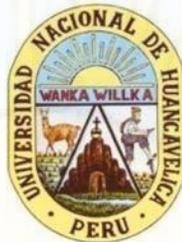


“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TESIS**

---

**CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL  
CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE DEL  
DISTRITO DE PERENE-JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL  
2017**

---

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PRESENTADO POR: Obsta. SOLEDAD REYES MIRANDA**

**HUANCAVELICA – PERÚ  
2018**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de diciembre a las 10:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

REYES MIRANDA, Soledad.

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda

Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico Lopez

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SAUD CIUDAD SATELITE DEL DISTRITO DE PERENE - JUNIN, ENERO - JUNIO DEL 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:

REYES MIRANDA, Soledad

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 617 - 2018 concluyendo a las 11:00 horas.

Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de diciembre 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

PRESIDENTE  
Mg. TULA S GUERRA OLIVARES  
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
P.S.E. OBSTETRICIA

Obsta. Ada Lizbeth Larico Lopez  
VOCAL

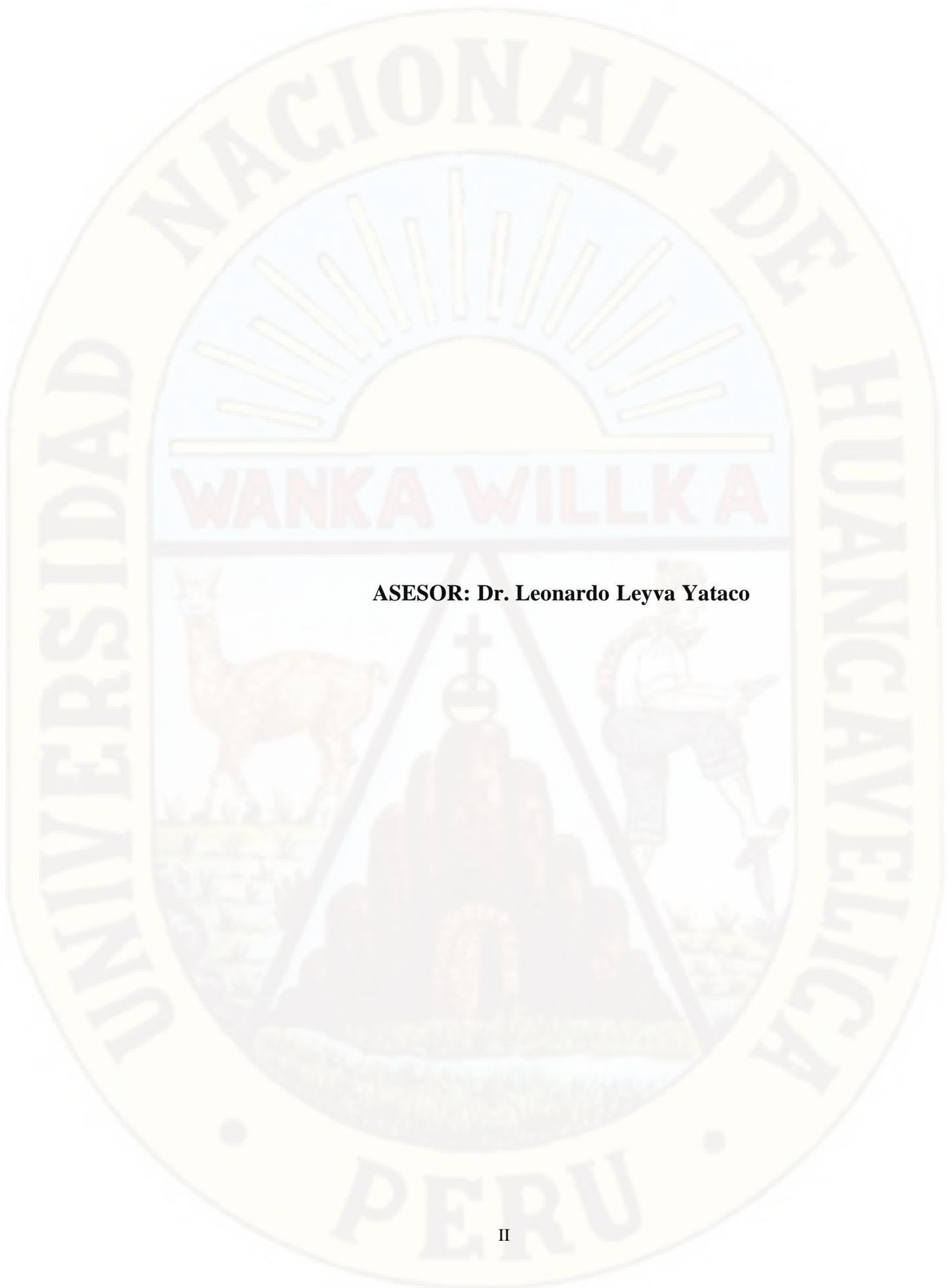
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

SECRETARIO  
Dra. LINA Y. CARDENAS PINEDA  
DOCENTE NOMBRADA

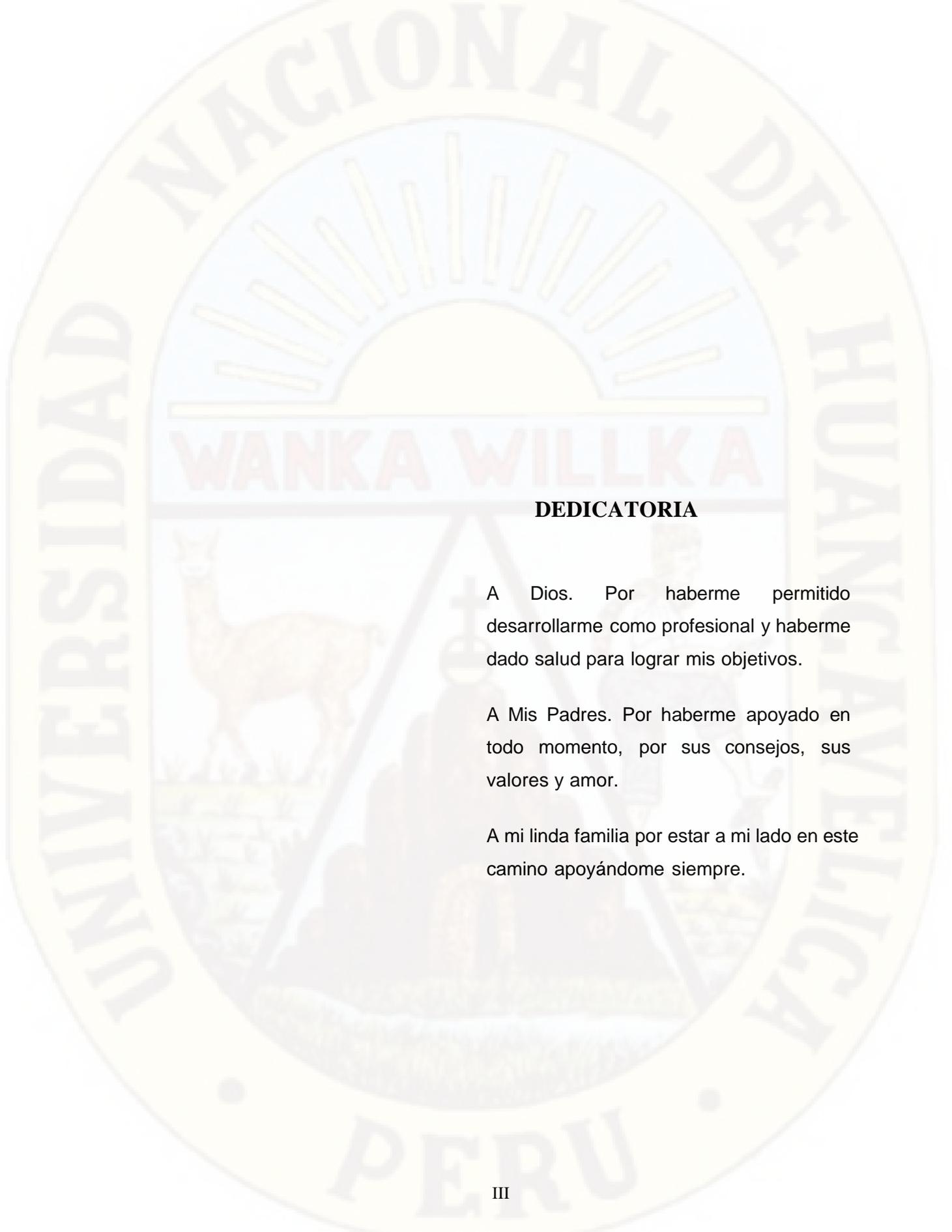
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
VSB COORDINACION  
DECANATO  
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES  
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA  
DOCENTE

Obsta. Gabriela Ordoñez Coora  
SECRETARIA DOC.



**ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco**



## **DEDICATORIA**

A Dios. Por haberme permitido desarrollarme como profesional y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A Mis Padres. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores y amor.

A mi linda familia por estar a mi lado en este camino apoyándome siempre.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de lograr mis sueños y por su esfuerzo en bien de la educación.

Al director del Centro de Salud Ciudad Satélite del Perene, quien me brindo todas las facilidades para el desarrollo de la presente tesis. De igual manera a todas las obstetras y a todo el personal de salud por el apoyo y las facilidades para la ejecución de la investigación. También mi más sincero agradecimiento a todos nuestros docentes por fortalecer nuestras competencias profesionales.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

**Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017, que fueron un total de 48. La técnica utilizada fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos.

**Resultados.** Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, la edad promedio fue 17.1 años, El 50% tuvieron una edad menor a 17 años. La edad promedio de la menarquia fue 12.5 años, el 75% tuvieron su menarquia antes de los 14 años. La edad promedio de la primera relación sexual fue de 15.4 años, el 75% tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años. El 31.3% (15) tuvieron una pareja sexual, el 50.0% (24) tuvieron dos parejas sexuales, el 14.6% (7) tuvieron tres parejas sexuales. El 89.6% (43) fueron amas de casa y el 10.4% (5) estudiantes. El 33.3% (16) fueron solteras, el 62.5% (30) convivientes y el 4.2% (2) casadas. El 16.7% (8) tuvieron primaria incompleta, el 6.3% (3) primaria completa, el 39.6% (19) secundaria incompleta, 31.3% (15) secundaria completa y el 6.3% (3) superior incompleto. El 83.3% (40) fueron nulíparas, el 14.6% (7) primíparas y el 2.1% (1) multíparas. El 35% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad gestacional en la primera atención prenatal menor a las 12 semanas y el 48% tuvieron una edad gestacional en la primera atención prenatal menor a 14 semanas. El 16.7% (8) tuvieron bajo peso pregestacional, el 79.2% (38) tuvieron un peso pregestacional normal, el 4.2% (2) tuvieron sobrepeso u obesidad pregestacional. El 4.2% (2) no tuvieron atención prenatal, el 12.5% (6) tuvieron una atención prenatal, el 4.2% (2) dos atenciones prenatales, el 14.6% (7) tres atenciones prenatales, el 20.8% (10) cuatro atenciones prenatales, el 12.5% (6) cinco atenciones prenatales y el 31.3% (15) seis a más atenciones prenatales. el 8.3% (4) no tuvieron seguro de salud.

