (si, no) ingreso (<= mínimo, >mínimo).....

FAMILIARES:

Convivencia con pareja (si) (no)

Relación con la pareja: (buena) (regular) (mala)

Escolaridad del padre (prim), (secund), (sup),

Escolaridad de la madre (prim), (secund), (sup),

Padres conversan sobre sexualidad. (Si) (No)

Convive con padre_____ madre_____ ambos_____ pareja_____

PERSONAL: Nro. embarazos : primero_____ dos_____ más de 2_____

Nro. Hijos vivos: 0_____ 1_____ 2+_____

Estado civil: soltera____ casada____ conviviente____ otro_____

Inicio de relaciones sexuales: antes de los 14 años_____

De 14 a 16 años_____ 16-19 años_____

Nro. De parejas sexuales:_____

Conoce algún método anticonceptivo? Si () No ()

Que método conoce?.....

ANEXO 2

APGAR FAMILIAR

Clasificación:

7-10 puntos: NORMOFUNCIONAL

3-6 puntos: DISFUNCIONAL LEVE

0-2 puntos: DISFUNCIONAL GRAVE

Puntaje Total de la Familia.....

PREGUNTAS	Siempre (2)	Casi Siempre (1)	Nunca (0)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTAJE TOTAL			

ANEXO N° 3



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Arequipa, 04 de marzo 2019
Geraldin Helena Cárdenas Torreblanca

Universidad Católica de Santa María
Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación del proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

El proyecto de tesis denominado "Factores relacionados a embarazo en adolescentes. Hospital Regional Honorio Delgado Espinosa Arequipa, 2018" cuyo Investigador principal es la alumna Geraldin Helena Cardenas Torreblanca

A. DISEÑO:

En cuanto al diseño, se trata de un estudio analítico, no experimental, prospectivo, epidemiológico y de relación en el que se realizara una Entrevista a las adolescentes que concurren al consultorio de obstetricia, ginecología, o pacientes púerperas del hospital Honorio Delgado.

B. OBJETIVO:

- Determinar los factores Sociodemográficos, Personales y familiares y médicos en el embarazo de adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2018.

C. SUJETOS DE ESTUDIO:

- Según la técnica: Se encuesta Gestantes Adolescentes que acudan al Hospital Honorio Delgado de Arequipa, exclusivamente a consultorio de ginecología, obstetricia, o púerperas en el año 2018.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

D. TÉCNICAS DE ESTUDIO:

✓ Entrevista

E. PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

La confidencialidad de los datos está asegurada.

F. PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos no representan riesgos para los participantes.

G. RIESGO DEL ESTUDIO:

Ninguno



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

H. RECOMENDACIONES:

- ✓ El equipo debe asegurar la confidencialidad de los datos y deberá informar al Comité resultados finales del estudio y manuscrito a una publicación que devenga de este proyecto.
- ✓ Se tiene alguna variación o nuevos procedimientos, deberá someter al Comité las enmiendas para su evaluación y dictamen antes de cualquier ejecución de estos nuevos procedimientos.
- ✓ Se recomienda toma de consentimiento Informado

I. DICTAMEN:

FAVORABLE.

DICTAMEN 70 - 2019



Comité Institucional de Ética de la
Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“FACTORES RELACIONADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES.
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOSA AREQUIPA,
2018”**

**Proyecto de tesis presentado por:
Cárdenas Torreblanca, Geraldin Helena**

**Para optar el título Profesional de:
Médico – Cirujana**

Asesor: Pino Chavez, Wilfredo

Arequipa-Perú

2019

I. PREÁMBULO

La adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez; fija sus límites entre los 12 a 19 años¹.

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen ². El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo².

El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo diversas consecuencias como lo es un embarazo ². El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años ,además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos².

Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad de ambos ya que aumenta el riesgo de bebés prematuros hasta poner en riesgo la vida de la adolescente². todo esto debido a diversos factores como descuido de los padres, falta de afecto, falta de orientación, libertinaje, desinterés sobre medidas de protección que influyen en el embarazo precoz.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Enunciado del trabajo o problema

¿Cuáles son los factores relacionados al embarazo en adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado?

Descripción del problema

a) **Área del conocimiento:**

- Campo: Ciencias de la Salud
- Área: Medicina Humana
- Especialidad: Salud Pública
- Línea: Embarazo en Adolescencia

