

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON
EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO–OBSTETRICIA, HOSPITAL VICTOR
RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Bach. HUERTA NORABUENA, Cesy Anghela

Bach. TINOCO TOLEDO, Lizbeth

HUARAZ – PERU

2018



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: HUERTA NORABUENA CESY ANGHICA
Código de alumno: 081.1104.272 Teléfono: _____
Correo electrónico: CESYMN2@GMAIL.COM DNI o Extranjería: 71281321

2. Modalidad de trabajo de investigación:

- Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

- Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA,
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ - 2018"

5. Facultad de: Ciencias Médicas

6. Escuela, Carrera o Programa: ENFERMERIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: GUILLERMO FELIPE EMILIO, A. Teléfono: 953525057
Correo electrónico: EGVILLE2@HOTMAIL.COM DNI o Extranjería: 26678730

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 

D.N.I.: 71281321

FECHA: / /

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación - RENATI.
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDUCD

1. Datos del Autor:

Apellidos y Nombres: TINOCO TOLEDO LIBETH
Código de alumno: 081.1104.267 Teléfono: 921861223
Correo electrónico: libeth_47@hotmail.com DNI o Extranjería: 46963093

2. Modalidad de trabajo de investigación:

Trabajo de investigación Trabajo académico
 Trabajo de suficiencia profesional Tesis

3. Título profesional o grado académico:

Bachiller Título Segunda especialidad
 Licenciado Magister Doctor

4. Título del trabajo de investigación:

"FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
ATENIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL VICTOR
RAMOS GUARDIA, HUARAZ - 2018"

5. Facultad de: CIENCIAS MEDICAS

6. Escuela, Carrera o Programa: ENFERMERIA

7. Asesor:

Apellidos y Nombres: GUILLERMO FEUPE EMILIO A. Teléfono: 953525057
Correo electrónico: gfeuille2@hotmail.com DNI o Extranjería: 26678730

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

Firma: 

D.N.I.:

FECHA:

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de seguir viviendo en gozo de sus bendiciones, a mi amada madre MIGUELINA quien es mi ejemplo de fuerza y amor para enfrentar la vida y así poder cumplir mis metas, a mi querido hermano RONALD, quien es mi principal fuente de respaldo incondicional, y a mi alma mater la UNASAM – Escuela Profesional de Enfermería.

Lizbeth

A mi padre ERIOL HUERTA M. (QEPD) a quien prometí culminar mis estudios, a mi madre MARIA NORABUENA N. por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, a mi amada hija MARIA por ser fuente de mi motivación e inspiración para superarme cada día más y poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Cesy

AGRADECIMIENTO

Principalmente a Dios por ser luz y guía en mi camino, a mi madre y hermano por su apoyo y amor incondicional, a todos mis docentes por brindarme sus conocimientos en mi formación profesional y personal, a mi asesor, el Lic. Emilio Guillermo Felipe y a mis jurados, por su apoyo y paciencia en la realización del presente trabajo de investigación.

Lizbeth

A Dios, a mis padres ERIOL y MARIA, por darme la vida y una vida de felicidad, a ti hermano CRISTIAN que siempre estás conmigo, a LUIS mi amor y compañero de mi vida, a mi tía VICTORIA quien es mi segunda madre, a mi asesor el Lic. Emilio Guillermo Felipe y a mis jurados, que sin sus conocimientos no hubiese sido posible realizar este proyecto.

Cesy

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. HIPÓTESIS.....	12
3. BASES TEÓRICAS.....	17
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	50
5. RESULTADOS.....	55
6. DISCUSIÓN.....	68
7. CONCLUSIONES.....	71
8. RECOMENDACIONES.....	72
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

En esta investigación el problema fue: ¿Los factores socioculturales están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz-2018?, objetivo general: Determinar los factores socioculturales que están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz-2018, hipótesis: Los factores socioculturales tienen relación significativa en el embarazo de adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz-2018. Es una investigación descriptiva, prospectiva, cualitativa, correlacional, la muestra fueron 100 adolescentes gestantes. El instrumento fue un cuestionario, la información se procesó mediante los programas Excel, SPSS V23.0. Resultados: Los factores que tienen relación con el embarazo en adolescentes fueron: edad pertenecientes a la adolescencia tardía (61%), ocupación trabajadoras (77%), condición económica independiente (59%), nivel educativo en primaria o secundaria (88%), no recibir información sobre relaciones sexuales y planificación familiar (70%), efectos del entorno social (54%), consumo de sustancias nocivas como alcohol y drogas (55%), inicio de relaciones sexuales a los 10 a 16 años (86%), número de parejas sexuales de 2 a más (59%), conducta machista de la pareja (52%), no uso de métodos anticonceptivos (71%) y educación sexual adquiridos por medios informativos mediante difusión visual y auditiva (82%). Conclusión: Existe relación significativa entre los factores socioculturales con el embarazo en adolescentes ($p < 0,05$).

Palabras clave: Factores socioculturales, embarazo, adolescentes.

ABSTRACT

In this research, the problem was posed: Are the socio-cultural factors related to pregnancy in adolescents attended in the Obstetrics-Gynecology service, Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz-2018?, with the general objective of determining the socio-cultural factors that are related with pregnancy in adolescents attended in the Obstetrics-Gynecology service at the Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz-2018, hypothesis: Socio-cultural factors have a significant relationship in the pregnancy of adolescents attended in the Obstetrics-Gynecology service at Víctor Ramos Hospital Guard, Huaraz-2018. It is a descriptive, prospective, qualitative, correlational, non-experimental research, the sample was 100 pregnant adolescents. The instrument was a questionnaire, the information was processed using the Excel and SPSS V23.0 programs. Results: The factors related to pregnancy in adolescents were: age pertaining to late adolescence (61%), occupation workers (77%), independent economic condition (59%), educational level in primary and secondary (88%), not receive information about sexual relations and family planning (70%), social environment effects (54%) , consumption of harmful substances such as alcohol and drugs (55%), initiation of sexual relations at 10 to 16 years (86%), number of sexual partners from 2 to more (59%), macho behavior of the couple (52%), non-use of contraceptive methods (71%) and sex education acquired by informative means through visual and auditory diffusion (82%). Conclusion: There is a significant relationship between sociocultural factors and adolescent pregnancy ($p < 0.05$).

Key words: Socio-cultural factors, pregnancy, adolescents.

1. INTRODUCCION.

Actualmente, se cuenta con más de mil millones de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, 85% de ellos viven en países en vías de desarrollo; se proyecta que entre el año 2000 y 2020 el grupo etáreo más grande de la población será de 10 a 19 años ⁽¹⁾.

La gestación en la adolescencia a nivel mundial, nacional y local, es un problema de salud pública, con repercusiones negativas tanto para la madre como para el recién nacido. Las adolescentes menores de 19 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 y 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50 % superior; las adolescentes entre 15 a 19 años corren un riesgo de mortalidad materna dos veces mayor con respecto a las mujeres mayores de 20 años ⁽²⁾. En el mundo ocurren anualmente un 11% de partos en adolescentes, de los cuales el 95% acontecen en países en vías de desarrollo ⁽³⁾. Aproximadamente el 35% de jóvenes latinoamericanas tiene su primer hijo antes de los 20 años. En Brasil el 50% de los nacimientos no planificados pertenecen a mujeres entre 15 y 19 años; 13% en Ecuador, 8,2% en República Dominicana y 7,2% en el Salvador ⁽⁴⁾.

Según las estadísticas mundiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) correspondientes al año 2016, el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se ubican en países de América Latina y el Caribe (18%), seguido por África (15,8%), Norteamérica (12,2%), y finalmente Europa (7,0%). En América Latina el país con mayor incidencia de embarazo fue Venezuela (20,5%), Brasil (18,0%), Colombia (16,9%), Uruguay (15,8%), Ecuador (14,5%), Bolivia (14,1%), Argentina (13,6%), Paraguay (13,4%), Perú (11,6%) y Chile (10,2%) ⁽⁵⁾.

En el Perú, el inicio sexual reportado ocurre en promedio a los 16 años en los hombres

y a los 18 años en las mujeres, sin embargo, hay variaciones entre regiones y los niveles educativos; el inicio sexual antes de los 15 años es cinco veces mayor en mujeres con menos de siete años de escolaridad; asimismo, la actividad sexual en adolescentes no está asociada a los deseos de tener hijos en un corto plazo, pues el 56% de las mujeres que fueron madres antes de los 20 años no deseaba tener hijos en ese momento ⁽⁶⁾.

Según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) elaborado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2009, entre el 12,7% y el 15,7% de las adolescentes es madre o ya está embarazada; se encontró también que las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas, un 14,7% y 16,9% tuvieron su primer hijo antes de los 18 años y un 31,0% a 33,9% de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años ⁽⁷⁾.

Según ENDES elaborado por el INEI en el año 2012, del total de adolescentes mujeres en el Perú, el 8,1% tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años, el 40,6% antes de los 18 años y el 63,0% antes de los 20 años de edad. El 49,2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 13,2% de este grupo ya están embarazadas o ya son madres. La tasa de fecundidad adolescente ha aumentado del 59% (2006) al 61% (2011) ⁽⁸⁾.

Según ENDES elaborado por el INEI en el año 2014, los embarazos en adolescentes aumentaron de 13,2% en el año 2012 a 13,9% en el año 2013, con un porcentaje de reincidencia de embarazo de 16,7% lo cual significa que del total de mujeres adolescentes en el Perú el 1,4% tienen dos hijos o tienen uno y está gestando el segundo, mientras que un 0,5% tiene ya tres hijos o tiene dos y gestando el tercero ⁽⁹⁾.

Según ENDES elaborado por el INEI en el año 2016, reportó que el 12,7% de las adolescentes en el país entre 15 y 19 años de edad declararon haber estado alguna vez

embarazadas, por otro lado, ENDES demostró que la proporción del embarazo en adolescentes a nivel nacional se incrementa en las poblaciones más vulnerables, como las mujeres con educación primaria (42,3%), dentro de ello mostró la tasa de analfabetismo en mujeres a nivel de Ancash con un total de 13,2% en el grupo etáreo de 15 a 29 años, en el nivel primario la tasa de asistencia escolar de la población de 6 a 11 años de edad del sexo femenino tiene un total de 98,9%, en el nivel secundario la tasa de asistencia escolar de la población de 12 a 16 años de edad del sexo femenino tiene un total de 93,6%; y por último las que se encuentran en el quintil más pobre de riqueza (23,9%) ⁽¹⁰⁾.

La maternidad en adolescentes se diferencia notablemente según el departamento; mientras tres de cada diez adolescentes en Loreto y Ucayali ya tienen hijos o están embarazadas, solo una de cada doce en Lima y Arequipa está en la misma situación. Otros departamentos que presentan los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas, son San Martín y Amazonas con 27,6 y 27,1% respectivamente; en la zona selva del 26 al 29%, es decir casi una de cada tres mujeres de la selva ya es madre o está embarazada antes de alcanzar los 20 años de edad ⁽¹¹⁾. En Lima el 8% de las adolescentes ya están embarazadas o es madre, en Ucayali el 29%; la misma cifra se presenta en Ayacucho y Huancavelica ⁽¹²⁾.