**Conclusiones.** La cuarta parte de las gestantes atendidas fueron adolescentes. Del total de gestantes adolescentes la mitad tuvieron menos de 17 años, la mayoría tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años, fueron nulíparas, convivientes, amas de casa, con secundaria incompleta, con más de una pareja sexual y una proporción menor presentaron como factores de riesgo una atención prenatal tardía e incompleta, bajo peso, sobre peso u obesidad pregestacional y falta de seguro de salud.

**Palabras clave:** características, sociales, gestante, adolescente, riesgo.

## ABSTRACT

**Objective.** To determine the social characteristics of adolescent pregnant women attended in the satellite city health center of the Perene-Junín district, January-June 2017. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional and descriptive. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all pregnant pregnant women attended in the satellite city health center of the district of Perene-Junín, January-June 2017, which was a total of 48. The technique used was the documentary analysis; the instrument was the collection form of data. **Results:** Of 100% (48) of pregnant women, the average age was 17.1 years, 50% were under 17 years old. The average age of the menarche was 12.5 years, 75% had their menarche before the age of 14. The average age of the first sexual intercourse was 15.4 years, 75% had their first sexual intercourse before age 17. 31.3% (15) had a sexual partner, 50.0% (24) had two sexual partners, 14.6% (7) had three sexual partners. 89.6% (43) were housewives and 10.4% (5) students. 33.3% (16) were single, 62.5% (30) were married and 4.2% (2) were married. 16.7% (8) had incomplete primary, 6.3% (3) completed primary, 39.6% (19) secondary incomplete, 31.3% (15) complete secondary and 6.3% (3) incomplete. 83.3% (40) were nulliparous, 14.6% (7) primiparous and 2.1% (1) multiparous. 35% of pregnant women had a gestational age in the first prenatal care less than 12 weeks and 48% had a gestational age in the first prenatal care less than 14 weeks. 16.7% (8) had low pre-pregnancy weight, 79.2% (38) had a normal pre-pregnancy weight, 4.2% (2) had pre-pregnancy overweight or obesity. 4.2% (2) did not have prenatal care, 12.5% (6) had prenatal care, 4.2% (2) two prenatal care, 14.6% (7) three antenatal care, 20.8% (10) four attentions prenatal care, 12.5% (6) five prenatal care and 31.3% (15) six more prenatal care. 8.3% (4) did not have health insurance. **Conclusions:** A quarter of pregnant women attended were adolescents. Of the total of teenage pregnant, half were under 17 years old, most had their first sexual relationship before the age of 17, were nulliparous, cohabiting, housewives, with incomplete secondary school, with more than one sexual partner and a smaller proportion presented as risk factors, late and incomplete prenatal care, low weight, overweight or pre-pregnancy obesity and lack of health insurance.

**Keywords:** Characteristics, social, pregnant, adolescent, risk.

## Índice

Dedicatoria .....	III
Agradecimiento .....	IV
Resumen .....	V
Abstract.....	VI
Índice .....	VII
Índice de tablas .....	IX
Introducción.....	XI
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Fundamentación del problema .....	13
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.4. Justificación e importancia .....	19
1.5. Factibilidad de la investigación .....	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
2.2. Bases teóricas .....	35
2.3. Definición de términos .....	56
2.4. Identificación de variables.....	57
2.5. Operacionalización de variables .....	58
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo de investigación .....	59
3.2. Nivel de investigación .....	59
3.3. Métodos de investigación .....	60
3.4. Diseño de investigación.....	60
3.5. Población, muestra y muestreo .....	61
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	61
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	62

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos .....	63
4.2. Discusión .....	76
Conclusiones.....	81
Recomendaciones .....	82
Referencias bibliográficas .....	83
Anexos:.....	70
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	71
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	73
Anexo 3: Juicio de expertos.....	76
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar .....	79

## Índice de tablas

- TABLA 1. Edad de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- TABLA 2. Edad de la menarquia de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- TABLA 3. Edad de la primera relación sexual de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- TABLA 4. Número de parejas sexuales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- TABLA 5. Tipo de ocupación de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- TABLA 6. Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- TABLA 7. Nivel Educativo de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

TABLA 8. Paridad de las gestantes adolescentes atendidas en el centro 54 de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

TABLA 9. Edad gestacional en la primera atención prenatal de las 55 gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

TABLA 10. Índice de masa corporal pre gestacional de las gestantes 56 adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

TABLA 11. Número de atenciones prenatales de las gestantes 57 adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

TABLA 12. Tipo de seguro de salud de las gestantes adolescentes 58 atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

## INTRODUCCIÓN

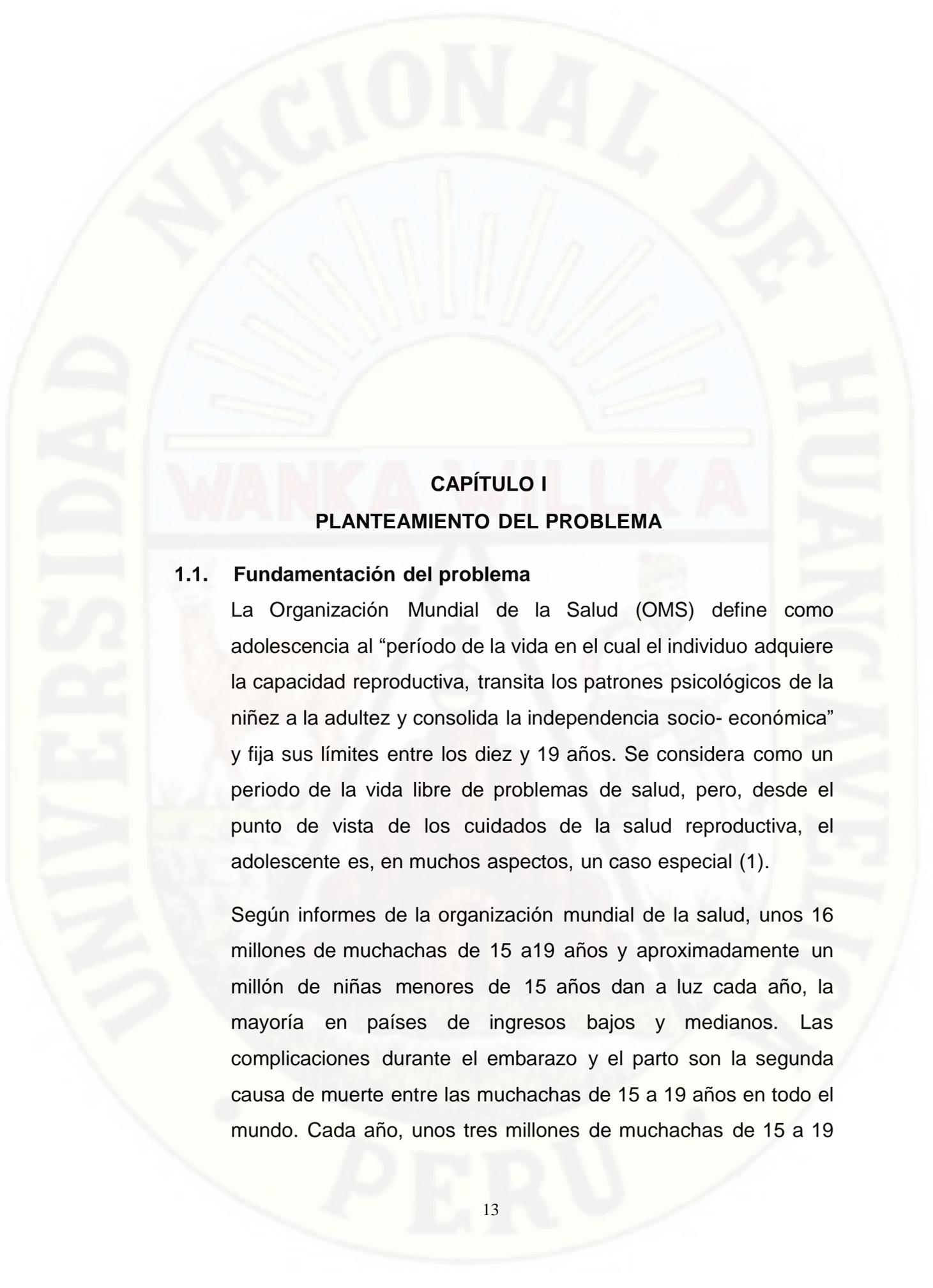
Según informes de la organización mundial de la salud, unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo (2). Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así como ingresan en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico (3). Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales (2).

Es importante comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, conocer las características de esta etapa por la que pasan con sus variaciones individuales y culturales. La adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada (6).

En el Perú, según el instituto nacional de estadística e informática (INEI), en el 2016, el 12.7% de las adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas (8). Según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Junín. En el año 2016, se reportó a 1270 menores de 12 a 17 años embarazadas, y hasta setiembre del 2017, se registró 1669 gestantes adolescentes, es decir 400 más que el año pasado.

Conociendo que existe un aumento de las gestantes adolescentes en el ámbito de estudio, me motivo a conocer cuáles son las características sociales de estas gestantes adolescentes, en qué proporción se presentan; con la finalidad de conocer la situación en el contexto actual y poder generar estrategias que permitan disminuir esta problemática y establecer bases para estudios de mayor nivel.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Fundamentación del problema

La Organización Mundial de la Salud (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 diez y 19 años. Se considera 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 (1).

Según informes de la organización mundial de la salud, unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos tres millones de muchachas de 15 a 19

años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (2).

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así como ingresan en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico (3). Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años (2).

Un estudio realizado en el Hospital General Regional “Vicente Guerrero” de México, Encontró que las gestantes adolescentes tenían una edad promedio de 17 años, 51% (38) con secundaria, 89% (66) con interés en seguir estudiando, 66% (49) refirieron estar casadas, 89% (66) estaban dedicadas al hogar, 47% (35) indicaron que el motivo por el que se embarazaron fue para casarse y 36% (27) para salirse de su casa; 73% (54) aceptaron el embarazo y 96% (71) en promedio inicio su vida sexual activa a los 15 años (4).

Según Miranda las embarazadas en su mayoría no tienen cubiertas sus necesidades básicas y asumen las relaciones sexuales precoces. Entre las situaciones sociales tuvieron mayor influencia las nuevas exigencias económicas y la privación de las actividades propias de su edad (5).

Es importante comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo, conocer las características de esta etapa por la que pasan con sus variaciones individuales y culturales. La adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada (6).