b) **Análisis u operación de variables e indicadores:**

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTE S	Gestante de menos de 19 años	- Carnet de control - Historia clínica	Si (Porcentaje) No	Nominal
		Edad	Años cumplidos, según DNI	<14años 14-16años >16 años
	FACTORES SOCIO- DEMOGRAFICO S	Instrucción	Grado máximo de educación concluida	Ninguna Primaria Secundaria
Ocupación		Actividad a la que se dedica	- Ama de casa - Estudiante - Comerciante - Otro	Nominal
Trabajo de la pareja		Si su pareja tiene un trabajo	- Si - No - Nada	Nominal
Ingreso económico de la pareja		Cuanto en soles genera mensual	- Hasta 500 - Entre 501 y 1000 - Entre 1001 y 1500 - Más de 1500	Nominal
Número de hermanos		Cantidad de hermanos	- Hija única - Dos hermanos - Tres hermanos - Cuatro o más	Nominal
Nro. de embarazo		Qué número de embarazo es el actual	- Primero - Segundo - Tercero	Nominal
Nro. de hijos		Número de hijos que tiene la adolescente	- Ninguno - Uno - Dos a mas	Ordinal
FACTORES PERSONALES	Estado civil	Situación conyugal	- Soltera - Casada - Conviviente	Ordinal
	Inicio de relaciones sexuales	Edad en que inició las R.S.	- Antes de 14ª. - 14-16ª. - 17-18ª.	ordinal
	Educación sexual	Si en el colegio le enseñaron educación sexual	- Si - No	Nominal
	Conocimiento sobre anticonceptivos	Si la adolescente conoce los anticonceptivos	- Si - No	Nominal

FACTORES FAMILIARES	Convivencia con la pareja	Cohabita con la pareja	- Si - No	Nominal
	Relación con pareja	Estado de la relación con su pareja	- Buena - Regular - Mala	Nominal
	Grado de instrucción de la pareja	Estudios culminados por la pareja	- Primaria - Secundaria - Superior	Nominal
	Tipo de funcionamiento familiar	Características de su familia directa	- Normofuncional - Disfunción leve - Disfunción grave	Nominal
	Escolaridad del padre	Estudios concluidos del padre	- Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal
	Escolaridad de la madre	Estudios concluidos de la madre	- Primaria - Secundaria - Superior	ordinal
	Padres conversan de sexualidad	Padres le explicaron sobre el sexo y las relaciones sexuales	- Si - No	Nominal

Definiciones Operacionales:

Adolescente embarazada: gestantes mayores de 12 años y menores de 19 años corroborados con DNI, y carnet de embarazo.

Pareja trabaja: indicar si la pareja realiza un trabajo con salario estable, que es compartido con la Gestante.

Edad de inicio de Relaciones Sexuales: Es la edad en la que la gestante inicio sus relaciones sexuales con la misma pareja u otra.

Conocimiento sobre anticonceptivos: la gestante debe ser interrogada sobre si conoce algún método anticonceptivo utilizando términos sencillos que pueda comprender.

Funcionamiento Familiar: responder al Apgar familiar el cual evalúa el funcionamiento.

Relación con pareja: es la forma de comprensión, dialogo con la pareja.

Padres conversan sobre Sexualidad: ver si los padres solían conversar o no con la paciente de temas relacionados a relaciones sexuales, comprensión con pareja.

c) **Interrogantes básicas:**

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo de la adolescente?
- ¿Cuáles son los factores personales que influyen en el embarazo de la adolescente?
- ¿Cuáles son los factores familiares que influyen en el embarazo de la adolescente?
- ¿Existe relación entre los factores referidos y el embarazo en la adolescente?

d) **Tipo de investigación:**

- Estudio analítico, no experimental, prospectivo, epidemiológico.

e) **Nivel de la investigación:**

- De relación

Justificación del problema

- **Originalidad**: en nuestra localidad no se han identificado los factores más importantes relacionados a que se produzca embarazo en una adolescente, considerando que a esta edad es un riesgo la gestación.
- **Relevancia científica**: En base a los resultados de nuestro estudio, podemos plantear programas de prevención de esta gran problemática a fin de evitar los embarazos en la adolescente.
- **Práctica social**: El embarazo en la adolescencia tiene relevancia social por la gran problemática que conlleva como es hogares disfuncionales, hijos no reconocidos, abandono de recién nacidos etc.
- **Contemporánea**: se ha visto una incidencia elevada de embarazo adolescente no deseado en los últimos años, lo que ya trae consigo una gran problemática al futuro.
- **Factibilidad**: El presente estudio se puede realizar de manera satisfactoria ya que se cuenta con accesibilidad al lugar de la recolección de datos (Servicio de Gineco –Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinosa, MINSA), se dispone del material e instrumentos necesarios para la realización de dicho estudio.
- **Interés personal**: Reconociéndome como parte activa del Sistema Prestador de Salud es de interés el desarrollo de este trabajo, no solo como inicio de posteriores investigaciones que sirvan para mi desarrollo profesional, sino también, como integrante de la sociedad en la que me desenvuelvo.

2. MARCO CONCEPTUAL

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa específica de la vida que está comprendida entre los 10 y los 19 años, según la Organización Mundial de la Salud. Entre los 10 y los 15 años, se la llama “adolescencia temprana”. En tanto, entre los 15 y los 19 años, se la conoce como “adolescencia tardía”. Si bien ocurren cambios físicos, cognoscitivos y sociales, cada adolescente es un ser único, que está marcado por su contexto histórico, su ambiente sociocultural, su etnia, su pertenencia de clase y su género, entre otros factores³.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación⁴.