En el departamento de Ancash se alcanzó una tasa global de fecundidad de 3,9%, llegando a ubicarse en el 12° lugar a nivel nacional, con una tasa específica de fecundidad baja y media (0,0015 y 0,0609 para los grupos de 12 a 14 años y 15 a 19 años respectivamente); se ha determinado que el 8% de adolescentes han estado embarazadas alguna vez en su vida, incrementando de esta manera la tasa global de fecundidad en la región de 2,2 hijos por mujer a 3,0. En la provincia de Huaraz se

observa una tasa global de fecundidad de 3,97%, que es considerada como baja; se identificaron a 142 970 madres adolescentes de 12 a 19 años que representa el 7,6% del total de la población femenina de este grupo etareo, es decir, se ha incrementado en más de 49 000 de los registrados en años anteriores ⁽¹⁰⁾.

En el hospital Víctor Ramos Guardia, según el Comité Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP), en el año 2017 se pudo determinar que de 457 neonatos de madres adolescentes: 63 presentaron alguna patología, 33 tuvieron algún tipo de infección y 41 eran prematuros, 37 nacieron con Test de Apgar menos de 6 ⁽¹³⁾.

Durante el desarrollo de diversos cursos en nuestra formación académica, tanto dentro de Establecimientos de Salud como en el campo, hemos observado que las cifras de embarazo en la etapa de la adolescencia son alarmantes y cada vez van en aumento, convirtiéndose en un problema en nuestra realidad social.

Teniendo en cuenta la problemática anterior se formuló el siguiente **problema** de investigación: ¿Los factores socioculturales están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz–2018?, teniendo como **objetivo general** determinar los factores socioculturales que están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz–2018. Los **objetivos específicos** fueron: 1) Identificar los factores sociales que están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia, 2) Identificar los factores culturales que están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia, 3) Relacionar los factores sociales y culturales con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia.

De acuerdo a los resultados del estudio y presentadas en las tablas N° 1 – 5, 7 – 13 se determinó que existe una relación significativa de los factores: edad pertenecientes a la adolescencia tardía (61%), ocupación trabajadoras (77%), condición económica independientes (59%), nivel educativo en primaria o secundaria (88%), no recibieron información sobre relaciones sexuales y planificación familiar (70%), efectos del entorno social (54%), consumo de sustancias nocivas como alcohol y drogas (55%), inicio de relaciones sexuales a los 10 a 16 años (86%), número de parejas sexuales de 2 a más (59%), conducta machista de la pareja (52%), no uso de métodos anticonceptivos (71%) y educación sexual adquiridos por medios informativos mediante difusión visual y auditiva (82%) con el embarazo en adolescentes, obteniendo un valor de Chi Cuadrado: $p=0,033$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,002$; $p=0,000$; $p=0,001$; $p=0,000$, $p=0,000$; $p=0,016$; $p=0,001$; $p=0,000$; $p=0,009$; respectivamente; se **concluyó**, de acuerdo a los p-valores correspondientes, que existe estadísticamente una relación significativa ($p<0.05$) entre dichos factores y el embarazo en adolescentes.

La justificación de la presente investigación se fundamenta en los aportes teóricos con respecto al embarazo en la adolescencia; y porque a través de los resultados obtenidos se podrá replantear, definir y actuar no solamente a nivel local sino a nivel nacional en esta problemática de salud, y de esta manera establecer las pautas para prevenir la morbi–mortalidad materna que como aporte coadyuvará en la mejora de la salud de muchas madres adolescentes de la zona; reorientando las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigida a las adolescentes, que permitan crear conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa manera poder contribuir a la prevención de embarazos en

adolescentes, por su relevancia social se determinó los factores socioculturales que pueden condicionar la prevalencia del embarazo en adolescentes, permitiendo desarrollar e implementar diversas estrategias que estarán orientadas a disminuir los embarazos en este grupo etáreo, abordando de manera integral, en lo familiar, sociocultural, económico y personal de la adolescente, la utilidad metodológica de esta investigación se basa en que servirá de base para futuras investigaciones y también contribuirá con el enriquecimiento de nuevos conocimientos científicos en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas.

La investigación fue viable porque se contó con los insumos y materiales para la ejecución, además no demandó mayores recursos económicos.

2. HIPÓTESIS.

Los factores socioculturales tienen relación significativa en el embarazo de adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz–2018.

2.1. VARIABLES:

- **Variable Independiente:**

Factores socioculturales.

- **Variable Dependiente:**

Embarazo en adolescentes.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES SOCIO-CULTURALES	Son procesos que hacen referencia a una realidad construida por el hombre, que tiene que ver con la forma cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades; se vincula con conceptos y términos tales como ideología, comunicación, etnicidad, nacionalidad, estructuras de pensamiento, género, las clases sociales, medios de producción y otros que sirven para comprender los elementos de cada comunidad, sociedad y etnia.	FACTORES SOCIALES	Condición Económica	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente. • Independiente. 	Nominal
			Nivel Educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción. • Primaria. • Secundaria. • Superior. 	Ordinal
			Organización Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Familia Nuclear. • Familia Mono-parental. • Familia Adoptiva. • Familia Compuesta. 	Nominal
			Entorno Social	<ul style="list-style-type: none"> • Enamoramiento. • Influencia de las amistades. • Violación sexual. 	Nominal

				<ul style="list-style-type: none"> • Curiosidad sobre las relaciones sexuales. 	
			Consumo de Sustancias Nocivas	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol. • Tabaco. • Drogas. 	Nominal
			Inicio de Relaciones Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana (10 – 13 años). • Adolescencia media (14 – 16 años). • Adolescencia tardía (17 – 19 años). 	Ordinal
			Número de Parejas Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 a más 	Nominal

		FACTORES CULTURALES	Machismo	<ul style="list-style-type: none"> • Presión del grupo de iguales. • Presión de la pareja. • Abuso sexual por parte de la pareja. • Promiscuidad sexual. 	Nominal
			Métodos Anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de Métodos Anticonceptivos. • No uso de Métodos Anticonceptivos. 	Nominal
			Medios Informativos	<ul style="list-style-type: none"> • Radio. • Televisivos. • Internet. • Medios escritos. 	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE	Es toda gestación que ocurre durante la etapa de la adolescencia y comprende a las mujeres en edades entre 10 a 19 años, es decir, todos los embarazos que ocurren dentro del tiempo desde la menarquia; además la adolescente es aun dependiente o no de su núcleo familiar de origen.	EDAD GESTACIONAL	No	No	Nominal
			Si	Si	Nominal

3. BASES TEÓRICAS.

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

MARIANA, Jorge. (2014). **Reincidencia del embarazo en las adolescentes quienes son usuarias del sistema unificado de salud.** Brasil. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar los factores que están asociados a la reincidencia del embarazo en las adolescentes. Tipo de Estudio: Fue tipo epidemiológico de casos y controles. Muestra: 168 adolescentes gestantes (112 casos y 56 controles). Resultados: Los factores asociados al embarazo recurrente fueron: la baja escolaridad, iniciación sexual temprana, falta de búsqueda de información en servicios de salud antes de la primera relación sexual y el uso inadecuado del internet; se encontró que el 58% si usó preservativo en su primera relación sexual y 92% no usó. Conclusiones: El acceso de la adolescente a los servicios de salud y a los factores reproductivos están relacionados con los embarazos en las adolescentes ⁽¹⁴⁾.

SÁNCHEZ, Yessica. (2013). **Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia.** Tuluá, Colombia: Unidad Central del Valle. Artículo científico. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con el embarazo en mujeres adolescentes. Tipo de Estudio: Descriptivo y retrospectivo, estudio de casos y controles. Muestra: 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas con hijos o con antecedente de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual sin historia de embarazo. Resultados: Hubo asociación significativa del embarazo con las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando (84,1%), inicio de actividad sexual a

los 15 o menos años (78,2%), no usar métodos de planificación familiar (80,1%) y curiosidad sobre las relaciones sexuales (1.1%); en variables socioculturales: pertenecer al estrato socioeconómico bajo y no haber recibido educación en planificación familiar por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. Conclusiones: Las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales y socioculturales ⁽¹⁵⁾.

VALDIVIA, Maruzzella. (2014). **Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años**. Chile. Artículo de Investigación. Objetivo: (1) Analizar si existen o no diferencias entre madres adolescentes primigestas menores de 15 años de nivel socioeconómico bajo, y madres primigestas entre 20 y 34 años del mismo nivel socioeconómico, con respecto a sus características psicológicas, (2) Analizar si existen o no diferencias entre madres primigestas adolescentes menores de 15 años de nivel socioeconómico bajo y adolescentes no madres de la misma edad, del mismo nivel socioeconómico, con respecto a sus características psicológicas. Tipo de Estudio: Transversal, descriptivo y comparativo. Muestra: Correspondió a 46 adolescentes primigestas que tuvieron su parto durante ese período de tiempo, comparándolas con madres entre 20 y 34 años de edad, y adolescentes no madres ni embarazadas. Resultados: Las madres adultas no presentan niveles de apoyo social percibido significativamente mayores que las madres adolescentes menores de 15 años ($p=0.46$), así como tampoco un nivel intelectual significativamente mayor que las madres adolescentes menores de 15 años ($p= 0.23$). No se observó un nivel de autoestima total significativamente mayor que las madres adolescentes menores de 15 años

($p=0.5$). Las adolescentes madres evidencian significativamente mayor nivel de autoestima social que las madres adultas ($p=0,036$). Las adolescentes no madres no presentaban un nivel de apoyo social significativamente mayor que las adolescentes madres ($p=0.49$). Sin embargo, en la sub-escala amigos, las adolescentes no madres presentaban significativamente un mayor nivel de apoyo social percibido que las adolescentes madres ($p=0,045$) y en la sub-escala apoyo social percibido otros, las embarazadas adolescentes mostraron significativamente más apoyo social que las adolescentes no embarazadas ($p=0,002$). Por otra parte, las adolescentes no madres exhibieron un nivel intelectual significativamente mayor que las adolescentes madres ($p=0.017$). Las adolescentes que son madres no evidenciaron un nivel de sintomatología depresiva significativamente mayor que las adolescentes no madres. Por el contrario estas últimas fueron las que mostraron, significativamente, un mayor nivel de sintomatología depresiva ($p=0.032$). Las adolescentes no madres no presentaron un nivel de autoestima significativamente mayor que las adolescentes madres ($p=0.12$). Sin embargo, se observó diferencias débilmente significativas en las sub-escalas escolar ($p=0,07$) y general ($p=0,099$) a favor del grupo de madres adolescentes en relación al grupo de adolescentes no madres. Conclusiones: Las madres adultas no presentaron niveles de apoyo social significativamente mayor, tampoco un nivel de autoestima significativamente mayor que las madres adolescentes menores de 15 años. Las adolescentes madres evidenciaron un mayor nivel de autoestima social que las madres adultas. Las adolescentes madres no evidenciaron un nivel de sintomatología depresiva significativamente mayor

que las adolescentes no madres ⁽¹⁶⁾.