El embarazo en la adolescencia no es asunto estrictamente fisiológico, sino que es producto de múltiples interrelaciones como los factores sociales, económicos, entre otros; los principales factores obedecen al funcionamiento mismo de la sociedad. Es la construcción de un modelo sobre el comportamiento sexual entre los miembros de esa sociedad lo que va a determinar que en un nivel más concreto los jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales (7).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2016, el 12.7% de las adolescentes de 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas. Si bien esta cifra ha disminuido, todavía es significativa, más aún si el 23.9% de estas jóvenes pertenece a un sector con menos ingresos económicos.

El índice de embarazos adolescente se eleva al 23 % en zonas rurales, más del doble que en las zonas urbanas, donde es del 10 %. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (36,2%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23,9%). Mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (8,5%) y en las del quintil superior de riqueza (5,6%). Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en las residentes de la Selva (23,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%) (8).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reveló que actualmente el 12,7% de las adolescentes en el país (entre 15 y 19 años) declararon haber estado alguna vez embarazadas. Esta cifra representa 0,9 puntos porcentuales menos respecto al periodo anterior. Si bien los resultados muestran un leve retroceso en los últimos años (de solo 0.5 puntos porcentuales respecto al 2013), también exhiben marcados contrastes según regiones y ámbitos geográficos. Las tasas más altas de mujeres alguna vez embarazadas se observan en la selva y en las zonas rurales. Loreto encabeza la lista en este rubro. Se estima que 30 de cada 100 adolescentes en la región son madres o están embarazadas por primera vez, la tasa más alta a nivel nacional. Esto difiere lo reportado en regiones como Arequipa o Moquegua, donde menos del 7% de las jóvenes están en la misma situación. Dicha cifra no

es un dato aislado. Loreto también ostenta la edad mediana más baja de iniciación sexual (19 años) así como un bajo desempeño en las políticas anticonceptivas. El 30% de mujeres entre 15 y 49 años en la región no adopta métodos de planificación familiar, mientras que el promedio de hijos por mujer es el más alto (3,7 frente al 2,5 promedio en el país). La ENDES muestra que la proporción de embarazo adolescente a nivel nacional también se incrementa en las poblaciones más vulnerables, como las mujeres con educación primaria (42,3%) y las que se encuentran en el quintil más pobre de riqueza (23.9%) (8).

Según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Junín. En el año 2016, se reportó a 1270 menores de 12 a 17 años embarazadas, y hasta setiembre del 2017, se registró 1669 gestantes adolescentes, es decir 400 más que el año pasado.

Ante lo expuesto consideramos que existe todavía vacíos de conocimiento sobre el tema. Por lo cual surge la necesidad de conocer cuáles son las características sociales de las gestantes adolescentes, en qué proporción se presentan; con la finalidad de conocer la situación en el contexto actual y poder generar estrategias que permitan disminuir esta problemática y establecer bases para estudios de mayor nivel.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuáles son las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la proporción de gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite de distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017?
  
- ¿Cuáles son características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene- Junín, enero-junio del 2017?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar la proporción de gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.
- Determinar las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad

satélite del distrito de Perene- Junín, enero-junio del 2017.

#### **1.4. Justificación e importancia**

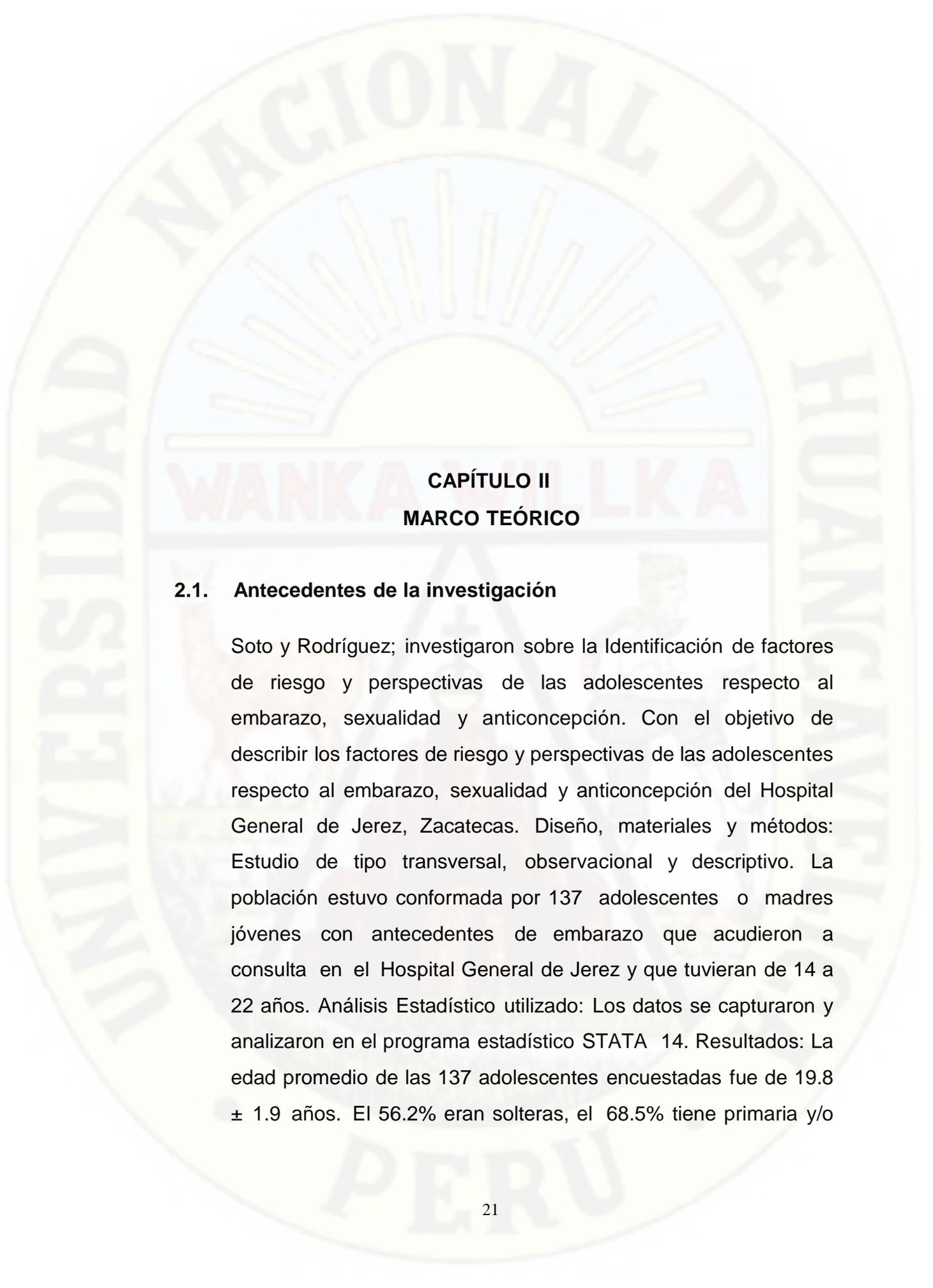
El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017, ya que el embarazo en adolescentes por sus implicancias constituye un problema de salud pública, que afecta a gran parte de la población adolescente.

Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características sociales en su contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de intervención. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias en esta etapa de vida; que contribuyan a la disminución del embarazo en adolescentes, fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción de una vida saludable y la prevención de la enfermedad, adoptando incluso una actitud más responsable hacia la vida sexual; por otra parte servirá para que los profesionales tengan un conocimiento de las condiciones sociales con las que vienen las adolescentes. Del mismo modo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

#### **1.5. Factibilidad de la investigación**

El estudio fue factible de realizar desde los aspectos básicos operativos, técnicos y económicos. Se identificó todas aquellas

actividades que fueron necesarias para lograr el objetivo, se evaluó y determino todo lo necesario para la ejecución de la investigación; la investigación considero los recursos técnicos actuales suficientes (conocimientos, habilidades, experiencia) que fueron necesarios para efectuar las actividades o procesos que este requirió.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Soto y Rodríguez; investigaron sobre la Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. Con el objetivo de describir los factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción del Hospital General de Jerez, Zacatecas. Diseño, materiales y métodos: Estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo. La población estuvo conformada por 137 adolescentes o madres jóvenes con antecedentes de embarazo que acudieron a consulta en el Hospital General de Jerez y que tuvieran de 14 a 22 años. Análisis Estadístico utilizado: Los datos se capturaron y analizaron en el programa estadístico STATA 14. Resultados: La edad promedio de las 137 adolescentes encuestadas fue de  $19.8 \pm 1.9$  años. El 56.2% eran solteras, el 68.5% tiene primaria y/o

secundaria, el 75.9% de ellas dependía económicamente de su padre antes de embarazarse y actualmente sólo el 34.3% de ellas continúa con sus estudios. Conclusiones: La información relativa a los riesgos del embarazo en las adolescentes presentada en este documento es insuficiente. Hace falta reforzar en las escuelas, centros de salud comunitarios, hospitales, colonias y hogares, la educación preventiva para evitar el embarazo a muy temprana edad y que éste traiga consecuencias tanto para la madre adolescente, como para el niño y su familia (9).

Torres et al. investigaron sobre las Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. Objetivo: Determinar la situación real de las adolescentes embarazadas que asistieron al Hospital General del Sur, Choluteca, en el periodo de agosto 2015- agosto 2016. Diseño metodológico: Estudio, Descriptivo, retrospectivo, universo de 350 pacientes con diagnóstico de embarazo en adolescencia, se estimó una muestra de 184 pacientes con un 95% de IC, siendo p (50%) con error de estimación de 5%, misma a la que se le aplicó un instrumento tipo cuestionario con previa autorización a través del consentimiento informado. Resultados: El 93.3% de la población estudiada está entre las edades de 15-19 años, con un promedio de edad de 17 años, a su vez en su totalidad el 100% sabe leer y escribir, en el 70% su estado civil es la unión libre. En cuanto a los antecedentes personales patológicos se encontró en su mayoría que el 83.4% no padece ninguna patología de base, a su vez las patologías que más se evidenciaron fueron: 46.6% Infección del

tracto urinario, 20% Anemia y 16.7%. Amenaza de aborto. Respecto a sus hábitos tóxicos el 100% niega haber consumido alcohol o tabaco en los últimos 6 meses. De igual forma el 100% niega antecedentes familiares patológicos de pre- eclampsia, eclampsia u obesidad. Conclusión: Se confirma que el embarazo en la adolescente sigue sucediendo en nuestra sociedad, la proporción de embarazos adolescentes con respecto a embarazo no adolescente es de 13.2% de adolescentes embarazadas y el 93.4% son primigesta (10).