La edad media del periodo de la menarquia (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a

la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse a mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social⁴.

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización⁴.

PREVALENCIA

De acuerdo a las últimas estimaciones del INEI del año 2017, en el Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez. Estos resultados dan cuenta de un incremento en la prevalencia del embarazo en adolescentes, al pasar de 12.7% a 13.4% entre los años 2016 y 2017⁵.

Por otro lado, los reportes anuales del Seguro Integral de Salud (SIS) de partos atendidos en los establecimientos de salud, dan cuenta de alrededor de 2 mil partos cada año en adolescentes menores de 15 años de edad, incluidas niñas de 10, 11 y 12 años de edad. Es decir, al menos 5 niñas de 14 años o menos dan a luz a un hijo/a cada día producto de la violencia sexual⁵. Si bien la

prevención del embarazo y maternidad en adolescentes es una prioridad establecida en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente, el incremento observado en el embarazo y la maternidad en la adolescencia constituye hoy un “Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”⁵.

FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO

Es frecuente que el Embarazo adolescente ocurra como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente⁶.

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo⁶.

Ante el establecimiento del embarazo adolescente, las y los adolescentes se enfrentan a otro dilema muy serio: continuar con el embarazo o suspenderlo. Sin embargo, y en términos generales, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento de su hijo pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse y de ellas destacan:

a) El matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer (área rural).

- b) Práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- c) Presión de grupo social para tener relaciones sexuales s.
- d) Educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos anticonceptivos y/o no tener fácil acceso para su adquisición.
- e) Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas⁶.

CONSECUENCIAS INMEDIATAS Y TARDÍAS

Es indispensable considerar que las consecuencias del embarazo adolescente afecta a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive⁶.

Cuando la familia tiene conocimiento del embarazo, habitualmente la adolescente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción. De esta manera, es agredida emocional y, en ocasiones, físicamente. En algunos momentos también puede ser agredida por su pareja. Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. Al bajar su rendimiento escolar y ser motivo de burla por sus compañeros, es probable que abandone la escuela⁶.

Otro problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es

crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada. En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios. Sin embargo, habitualmente sigue realizando sus actividades sociales (salir con sus amigos, practicar deportes, etc.)⁶.

La vida de la adolescente se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja. Es necesario señalar y considerar que los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social. En numerosos lugares, el embarazo adolescente se aprecia como un error que tiene severas críticas sociales. Por lo tanto, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente; su magnitud dependerá básicamente de que las dos familias y la sociedad entiendan que esta nueva condición puede presentar claras oscilaciones, en donde el punto de partida es un rechazo o reprimenda, después su aceptación y protección y, finalmente, en algunos casos puede haber reproches esporádicos. Esta condición habitualmente es diferente en la población indígena, en donde el embarazo temprano es parte de las pautas culturales⁶.

El embarazo adolescente tiene otras consecuencias además de los cambios hormonales, entra en juego la emotividad de la adolescente. Su proceso de formación emocional se altera, la confianza en sí misma se ve vulnerada al no

saber si será capaz de superar la etapa que vive y ello, entre otras cosas, puede afectar su salud física⁶.

Es importante tener presente que ante esta situación de “emergencia física y emocional” la madre adolescente puede caer en problemas socio legales muy serios, como son: la prostitución, el consumo de drogas “lícitas” e “ilícitas”, la delincuencia y el maltrato infantil. En lo referente a la prostitución, se debe reconocer que esta condición es multifactorial y donde intervienen, además de la personalidad predisponente, las “adversidades sociales acumuladas” (pobreza, promiscuidad, bajo nivel educativo, marginalidad social, etc.⁶.

Probablemente sea frecuente que en nuestro país el embarazo adolescente ocurra como un evento no deseado o planificado, a pesar de que la pareja cuente con la información necesaria para su prevención. Por lo tanto, el producto es el resultado de una relación de pareja débil, lo que provoca una actitud de rechazo y ocultamiento del mismo, habitualmente por temor a la reacción del grupo familiar, lo que conlleva a un control prenatal tardío o insuficiente⁶.

Dentro de las complicaciones obstétricas se pueden citar

- Aborto:

La causas de aborto puede intervenir más de una causa y en cada uno, el mismo factor puede actuar de manera muy distinta, según las circunstancias y las características de las pacientes.