MAMANI, Álvaro. (2014). **Factores de riesgo asociados a las adolescentes embarazadas de 15 a 19 años de edad, La Paz – Bolivia**. Bolivia. Artículo de investigación. Objetivo: Conocer si los problemas familiares, un bajo nivel de escolaridad, bajo nivel de ingreso económico son impactos para el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, que acuden a su control prenatal en el Hospital de la Mujer La Paz Bolivia. Tipo de Estudio: Fue de tipo observacional, analítico, prospectivo, efectuada durante los meses de Marzo a Junio del 2014. Muestra: Mujeres embarazadas que acudían al Hospital de la Mujer del complejo Hospitalario de Miraflores de La Paz-Bolivia a quienes se les realizó una encuesta. La muestra fue de 164 participantes. Resultados: 31 adolescentes muestran que el nivel de instrucción y nivel de ingreso económico, están asociados a embarazo en adolescentes ($p < 0,05$). Percepción Familiar: 43,9% tienen una percepción familiar regular y 56,1% tiene una buena percepción con su familia. Nivel de Instrucción: resulto que el 54,9% de las adolescentes cursaron el nivel secundario, un 45,1% cursaron el nivel primario. Estado Civil: un 36,6% de las adolescentes son concubinas y son solteras un 63,4%. Estudio: el 49,4% sigue estudiando y un 50,6% de las adolescentes no estudia. Ocupación: un 42,1 % de las adolescentes son estudiantes, seguidas de la ocupación de empleadas domésticas y/o vendedoras un 34,1% y amas de casa 23,8% adolescentes. Conclusiones: Con este estudio se confirma que las acciones y comportamientos de una persona van de la mano con el nivel de escolaridad que logra cada mujer ⁽¹⁷⁾.

CHURA, Ruth. (2013). **Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre - Niño San Bartolomé, Lima.** Lima-Perú. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar los factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes. Tipo de Estudio: Fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal. Muestra: 120 gestantes adolescentes. Resultados: Estado civil solteras el 51,7%. Asimismo, el 50,8% recibe apoyo económico por parte de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa; el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58,3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido. Conclusiones: La relación entre los factores socioculturales y el embarazo reincidente en adolescentes es poco significativa ⁽¹⁸⁾.

OSORIO, Rubén. (2013). **Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora,** 2013. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los principales factores asociados y las características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes quienes fueron atendidas en los consultorios externos del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Tipo de Estudio: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo. Muestra: Se encuestó a 100 gestantes adolescentes que acudieron para ser atendidas en los consultorios externos. Se empleó un cuestionario. Resultados: El 90% se encuentran entre los 14 a

19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% son procedentes de las familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Conclusiones: Las adolescentes embarazadas tuvieron a temprana edad su inicio en las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos ⁽¹⁹⁾.

RODRIGUEZ, Adelayda. (2016). Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza–Chupaca, de enero a marzo 2016. Junín. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Describir los factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza–Chupaca del mes de enero a marzo del 2016. Tipo de Estudio: Fue de tipo prospectivo, descriptivo y de corte transversal. Muestra: Estuvo conformada por 30 gestantes adolescentes. Resultados: el 90% tienen una edad de 15 a 19 años de edad, así mismo el 47% tienen el grado de instrucción secundaria, 70% de ocupación ama de casa, 43% de estado civil convivientes, 57% vienen de familia monoparental, 75% consumieron alcohol, 69% vivieron maltrato por parte de su pareja, 43% adolescentes vive solo con su madre, 67% de las edades de 15 a 19 años iniciaron su primera relación sexual, 53% tuvieron una sola pareja sexual, seguido del 47% tuvieron más de 2 parejas sexuales, 63% no usaron métodos anticonceptivos. Conclusiones: Se concluye que los factores que influyen en el embarazo en adolescentes son: la edad, ocupación, tipo de familia, inicio de la primera

relación sexual, y el uso de métodos anticonceptivos ⁽²⁰⁾.

DURAND, Juana. (2013). Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Lima. Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: La investigación tuvo como objetivos determinar la relación entre funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes; e identificar las áreas principales. Tipo de Estudio: Fue de nivel aplicativo, cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Muestra: Conformada por 78 adolescentes gestantes. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: El 51,3% poseen un funcionamiento familiar funcional y 48,7% disfuncional. Acerca del área solución de conflictos el 52,6% tiene una capacidad de solución de conflictos funcional y un 47,4% disfuncional. Referente al área ambiente emocional el 60,3% posee un ambiente emocional familiar disfuncional y 39,7% funcional. Conclusiones: Del funcionamiento familiar de las adolescentes, 21 de las embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción ⁽²¹⁾.

MORALES, Jerson. (2013). Factores de riesgo relacionados al parto pre-término espontáneo en madres adolescentes. Hospital Víctor Ramos Guardia. Huaraz, 2008–2012. Huaraz–Perú. Tesis para Licenciatura. Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados al parto pre-término espontáneo en madres adolescentes. Tipo de Estudio: Fue de tipo descriptivo,

observacional de casos y controles analítico, correlacional, retrospectivo y transversal. Muestra: Conformada por 264 madres adolescentes, de los cuales 132 integraron los casos y 132 los controles. Resultados: En la asociación entre los factores de riesgo pre-concepcionales de la madre adolescente con el parto prematuro, solo el antecedente de parto prematuro ($p=0.049<0.05$) tuvo significancia estadística, la asociación entre la paridad y el parto pre-término no posee significancia estadística, pero la relación entre ambas es relativa ya que existe un considerable porcentaje de usuarias con esta patología tanto en los casos (18,2%) como en los controles (15,2%), el uso de métodos anticonceptivos no demostró significancia estadística, se encontró similitud entre casos (92,4%) y controles (94,7%); en la asociación de los factores prenatales de la madre adolescente y el parto pre-término, mostraron ser estadísticamente significativos, número de controles prenatales menor de 6 controles ($p=0.000<0.05$), ruptura prematura de membranas ($p=0.000<0.05$), amenaza de parto prematuro ($p=0.000<0.05$), pre-eclampsia ($p=0.029<0.05$), y retraso del crecimiento intrauterino ($p=0.000<0.05$), por el contrario la hiperémesis gravídica no tiene asociación con el parto pre-término. Conclusiones: Los factores que tuvieron significancia como riesgo para parto pre-término espontáneo en madres adolescentes, fueron el estado civil soltera de la madre, el antecedente de parto prematuro, controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro, pre-eclampsia, infección de tracto urinario, anemia materna, retardo del crecimiento intrauterino ⁽²²⁾.

CÓNDOR, Jessy. 2002. **Factores epidemiológicos relevantes en el embarazo adolescente comparado con la gestación de mujeres adultas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz.** Huaraz - Perú. Tesis de Licenciatura. Objetivo: Determinar los factores epidemiológicos relevantes del embarazo adolescente comparados con la gestación en mujeres adultas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz. Tipo de Estudio: Estudio transversal y descriptivo. Muestra: La población estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. Resultados: Se encontró una incidencia de embarazos adolescentes del 18,0%, no hubo muerte materna y la morbilidad neonatal fue del 0,68% para madres adolescentes; además de todas las características estudiadas solo tuvieron significancia estadística: estado civil: soltera, ocupación: estudiante, primigestas, deficiente inmunización antitetánica, ruptura prematura de membranas mayor de seis horas, peso del recién nacido menor de 2 500 gr., el examen físico del recién nacido y con Test de Apgar al minuto menor de 3 puntos; discriminándose del otro grupo y constituyendo estas variables en factores de riesgo para el grupo de madres adolescentes. Conclusiones: Los factores relevantes del embarazo adolescente comparados con la gestación en mujeres adultas fueron: estado civil: soltera, ocupación: estudiante, primigestas, deficiente inmunización antitetánica, ruptura prematura de membranas mayor de seis horas, peso del recién nacido menor de 2 500 gr. ⁽²³⁾.

3.2. MARCO TEÓRICO:

A. FACTORES SOCIOCULTURALES.

Se aplica el adjetivo de sociocultural a algún fenómeno o proceso que hace referencia a una realidad construida por el hombre que tiene que ver con cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades; el término “factores socioculturales” siempre implica vinculación con conceptos y términos tales como son la ideología, comunicación, etnicidad, las clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia ⁽²⁴⁾.

a.1. Factores Sociales.

Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren. La vida social de los adolescentes transcurre en el ámbito de los grupos y muy especialmente, en el de los grupos de amigos. Prueba de ello, es que el tiempo que los jóvenes comparten con sus amigos se incrementa notablemente en la adolescencia, al igual que el número y el tipo de actividades que comparten con ellos. La fuente interpersonal habla sobre temas sexuales (incluida la anticoncepción) y es el grupo de pares, es decir amigas vecinas y hermanas. Los adolescentes por lo general, son sociales, se integran con facilidad y tienen mentalidad de grupo; para ganar la aceptación del grupo, los adolescentes más jóvenes tienden a justarse por completo a él, en cosas tales como la forma de vestir, el tipo de peinado,

las aficiones musicales y el vocabulario, a menudo a expensas de su individualidad y autoafirmación; la etapa de la adolescencia es un período de experimentación que abarca interés en el sexo, drogas, música popular y curiosidad por la aventura, aspectos clave en el proceso de formación de identidad; uno de los elementos que constituye una parte esencial en la vida cotidiana de los jóvenes está representado por los medios de comunicación, la gran influencia de los medios masivos de comunicación en la sociedad de hoy se puede ilustrar a través de diversos ejemplos. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales, para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias que trae consigo el aborto; en el ámbito psicosocial, por las consecuencias adversas que tiene sobre la adolescente y sus familiares; el embarazo en la adolescencia produce deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja, entre otros ⁽²⁵⁾.

Entre los principales factores sociales se consideran:

a.1.1. Condición Económica.

Las razones que explican la consideración del embarazo en adolescentes como un problema social son “la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres”, cambios sociales y culturales que han conllevado a modificar el contexto normativo, bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de

que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aún deseosos de hacerlo”. El impacto económico del embarazo en la adolescencia es el desempleo e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo, la pobreza o poca capacidad económica, a la desnutrición, la mala salud de la madre, la escasa supervisión médica o al rechazo de familiares, amigos o vecinos que reprobren su conducta. También hay que agregar, el intercambio de sexo por dinero, por regalos, por paseos, entre adolescentes y hombres adultos ⁽²⁶⁾.

a.1.2. Nivel Educativo.

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de poblaciones menos educadas. Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica quienes comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación pre-escolar, elevado acceso al ciclo básico, escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario. La repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde una temprana edad. Un elevado porcentaje de los adolescentes que transitan del ciclo básico al medio desertan de éste antes de completarlo, sin haber alcanzado el capital educacional mínimo y las

destrezas requeridos para mantenerse fuera de la pobreza durante la vida activa, incumpléndose así los derechos a la educación consagrados en las declaraciones internacionales pertinentes ⁽²⁷⁾.

- **Sin Instrucción.**

Se considera analfabeta a una persona que con más de 15 años no sabe leer ni escribir.

El hecho de que los adolescentes no asistan a la escuela, es un factor que contribuye a una comprensión limitada de lo que observan o producen, lo que tiene un efecto negativo en su desarrollo personal y profesional, la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y el bienestar económico, familiar, social y psicológico del género femenino.

El embarazo en adolescentes está vinculado a una cierta situación social, que combinada con la falta de educación y otros factores producen un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes ⁽²⁸⁾.

- **Nivel Primario.**

Este nivel dura seis años y atiende a los menores de entre los 6 a 11 años de edad.

Ante la falta de conocimiento los adolescentes buscan información con amigos de sus mismas edades comprometiendo su salud y otros aspectos de su vida. Completar la primaria disminuye la probabilidad de que las adolescentes sean madres antes de los 19 años ⁽²⁹⁾.

- **Nivel Secundario.**

Atiende a jóvenes de entre 11 ó 12 a 16 ó 17 años de edad.

Alcanzar un mayor nivel de educación puede contribuir a disminuir los

embarazos en adolescentes con eficacia, brindando más información de prevención en diferentes temas de vida a los adolescentes ⁽³⁰⁾.