Gálvez et al. Investigaron sobre las características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Con el objetivo de determinar las características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, transversal realizado desde el 1º de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016 a 45 gestantes en edades comprendidas entre 12 y 19 años en la Urbanización Augusto Malavé Villalba de Boca de Río, Península de Macanao, Venezuela. Se analizaron las siguientes variables: edad, escolaridad, estado civil, paridad, utilización de métodos anticonceptivos y enfermedades asociadas al embarazo. A todas se les aplicó una encuesta anónima. La investigación se realizó teniendo en cuenta consideraciones éticas establecidas. A las pacientes se les solicitó la disposición de participar en la investigación. Resultados: la edad de mayor predominio en la casuística fue la comprendida entre 17 y 19 años. Las pacientes adolescentes con nivel escolar secundario y sin pareja fueron las de más incidencia. En más de la mitad del universo de estudio, predominó la mala situación económica.

Conclusiones: se constató poco uso de la anticoncepción. También se corroboró que las adolescentes con alguna paridad anterior predominaron considerablemente. (11)

Ordoñez, investigo sobre las complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje-El Oro. Planteado los siguientes objetivos: establecer las principales características sociodemográficas más frecuentes que se asocian en el embarazo de adolescentes, identificar las complicaciones maternas más frecuentes y relacionar las complicaciones maternas de acuerdo al grupo etario; por lo que se realizó un estudio descriptivo, con un universo de 238 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paúl, periodo Enero-Junio del 2016, tomado una muestra de 42 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión; los datos obtenidos se plasmaron en una hoja de recolección de datos realizada por el autor, obteniendo los siguientes resultados: el 78,57% (n=33) de las adolescentes están en una edad de 17 – 19 años, el 52,38% (n=22) provienen de zona rural, con porcentaje similar unión libre y secundaria completa el 54,76% (n=23), el 73,81% (n=31) son estudiantes. Entre las complicaciones más comunes están la ruptura de membranas 33,33% (n=14) con predominio cerca de término, las infecciones del tracto urinario (cistitis)

30,95% (n=13) especialmente cistitis y la Amenaza de parto pretérmino el 11,90% (n=5). Las complicaciones relacionadas con el grupo etario se aprecian el 33,33 % (n=14) presenta ruptura

prematura de membranas con el 28,57% (n=12) entre las edades de 17-19 años. Con esto podemos concluir que el embarazo en la adolescencia es un problema y un factor importante que se debería tener en cuenta para disminuir las complicaciones materno fetales. Palabras Clave: Adolescentes, embarazo y complicaciones maternas. (12)

Baculima et al. Investigaron sobre el Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, 2015. El objetivo fue determinar la prevalencia en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2015. Metodología: Se trata de un estudio descriptivo transversal de prevalencia y las características asociadas con la vía del parto. Se analizaron 125 historias clínicas de adolescentes registradas en el departamento Toco Quirúrgico del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de Cuenca – Ecuador, 2015. Resultados: La prevalencia del embarazo en adolescentes es 5.8 %, el 40 % parto eutócico, el 50.4 % cesárea y el 9.6 % abortos. La adolescencia tardía representó el 65 %, cursan el nivel secundario 83 %, el 63 % continúan sus estudios. El estado civil: solteras 76 %, residencia urbana 72 %. El 88 % curso su primer embarazo, el 80 % no utilizó métodos anticonceptivos, el 76 % inició su vida sexual a los 14 - 16 años, el 80 % tiene una pareja sexual, el 2.4 % presentaron enfermedades de transmisión sexual y el 100% se reportó serología negativa. Conclusión: La prevalencia del embarazo en adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el año 2015 fue del 5.8 %, es menor en

comparación con las estadísticas locales, nacionales e internacionales. (13)

Rodríguez et al. Investigaron sobre los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Se realizó un estudio de caso-control para identificar factores de riesgo, del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario “Emilio Daudinot” en el año 2013. El universo estuvo compuesto por 42 embarazadas adolescentes captadas durante ese año (casos) y el duplo de adolescentes que nunca estuvieron embarazadas, (86 controles). Fueron analizadas variables socio demográficas y sobre conocimientos. La información fue obtenida por encuesta previamente validada. Los resultados expresados en tablas de doble entrada. Se estimaron Odds ratio e intervalos de confianza. Resultó significativa la relación entre el embarazo en la adolescencia y el hecho de tener entre 15 y 19 años, ser estudiante, soltera, siendo tres veces más probable que una adolescente con estas características resulte embarazada a pesar de conocer los métodos anticonceptivos. Se recomienda diseñar programa de intervención educativa que podría modificar el conocimiento de las adolescentes. (14)

Polanco y García; el estudio realizado Características Sociales y Familiares relacionadas con el Embarazo en el Centro de Salud de Quetzaltenango. Objetivo: Identificar las características sociales y familiares de adolescentes embarazadas que acuden a control al Centro de Salud de Quetzaltenango, Guatemala. Tipo de estudio: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal. Metodología:

El instrumento fue estructurado de la siguiente forma: I. Parte Cuestionario sobre las características socio-personales de las adolescentes embarazadas, II. Parte Cuestionario sobre las características social, familiar, y económico. Resultados: El 40.6% de las adolescentes embarazadas encuestadas oscilan entre las edades de 16 a 17 años, el 50% cursaron el nivel primario, 31.2% estudiaron básico y 18.7% diversificado y ninguna es universitaria, el 43.7% viven en unión libre, 34.3% son madres solteras, 22% casadas, 2.5% son empleadas domésticas y 18.7% se dedican a otras labores de trabajo como dependientes de mostradores, 53.1% refieren que se embarazaron por no utilizar métodos de planificación familiar, 5 % de las adolescentes embarazadas lo hicieron por decisión personal porque amaban a su pareja y un hijo los uniría mas según ellas, 3.1% de ellas el embarazo fue a causa de violación de parte de un familiar cercano y otras por situación de la violencia del país y decidieron continuar con el embarazo, ya que según ellas es pecado matar a los niños, el 75% de las encuestadas refieren que no tienen aún la responsabilidad con los niños y 25% consideraron ser responsables en el cuidado de los niños, 43.7% de las adolescentes tienen una actitud positiva de aceptación del embarazo, 22% de las adolescentes tienen una actitud de rechazo, 18.7% han tenido depresión derivada de su situación, 15.6% refirieron angustia por estar embarazadas, 71.8% de las adolescentes se consideran responsables para enfrentar el embarazo con sus consecuencias, 28.1% de las adolescentes no se consideran responsables para enfrentar el embarazo, el 46.8% de los padres de los adolescentes son casados, 3.1% hijas de

madres solteras, 12% son padres divorciados, El 40.6% de las adolescentes viven con su pareja, el 19% con la familia de su pareja el 31.2% con su familia y el 9.3% sola, 81.2% de las adolescentes refirieron que su estado económico es regular, 12.5 % respondió que es bueno, 6.2 % que es muy bajo. 43.7 % de las adolescentes confían mas en su mamá, 37.5% confían en su esposo, 6.2 % respondieron que confían en su hermana, amiga tía (15).

Ruiz, investigo sobre la epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E. Bernales. Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital. Sergio E. Bernales, Lima – Perú, enero 2017. Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Participaron en el estudio gestantes adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales. Se aplicó una encuesta para evaluar la salud mental, las relaciones con los padres y el uso de métodos anticonceptivos. Resultados: La media de inicio de vida sexual fue  $14,8 \pm 1,4$  años, la mayoría fueron estudiantes (90,5%) y más de la mitad de ellas (52,4%) tenían secundaria incompleta. Y 36 de ellas (85,7%) recibieron previamente educación sexual, la mayoría recibió educación a través de profesores (47,6%). El 61,9% de las gestantes reportó sentirse triste, el 47,6% reportó asustarse con facilidad, el 42,9% refirió sentirse tensa o nerviosa, el 38,1% refirió llorar con más frecuencia. El 61,9% no uso preservativo, el 38,1% uso condón, el que fue adquirido en una botica (23,8%). La mayoría de las que

no usaron preservativo refirieron que no planearon tener relaciones sexuales (38,1%). Conclusiones: La mayoría de las gestantes adolescentes atendidas en el HNSB tuvo secundaria incompleta. La mayoría manifiesta sintomatología compatible con ansiedad o depresión. La mayoría de adolescentes no utilizó métodos anticonceptivos (16).

Montoya, investigo sobre las determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la Comunidad Nativa Wawain Imaza-Amazonas 2016. Su objetivo fue Identificar los determinantes sociales de la salud con el embarazo en adolescentes residentes en la comunidad nativa Wawain. Material y Métodos: diseño descriptivo simple, transversal y prospectivo. Población: estuvo conformada por 43 gestantes adolescentes. Muestra: 43 gestantes adolescentes. Para el análisis de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS V22. Instrumento: encuesta. Conclusiones:

65.2% (28) pertenecen a la adolescencia tardía y 34.8% (15) a la etapa intermedia, el grado de instrucción de la gestante adolescente 46% (20) tienen secundaria completa, 28% (12) de los jefes de las familias no tienen instrucción educativa. 88.4% (38) de los ingresos los aporta el jefe del hogar, 95% (40) de los ingresos es menor a S/.850. En relación a la vivienda, 81.4% (35) son multifamiliares, el material predominante de los techos es de yarina, 81.4% (35), 44% (19) de las viviendas no tienen paredes, 81.4% (35) duermen como máximo 5 personas en una habitación, 34.8% (15) eliminan los residuos sólidos en campo

abierto y 32.6% (14) lo queman o lo ponen en pozo. En cuanto a los controles pre natales, el 81.4% (35) no asisten (17).

Maque, investigo sobre factores socio reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari de enero a diciembre del 2015. Con el objetivo de determinar los factores socio reproductivos asociados al embarazo reincidente de las adolescentes del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari de enero a diciembre del 2015, Huánuco; con un tipo de estudio ambispectivo, transversal que corresponde al diseño correlacional, desarrollado durante el período de enero a diciembre de 2015; la muestra estuvo constituida por 25 adolescentes con embarazo reincidente, que cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionadas por conveniencia en un muestreo no probabilístico. Las técnicas empleadas fueron la documental y la encuesta y los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos y el cuestionario validados externamente por la opinión de cinco jueces. Los principales resultados son: el 32% tiene autoestima aceptable, el 16% sí tuvieron encuentros sexuales inesperados, el 76% no usó algún método anticonceptivo antes del último embarazo, la edad promedio de la menarquía es de 12 años, la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 15,2 años y el número promedio de parejas sexuales es de 1,28. Se concluye que las factores sociales como la autoestima aceptable con un valor de p igual a 0,032 y un valor de C igual a 0,395 y los encuentros sexuales inesperados con un valor de p igual a 0,001 y un valor de C igual a 0,560 y los factores reproductivos como el no uso de

método anticonceptivo antes del último embarazo con un valor de  $p$  igual a 0,009 y un valor de  $C$  igual a 0,465; la edad de la menarquia con un valor de  $p$  igual a 0,051 y un valor de  $C$  igual a 0,342; la edad de inicio de relaciones sexuales con un valor de  $p$  igual a 0,060 y un valor de  $C$  igual a 0,262; el número de parejas sexuales con un valor de  $p$  igual a 0,047 y un valor de  $C$  igual a 0,382 están asociados al embarazo reincidente en las adolescentes del C. S. Carlos Showing Ferrari durante enero a diciembre del 2105. (18)