La etiología del aborto espontáneo se ha determinado que en un 50% tiene como causa conocida, de las cuales se menciona:

- Ovular: anomalías congénitas. Anomalía embrionaria del cigoto, embrión, feto o en ocasiones placenta, dentro de ellas tenemos, trisomía autosómica, monosomía X, triploidia, tetraploidia, anomalía estructural, trisomía doble o triple, Anomalías congénitas (utero): difelfo, bicorne, septado, hipoplásico, insuficiencia istmocervical
- Maternas: anatómica o endocrinas: Hipotiroidismo, la deficiencia pronunciada de yodo se acompaña de abortos. Diabetes mellitus, demostrando una frecuencia de aborto espontáneo como de malformaciones congénitas mayores aumente en las gestantes que presentan esta alteración con esto tiene mayor riesgo de sufrir pérdidas fetales.
- Inmunológicas ambientales y iatrogénicas: Existe una diversidad de enfermedades inmunitarias que puede provocar abortos durante el primer trimestre, como Lupus eritematoso generalizado, Anticuerpo y Síndrome antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares y antitiroideos (no se ha podido establecer su participación). Drogas y factores ambientales: Tabaco, alcohol, cafeína, radiaciones y anticonceptivos¹².
- Aborto espontáneo: Más del 80% de los abortos suele producirse en las primeras 12 semanas de edad gestacional. Lo cual es una complicación más común del embarazo que en muchas de las situaciones llegan con pérdidas tempranas, las pérdidas tardías son menos frecuentes, con 1,2% de los embarazos. Diversos factores influyen en el índice de abortos espontáneos.

- Amenaza de aborto: Se define como la situación clínica de una metrorragia antes de la semana 20 de amenorrea. El diagnóstico clínico de amenaza de aborto se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo. Esto suele presentarse en un 20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios días o semanas. En donde la causa fisiológica de la hemorragia es la que ocurre en el momento probable de menstruación, hemorragia de implantación¹².
- Anemia: Se ha considerado como una de las enfermedades más frecuentes que pueden coincidir con embarazo, o por el mismo desarrollo del embarazo en donde aumenta los requerimientos nutricionales por parte de la gestante, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumenta el consume de hierro elemental. Existe un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para lo cual se produce una disminución de la masa de hemoglobina. El aumento de volumen plasmático hace que llegue a un promedio de 1000ml, lo cual resulta necesario para que se lleve a cabo el llenado de la vascularización expandida por parte de los tejidos maternos que están hipertrofiados y la circulación feto-placentario. La incidencia de anemia en el embarazo varía considerablemente en el mundo, es más frecuente en los países subdesarrollados. Este problema

sucede en las gestantes al no recibir un control adecuado, y por la mala alimentación que se tiene durante el desarrollo del embarazo. La gestante anémica y su futuro hijo están frecuentemente expuestos enfrentar una complicación, algunas de ellas puede manifestarse de manera grave, llevándonos a una categoría de alto riesgo¹².

- Amenaza de parto pre término (APP): Se ha considerado como el proceso clínico donde se produce la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes que todavía tienen las membranas integras, presentándose después de la vigésimas y antes del trigésima séptima semana gestación. La actividad uterina se hacen palpables clínicamente con un tiempo de 30 segundos o más de duración con una frecuencia de una o más en diez minutos durante un periodo mínimo de una hora, esto nos lleva que se produzcan cambios cervicales leves, borramiento de cérvix uterino del 80% o menos, y con una dilatación igual o menor a 2 cms¹².
- Parto Pretérmino: Es el nacimiento que ocurre antes de concluir las 37 semanas, asociándose a diversos trastornos concomitantes que se debe en gran parte a la inmadurez de los órganos y sistemas, por lo que se incrementan de manera notable en los lactantes que nacen de las 37 semanas de gestación con la comparación de los nacimientos a término.

- Hipertensión Gestacional: Cuyo diagnóstico se establece cuando la presión arterial alcanza 140/90mmHg o mayor por primera vez después de la mitad de embarazo y la característica de este que no presente proteinuria. Al no aparecer evidencia de preeclampsia y la presión arterial normal se recupera hacia las 12 semanas posparto¹².
- Preeclampsia: Es un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos por la existencia de daño endotelial, y es caracterizado como la manifestación más frecuente en la segunda mitad del embarazo y puerperio. Existe un daño endotelial. En este trastorno hay presencia de proteinuria, que es proteína en orina de 24 horas mayor de 300 mg/24h, creatinina ≥ 0.3 o concentración persistente de 30 mg/dl. En cuanto más grave sea la hipertensión o proteinuria, más certero es el diagnóstico de la preeclampsia¹².

El desarrollo de la preeclampsia se invoca a una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha relación entre el organismo materno y su huésped, dicha falla puede estar asociada a la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con alteración funcional que en parte podría estar asociado a una condición de mala nutrición materna.

- Eclampsia: El inicio de convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con Preeclampsia que se presentan como crisis convulsivas generalizadas y que estos pueden que se presenten antes,

durante o después del parto. El 50% de los casos debuta antes del parto, un 25% durante el parto y el resto aparece en el posparto¹².

- Infección del Tracto urinario (ITU): Es considerado como las afecciones que con mayor frecuencia está asociada al embarazo, como la proliferación de microorganismos generalmente bacterias que invaden, ya sea de manera total o parcial el tracto urinario.