- **Nivel Superior.**

La educación universitaria tiene como fines la formación profesional, la difusión cultural, la creación intelectual y artística y la investigación científica y tecnológica de los estudiantes.

Es la etapa en la vida estudiantil en la que los adolescentes ya han experimentado su primera relación sexual y mantienen una vida sexual activa, y por ello se vuelven más propensos a vivir un embarazo no deseado ⁽³¹⁾.

a.1.3. Familia.

Es la unidad básica de salud y debe educar con normas y límites, ejerciendo una autoridad afectiva, compartida y responsable. Es la entidad idónea como transmisora de factores protectores; es la única entidad que a lo largo de toda la historia de la humanidad ha venido resistiendo los diferentes avatares antropológicos, culturales, religiosos, económicos y políticos, preservando al sujeto dentro de la sociedad. Los padres han de ser colaboradores de sus hijos (as), implicándose más de lo que lo hacen habitualmente, y si en las edades infantiles es necesario, lo es aún más entre 10 y 20 años. Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. Una definición de familia según el Censo Americano es: “Un grupo de dos o más personas quienes viven juntas y

están relacionadas unas con otras, ya sea por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen ellos y se consideran una unidad”. La familia es la institución por excelencia, provee bienestar básico al individuo, constituye la unidad primaria de salud, su característica es la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización y otras ⁽³²⁾.

a.1.4. Organización Familiar.

Es un plan por medio del cual se organiza a la familia para satisfacer las necesidades de su existencia diaria. La organización de la familia incluye al padre, a la madre y a los hijos que viven bajo el mismo techo; entre otros tipos existe la organización que incluye a otro tipo de familiares como abuelos, tíos, etc.

- Familia Nuclear (Biparental).

Es lo que conocemos como una familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre y sus hijos.

Las sociedades, generalmente, impulsan a todos sus miembros a poder formar este tipo de familias.

- Familia Monoparental.

Consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos. Suele ser la madre la que se queda con los niños, aunque también existen casos en que los niños se quedan con el padre. Cuando solo uno de los padres se ocupa de la familia, puede llegar a ser una carga muy grande, por lo que suelen requerir ayuda de otros familiares cercanos, como los abuelos de los

hijos. Las causas de la formación de este tipo de familias pueden ser, un divorcio, ser madre prematura, la viudez, etc.

- **Familia Adoptiva.**

Este tipo de familia, hace referencia a los padres que adoptan a un niño. Pese a que no son los padres biológicos, pueden desempeñar un gran rol como padres y educadores.

- **Familia Compuesta.**

Esta familia, se caracteriza por estar compuesta de varias familias nucleares. La causa más común es que se han formado otras familias tras la ruptura de pareja, y el hijo además de vivir con su madre y su pareja, también tiene la familia de su padre y su pareja, pudiendo llegar a tener hermanastros ⁽³³⁾.

a.1.5. Entorno Social.

Es aquel lugar donde los individuos se desarrollan en determinadas condiciones de vida, trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo y está determinado o relacionado a los grupos a los que pertenece. El entorno social de un individuo, también es llamado contexto social o ambiente social, es la cultura en la que el individuo fue educado y vive, y abarca a las personas e instituciones con las que el individuo interactúa en forma regular. La interacción puede ser de persona a persona o a través de los medios de comunicación, incluso de forma anónima, y puede no implicar la igualdad de estatus social. Por lo tanto, el entorno social es un concepto más amplio que el de la clase social o círculo social. Sin embargo, las personas con el mismo ambiente social, a menudo, no sólo desarrollan un

sentido de solidaridad, sino que también tienden a ayudarse unos a otros, y se congregan en grupos sociales y urbanos, aunque con frecuencia se piensa en los estilos y patrones similares, aun cuando hay diferencias ⁽³⁴⁾.

- **Enamoramiento.**

Es un estado emocional producto de la alegría, en el cual una persona se siente poderosamente atraída por otra, que le da la satisfacción de alguien quien pueda comprender y compartir tantas cosas como trae consigo la vida; se basa en los gestos y la comunicación emocional, motriz, sexual, intelectual e instintiva; los gestos implican moverse, mirarse, acariciarse y hablarse.

El enamoramiento puede ser de dos tipos:

- **Externo:** Donde se enamora de lo que sus ojos ven.
- **Interno:** Se enamora de cómo es el individuo (sus sentimientos).

Las características principales del enamoramiento son sintomáticas, las cuales según la mayoría de los autores son:

- Deseo de intimidad y unión física con el individuo (tocarlo, abrazarlo, besarlo e incluso relaciones sexuales).
- Deseo de reciprocidad (que el individuo también se enamore del sujeto).
- Pérdida de concentración.
- Fuerte activación fisiológica (nerviosismo, aceleración cardíaca, etc.) ante la presencia (real o imaginaria) del individuo.
- Sensibilidad ante los deseos y necesidades del otro.
- Atención centrada en el individuo.
- Idealización del individuo, percibiendo solo características positivas, a

juicio del sujeto y justificando las características negativas ⁽³⁵⁾.

- **Amistad.**

Es la relación que establece una persona no-biológica y no-institucional con otra persona. Es una relación afectiva que se puede establecer entre dos o más individuos, a la cual están asociados valores como la lealtad, solidaridad, incondicionalidad, amor, sinceridad, el compromiso, entre otros, y que se cultiva con el trato asiduo y el interés recíproco a lo largo del tiempo. Puede surgir entre hombres y mujeres, novios, esposos, familiares, personas de distintas edades, religiones, ideologías, culturas, extracción social. Las relaciones de amistad pueden nacer en los más diversos contextos y situaciones: el lugar donde vivimos, el sitio donde trabajamos, la escuela, la universidad, fiestas, reuniones, el café que frecuentamos, a través de otros amigos, redes sociales. Los adolescentes sin amigos tienden a sentirse más solitarios e infelices, suelen tener niveles muy bajos de rendimiento escolar y también tienen baja autoestima, motivos por los cuales pueden hacer malas elecciones en cuanto a amistad ⁽³⁶⁾.

- **Violación Sexual.**

Es un tipo de agresión sexual donde existe: una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (menores de 18 años de edad o incapacitados (as) mentales), la amenaza o hacer uso real de la fuerza y penetración. Se considera a la violación como una penetración sexual ilegal, a la víctima por el acusado (a). También se debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de un objeto u objetos punzo

–cortantes en las aberturas genital o anal de la víctima, sin requerir la emisión de semen ⁽³⁷⁾.

- **Curiosidad Sobre las Relaciones Sexuales.**

La adolescencia se caracteriza por los actos impulsivos, responden a diferentes estímulos a los que se ven expuestos, a la curiosidad, a las sensaciones placenteras de experimentar afectos, deseos. En cuanto a las relaciones sexuales que podrían darse entre los adolescentes, se debe entender y considerar que involucra a ambos adolescentes; la educación sexual permite que chicas (os) cuenten con las herramientas necesarias para que sus decisiones sean las más acertadas y sanas ⁽³⁸⁾.

a.1.6. Consumo de Sustancias Nocivas.

Los adolescentes pueden estar comprometidos en varias maneras con el alcohol y las drogas legales o ilegales; es común el experimentar con el alcohol y las drogas durante esta etapa, con frecuencia los adolescentes no ven la relación entre las acciones de su presente y las consecuencias del mañana; ellos poseen el instinto de sentirse indestructibles e inmunes hacia los problemas que otros experimentan; el uso del alcohol o tabaco a temprana edad aumenta el riesgo del uso de otras drogas más tarde. Algunos adolescentes experimentan un poco y dejan de usarlas o continúan usándolas ocasionalmente sin tener problemas significativos; otros desarrollarán una dependencia, usarán luego drogas más peligrosas y se causarán daños significativos a ellos mismos y posiblemente a otros; los adolescentes usan el alcohol y las otras drogas por varias razones, incluyendo la curiosidad, para sentirse bien, para reducir el estrés, para

sentirse personas adultas o para pertenecer a un grupo, las consecuencias más comunes son el fracaso escolar, el mal juicio que puede exponer a los adolescentes al riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas y arriesgadas y el suicidio ⁽³⁹⁾.

- **Consumo de Alcohol.**

El consumo de alcohol relacionado a la población adolescente, se basa en la búsqueda de vivir emociones fuertes o solo para olvidar situaciones problemáticas, ya sean en el hogar, colegio, con sus padres o en la necesidad de aprobación de sus pares, elige como reemplazo y lo que inicialmente se puede dar como curiosidad puede crear hábito y finalmente dependencia. La familia es el primer vínculo socializador en cuyo interior se educa y forma a la persona, cuya funcionalidad y ejemplo va a permitir que sus miembros sean personas autónomas, capaces de enfrentarse e integrarse a los aspectos de la vida, y tiene una influencia gravitante en la aparición y mantenimiento de problemas de consumo de alcohol en los adolescentes ⁽⁴⁰⁾.

- **Consumo de Tabaco.**

La Organización Mundial de la Salud considera el tabaquismo como uno de los principales problemas sanitarios desarrollados en todo el mundo, sobre todo en la población infantil y adolescente. Fumar cigarrillos se considera la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura presente en los países donde su consumo esta extensamente difundido ⁽⁴¹⁾.

- **Consumo de Drogas.**

El consumo de drogas por los adolescentes constituye en la actualidad un

grave problema de salud pública, debido al elevado consumo de algunas sustancias nocivas, al creciente aumento de otras, como el cannabis y la cocaína, en edades precoces tiene por consecuencia problemas físicos, psicológicas y sociales para la vida actual y futura del adolescente. Actualmente el consumo de drogas ilegales en el Perú es desde los 14 años y hablamos principalmente de marihuana y de drogas cocaínicas ⁽⁴²⁾.

a.1.7. Inicio de las Relaciones Sexuales.

Existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio en las relaciones sexuales y el estar o no preparados; se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal, el inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de los métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas que practican los adolescentes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y daños reproductivos ⁽⁴³⁾.

a.1.8. Número de Parejas Sexuales.

Los adolescentes comúnmente no tienen una sola pareja estable, por el contrario las cambian regularmente, lo que esto les produce mayor riesgo a contraer una Infecciones de Transmisión Sexual, además porque en la

actualidad el establecimiento de relaciones estables ya no es común.

Especialmente se establece al inicio precoz de las relaciones sexuales durante la adolescencia, aproximadamente desde los 12 años de edad; la libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos; también está influenciada por: propagación y efectividad de los métodos anticonceptivos, un bajo nivel cultural de los padres, la falta de creencias religiosas, aparición precoz de la menarquía, inestabilidad familiar, permisividad cultural y social. ⁽⁴⁴⁾

a.2. Factores Culturales.

La sociedad tiende a organizarse por medio de reglas, leyes, costumbres y tradiciones que, por medio de la cultura, se perpetúan como valores grupales comúnmente aceptados por sus integrantes, la escolaridad, por ejemplo, puede ser utilizada como uno de los criterios presentes en nuestra cultura, y se caracteriza por una diversidad de estatus dentro de la sociedad.

Las transformaciones de la cultura, pueden ser notadas en la actualidad, por ejemplo, en la vulgarización de la vida privada o en la pérdida de las referencias en su relación con lo individual y con lo colectivo, el comportamiento sexual y su liberación, así como la violencia inagotable e insertada en el alma, hacen que, el hombre contemporáneo no difiera en su esencia instintiva de sus ancestros más primitivos ⁽⁴⁵⁾.