Arévalo y Torres; investigaron sobre factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas-perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto-diciembre 2016. Su objetivo fue determinar la relación de los Factores de Riesgo materno y obstétricos con las complicaciones materno – perinatales en parturientas adolescentes. Metodología: estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 416 y la muestra por 200 puérperas adolescentes. La técnica es la revisión documentaria y como instrumento se usó una ficha de recolección de datos. Los resultados fueron: Las adolescentes presentaron como factores de riesgo materno el: ser convivientes 75%, de procedencia urbana 60.5%, el presentar ITS 3.5%, el presentar Enfermedad Hipertensiva con 13%, el presentar anemia con 43.5% e ITU 50%. Como factores de riesgo obstétrico presentan atención prenatal inadecuada 38% y edad gestacional menor de 37 semanas

15.5%. La población de adolescentes presenta como complicaciones maternas perinatales: prematuridad 14.5%; bajo peso al nacer 18%; sepsis severa 0.5%; pre- eclampsia 12% y la Eclampsia 0.5%. En conclusión: existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre los factores de riesgos maternos y obstétricos con las complicaciones maternas perinatales. (19)

Osorio, en su estudio realizado de Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. El embarazo en adolescente es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo. Son pocos los estudios orientados al enfoque de esta situación diversos autores han señalado a la familia como, como ente influyente en la aparición del problema, más aun, en la responsable de las complicaciones biopsicosociales de la adolescente embarazada. Objetivo: Determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, diciembre del 2013. Metodología: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional- descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el mes de diciembre del 2013. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 22, previa elaboración de la base de datos, para las variables de

tipo nominal, ordinal e intervalo, se usaron medidas de frecuencia. Resultados: Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Conclusiones: Las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia que se encontró en los entrevistados. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. (20)

Amado et al. Investigaron sobre las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Carmen de la Legua, Callao 2016. Su objetivo fue, determinar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes. El diseño de estudio fue observacional, prospectivo, transversal y analítico univariado de nivel descriptivo, la muestra estuvo constituida de 40 gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Carmen de la Legua. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. En

relación a los resultados se apreció que la edad de las adolescentes gestantes era un promedio de 16,72 DS+/- 1 año, en cuanto a la edad de la menarca el promedio fue de 12,58 DS+/- 1 año, siendo la edad de la primera relación sexual entre los 15,50 DS+/- 1 año. Afirmando un 52,5% ser conviviente, según el motivo de la primera relación sexual el 52,5% afirmó que sucedió por amor, sobre la planificación del embarazo un 85% no lo planificó; de acuerdo a las características familiares el 45,0% viven con los padres seguido de la pareja 37,5%; el 70% cursa con ingresos económicos entre 500 a 1000 soles, el 52,5% de las adolescentes afirma depender económicamente de los padres y el 45% solo de la pareja. Por último, se identificó que el 50% tuvo alguna amistad que se encontraba en una situación de embarazo no planificado, el 92,5% afirma no haber sido influenciada o coaccionada a tener relaciones sexuales, habiendo recibido información de cómo prevenir un embarazo el 75%, siendo el medio más común para recibir información la televisión y el internet; se tuvo que un 95% no probó otro tipo de droga mientras que el 52,5% nunca había consumido alcohol. En conclusión las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Carmen de la Legua tienen ciertas características sociodemográficas en común, entre los cuales tenemos: la edad en que estaban gestando, la edad del inicio de las relaciones sexuales, la ausencia de planificación del embarazo, la mayoría tuvo algún familiar con antecedente de embarazo adolescente, la mitad de sus pares se encontraban con una situación de embarazo no planificado y la mayor parte de las gestantes adolescentes

refirió no haber sido influenciada por alguien o por algún medio de comunicación para tener relaciones sexuales. (21)

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Adolescencia**

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. (22)

En el informe “The State of the World’s Children 2011” se menciona que resulta difícil definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las experiencias individuales en este período son diferentes, en relación con las variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades. A la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues se suceden cambios a diferentes edades en hembras y varones, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que complica la definición de adolescencia es la gran variación en relación con las leyes en distintas naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad, incluyendo actividades como: contraer matrimonio y el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas. El tercer factor se refiere a que no se

respeto lo establecido legalmente para los niños, los adolescentes y los adultos y se permite que los primeros asuman actividades que no les corresponden (23).

### **2.2.2. Embarazo en adolescente.**

El embarazo a temprana edad es una de las situaciones que la Salud Pública debe atender por los riesgos que implica para el bienestar físico, psíquico y social, tanto de la adolescente, el bebé, el padre, como del entorno familiar. Los embarazos adolescentes no ocurren por un solo motivo, son consecuencia de una combinación de factores. Según estudios realizados, estos factores incluyen la pobreza, la falta de educación, la aceptación de uniones o matrimonio infantil por parte de las comunidades y familias, deserción escolar, y la ausencia de opciones o circunstancias que están más allá del control de las adolescentes (24).

Desde el punto de vista social el embarazo adolescente gira en torno a situaciones que complican más aún el panorama, como la deserción escolar, la prostitución e inclusive la drogadicción; todas situaciones enmarcadas dentro de un círculo vicioso que empiezan con, la desigualdad social, la falta de educación, la necesidad de mayor fuerza de las políticas de estado; y generan a largo plazo aún más pobreza perpetuándose de esa manera. Un aspecto que es necesario mencionar es cuando los embarazos afectan a las adolescentes menores de 15 años, ya que en muchos casos son el resultado de violencia sexual o coerción (24).

El embarazo en adolescentes continúa siendo un desafío para las políticas públicas y para el ejercicio de los derechos de esta población. En 2013 se aprobó el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes para enfrentar esta situación. No obstante, aún se es necesario fortalecer su implementación.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, elaborada por el INEI y presentada el 26 de mayo en Lima, 13.6% de las adolescentes entre los 15 y los 19 años han estado embarazadas, proporción que continua siendo alta y que incrementa entre aquellas adolescentes que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. Así, entre aquellas que sólo terminaron primaria 1 de cada 3 estuvo embarazada (37.9%); entre las más pobres, 1 de cada 4 (24.9%), al igual que entre las adolescentes de la Selva; mientras que entre aquellas que provienen de zonas rurales, 1 de cada 5 (22.5%). (8)

**2.2.2.1. Embarazo en adolescentes por ámbito geográfico** Según revela la ENDES 2015, los porcentajes más altos de adolescentes que han estado embarazadas se encuentran en las áreas rurales, proporción dos veces a mayor al porcentaje en áreas urbanas. Asimismo, de las seis regiones con mayor porcentaje de embarazos en este grupo de edad, cinco pertenecen a la Selva, donde se encuentran los porcentajes más elevados. En regiones como San Martín y Ucayali,

más de la quinta parte de estas adolescentes han tenido un segundo embarazo (21.5% y 20.1%, respectivamente); y en Loreto, más de la cuarta parte (27.3%). Las adolescentes que cursan un segundo embarazo aún presentan limitaciones para acceder a servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos modernos. Ello restringe sus derechos a prevenir un embarazo o postergarlo si así lo desean. (8)

Tendencias del Embarazo en Adolescentes (8):

- Las tendencias del embarazo en adolescentes en las últimas décadas no muestran descensos. Ha habido un incremento del embarazo en adolescentes en la Costa, en particular en Lima Metropolitana, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres de 15 a 19 años en el país.
- Se ha logrado un sostenido crecimiento de la atención institucional del parto por personal calificado, aunque todavía hay inequidades entre los departamentos más pobres. La brecha urbana rural en la atención a cargo de algún profesional ha pasado de ser 5.1 en 1986 a 1.3 en el 2015.
- Persiste la baja prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos modernos en

mujeres unidas: una de las situaciones más preocupantes en la última década. Desde el año 2000, su uso se ha estancado en torno al 50% (53.3% al 2015), todavía entre los más bajos de América Latina.

- Porcentaje de mujeres que han sido víctimas de violencia disminuyó ligeramente (-1.6%), pero continúa siendo alto: 7 de cada 10 mujeres (70.8%) han sido víctimas de violencia física, sexual o psicológica por parte de sus parejas.
- Ha incrementado el porcentaje de cesáreas: en 1991/92, la ENDES reportaba que el 10% del total de partos se realizaba mediante ese procedimiento, mientras que el 2015 aumentó a 31.6%, alcanzando casi el 56% en el quintil superior de riqueza.
- El tamaño de la muestra de la ENDES 2015 ha aumentado lo que supone mayor confiabilidad de los resultados a nivel sub- nacional.

#### **2.2.2.2. Vulnerabilidad de las menores de 15 años:**

El Seguro Integral de Salud (SIS) reporta anualmente 2 mil partos atendidos en niñas entre 11 y 14 años de edad. Estos embarazos pueden estar reflejando la alta vulnerabilidad de las niñas, muchas de ellas víctimas de violencia física, sexual y psicológica. Asimismo, pueden ser

resultado de la debilidad de los mecanismos de prevención y protección frente a la violencia. A nivel departamental, el 51% de los partos atendidos por el SIS en niñas menores de 15 años se registran en cinco departamentos del país (Lima, Loreto, San Martín, Ucayali y Cajamarca). En el año 2015, la RENIEC ha registrado 1538 recién nacidos cuyas madres son menores de 15 años. Los departamentos que encabezan la lista por el mayor reporte de recién nacidos de madres adolescentes, de mayor a menor son Lima, Loreto, San Martín, Cajamarca, La Libertad y Ucayali. A nivel provincial y distrital, los mayores registros de madres menores de 15 años de edad ocurren en la selva y en los departamentos de la costa norte del Perú. A nivel de provincia, destacan, después de Lima, Maynas y Coronel Portillo. A nivel de distritos, destacan San Juan de Lurigancho y Ate en Lima Metropolitana. (25)

La maternidad precoz constituye un problema de salud pública y pone en riesgo la vida de las niñas madres y sus hijos/as. Compromete la salud de la madre y de la del niño o niña por nacer, ya que la niña o adolescente embarazada todavía no alcanza suficiente madurez física y emocional. Según informe del Estado de la Población Mundial

2013 publicado por UNFPA, "...las madres menores de 16 años tienen cuatro veces más riesgo de morir que una mujer mayor de 20 años...los mayores peligros son el parto prematuro, la preeclampsia y el bajo peso en los recién nacidos". Al respecto, la información del Minsa evidencia que la cuarta parte de los partos de madres adolescentes ocurren mediante cesárea (Año 2014: 25.1%). Otro aspecto, relacionado es el bajo peso al nacer. En el 2014, el 6.8% de los nacidos vivos de madres adolescentes tuvieron bajo peso al nacer (25).