La infección urinaria es una de las principales complicaciones en el embarazo en adolescentes acompañada de vulvovaginitis. Los diferentes agentes etiológicos que se puede mencionar según por orden de importancia son: Escherichia Coli, que pertenecen a la flora enterobacteria que representa como responsable del 80-90% de los casos, luego Proteus Mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Enterococcus spp y Staphylococcus saprophyticus, Aerobacter, Pseudomonas.

Esto se relaciona con el embarazo por diversos cambios anatómicos y funcionales que abarcan a casi todos los órganos y sistemas donde la gestante se predispone, esto sucede por la misma comprensión de las vías urinarias por el útero grávido¹².

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Locales

3.1.1. Título: “*Características materno perinatales y complicaciones del embarazo en adolescentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014*”

Autor: Terán Portugal, Gray Jonathan

Lugar: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

Resumen: Estudio observacional, retrospectivo y transversal, según Altman. La muestra estuvo constituida por 274 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, las cuales se eligieron en forma aleatoria. El instrumento usado fue una ficha de recolección de datos convenientemente elaborada para los fines del estudio; una vez recolectados los datos estos fueron ordenados y presentados en tablas. Se aplicó estadística descriptiva, determinando para los datos cualitativos frecuencias absolutas y relativas. Resultados: Se observó que el 80.3% de las gestantes adolescentes presentaron una adolescencia tardía. Dentro del grupo de adolescencia temprana y media el 98.1% fueron nulíparas frente al 88.6% de la adolescencia tardía. Las gestantes adolescentes procedentes del departamento de Arequipa correspondieron a un 98.2% del total; siendo el 87.6% de la provincia de Arequipa. El 45.3% de los casos estudiados culminaron la secundaria, el 83.3% de las gestantes de adolescencia temprana y media tenían secundaria incompleta frente al 26.4% de las adolescentes en etapa tardía además entre todas las gestantes el 41.5% presentó deserción escolar, dentro de las adolescentes

de etapa temprana y media el 96.3% presentó deserción frente al 28.2% de las adolescentes en etapa tardía. El 85.7% presentaron un parto a término, en el grupo de adolescentes tempranas y medias el 16.7% presentó parto pretérmino en comparación al 8.6% de las adolescentes tardías. El 67.8% de las gestantes adolescentes tuvieron más de 6 controles prenatales, en el grupo de adolescentes de la etapa temprana y media en un mayor porcentaje (44.4%) se realizó controles inadecuados. El 45.3% presentaron complicaciones durante el embarazo siendo mayor el porcentaje de complicaciones en las etapas media y temprana (50.0%) que en la etapa tardía (44.1%); la de mayor frecuencia en ambos grupos fue la anemia gestacional 14.6%. La vía de parto que se presentó con mayor frecuencia fue la vaginal con un 56.5%; del total de partos vaginales, al 63.2% se le realizó episiotomía. A nivel del parto por cesárea (43.5%), la indicación más frecuente de esta fue la desproporción feto/céfalo pélvica en un 20.2% seguida por la de pelvis estrecha con un 19.3%. Como complicaciones durante el parto el 32.5% las presentaron siendo estas mayores a menor edad, dentro de las complicaciones presentadas las más frecuentes fueron sangrado postparto y desgarros en ambos grupos. Complicaciones en el puerperio las presentaron más de la mitad de las gestantes (54.7%) casi en la misma proporción en ambos grupos. La anemia postparto fue la complicación que más se presentó con un porcentaje del 49.3%. Dentro de los recién nacidos, el sexo que predominó fue el femenino con un 50.4% del total; en la mayoría (94.5%) se halló un test de APGAR normal. Los recién nacidos presentaron en promedio un peso adecuado, talla adecuada y

perímetro cefálico adecuado. Conclusiones: Las características clínicas al momento de la gestación fueron: la mayoría (80.3%) se encontraba en la adolescencia tardía. El 90.5% fueron nulíparas correspondiendo en una mayor proporción a la adolescencia temprana y media (98.1%). Arequipa como provincia fue el lugar de mayor procedencia (87.6%). El grado de instrucción secundaria incompleta fue mayor (83.3%) en el grupo de la adolescencia temprana y media, presentándose mayor deserción escolar (96.3%) en este grupo de gestantes. El parto pretérmino se presentó en una mayor proporción (16.7%) en el grupo de adolescencia temprana y media, además en este grupo los controles prenatales fueron inadecuados en el 44.4%. La vía de parto más común fue la vaginal (56.5%) siendo la vía más utilizada en el grupo de adolescencia tardía. Las patologías más frecuentes durante la gestación, parto y puerperio fueron: anemia gestacional con un 14.6%, sangrado postparto con un 9.8% y anemia postparto con 49.6%, respectivamente. Dentro de las características de los recién nacidos de madres adolescentes, predominó el sexo femenino 50.4%, el 94.5% presentó un APGAR normal al minuto siendo estos en mayor proporción hijos de adolescentes tardías; según el promedio de su peso, talla y perímetro cefálico para ambos grupos fueron considerados como adecuados⁷.