Entre los principales factores culturales se consideran:

a.2.1. Machismo.

Lejos de restringirse al ámbito doméstico y ámbito familiar, la violencia

machista afecta, a las vulnerables y permeables parejas adolescentes y, desgraciadamente, no parece observarse un retroceso.

La violencia entre adolescentes es tan seria, tan real y tan peligrosa como la violencia entre parejas adultas. La escasa experiencia y habilidades relacionales, de gestión de la intimidad, autonomía, independencia, los modelos transmitidos por los medios de comunicación especialmente dirigidos a ellas y la presión del grupo de iguales hacia estos mismos estereotipos convierten la agresión sexista en un problema sumamente grave, capaz de "enquistarse" en una serie de conductas normalizadas, tolerables y cotidianas por parte de las jóvenes ⁽⁴⁶⁾.

Por otro lado, los modelos de masculinidad adquiridos por los jóvenes e inculcados desde la más tierna infancia en diversos medios y entornos ejercen una presión hacia el control, dominación y poder sobre su compañera, que ha de ser controlada sea de forma sutil, a través del control de rutinas, de agresiones verbales o de agresiones físicas y sexuales, para asegurar su reputación hacia ese grupo de iguales e, incluso, hacia la sociedad entera ⁽⁴⁷⁾.

- **Presión del Grupo de Iguales.**

Buscando el reconocimiento por parte del otro y principalmente del grupo de los amigos, comienzan a tener citas amorosas a temprana edad, las citas a los 12 años están relacionadas a una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 años se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia; cuando el adolescente sabe que sus amigos más cercanos

usan condones, hay más posibilidades de que él lo use también ⁽⁴⁸⁾.

- **Presión de la Pareja.**

Todo parecer romántico y bello en la etapa de enamoramiento antes de que aparezca un estado de presión, y esta puede ser emocional, sexual e incluso económica; en la actualidad los jóvenes, en su mayoría las mujeres sufren un estado de violencia a causa de un estilo de presión, la más particular es la presión sexual, la famosa prueba del amor y el llamamiento a que la relación no se “estanche” a causa de acceder a otras formas de “amor”; los hombres pueden ser sumamente manipuladores y chantajear emocionalmente a las adolescentes no pidiendo, sino casi exigiendo una prueba de amor ⁽⁴⁹⁾.

- **Abuso Sexual.**

Se puede definir como cualquier encuentro sin consentimiento que incluye todo tipo de actividad sexual forzada, vía oral, anal o vaginal. En ella se puede incluir cualquier tipo de acto sexual doloroso, humillante. Normalmente este tipo de abuso es callada y soportada más que todo por las adolescentes de bajo nivel educativo, oprimidas por la cultura del machismo o que desean preservar una relación supuestamente “estable”. Muchas adolescentes creen que no tienen derecho, una vez en pareja, de rechazar tener relaciones sexuales ya que lo ven como parte del contrato matrimonial o de convivencia ⁽⁵⁰⁾.

- **Promiscuidad Sexual.**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promiscuidad tiene lugar cuando un sujeto tiene más de dos parejas sexuales en menos de

seis meses; también está asociado a la práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas o grupos sexuales, que puede variar según las diferentes culturas ⁽⁵¹⁾.

a.2.2. Métodos Anticonceptivos.

Son herramientas diversas, generalmente de aplicación en la mujer los cuales impedirán la fecundación no deseada. Según Pro-familia: “Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden usar hombres o mujeres para regular la fecundidad y tener relaciones sexuales libres de riesgo”. Es importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos, incluida la anticoncepción de emergencia (AE), analizando cada uno de ellos en relación a variables biológicas, psico-afectivas, socioeconómicas y los valores del entorno en que viven. Cuando se analiza la selección del método anticonceptivo que se va a indicar a un adolescente, debemos tener en cuenta 2 aspectos fundamentales:

- Peligros médicos del embarazo a esta edad.
- Ventajas y desventajas, efectos secundarios y peligros, del uso de los anticonceptivos en la adolescencia.

- Recomendables para los Adolescentes.

Se distingue el preservativo, anticoncepción hormonal combinada (oral, transdérmica y anillo vaginal), anticoncepción hormonal oral de solo progestágeno y dispositivo intrauterino (DIU).

- Aceptables para los Adolescentes.

La anticoncepción hormonal de depósito (inyectables e implantes), y el

diafragma.

- **Poco Aceptables para los Adolescentes.**

Métodos naturales y esterilización quirúrgica.

- **De Emergencia:**

La guía sobre prevención del embarazo en adolescentes de la Academia Americana de Pediatría, recomienda la utilización de los anticonceptivos reversibles de acción prolongada en los adolescentes, conocidos como LARC por sus siglas en inglés, dentro de los que se hallan los DIUs, implantes subdérmicos, que ofrecen una protección anticonceptiva de varios años y son seguros, señala que los métodos de acción prolongada, deberán convertirse en la nueva norma, los implantes y los DIUs serían métodos de primera línea para evitar el embarazo en adolescentes. Se ha demostrado que los métodos implantables reversibles de larga duración, que proporcionan de 3 a 10 años de anticoncepción, son seguros para los adolescentes ⁽⁵²⁾.

a.2.3. Medios Informativos.

Actualmente los adolescentes toman los medios informativos como un medio para poder satisfacer sus dudas lúdicas, logran crearse hábitos insanos, toman un papel de “mercancía de la información”, sirviendo de semilla para dejar que los frutos los envenenen a ellos mismos y a su entorno. Muchos adolescentes identifican el mundo real con lo que observan en estos medios, de ahí la reiterada exposición a la violencia, explotación del sexo y el placer, o los modelos estereotipados que se presentan, provocan en adolescentes distorsión de valores desembocando

en comportamientos violentos y de riesgo.

Entre los principales medios informativos tenemos:

- **Radio.**

Es un medio "solo-audio" que en la actualidad está recobrando su popularidad, los radioyentes tienden a encender la radio de manera habitual y en horarios predecibles; sus principales ventajas son: buena aceptación local; selectividad geográfica y demográfica, es económico en comparación con otros medios y es un medio adaptable, es decir, puede cambiarse el mensaje con rapidez.

- **Medios Televisivos.**

La palabra "televisión" es un híbrido de la voz griega "Tele" (distancia) y la latina "visio" (visión). El término televisión se refiere a todos los aspectos de transmisión y programación, que busca entretener e informar al televidente con una gran diversidad de programas. La televisión enlaza diversos anuncios que la población utiliza para mantenerse informado de todo el acontecer. Esta también se utiliza para dar a conocer algún producto o servicio.

- **Internet.**

Dentro de la variedad de formas de comunicación basadas en internet, algunas redes sociales virtuales como Twitter y Facebook han probado funcionar como maneras usadas por un gran número de individuos para mantenerse informados sobre la actualidad cotidiana, e incluso como medio de filtraje y selección de mensajes relevantes; sin embargo, no se produce un proceso comunicativo donde el hombre intercambie esa

información cara a cara para discutirla y llegar a un análisis sobre el tema. La mayoría de los usuarios de páginas sociales son adolescentes, quienes en busca de amigos e información de su realidad, llegan a imitar los estereotipos, patrones de desarrollo y formas de socializar, que se proponen en estas redes sociales.

- **Medios Escritos.**

Los periódicos son medios de comunicación escrita, que deben su nombre a ser escritas de manera periódica en intervalos de tiempo fijos. Así los diarios, revistas y publicaciones, eran tipos de publicaciones periódicas de periodicidad diaria, semanal y anual. Los diarios por su alta periodicidad han sido usados básicamente para temas de actualidad cotidianos y en menor medida para el análisis de cuestiones sociales relevantes. En cambio las revistas se centran en algunos temas sociales sobresalientes que son analizados en mayor profundidad y en el que muchos hechos de la actualidad cotidiana menos importantes son dejados a un lado. Algunas publicaciones científicas, también son publicaciones periódicas, pero no están a la transmisión de informaciones sobre la actualidad cotidiana sino sobre cuestiones científicas y sociales de interés, así como la publicación de las investigaciones originales realizadas por personas altamente especializadas ⁽⁵³⁾.

B. ADOLESCENCIA.

Según la organización mundial de la salud (OMS), la adolescencia es una etapa de vida que comprende desde los 10 a 19 años de edad, la cual se caracteriza no solo por los cambios biológicos y físicos, sino también por

los cambios psicológicos y emocionales. En esta etapa el adolescente se vuelve más sociable, empieza a interactuar con el sexo opuesto, muestra mayor interés por el acercamiento físico donde se desarrollan emociones relacionados a la maduración sexual propiciando la iniciación temprana de las relaciones coitales y el embarazo en la adolescencia.

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia Socio-Económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial ⁽⁵⁴⁾.

La adolescencia constituye el periodo más vulnerable del desarrollo humano ya que ella se caracteriza por cambios biosico-emocionales los cuales sumados al entorno familiar y social, muchas veces inadecuados, condicionan a conductas riesgosas para la salud del adolescente y particularmente para su salud reproductiva.

El riesgo de la población adolescente es alto por las bajas condiciones económicas, la discriminación social, el bajo nivel de instrucción y la falta de oportunidades para su desarrollo integral. Esta situación constituye un problema nacional debido a la gran magnitud de población adolescente en nuestro país, indicadores de este problema son los embarazos a temprana edad, abortos, mortalidad materna, entre otros.

Por los matices según las diferentes edades, la adolescencia se divide en

tres etapas:

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

Biológicamente, se habla del periodo peri-puberal, donde se observan cambios corporales y funcionales como la menarquia.

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. Se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

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

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ya se ha completado prácticamente su crecimiento y su desarrollo somático. A nivel psicológico es el período de máxima relación con todos sus pares, compartiendo valores propios y los conflictos con sus padres. Es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes que casi siempre son generadoras de riesgo. Se sienten más preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

b.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y van aceptando su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores toman una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones

íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; van desarrollando su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de esta etapa, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales; para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes en un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embarazó se comportará según le corresponda al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por estar embarazada " ⁽⁵⁵⁾.

C. EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende a las mujeres hasta los 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen; las adolescentes embarazadas, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y desvalorizada con mayor razón para una adolescente que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre. Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal. El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud

mental de los adolescentes. El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es máximo en la adolescente; la incidencia de bajo peso al nacer y de abortos espontáneos, así como de mortalidad infantil es de 2 a 3 veces más alta, que en las mujeres mayores de 25 años. La adolescente muy joven tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende acudir más tarde a los cuidados prenatales. Esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles ⁽⁵⁶⁾.

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a) Factores.

Se entiende por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios ⁽⁵⁷⁾.

b) Factor Social.

Hace referencia a todo aquello lo que ocurre en una sociedad, o sea cosas que afectan en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común, como las actividades diarias, deseos, expectativas, grados de inteligencia y educación de las personas de una determinada sociedad sea en el lugar y en el espacio en el que encuentren. Cada ser humano desde su niñez empieza a aprender su papel social, es decir, cómo actuar, en cuanto niño o niña, luego en cuanto adolescente y finalmente en adulto ⁽⁵⁸⁾.

c) Factor Cultural.

Es el conjunto de modos de vida, costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social; son una compilación de conocimientos que permiten desarrollar el juicio crítico; se incluyen los valores en los que una persona crece y la induce luego a tomar decisiones, facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos de humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social. No se definen como dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos ⁽⁵⁹⁾.

d) Adolescencia.