#### **2.2.2.3. El estado peruano en la salud del Adolescente.**

En el marco del Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, las intervenciones en salud comprenden principalmente dos líneas de trabajo: el "acceso a servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva" y la "orientación/consejería en salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas/os y madres adolescentes". En relación al acceso a los servicios de salud. El Ministerio de Salud reporta para el año 2015, alrededor de 3,170 servicios diferenciados para adolescentes de 12 a 17 años de edad, en el 40% de establecimientos de salud del país. Al respecto, en el año 2012 el Ministerio

de Salud aprobó la Norma Técnica de Salud N° 095-MINSA/DGSP-V.01, referido a los “Criterios y Estándares de Evaluación de los Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes” con lo cual se evalúa el desarrollo de éstos servicios. Aún no se tiene información actualizada sobre el cumplimiento de los estándares y la calidad del servicio que se brinda (25).

El Ministerio de Salud aprobó recientemente la Norma Técnica de Planificación Familiar (RM N° 652-2016-MINSA). Esta norma permitiría el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos. Con ello se eliminarían las barreras que limitaban su acceso a las y los adolescentes en los establecimientos de salud. El Ministerio de Salud ha tenido un trabajo conjunto con el Ministerio de Educación en la línea de promoción de la salud a fin de promover prácticas saludables y adecuadas en salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas. Esta actividad está incluida como un producto en el PpR de Salud Materno Neonatal pero aún tiene poco peso presupuestal. Según información del Ministerio de Salud, el servicio de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y

planificación familiar en adolescentes ha presentado una tendencia hacia el incremento, en el 2012 empezó con 188,899 y en año 2015 se reporta cerca de 466,815 servicios brindados. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas/os y madres adolescentes, los últimos resultados de la ENDES 2015 muestran una tendencia irregular en el indicador, recién en el año 2015 se observa una subida. Para ese año el porcentaje sube en 6 puntos, al pasar de 62.6 a 69%. (25)

#### **2.2.2.4. Dimensiones del embarazo en la adolescencia**

##### **Dimensión cultural**

La OMS define a los adolescentes como las personas de 10 a 19 años y puntualiza que el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica; otros términos aceptados son: embarazo precoz, prematuro, temprano, no planeado o no deseado. Los adolescentes tienen sexo sin métodos anticonceptivos debido a que en la actualidad se desarrollan en una cultura en la que los amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes sutiles o directos de que las relaciones sin matrimonio son comunes, aceptadas e incluso esperada, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y

específica sobre las consecuencias. La mayor parte de la “educación sexual” que reciben es a través de sus compañeros. (26)

### **Dimensión psicológica**

Las secuelas psico-sociales se reflejan en los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar muy costosa por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y en algunos casos universitaria (27). Las adolescentes no están preparadas para la maternidad y experimentan depresión, ansiedad, resentimiento y sentimientos de fracaso, vergüenza, culpa, ira y negación. Un estudio realizado en 2003 en Chile, reflejó que las adolescentes que no han tenido hijos perciben mayor apoyo social por parte de sus amigos, esta percepción es igual en adolescentes que son madres: reciben más apoyo de otros que de su familia (27). Otras alteraciones emocionales son las preocupaciones de las adolescentes embarazadas: al 41.7 % le inquieta su situación económica y al 7.8 % los problemas con la pareja y la familia (28)

### **Dimensión social**

Las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, así como el ejercicio de la sexualidad influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes a una fecundidad temprana (29), situación que reduce las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo, en un ambiente de limitaciones como la educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva. En los adolescentes varones con hijos, la situación es diferente: muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la mujer emplear métodos anticonceptivos: “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”, otros en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto o simplemente la abandonan (30).

### **Dimensión educacional**

El conocimiento permite tomar decisiones trascendentales de manera libre e informada, como posponer el inicio de la actividad sexual y la maternidad (31). Educar significa dirigir, enseñar para desarrollar competencias intelectuales, conductuales, morales y sociales. En este sentido la educación de la sexualidad es considerada una necesidad de las sociedades y se refiere al proceso activo que potencia al individuo para el

encuentro libre, pleno y responsable del ejercicio de la propia sexualidad, en correspondencia con sus necesidades y las del contexto, garantizando el protagonismo y la capacidad de elegir los límites personales de la sexualidad, así como el respeto hacia las personas con que se relacionan (32).

#### **2.2.2.5. Factores predisponentes**

Es frecuente que el embarazo en adolescentes (EA) ocurra como un evento no deseado o planificado. Habitualmente, es la consecuencia de una relación débil de pareja, lo que provoca en la futura madre una actitud inicial de rechazo y ocultamiento por temor a la reacción del grupo familiar, escolar y social. Ello también se acompaña de un control prenatal tardío o insuficiente. (33)

Dentro de las características principales de las jóvenes embarazadas destacan: una gran diversidad de adversidades sociales acumuladas, los aspectos biológicos (la maduración sexual temprana y la actividad sexual prematura), la región que habitan (rural o suburbana, principalmente), los usos y costumbres, la religión, y el bajo nivel educativo. (34)

Factores predisponentes y asociados al desarrollo del embarazo adolescente (34):

- Personales
- Menarca temprana.
- Inicio precoz de la actividad sexual.
- Pensamientos mágicos.
- Fantasías de infertilidad.
- Mayor tolerancia al miedo a la maternidad adolescente.
- Abandono de escuela y/o bajo nivel educativo
- Familiares
- Pertener a una familia disfuncional.
- La existencia marcada de violencia familiar.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus familias.
- Pérdida del vínculo familiar por migración constante.
- Sociales
- Falta o distorsión de la información sexual.
- Aumento del número de adolescentes.
- Predominio de factores socioculturales adversos.
- No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual.
- Otros factores determinantes:
  - Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
- Abuso Sexual
- Violación

Ante el establecimiento del EA, las y los adolescentes se enfrentan a otro dilema muy serio: continuar con el embarazo o suspenderlo.

(35)

Sin embargo, y en términos generales, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento de su hijo pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse y de ellas destacan:

- a) El matrimonio a edades tempranas y el establecimiento del rol de género que tradicionalmente se le asigna a la mujer (área rural).
- b) Práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. (36)
- c) Presión de los pares para tener relaciones sexuales. (37)
- d) Educación sexual insuficiente, principalmente sobre métodos anticonceptivos y/o no tener fácil acceso para su adquisición. (38)
- e) Consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas. (39)

#### **2.2.2.6. Consecuencias inmediatas y tardías**

Es indispensable considerar que las consecuencias del Embarazo en adolescentes afectan a ambos miembros de la pareja, aunque probablemente es la mujer quien más las sufre. De ellas, destacan la fuerte carga emocional como consecuencia de su cambio físico y por la influencia, habitualmente negativa, del medio donde vive. (40)

Consecuencias físicas, emocionales, sociales y económicas del Embarazo en adolescentes:

- ▣ Rompimiento del proyecto de vida
- ▣ Deserción escolar
- ▣ Conflictos familiares y expulsión del hogar
- ▣ Abandono de la pareja
- ▣ Alteración emocional diversa
- ▣ Rechazo escolar y social
- ▣ Problema para obtener un empleo
- ▣ Carencia de un ingreso monetario suficiente.
- ▣ Inclínación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas
- ▣ Tendencia a la prostitución o delincuencia.

Cuando ella informa a la familia de su embarazo, habitualmente es reprendida por sus padres u otros familiares, quienes la culpan de sentirse defraudados por su acción. De esta manera, es agredida emocional y, en ocasiones, físicamente. En algunos momentos también puede ser agredida por su pareja. (41, 42)

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamientos poco habituales, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. (42) Al bajar su rendimiento escolar y ser motivo de burla por sus compañeros, es probable que abandone la escuela. (37)

Otro problema que ella tiene que resolver, es cómo solventar económicamente su embarazo y los estudios. Ante esa situación, casi siempre se torna dependiente de la ayuda familiar y/o tiene la necesidad de buscar trabajo para su manutención y la de su hijo. Ante esta última posibilidad, su situación es crítica ya que no tiene una formación educativa adecuada para conseguir un trabajo aceptablemente remunerado debido a que su experiencia laboral es nula o muy limitada. (43, 44)

En la minoría de los casos, su pareja la apoya y por ello también tiene que abandonar los estudios porque necesita trabajar. Si cuenta con el apoyo de su familia, la nueva familia vivirá en la casa de sus padres y probablemente pueda reiniciar los estudios. (45) Sin embargo, habitualmente sigue realizando sus actividades sociales (salir con sus amigos, practicar deportes, etc.).

La vida de ella se altera drásticamente y su habitual patrón de vida cambia sustancialmente, principalmente por sus obligaciones maternas y, a veces, por convivir con los padres de su pareja. (46,47)

Es necesario señalar y considerar que los efectos negativos para los nuevos padres dependerán de las costumbres familiares y del entorno social. En

numerosos lugares, el EA se aprecia como un error que tiene severas críticas sociales. (48) Por lo tanto, la situación de riesgo de la joven embarazada es latente y permanente; su magnitud dependerá básicamente de que las dos familias y la sociedad entiendan que esta nueva condición puede presentar claras oscilaciones, en donde el punto de partida es un rechazo o reprimenda, después su aceptación y protección y, finalmente, en algunos casos puede haber reproches esporádicos. (49)

Esta condición habitualmente es diferente en la población indígena, en donde el embarazo temprano es parte de las pautas culturales. (50)

### **2.2.3. Enfoque de riesgo**

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquéllos que más la requieran. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor atención.

¿Qué significa el término riesgo? En términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Su enfoque se basa en la medición de esa probabilidad, la cual

se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o a otros servicios. Riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra.

¿Qué es un factor de riesgo? Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido (51).

#### **2.2.4. Educación materna**

La baja escolaridad de la madre, ruralidad y falta de acceso a servicios de salud; constituyen un factor de riesgo que tiene fuerte asociación con la morbilidad materna perinatal. La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual que esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos. (52)

### **2.2.5. Estado civil**

Esta variable se ha asociado sobre todo a un riesgo aumentado de bajo peso al nacer y guarda estrecha relación con otros factores de riesgo como el embarazo en la adolescencia, consumo de alcohol y tabaquismo. Feroz en un estudio sobre 36.608 nacimientos en el distrito de Columbia encontró un 34% más de incidencia de bajo peso y 35% más de mortalidad neonatal en niños nacidos de madres solteras, el riesgo permaneció importante a pesar de controlar por edad y educación materna. En un análisis de la mortalidad infantil y neonatal de Chile de 1965 a 1990, Vargas y Cerda observaron que la ilegitimidad incrementó de 17.4% a 34.3% constituyéndose en uno de los principales problemas medico sociales que trascienden en mortalidad infantil y neonatal a pesar de haber mejorado aspectos como la educación materna. (52)

### **2.2.6. Paridad**

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en la madre y el recién nacido. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tiene una alta correlación con bajo peso al nacer y morbilidad materna perinatal; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas. (52)

### **2.2.7. Atención prenatal**

No existe duda de que la atención prenatal lo más pronto posible después de la concepción se asocia a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que conllevan a nacimientos de bajo peso. Dollfus en una revisión de los factores de riesgo para muerte infantil menciona que intervenciones simples como la atención prenatal, soporte social y servicios de educación son las mejores estrategias para disminuir la morbilidad materna perinatal, muertes infantiles asociadas a prematuridad y sus complicaciones; su eficacia está disminuida en países subdesarrollados debido a factores culturales y diferencias en el acceso a servicios de salud. La OMS define como ideal un mínimo de 5 controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación. (52)

### **2.2.8. El Parto**

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina a través del canal del parto. Tiene 3 etapas: Período de dilatación (se altera el intercambio gaseoso pero un feto normal tiene reservas para tolerar esta alteración transitoria), periodo expulsivo (Durante esta etapa el feto tolera la mayor dificultad en el intercambio gaseoso, por lo cual su prolongación se acompaña de distocias y traumatismo obstétrico) y alumbramiento.