**3.1.2. Título: “Epidemiología del embarazo en adolescentes del Hospital
Aplao periodo 2009 - 2013”**

Autor: Valencia Castillo, Franco Uberlando

Lugar: Hospital Aplao

Resumen: El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema de salud en todo el mundo, tanto para la gestante como para el producto de la gestación. Cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. El objetivo de este trabajo es de estimar la prevalencia y características clínico epidemiológicas de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Aplao, durante el periodo 2009 – 2013. Material y metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se revisaron 343 historias clínicas de gestantes con edades comprendidas entre 11 a 19 años de edad, que fueron atendidas durante los años 2009 – 2013 en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Aplao. Resultados: La prevalencia de gestantes adolescentes en el Hospital Aplao periodo 2009 – 2013 es de 18.3%. Con predominio de gestantes en la adolescencia tardía, que representan un 73.9% del total de gestantes adolescentes. El estado civil más prevalente de las gestantes fue conviviente en 62,5%. El 72,4% de gestantes tenía un grado de instrucción secundario al momento de su gestación. El 65,6% tenía de ocupación ama de casa. El 88,6% no usaba métodos anticonceptivos. La etapa de adolescencia temprana fue la de más incidencia de inicio de relaciones sexuales. El mayor número de gestantes adolescentes que recibieron al menos un control prenatal fue en la adolescencia tardía. La morbilidad durante la gestación fue de 28,4%. El tipo de culminación de parto por cesárea fue de 34,1%. El diagnóstico principal para la indicación de cesárea

fue desproporción feto pélvica, que representa el 31,5% del total de cesáreas en gestantes adolescentes. El 85,5% de recién nacidos tuvo un peso comprendido entre 2500 gr. y 4000 gr. Conclusión: La prevalencia de gestantes adolescentes en el Hospital Aplao periodo 2009 – 2013 es de 18.3%. El estado civil más prevalente fue el conviviente, el grado de instrucción secundaria de más gestantes adolescentes fue el nivel secundario, El tipo de culminación de parto vía vaginal tuvo mayor incidencia, la mayor cantidad de recién nacidos tuvo un peso adecuado⁸.

3.3. Internacionales

3.3.1. Título: *“Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010”*

Autores: Luparello, Rosalía Cecilia

Lugar: Córdoba, Argentina.

Resumen: estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, mediante encuesta cerrada y datos de fuentes secundarias. Análisis descriptivo univariado de variables categóricas ejecutando distribución de frecuencias.

- **Resultados:** 80 % de los embarazos no fueron planificados, 90% ocurrió en la adolescencia tardía, 56 % inició sus relaciones sexuales precozmente. Nivel de instrucción: 7% analfabetas funcionales, 76% escolaridad incompleta y 88% abandonó la escolaridad. Conocimientos sobre educación

sexual: 90 % regular – malo y 61 % no recibió ningún tipo de educación sexual. El 96%, expresó que el motivo del embarazo fue la falla o no utilización de método anticonceptivo. Respecto a las madres de las adolescentes 73 % no planificó su primer embarazo y 61 % quedaron embarazadas entre los 15 y 19 años⁹.

3.3.2. Título: “Incidencia del Embarazo en la Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de Septiembre 2012 a Febrero del 2013”

Autores: Rodríguez Aquino, Viviana Jacqueline

Lugar: Guayaquil, Ecuador

Resumen: Este estudio se lo realizó en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Maternidad Mariana de Jesús en donde las pacientes luego de haber ingresado por emergencia, o por consulta externa bajo presunción diagnóstica de embarazo en adolescente con o sin complicaciones, las que fueran seleccionadas y valoradas, utilizando una encuesta y una hoja de recolección de datos, realizándose una historia clínica minuciosa, y exámenes complementarios meritorios de acuerdo al caso. Con un universo de todas las pacientes, adolescentes embarazadas en esta unidad, y una muestra determinada por la fórmula universal aproximadamente de 100 pacientes, en el período comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013. El estudio es de tipo descriptivo, con diseño no experimental, longitudinal, prospectivo.

- **Resultados:** Los resultados del mismo indican que el mayor porcentaje de adolescente embarazada se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%. Dentro de las causas psico - sociales el mayor porcentaje presenta por la falta de educación sexual 30%, luego problemas familiares 23%, seguido de maltrato familiar y pobreza con el 20% cada uno, y 7% abuso sexual. Lo que permitirán evaluar y analizar, un plan o protocolo para conocer detalladamente las causas de la morbi -mortalidad tanto materna como neonatal¹⁰.