Es un periodo de desarrollo biológico, físico, psicológico, sexual y social que pasa una persona posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital que comprende desde la pubertad hasta la edad adulta, su rango de duración varía según diversas opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y finaliza a los 19 o 24 años ⁽⁶⁰⁾.

e) Embarazo.

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravīdus), es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el parto, son cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que se producen en la mujer, los cuales están encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción del ciclo menstrual, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia ⁽⁶⁰⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Según la finalidad fue de tipo Descriptivo porque permitió especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno en estudio, describiendo las tendencias del grupo de personas estudiadas, Prospectivo porque la recolección de datos se realizó desde el momento de la ejecución del proyecto hasta un tiempo posterior, según su carácter fue Cualitativo porque a través del uso del cuestionario se obtuvieron datos que fueron analizados con el uso de los métodos estadísticos y Correlacional porque se realizó una descripción de la relación que existe entre las dos variables en estudio con la prueba no paramétrica Chi Cuadrado.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño fue **no experimental** porque no se manipularon las variables determinadas, así mismo, fueron estudiadas en su propia naturaleza; también, fue de **corte transversal** porque se describieron las variables en un solo periodo de tiempo ⁽⁶¹⁾.

4.3. UNIVERSO O POBLACIÓN:

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia, establecimiento de salud de nivel II-2, ubicado en el distrito de Huaraz, provincia de Huaraz, región Ancash. La población estuvo constituida por todas las adolescentes atendidas durante los meses de abril, mayo, junio del año 2018, en el servicio de Gineco-Obstetricia, haciendo un total de 100 adolescentes gestantes (casos) y 100 adolescentes no gestantes (control).

Para la elección de los elementos que conformaron la unidad de análisis, se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a. Criterios de Inclusión:

- Todas las adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Adolescentes que residen en la ciudad de Huaraz.
- Todas las adolescentes que acepten realizar la entrevista previo consentimiento informado.
- Adolescentes gestantes hospitalizadas.

b. Criterios de Exclusión:

- Adolescentes gestantes que acudan a otros consultorios ajenos al servicio de Gineco–Obstetricia.
- Adolescentes con problemas psiquiátricos.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA:

4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Adolescente atendida en el servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia–2018.

4.4.2. MUESTRA:

Para la presente investigación se consideró a todas las adolescentes atendidas en el servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, en los meses de abril, mayo y junio del 2018, siendo un total de 100 adolescentes gestantes (casos) y 100 adolescentes no gestantes (control).

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS:

Se utilizó la encuesta, considerándose como requisito previo la firma voluntaria de la declaración de consentimiento informado (Anexo N°05).

La información se obtuvo usando como instrumento el cuestionario (Anexo N° 01).

El instrumento fue aplicado por los mismos autores de la investigación diariamente en el turno de mañana y tarde en el consultorio de Gineco-Obstetricia, durante el periodo de 3 meses.

El instrumento está dividido en tres partes:

- Primera parte: Datos Generales: contiene 02 ítems en total.
- Segunda parte: Identificación de los factores sociales: consta de 08 ítems.
- Tercera parte: Identificación de los factores culturales: consta de 03 ítems.

4.5.1. VALIDEZ.

El instrumento para la recolección de datos fue evaluado por juicio de expertos (ANEXO N° 2), para lo cual se solicitó la colaboración de cinco profesionales con experiencia en el área de Gineco-Obstetricia; siendo el resultado mediante la prueba binomial=0.0328, lo que demuestra que el instrumento es válido (ANEXO N° 3).

4.5.2. CONFIABILIDAD.

Se aplicó una encuesta piloto, a través de la cual se demostró que los datos obtenidos son precisamente los que se esperan obtener durante la ejecución de la investigación. Se realizó en una pequeña población con características similares de la población total, cuyos resultados se

sometieron al análisis a través del Coeficiente Alfa de Crombach, obteniéndose como resultado un valor de 0.823, lo cual indica que el instrumento de investigación es confiable o fiable (ANEXO N° 4).

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se aplicó la estadística descriptiva en cuadros y gráficos de distribución de frecuencia, con mediciones de distribución absoluta y porcentual simple.

a) ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

La información obtenida mediante la aplicación del instrumento de recolección de los datos se procesaron y se elaboró una base de datos haciendo uso del programa estadístico computarizado Excel y SPSS versión 23.0, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en cuadros unidimensionales, bidimensionales y gráficos de frecuencia.

b) ANÁLISIS INFERENCIAL.

Se realizó el análisis inferencial bi-variante para determinar la relación de los factores socioculturales sobre el embarazo en adolescentes.

Se utilizó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado, el cual nos permitió analizar la correlación de la variable independiente sobre la variable dependiente.

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:

a. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante la aplicación de una hoja de consentimiento informado, el cual fue firmado por las adolescentes gestantes que accedieron a participar en la encuesta, previa explicación de los objetivos de la investigación ⁽⁶²⁾.

b. PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA:

Se explicó, y garantizó el bienestar de las adolescentes gestantes durante el desarrollo de la presente investigación, manteniendo el cuidado necesario, sin riesgo a sufrir algún daño físico, emocional y psicológico, ya que el desarrollo del proyecto de investigación no implicó la intervención física, más únicamente contacto visual ⁽⁶³⁾.

c. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA:

En todo momento se demostró respeto a las adolescentes gestantes durante el desarrollo de la presente investigación, reconociéndosele su autonomía en la capacidad de liberar sobre sus fines personales, como también su decisión de responder o no, a las preguntas, facilitándole la información requerida en todo momento ⁽⁶²⁾.

d. PRINCIPIO DE IGUALDAD:

En todo momento se brindó un ambiente cálido y de gratitud a todas las adolescentes gestantes que colaboraron con el desarrollo del proyecto, sin distinción y favorecimiento alguno, por linaje, nivel de educación, procedencia, condición económica y otros ⁽⁶³⁾.

e. PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD:

Se tuvo en cuenta que la información recolectada de parte de las adolescentes gestantes, tiene un carácter reservado y no fue de pública disponibilidad; por lo que quedó garantizado la privacidad y la intimidad de las madres informantes ⁽⁶³⁾.

5. RESULTADOS.

Tabla N°1: Edad de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Edad	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Adolescencia temprana	39	39%	54	54%
Adolescencia tardía	61	61%	46	46%
Total	100	100%	100	100%
$X^2 = 4,552$ g.l = 1 p = 0,033				

En la tabla N°1, se muestra que el 61% de las adolescentes gestantes se encuentran en la adolescencia tardía, frente al 54% de las adolescentes no gestantes que se encuentran en la adolescencia temprana. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,033$ ($p<0,05$).

Tabla N°2: Ocupación de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Ocupación	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
No trabajan	23	23%	76	76%
Trabajan	77	77%	24	24%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 56,186$	g.l = 1	$p = 0,000$	

En la tabla N°2, se muestra que el 77% de las adolescentes gestantes trabajan, frente al 76% de las adolescentes no gestantes quienes no trabajan. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,000$ ($p>0,05$).

Tabla N°3: Condición económica de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Condición económica	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Dependiente	41	41%	80	80%
Independiente	59	59%	20	20%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 31,823$	g.l = 1	$p = 0,000$	

En la tabla N°3, se muestra que el 59% de las adolescentes gestantes son económicamente independientes, frente al 80% de las adolescentes no gestantes que son económicamente dependientes. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,000$ ($p<0,05$).

Tabla N°4: Nivel educativo de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Nivel educativo	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Primaria o Secundaria	88	88%	70	70%
Superior	12	12%	30	30%
Total	100	100%	100	100%

$X^2 = 9,765$ g.l = 1 p = 0,002

En la tabla N°4, se muestra que el 88% de las adolescentes gestantes tienen un el nivel educativo primaria o secundaria, frente al 30% de las adolescentes no gestantes que se encuentran en el nivel educativo superior. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,002$ ($p<0,05$).

Tabla N°5: Información recibida por las adolescentes sobre relaciones sexuales y planificación familiar en relación con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Información sobre relaciones sexuales y planificación familiar	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
No	70	70%	22	22%
Si	30	30%	78	78%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 46,377$	g.l = 1	$p = 0,000$	

En la tabla N°5, se muestra que el 70% de las adolescentes gestantes no recibieron información sobre relaciones sexuales y planificación familiar, frente al 78% de las adolescentes no gestantes que si recibieron información sobre relaciones sexuales y planificación familiar. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,000$ ($p>0,05$).

Tabla N°6: Organización familiar de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Organización familiar	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Familia disfuncional	71	71%	80	80%
Familia funcional	29	29%	20	20%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 2,189$	g.l = 1	$p = 0,139$	

En la tabla N°6, se muestra que el 71% de las adolescentes gestantes pertenece a una familia disfuncional, frente al 20% de las adolescentes no gestantes que pertenece a una familia funcional. Estas diferencias resultaron estadísticamente no significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,139$ ($p>0,05$).

Tabla N°7: Condición del entorno social de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Entorno social	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Efectos positivos del entorno social	46	46%	69	69%
Efectos negativos del entorno social	54	54%	31	31%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 10,824$	g.l = 1	p = 0,001	

En la tabla N°7, se muestra que el 54% de las adolescentes gestantes ha sufrido efectos negativos del entorno, frente al 69% de las adolescentes no gestantes quienes han sufrido efectos positivos del entorno. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,001$ ($p<0,05$).

Tabla N°8: Consumo de sustancias nocivas relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Consumo de sustancias nocivas	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
No consumió (Alcohol, droga y tabaco)	55	55%	98	98%
Si consumió (Alcohol, droga y tabaco)	45	45%	2	2%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 51,425$	g.l = 1	p = 0,000	

En la tabla N°8, se muestra que el 45% de las adolescentes gestantes si consumió alcohol, droga y tabaco, frente al 98% de las adolescentes no gestantes quienes no consumieron alcohol, droga y tabaco. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,000$ ($p<0,05$).

Tabla N°9: Edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Edad de inicio de relaciones Sexuales	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
10 – 16 años	86	86%	43	43%
17 – 19 años	14	14%	57	57%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 40,376$	g.l = 1	$p = 0,000$	

En la tabla N°9, se muestra que el 86% de las adolescentes gestantes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 10 a 16 años, frente al 57% de las adolescentes no gestantes que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 17 a 19 años. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,000$ ($p<0,05$).

Tabla N°10: Número de parejas sexuales de las adolescentes relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Número de parejas sexuales	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
2 a más	59	59%	42	42%
1	41	41%	58	58%
Total	100	100%	100	100%

$X^2 = 5,781$ g.l = 1 p = 0,016

En la tabla N°10, se muestra que el 59% de las adolescentes gestantes tuvieron de 2 a más parejas sexuales, frente al 58% de las adolescentes no gestantes que tuvieron solo 1 pareja sexual. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,016$ ($p<0,05$).

Tabla N°11: Conducta de la pareja relacionado con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Conducta de la pareja	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Sometimiento al machismo	52	52%	29	29%
No sometimiento al machismo	48	48%	71	71%
Total	100	100%	100	100%

$$X^2 = 10,976 \quad \text{g.l} = 1 \quad p = 0,001$$

En la tabla N°11, se muestra que el 52% de las adolescentes gestantes ha sufrido de machismo, frente al 71% de las adolescentes no gestantes quienes no sufrieron de machismo. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,001$ ($p<0,05$).

Tabla N°12: Uso de métodos anticonceptivos relacionado con el embarazo;
servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia,
Huaraz – 2018.