La presentación de vértice u occipital es la presentación normal (eutócica), ocurre en el 95% de los partos y está determinada por las condiciones de normalidad materna, fetal y ovular. Gran parte de las tendencias de reducción de la morbilidad materno perinatal se deben a una mejor asistencia en este periodo, los controles o atenciones prenatales de calidad recibida por la gestante y las atenciones preconcepcionales.

La atención del parto puede complicarse si este ocurre en el domicilio. Esto como es de suponer conlleva a altos niveles de mortalidad debido principalmente a complicaciones de la segunda etapa del parto, atención no especializada del recién nacido de alto riesgo. (52)

#### **2.2.9. Estado socio económico**

Esta variable es una sumatoria de situaciones que interactúan generando un círculo vicioso en el que participan la nutrición, la educación, el desempleo, el ambiente externo, el acceso a los servicios de salud, pobreza, ruralidad entre otros factores. El resultado final de este proceso es una atención deficiente a la gestante y al neonato, por tanto, menos posibilidades de descubrir factores de riesgo como diabetes, toxemia, infecciones, nefropatías, hipertensión esencial, trastornos cardiacos y otros; que ocasionan las consecuencias en la madre y en el feto. (52)

### 2.3. Definición de términos

**Adolescencia.** Es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales.

**El embarazo** o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

**Gestante.** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

**Gestante adolescente.** Es el embarazo precoz que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

**Característica.** Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico.

**Factores sociales.** Aspectos, características, fenómenos, situaciones y condiciones sociales causantes de una situación o problema. Están compuestos por las interacciones o condicionantes que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social en un determinado contexto.

#### 2.4. Identificación de variables

**Variable: Características Sociales de las gestantes adolescentes. Sub variables:**

Edad de la adolescente embarazada.

Edad de la menarquia de la adolescente embarazada. Edad de la primera relación sexual.

Número de parejas sexuales de la adolescente embarazada. Ocupación de la adolescente embarazada.

Estado civil de la adolescente embarazada. Nivel educativo de la adolescente embarazada. Paridad de la adolescente antes del embarazo actual Edad gestacional en la primera atención prenatal

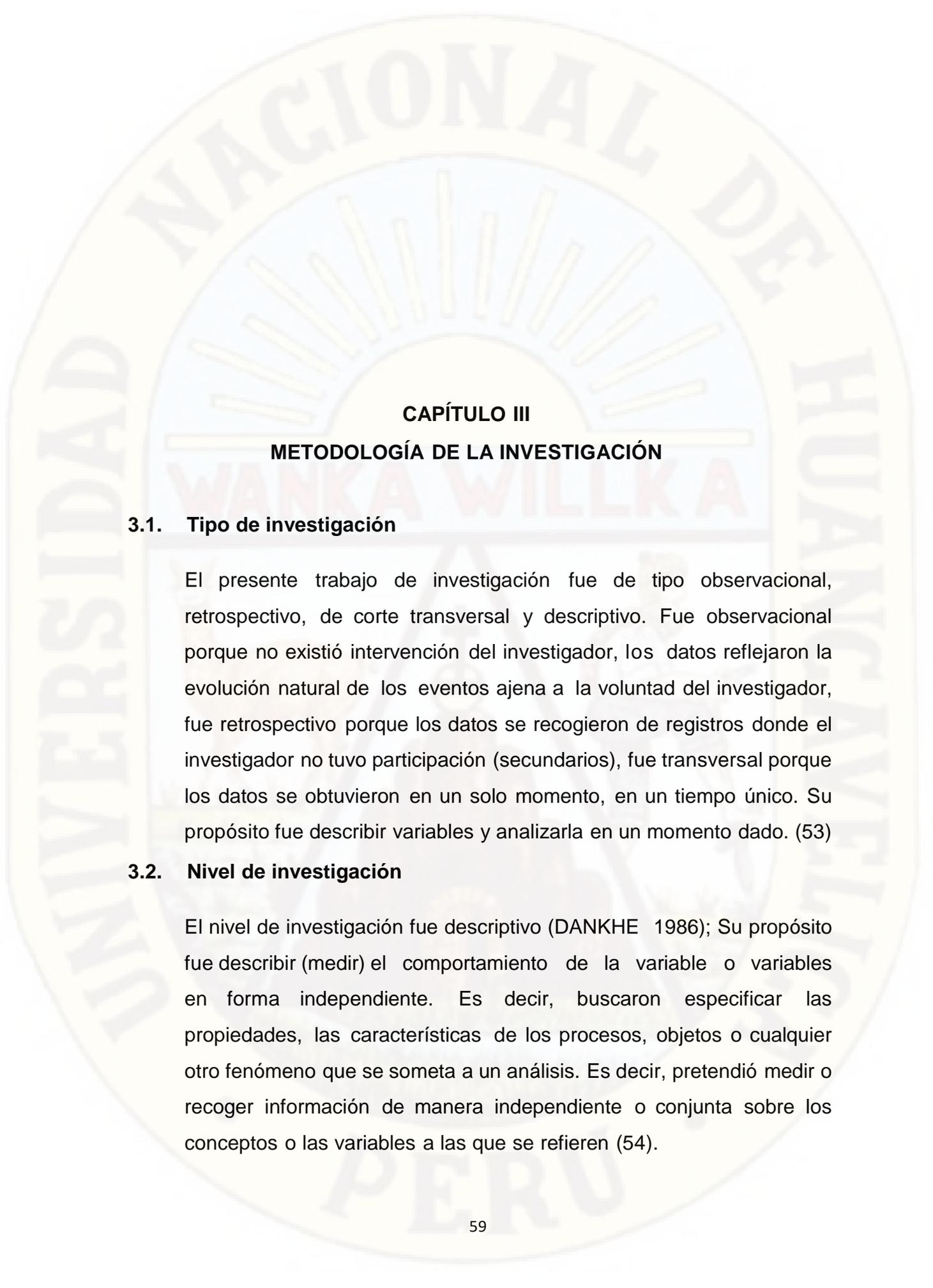
Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada

Número de atenciones prenatales de la adolescente embarazada

Tipo de seguro de salud de la adolescente embarazada

## 2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características sociales de las gestantes adolescentes	Son rasgos o singularidades de naturaleza social que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Análisis documental de las historias clínicas de las madres adolescentes y registro en la ficha de recolección de datos	Edad de la adolescente	Registro de la edad de la adolescente embarazada.	Edad de la adolescente embarazada en años	Numérico
			Edad de la menarquia	Registro de la edad de la menarquia de la adolescente embarazada.	Edad de la menarquia en años	Numérico
			Edad de la primera relación sexual	Registro de la edad de la primera relación sexual.	Edad de la primera relación sexual en años	Numérico
			Número de parejas sexuales	Registro del número de parejas sexuales de la adolescente embarazada.	Número de parejas sexuales	Numérico
			Ocupación	Registro de la ocupación de la adolescente embarazada.	Tipo de ocupación de la adolescente embarazada	Nominal
			Estado civil	Registro del estado civil de la adolescente embarazada.	Madre soltera	1
					Madre conviviente	2
					Madre casada	3
					Madre viuda	4
					Madre divorciada	5
			Nivel educativo	Registro del nivel educativo de la adolescente embarazada.	Madre sin estudios	1
					Primaria Incompleta	2
					Primaria completa	3
					Secundaria incompleta	4
					Secundaria completa	5
					Superior incompleta	6
			Paridad	Registro de la paridad de la adolescente antes del embarazo actual	Nulípara	1
					Primípara	2
					Múltipara	3
			Edad gestacional	Registro de la edad gestacional en la primera atención prenatal	Edad gestacional en la primera atención prenatal	Numérico
			Índice de masa corporal	Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada	Bajo peso (<19.8)	1
					Normal (19.8-26.0)	2
					Sobrepeso (26.1-29.0)	3
					Obesidad (>29.0)	4
			Atención prenatal	Número de atenciones prenatales de la adolescente embarazada	Ninguna atención prenatal	1
					Una atención prenatal	2
					Dos atenciones prenatales	3
Tres atenciones prenatales	4					
Cuatro atenciones prenatales	5					
Cinco atenciones prenatales	6					
Seis a más atenciones prenatales	7					
Seguro de salud	Registro del tipo de seguro de salud de la adolescente embarazada	No presenta seguro de salud	1			
		Seguro integral de salud	2			
		EsSalud	3			
		Seguros de las Fuerzas Armadas	4			
		Seguro de Salud de la Policía	5			
		Seguro privado	6			



### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1. Tipo de investigación**

El presente trabajo de investigación fue de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo. Fue observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador, fue retrospectivo porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), fue transversal porque los datos se obtuvieron en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizarla en un momento dado. (53)

##### **3.2. Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, buscaron especificar las propiedades, las características de los procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (54).

### **3.3. Métodos de investigación**

#### **3.3.1. Método general:**

Se empleó el método inductivo. Según Pimienta (55) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

#### **3.3.2. Método Básico**

Se empleó el método descriptivo, porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (55).

### **3.4. Diseño de investigación**

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de representar una interpretación correcta del fenómeno (54, 56).

**Donde**  
:

**M O**

**M:** Gestantes adolescentes

**O:** Características sociales

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

Fueron todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017; según registros estadísticos fueron un total de 48 gestantes adolescentes.

La cantidad de gestantes atendidas en el centro de salud ciudad satélite de enero a junio fueron 194.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (54, 56).

#### **3.5.2. Muestra:**

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017 (54, 56).

### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada tuvo la absoluta reserva del caso.

**La técnica** a utilizar fue el **análisis documental**; Esta técnica permite el análisis documental de las Historias Clínicas, de los pacientes atendidos en el establecimiento de salud.

La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin. Los investigadores de campo realizaron el análisis documentario y fueron evaluando historias clínicas e informes.

### **Fuentes Secundarias**

- o Historia Clínica
- o Informes

### **Control de calidad de los datos: (validación y seriedad)**

Capacitación a los investigadores de campo que aplicaron la investigación. Reunión periódica con los investigadores y supervisores de campo para el control de calidad de los datos.