3.3.3. Título: "FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DEL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA, COLOMBIA"

Autor: Mosquera Becerra, Janeth

Lugar: Colombia

Resumen: Se llevó a cabo un estudio cuali-cuantitativo para identificar los factores asociados al embarazo temprano en adolescentes afro-descendientes de 13 a 19 años de edad del municipio de Buenaventura, Colombia.

Resultados: De las 300 adolescentes del estudio se embarazaron 30 (10%). Los resultados principales de la cohorte sugieren que las adolescentes que no fueron a los servicios de salud para asuntos de planificación familiar, tuvieron 4.7 veces la oportunidad de embarazarse durante el seguimiento, comparadas con aquellas que si asistieron los

servicios de salud (IC95% 0.54- 40.76; 7 p=0.160). Asimismo, quienes consideran que en su casa no se les permite tener relaciones sexuales, tuvieron mayor probabilidad de embarazarse (OR 3.87 IC95% 0.83- 17.86; p=0.083). Además, aquellas que no se perciben capaces de evitar las relaciones sexuales cuando no planifican (OR 2.77 IC95% 1.15 - 6.64; p=0.022), se sienten culpables por su consumo de alcohol (2.79 IC95% 1.10-7.06; p=0.030), tiene amigas que han abortado (OR 3.74 IC95% 1.32- 10.60;p=0.013) y fueron presionadas para iniciar vida sexual (OR 2.32 IC95% 0.81- 6.59; p=0.114), tuvieron mayores oportunidades de tener un embarazo durante los meses de seguimiento¹¹.

OBJETIVOS.

- **Objetivo general:**

Determinar la relación entre factores Sociodemográficos, Personales y familiares con embarazo de adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2018.

- **Objetivos específicos:**

- ✓ Determinar los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo de la adolescente.

- ✓ Determinar los factores personales que influyen en el embarazo de la adolescente.
- ✓ Determinar los factores familiares que influyen en el embarazo de la adolescente.
- ✓ Establecer la relación entre los factores referidos y el embarazo en la adolescente.

HIPÓTESIS

Dado que en nuestro país, la frecuencia de embarazos en adolescentes se ha incrementado, condicionando riesgo de vida en la gestante, ya que no se encuentra preparada psicológica ni físicamente para éste evento. Y al mismo tiempo existen factores condicionantes para la ocurrencia del embarazo,

Es probable que: Existan factores sociodemográficos, personales y familiares que se relacionen directamente a la gestación en adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICAS

Se utilizara la técnica de entrevista a las adolescentes que concurren al consultorio de obstetricia, ginecología, o pacientes púerperas del hospital Honorio Delgado.

1.2. INSTRUMENTOS

Instrumento Lógico

Se utilizará un cuestionario con test de funcionamiento familiar (ver anexo)

Materiales de verificación

- fichas de recolección de datos
- Computadora Toshiba Satellite.
- Impresora.
- Sistema operativo Windows 10TM Home y procesador de texto Microsoft Word 2013.
- Soporte estadístico SPSS 20.0 for Windows.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se llevará a cabo en el Servicio de gineco-obstetricia del Hospital General Honorio Delgado, del Hospital Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, capital del Departamento de Arequipa Perú, donde se realizará la recolección de datos.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Gestantes embarazadas que acudan a la consulta de gineco-obstetricia, del Hospital Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, 2018

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Gestantes Adolescentes que acudan al Hospital Honorio Delgado de Arequipa, exclusivamente a consultorio de ginecología, obstetricia, o púerperas en el año 2018.

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes embarazadas (12 a 19 años)
- Adolescentes no embarazadas (12 a 19 años)

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes en trabajo de parto.
- Púerperas.
- Adolescentes con antecedente de embarazo.

Unidad de Análisis

Está constituido por la información obtenida de las historia clínicas en caso de púerperas, y las historias de consultorio externo de ginecoobstetricia.

Unidad de Muestreo

No se precisa de toma de muestra.

Tamaño de la muestra:

No se precisa de tamaño de muestra, ya que se trabajará con el total de las gestantes adolescentes identificadas.

Diseño de Estudio

Analítico, observacional, no experimental prospectivo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Procedimiento de Obtención de Datos:

Se procederá a tomar información directamente de las adolescentes que acuden a su control de embarazo o adolescentes en puerperio que están en condiciones de alta, por lo menos mas tranquilas y sin dolor. Después el método es la entrevista a fin tratar de inspirar confianza y puedan responder con la verdad.

Plan de recolección de datos:

- Solicitud formal a la Facultad de Medicina Humana de la UCSM, contando con el proyecto de tesis para su aprobación.

- Solicitud al Director del Hospital Honorio Delgado, para estudiar las Historias clínicas.
- Solicitud de autorización al Jefe del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Honorio Delgado, para obtener información directa de libros y registros del servicio.
- Luego de la aprobación de la Facultad de Medicina Humana de la UCSM y de la Dirección del Hospital, se procederá a la toma de información en la población de estudio.