Utilización de métodos Anticonceptivos	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
No	71	71%	14	14%
Si	29	29%	86	86%
Total	100	100%	100	100%
	$X^2 = 66,476$	g.l = 1	p = 0,000	

En la tabla N°12, se muestra que el 71% de las adolescentes gestantes no usaron métodos anticonceptivos, frente al 86% de las adolescentes no gestantes quienes si utilizaron métodos anticonceptivos. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,000$ ($p<0,05$).

Tabla N°13: Educación sexual adquirida por las adolescentes según los medios informativos relacionados con el embarazo; servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz – 2018.

Educación sexual adquirida por medios informativos	Embarazo de adolescente			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Difusión visual y auditiva	82	82%	94	94%
Difusión escrita	18	18%	6	6%
Total	100	100%	100	100%

$$X^2 = 6,818 \quad \text{g.l} = 1 \quad p = 0,009$$

En la tabla N°13, se muestra que el 82% de las adolescentes gestantes adquirieron una educación sexual por medios informativos mediante difusión visual y auditiva, frente al 94% de las adolescentes no gestantes que también adquirieron una educación sexual por medios informativos mediante difusión visual y auditiva. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas según la prueba de Chi cuadrado con un valor de $p=0,009$ ($p<0,05$).

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente investigación en relación al objetivo específico número uno: Identificar los factores sociales que están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, se encontró que la edad (adolescencia tardía) tiene similitud con el estudio realizado por Osorio⁽¹⁹⁾ quien en su estudio encontró que el 90% se encuentra entre los 14 a 19 años de edad. De los resultados obtenidos en la ocupación de las adolescentes (trabajan) se difiere con el estudio realizado por Mamani⁽¹⁷⁾ quien demostró que un 42,1 % de las adolescentes son estudiantes, seguidas de la ocupación de empleadas domésticas y/o vendedoras un 34,1% y amas de casa 23,8% adolescentes. De los resultados obtenidos en la condición económica de la adolescente (independientes), difiere con los estudios realizados por Chura⁽¹⁸⁾ quien demostró que un 50,8% son dependientes económicamente, y con el estudio hecho por Osorio⁽¹⁹⁾ donde demuestra que un 65% son dependientes económicamente, en el nivel educativo de las adolescentes (primaria o secundaria) tiene similitud con los estudios hecho por Mariana⁽¹⁴⁾ quien descubrió que la baja escolaridad es un factor asociado al embarazo adolescente, Sánchez⁽¹⁵⁾ demostró que un 84,1% no estudia o aún se encuentra estudiando, según los estudios de Mamani⁽¹⁷⁾, Chura⁽¹⁸⁾, Osorio⁽¹⁹⁾ y Rodríguez⁽²⁰⁾ demostraron que en el nivel educativo un 54.9%, 45%, 75% y 47% respectivamente cursa el nivel secundario, de los resultados obtenidos en la información recibida sobre relaciones sexuales y planificación familiar (no recibieron) se concuerda con el estudio realizado por Mariana⁽¹⁴⁾ quien demostró que la falta de búsqueda de información en servicios de salud antes de la primera relación sexual es un factor asociado al embarazo en

adolescentes, en relación a los resultados obtenidos sobre el entorno social (efectos del entorno social) se difiere con el estudio realizado por Sánchez⁽¹⁵⁾ quien demostró que solo un 1.1% de las adolescentes quedo embarazada por curiosidad sobre las relaciones sexuales; en los resultados sobre consumo de sustancias nocivas (consumo de alcohol y drogas) concuerda con el estudio hecho por Rodríguez⁽²⁰⁾ quien demostró que un 75% consumieron alcohol, respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes (10 a 16 años) lo cual concuerda con los estudios realizados por Mariana⁽¹⁴⁾ quien demostró que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor para el embarazo adolescente, Sánchez⁽¹⁵⁾ demostró que un 78,2% inicio sus relaciones sexuales a los 15 años o menos, según el estudio hecho por Osorio⁽¹⁹⁾ demostró que 62% de las adolescentes tuvieron inicio en sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años y difiere con el estudio efectuado por Rodríguez⁽²⁰⁾ quien demostró que un 67% inició sus relaciones sexuales entre los 15 a 19 años. Según resultados obtenidos del número de parejas sexuales de las adolescentes (de 2 a más parejas sexuales) se difiere con el estudio realizado por Rodríguez⁽²⁰⁾ quien indicó que un 53% tuvo una sola pareja sexual, seguida del 47% quienes tuvieron más de 2 parejas sexuales. De los resultados obtenidos en la conducta de la pareja (machismo), se concuerda con el estudio realizado por Rodríguez⁽²⁰⁾, quien demostró que un 69% de adolescentes vivieron maltrato por parte de su pareja.

Con relación al objetivo específico número dos: Identificar los factores culturales que están relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia, según los resultados obtenidos en el uso de métodos anticonceptivos por las adolescentes (no utilizaron métodos anticonceptivos) se

concuerta con los estudios realizados por Mariana⁽¹⁴⁾ quien demostró que un 92% no utilizó preservativo, y el 58% si utilizó preservativo en su primera relación sexual, también con el estudio realizado por Sánchez⁽¹⁵⁾ quien encontró que 80,1% no utilizó métodos de planificación familiar, según el estudio de Rodríguez⁽²⁰⁾ quien demostró que un 63% no utilizó métodos anticonceptivos y se difiere con el estudio realizado por Chura⁽¹⁸⁾ quien demostró que un 58,3% si utilizó métodos anticonceptivos, de acuerdo a los resultados obtenidos sobre la educación sexual adquirida por las adolescentes según los medios informativos (medios de difusión visual y auditiva), se concuerda con el estudio realizado por Mariana⁽¹⁴⁾, quien demostró que el uso inadecuado del internet es un factor asociado al embarazo en adolescentes.

7. CONCLUSIONES.

- 1.** Los factores sociales que están relacionados con el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia son: la edad dentro de la adolescencia tardía, la ocupación trabajadoras, condición económica independiente, el nivel educativo en primaria o secundaria, efectos del entorno social, consumo de sustancias nocivas como alcohol y drogas, edad de inicio de relaciones sexuales entre los 10 a 16 años, el número de parejas sexuales de 2 a más; y dentro de los factores sociales que no están relacionados son: la organización familiar.
- 2.** Los factores culturales que están relacionados con el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia son: la conducta machista de la pareja, no recibir formación sobre relaciones sexuales y planificación familiar, el no uso de los métodos anticonceptivos y la educación sexual adquirida por medios informativos mediante difusión visual y auditiva.
- 3.** Existe relación estadísticamente significativa entre los factores: la edad dentro de la adolescencia tardía, la ocupación trabajadoras, condición económica independiente, el nivel educativo en primaria o secundaria, efectos del entorno social, consumo de sustancias nocivas como alcohol y drogas, edad de inicio de relaciones sexuales entre los 10 a 16 años, el número de parejas sexuales de 2 a más, la conducta machista de la pareja, no recibir formación sobre relaciones sexuales y planificación familiar, el no uso de los métodos anticonceptivos y la educación sexual adquirida por medios informativos mediante difusión visual y auditiva y el embarazo en adolescentes.

8. RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a las autoridades municipales de nuestra localidad, realizar gestiones al Ministerio de Educación, para integrar políticas de educación sexual a la currícula educativa de los colegios nacionales y centros educativos de la ciudad de Huaraz.
2. Los profesionales de enfermería deben implementar programas de capacitación para los padres de familia que les aporten diversos elementos fundamentales en el proceso educativo de sus hijos, sobre todo en el acompañamiento durante la adolescencia.
3. A las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, apoyar a los estudiantes a ampliar estudios de investigación relacionados al presente trabajo.
4. A los compañeros, futuros profesionales de enfermería, se sugiere continuar con investigaciones en relación al embarazo de adolescentes.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez C. Factores asociados a la adolescencia. [serial online] 2001 junio. [accedido 24 de febrero del 2017].
Disponible en: URL:
<http://portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3046/1/htm>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington. Estados Unidos; 2006.
3. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en Adolescentes: Un problema culturalmente complejo. 2016.
4. Sifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. 6^{ta} ed. Bogotá. 2007.
5. Organización Panamericana de la Salud. Embarazo Adolescente. 2016.
6. López L. Salud reproductiva de los adolescentes. I Congreso Internacional Salud Reproductiva y Sociedad. UPCH. Prosar. Perú. 1996.
7. Familycare International. Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente. [publicación en línea]. 2008 [acceso el 15 de julio del 2017].
Disponible en: URL: <http://www.orasconhu.org/documentos/>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Informe principal. Perú. 2012.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Informe principal. Perú. 2014.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Informe principal. Perú. 2016.

11. Tay F, Puell L. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. Revista de ginecología y obstetricia. 1999. 45(3):179-182.
12. Hospital Barranca Cajatambo. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Dirección Regional de Salud – Lima. Red de Salud Barranca Cajatambo (SBS). [publicación en línea]. 2008. [acceso el 14 de agosto del 2016].
Disponibile en: URL: <http://www.hospitalbarranca.gob.pe/>.
13. Hospital Víctor Ramos Guardia. Unidad de Estadística e Informática. 2017.
14. Jorge M, Fonseca S, Silvia K, Furtado S. Recurrencia de gravidez en adolescentes usuarias del sistema único de Saúde. Adolescentes de Saúde, Ríó De Janeiro. [serial online]. 2014. [citado el 14 de setiembre del 2016]; 11(3) [8pantallas].
Disponibile en: URL: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/9635>.
15. Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamante J, Castañeda E, Chaverra L, Acuña M. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. 2013.
16. Valdivia Maruzzella. Factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. Chile. 2014.
17. Mamani Álvaro. Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, La Paz – Bolivia. Bolivia. 2014.
18. Chura R, Campos R, Miranda L, Asca S. Factores socioculturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé. Lima. Revista Científica de Ciencias de la Salud. 2013; 6 (6): 68-74.

19. Osorio Rubén. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. Perú. 2013.
20. Rodríguez A, Sucño C. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza – Chupaca, de enero a marzo 2016. Junín. Perú. 2016.
21. Durand Juana. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del hospital San Juan de Lurigancho. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. 2013.
22. Jerson M. Factores de riesgo relacionados al parto pre-término espontaneo en madres adolescentes. Hospital Víctor Ramos Guardia. Huaraz. 2008 – 2012.
23. Córdor J, Vega B. 2002. Factores epidemiológicos relevantes del embarazo adolescente comparado con la gestación de mujeres adultas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz. Enero – Junio del 2001.
24. Bembibre Cecilia. Sociocultural. Definición ABC. 05-07-2009 [accedido 13 de marzo del 2015].

Disponible en: URL: <https://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>
25. López Yamilet. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Revista Cubana de Enfermería. vol. 2; 28(1). 2014.
26. Merino E, Rosales E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud AltaVista, enero a junio de 2010. Universidad de el Salvador. El salvador. 2010.
27. Mengole T, Iannacone J. Factores socio culturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital

José Agurto Tello, Chosica, Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal. Escuela Universitaria de Post – Grado. Escuela Profesional de Biología. Facultad de Ciencias Naturales y Matemática. En: The Biologist (Lima) 8: 164-178. Perú. 2009.

28. Rivera A. Jazmín. Analfabetismo en el Perú. 11 de marzo del 2015. [accedido 07 de junio del 2016]

Disponible en: URL:

<http://analfabetosenelperu.blogspot.com/2015/03/embarazo-precoz.html>

29. Baumeister Eduardo. La educación es la clave para reducir el embarazo en adolescentes. Nicaragua. Marzo del 2016.

30. UNESCO. La educación es esencial en la prevención de los embarazos en la adolescencia. 12-07-2017. [accedido 25 de noviembre del 2017]

Disponible en: URL: http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/education_critical_in_preventing_adolescent_pregnancy/

31. Atilano, B. F. Deserción de estudiantes universitarios por embarazo. El arte del cuidado, pág. 32, 33, 34, 35, 36,37. 2013.

32. Estrada L. La familia: concepto, tipos y evolución. Enciclopedia Británica en Español. 2009.

33. Cornejo H. Derecho familiar peruana. Ediciones Studium. Lima. 1965.

34. Barnett E, Casper M. Entorno social, el sitio de la unión europea en materia de salud. A definition of social environment, American Journal of Public Health. Marzo del 2001, vol. 91, n° 3.

35. Yela C. El amor desde la psicología social. Ni tan libres, ni tan racionales. Ediciones Pirámide. Madrid. 2002.

- 36.** Villarrubia J. La verdadera amistad. 2013. [accedido 11 de enero del 2017]
Disponible en URL:
<http://www.elnuevolibro.com/Documentos/descargas/La%20amistad.pdf>
- 37.** Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género. Perú. 2009.
- 38.** Appeleyard M. Sexología y Terapia de Pareja. Paragua. 2016. [accedido 07 de octubre del 2016]
Disponible en URL:
<http://abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/saud/descubrir-la-sexualidad-1525608.html>
- 39.** American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Los adolescentes: el alcohol y otras drogas. 2015.
- 40.** Mejía C, Roja H, Tolentino M. Factores asociados al inicio precoz del consumo de alcohol en adolescentes. [tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú. 2008.
- 41.** Lando H, Hipple B, Muramoto M, et al. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2010. 88:2.
- 42.** Hidalgo M, Redondo R. Consumo de drogas en la adolescencia. Barrio del Pilar. Madrid.
- 43.** Samuel G. Woods. Todo lo que necesitas saber sobre las enfermedades de transmisión sexual. 2006.
- 44.** García C, Pérez E, Perpiña J. Manual de salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes:

generalidades y prevención. Capítulo 15. Pág.; 541. [Accedido el 21 de junio de 2017].

Disponible en: URL:

[Http://www.sec.es/area_cientifica/manuales:sec/salud_reproductiva/15%20salud%20reproductiva% 20e.pdf](http://www.sec.es/area_cientifica/manuales:sec/salud_reproductiva/15%20salud%20reproductiva%20e.pdf). Fecha de consulta: 23 de junio de 2008.

45. Friedman L. La investigación psicológica para la salud reproductiva de los adolescentes. Conferencia internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe. México. 1989.
46. Consejería de la Presidencia Instituto Asturiano de la Mujer. Educación afectivo-sexual: adolescencia y violencia de género.
47. Rodríguez D. Masculinidad(es): modos de manifestar el poder. Diálogo. Universidad de Puerto Rico. 2010.
48. Bohórquez C, Rodríguez D. Universidad de la Sabana. Percepción de amistad en adolescentes. Bogotá. Colombia. Julio. 2014.
49. Valdes S. Presión sexual. 2017. [accedido 09 de octubre del 2017]
Disponible en URL: <http://soniavaldes.com/presion-sexual/>
50. Geller B. Abuso sexual entre novios. Nueva York. Estados Unidos. 2016.
51. Organización Mundial de la Salud. Promiscuidad Sexual. 2009.
52. Llopis A. Anticoncepción en la adolescencia. La consulta joven. En: Buil C, Lete I, Ros R, De Pablo J. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza. Editorial Wyeth-Lederle. 2001. Pág.; 705-32.
53. Kapidzic S, Herring S. Gender, communication, and self-presentation in teen chatrooms revisited: have patterns changed. Journal of computer-mediated

communication. 17 (1): 39-59. Issn 1083-6101. Doi: 10.1111/j.1083-6101.2011.01561.x. 1 de octubre de 2011. Consultado el 4 de marzo de 2016.

54. Organización Mundial De La Salud. Desarrollo de la adolescencia. 2018.
55. Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente. Revista de Obstetricia y Perinatología, cap. 8, 2ª edición. Paraguay. 2000.
56. Dávila E. Embarazo en adolescentes: una realidad que no cambia. Consultado el 20 de agosto de 2013.
57. Wikcionario. Definición de factores. [accedido 13 de abril del 2018]
Disponible en URL: <http://es.wiktionary.org/wiki/factores>.
58. Factores sociales. Tecnología de Gestión y Filosofía.
59. Macías R. Rafaela. Factores culturales y desarrollo cultural comunitario. Reflexiones desde la práctica. Universidad de Las Tunas Vladimir I. Lenin. Cuba. [accedido 19 de abril del 2018]
Disponible en URL:
<http://www.eumed.net/librosgratis/2011c/985/factores%20culturales%20y%20desarrollo%20cultural.html>
60. Organización Mundial De La Salud. Desarrollo de la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia. 2018.
61. Hernández R, Fernández C, Baptista. Metodología de la Investigación. Cuarta edición.
62. Salguero G. La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: Secreto, intimidad, confianza. Bogotá: Universidad el Bosque, 2009.
63. Engelhardt H. Fundamentos de la bioética. Paidós. 2ª Edición. Cap.IV. Buenos Aires; 1995.

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

ESCUELA ACADÉMICO
PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO A LAS ADOLESCENTES GESTANTES DEL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA – HUARAZ – 2018.

I. INTRODUCCIÓN:

Recibe un saludo cordial, nuestros nombres son Huerta Norabuena Cesy y Tinoco Toledo Lizbeth, somos estudiantes de Enfermería de la **Universidad Nacional Santiago Antúnez De Mayolo** y estamos realizando un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar los factores que están relacionados con el embarazo en adolescentes, por ello solicitamos su colaboración para responder el presente cuestionario, el cual es anónimo.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan preguntas con alternativas de respuestas y preguntas abiertas, marque con una (X) su respuesta y escriba lo que crea conveniente.

A. ASPECTOS GENERALES:

1. Edad:

- a. 10 - 13
- b. 14 - 16
- c. 17 – 19

2. Ocupación:

- a. Ama de Casa
- b. Estudiante
- c. Otros:.....

B. ASPECTOS DE ESTUDIO:

3. ¿Cómo es su condición económica?

- a. Dependiente
- b. Independiente

4. Nivel de instrucción:

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- b. Superior

5. Durante su vida estudiantil recibió información sobre el tema de relaciones sexuales y planificación familiar:

- a. Si
- b. No

6. ¿Cuál es el tipo de familia en la que vive?

- a. Familia nuclear (padres e hijos)
- b. Familia monoparental (mamá o papá e hijos)
- c. Familia adoptiva (hija no consanguínea)
- d. Familia compuesta (padres, hijos, abuelos, tíos,...)

7. ¿Por qué crees que te embarazaste?

- a. Amor (enamoramiento)
- b. Por influencia de las amistades
- c. Por violación sexual de personas extrañas
- d. Curiosidad sobre las relaciones sexuales

8. Ha consumido alguna de las siguientes sustancias nocivas.

- a. Alcohol
- b. Tabaco
- c. Drogas

9. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

- a. Adolescencia temprana (10 – 13 años)
- b. Adolescencia media (14 – 16 años)
- c. Adolescencia tardía (17 – 19 años)

10. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- a. 1
- b. 2
- c. 3 a más

11. Durante su adolescencia ha sufrido de:

- a. Presión del grupo de iguales
- b. Presión de la pareja
- c. Abuso sexual por parte de la pareja
- d. Promiscuidad sexual

12. ¿Utilizan métodos anticonceptivos?

- a. Si
- b. No

13. ¿Por qué medio informativo cree usted que se difunde más el tema de relaciones sexuales?

- a. Radio
- b. Televisión

c. Internet

d. Medios escritos

!!! Agradecemos su participación....!!!

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS.

A continuación le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificara con la puntuación 1 o 0 de acuerdo a su criterio.

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general.
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos.
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados.
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto.
5. El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto. Agregar.
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado.
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis.
8. La hipótesis está formulada correctamente.

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

1

ED: En Desacuerdo

0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	0	1	1	1	1	1	1	7
II	1	1	1	1	0	1	1	1	7
III	1	1	1	1	1	1	1	1	8
IV	1	1	1	1	1	1	1	1	8
V	1	1	1	1	1	1	1	1	8
TOTAL	6	6	8	9	9	11	12	13	38

ANEXO N°03

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuadro N° 01.- Validez por juicio de expertos mediante la prueba binomial

Resumen De Contrastes De Hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las categorías definidas por Juez O1=De Acuerdo y En Desacuerdo se producen con probabilidades 0.5 y 0.5.	Prueba binomial para una muestra.	.070 ¹	Conserve la hipótesis nula.
2	Las categorías definidas por Juez O2=De Acuerdo y En Desacuerdo se producen con probabilidades 0.5 y 0.5.	Prueba binomial para una muestra.	.070 ¹	Conserve la hipótesis nula.
3	Las categorías definidas por Juez O3 se producen con las probabilidades especificadas.	Prueba binomial para una muestra.	.008 ¹	Rechace la hipótesis nula.
4	Las categorías definidas por Juez O4 se producen con las probabilidades especificadas.	Prueba binomial para una muestra.	.008 ¹	Rechace la hipótesis nula.
5	Las categorías definidas por Juez O5 se producen con las probabilidades especificadas.	Prueba binomial para una muestra.	.008 ¹	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es 0.05

¹ se muestra la significación exacta para esta prueba.

Conclusión:

Como $P_{\text{promedio de Significancia}} = 0.0328$ es < 0.05 , lo que demuestra el instrumento realmente mide lo que pretende medir y que el instrumento de observación es válido.

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

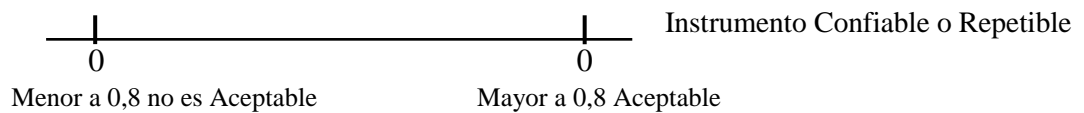
ÍNDICE DE CONSISTENCIA INTERNA (CONFIABILIDAD)

ALPHA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum \text{Var}}{\text{VarTotal}} \right]$$

Estadísticas de confiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.823	25



Interpretación: Observamos que el estadístico Alpha de Cronbach es de **0.823** y es mayor de 0.800 lo cual indica que el instrumento de investigación es confiable o fiable y produce resultados consistentes cuando se aplica en diferentes ocasiones (estabilidad o reproducibilidad (replica)).

ANEXO N° 05

“FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ – 2018”

DECLARACIÓN DEL CONCENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio que lleva por título: “FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARIDA-HUARAZ – 2018”, tiene como objetivo determinar los factores de las adolescentes gestantes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Víctor Ramos Guarida-Huaraz, cuyo resultado permitirá proponer programas de intervención y otras alternativas para reducir el número de gestantes adolescentes. Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por Usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos. Para cualquier consulta se puede dirigir a las investigadoras Huerta Norabuena, Cesy Anghela y Tinoco Toledo, Lizbeth, correo electrónico: lali_love_02@hotmail.com o al número telefónico: 939209281- 921861223.