Procesamiento y Análisis de Datos

El registro de datos que estarán consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y serán procesados en el paquete estadístico SPSS V 20.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble.

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán los datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hará con el uso de la prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas; "P" la cual será significativa si es menor a 0.05.

Cálculo del odds ratio con intervalos de confianza al 95%.

Aspectos éticos:

La presente investigación conto contará con la autorización de los Comités de Investigación y Ética del Hospital Honorio Delgado.

3.2. RECURSOS

Recursos humanos

- El Autor: Geraldin Helena Cárdenas Torreblanca
- El Tutor: Dr. Wilfredo Oswaldo Pino Chávez

Recursos Físicos

- Local del hospital.
- Fichas de recolección de datos
- Base de datos.
- Materiales de escritorio, computadora

Recursos Financieros

- Financiado por el autor.

3.3. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Se realizó validación por experto, por constructo, de acuerdo a coherencia entre lo investigado y lo planteado en el cuadro de variables y la bibliografía, por lo que la ficha de recolección de datos es confiable y se verá la relación estadística de los resultados

3.4. CRITERIOS PARA EL MANEJO DE LOS RESULTADOS

A nivel de recolección

La autora se acercará al Hospital Honorio Delgado con la finalidad de recolectar la información respecto de las variables necesarias para completar los objetivos del presente estudio; todos los datos consignados serán usados para el procesamiento estadístico y la elaboración de los resultados.

A nivel de sistematización

Para el procesamiento de datos se procederá a transformar los datos al sistema digital y elaborar una Matriz de Datos Estadística para Windows. Se analizará la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes, de donde se obtendrán las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos.

A nivel de estudio de datos

Estadística descriptiva: Con la finalidad de asegurar que las características básicas fueran las mismas y, por ende, las diferencias obedecieran a las variables en estudio, la primera parte del análisis será de tipo descriptivo. Se construirán gráficos o tablas, según será el caso.

Estadística inferencial: Se utilizará la prueba de χ^2 si las variables son cualitativas, aplicación de OR para la fuerza de asociación de variables. Este procedimiento se realizará utilizando el programa informático Statistical Package for de Social Sciences (SPSS) versión 22.0. Se aceptará significancia estadística ante valores de p menor o igual a 0.05

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2012000300006
- 2) <https://www.cimacnoticias.com.mx/especiales/coinversion2007/derechossexyreprod/numeralia/riesgosenembarzoadolescentedatosinternacionales.pdf>
- 3) https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-7_Salud_Interior_WEB.pdf
- 4) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2012000300006
- 5) https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
- 6) <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
- 7) <http://repositorio.unsa.edu.pe/discover?scope=%2F&query=caracteristicas+matero+perinatales&submit=lr>
- 8) <http://repositorio.unsa.edu.pe/discover?scope=%2F&query=epidemiologia+del+embarazo&submit=lr>
- 9) http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf
- 10) <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>
- 11) <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Embarazo%20Adolescentes%20Buenaventura.pdf>
- 12) <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisicem/2016/09/03/Cuz-Amilcar.pdf>

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	2018				Enero 2019					
	Noviembre		Diciembre		Enero 2019					
Semanas Actividad	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica	x									
Elección del tema	x									
Elaboración del proyecto		x								
Aprobación de plan de tesis			x	x						
Recolección de datos					x	x	x			
Procesamiento análisis e interpretación							x			
Elaboración del informe final								x		

INSTRUMENTO

Paciente:.....Nro. Ficha:

Gestación (si) (no)

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Edad:_____

Nivel de instrucción: sin instrucción_____ primaria completa_____

Secundaria completa_____

Ocupación: ama de casa____, estudiante,____ empleada____ otro.....

Su pareja trabaja (si, no) ingreso (<= mínimo, >mínimo).....

FAMILIARES:

Convivencia con pareja (si) (no)

Relación con la pareja: (buena) (regular) (mala)

Escolaridad del padre (prim), (secund), (sup),

Escolaridad de la madre (prim), (secund), (sup),

Padres conversan sobre sexualidad. (Si) (No)

Convive con padre____ madre____ ambos____ pareja_____

PERSONAL: Nro. embarazos : primero_____ dos_____ más de 2_____

Nro. Hijos vivos: 0_____ 1_____ 2+_____

Estado civil: soltera____ casada____ conviviente____ otro_____

Inicio de relaciones sexuales: antes de los 14 años_____

De 14 a 16 años_____ 16-19 años_____

Nro. De parejas sexuales:_____

Conoce algún método anticonceptivo? Si () No ()

Que método conoce?.....

APGAR FAMILIAR

Clasificación:

7-10 puntos: NORMOFUNCIONAL

3-6 puntos: DISFUNCIONAL LEVE

PREGUNTAS	Siempre (2)	Casi Siempre (1)	Nunca (0)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTAJE TOTAL			

0-2puntos: DISFUNCIONAL GRAVE

Puntaje Total de la Familia.....