**El instrumento** fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo las variables a estudiar que fue elaborada en base al planteamiento del problema, objetivos, variables de estudio y los indicadores. Los datos recogidos fueron ingresados a una base de datos en SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

### **3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo.

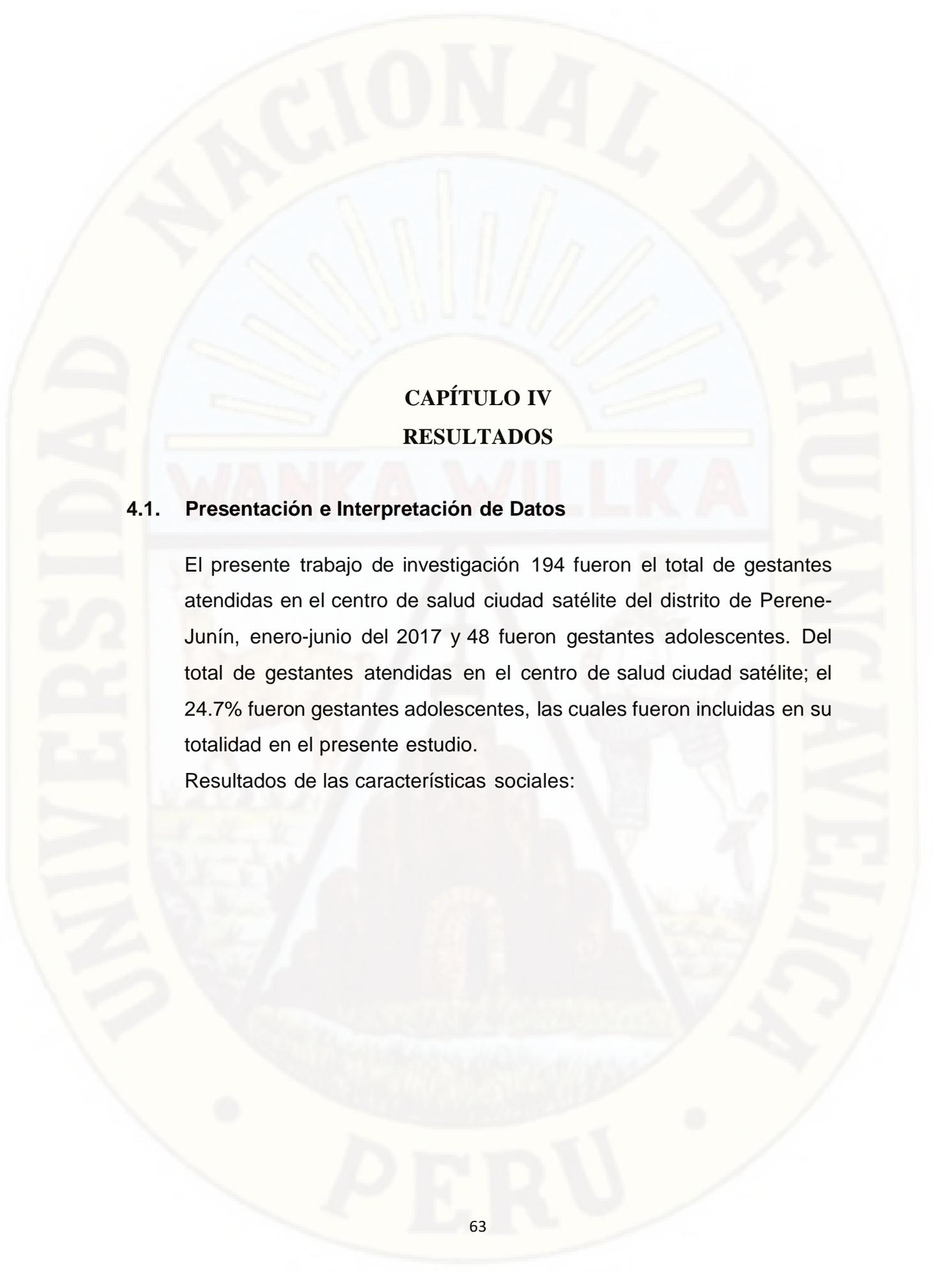
Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se hizo por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio.

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas y relativas, histograma y medidas de tendencia central.

Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando la población de estudio.



## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1. Presentación e Interpretación de Datos

El presente trabajo de investigación 194 fueron el total de gestantes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017 y 48 fueron gestantes adolescentes. Del total de gestantes atendidas en el centro de salud ciudad satélite; el 24.7% fueron gestantes adolescentes, las cuales fueron incluidas en su totalidad en el presente estudio.

Resultados de las características sociales:

Tabla 1. Edad de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Edad de la adolescente embarazada	
Total de gestantes adolescentes	48
Media	17.13
Mínimo	14.00
Máximo	19.00
Percentiles 25	16.00
Percentiles 50	17.00
Percentiles 75	18.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 1. Del total de gestantes adolescentes (48 gestantes), La edad promedio fue 17.13 años, la edad mínima de la adolescente fue de 14 años y la máxima fue de 19 años. El 25% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad menor a 16 años, el 50% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad gestacional menor a 17 años, el 75% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad menor a 18 años.

Tabla 2. Edad de la menarquia de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Edad de la menarquia	
Total de gestantes adolescentes	48
Media	12.54
Mínimo	10.00
Máximo	16.00
Percentiles 25	11.00
Percentiles 50	13.00
Percentiles 75	14.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 2. Del total de gestantes adolescentes (48 gestantes), La edad promedio de la menarquia fue 12.54 años, la edad mínima de la menarquia fue de 10 años y la máxima fue de 16 años. El 25% de las gestantes adolescentes tuvieron su menarquia antes de los 11 años, el 50% de las gestantes adolescentes tuvieron su menarquia antes de los 13 años, el 75% de las gestantes adolescentes tuvieron su menarquia antes de los 14 años.

Tabla 3. Edad de la primera relación sexual de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

Edad de la primera relación sexual	
Total de gestantes adolescentes	48
Media	15.42
Mínimo	12.00
Máximo	18.00
Percentiles 25	14.00
Percentiles 50	15.50
Percentiles 75	17.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 3. Del total de gestantes adolescentes (48 gestantes), La edad promedio de la primera relación sexual fue de 15.42 años, la edad mínima de la primera relación sexual fue de 12 años y la máxima fue de 18 años. El 25% de las gestantes adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años, El 50% de las gestantes adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los 15.5 años, El 75% de las gestantes adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años

Tabla 4. Número de parejas sexuales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Una pareja sexual	15	31.3	31.3
Dos parejas sexuales	24	50.0	81.3
Tres parejas sexuales	7	14.6	95.8
Cuatro parejas sexuales	1	2.1	97.9
Cinco parejas sexuales	1	2.1	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 4. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 31.3% (15) tuvieron una pareja sexual, el 50.0% (24) tuvieron dos parejas sexuales, el 14.6% (7) tuvieron tres parejas sexuales, el 2.1% (1) tuvieron cuatro parejas sexuales y el 2.1% (1) tuvieron cinco parejas sexuales. El 81.3% (39) tuvieron una o dos parejas sexuales.

Tabla 5. Tipo de ocupación de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Tipo de ocupación de la adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ama de casa	43	89.6	89.6
Estudiante	5	10.4	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 5. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 89.6% (43) fueron amas de casa, el 10.4% (5) fueron estudiantes. El 100% (48) fueron amas de casa o estudiantes.

Tabla 6. Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Estado civil de la adolescente embarazada.	frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltera	16	33.3	33.3
Conviviente	30	62.5	95.8
Casada	2	4.2	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 6. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 33.3% (16) fueron solteras, el 62.5% (30) fueron convivientes y el 4.2% (2) fueron casadas. El 95.8% (46) fueron solteras o convivientes.

Tabla 7. Nivel Educativo de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Nivel educativo de la adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria Incompleta	8	16.7	16.7
Primaria completa	3	6.3	22.9
Secundaria incompleta	19	39.6	62.5
Secundaria completa	15	31.3	93.8
Superior incompleta	3	6.3	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 7. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 16.7% (8) tuvieron primaria incompleta, el 6.3% (3) tuvieron primaria completa, el 39.6% (19) tuvieron secundaria incompleta, 31.3% (15) tuvieron secundaria completa, el 6.3% (3) tuvieron superior incompleto. El 22.9% (11) tuvieron primaria completa o incompleta. El 70.9% (34) tuvieron secundaria completa o incompleta.

Tabla 8. Paridad de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Paridad de la adolescente antes del embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nulípara	40	83.3	83.3
Primípara	7	14.6	97.9
Múltipara	1	2.1	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 8. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 83.3% (40) fueron nulíparas, el 14.6% (7) fueron primíparas y el 2.1% (1) fueron múltiparas. El 97.9% (47) fueron nulíparas o primíparas.

Tabla 9. Edad gestacional en la primera atención prenatal de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene- Junín, enero-junio del 2017.

Edad gestacional en la primera atención prenatal	
Total de gestantes adolescentes	48
Media	16.48
Mediana	14.50
Mínimo	6.00
Máximo	31.00
Percentiles 34	12.00
Percentiles 48	14.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 9. Del total de gestantes adolescentes (48 gestantes), La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 16.48 semanas, el 50% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad gestacional en la primera atención prenatal mayor a las 14.50 semanas, la edad gestacional mínima en la primera atención prenatal fue de 6 semanas y la máxima fue de 31 semanas. El 35% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad gestacional en la primera atención prenatal menor a las 12 semanas, El 48% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad gestacional en la primera atención prenatal menor a 14 semanas.

Tabla 10. Índice de masa corporal pre gestacional de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero- junio del 2017.

Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso (<19.8)	8	16.7	16.7
Normal (19.8-26.0)	38	79.2	95.8
Sobrepeso (26.1-29.0)	1	2.1	97.9
Obesidad (>29.0)	1	2.1	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 10. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 16.7% (8) tuvieron bajo peso pregestacional, el 79.2% (38) tuvieron un peso pregestacional normal, el 2.1% (1) tuvieron sobrepeso pregestacional y el 2.1% (1) tuvieron obesidad pregestacional. El 95.8% (46) de las gestantes tuvieron un peso normal o bajo peso pregestacional.

Tabla 11. Número de atenciones prenatales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

Número de atenciones prenatales de la adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna atención prenatal	2	4.2	4.2
Una atención prenatal	6	12.5	16.7
Dos atenciones prenatales	2	4.2	20.8
Tres atenciones prenatales	7	14.6	35.4
Cuatro atenciones prenatales	10	20.8	56.3
Cinco atenciones prenatales	6	12.5	68.8
Seis a más atenciones prenatales	15	31.3	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 11. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 4.2% (2) no tuvieron atención prenatal, el 12.5% (6) tuvieron una atención prenatal, el 4.2% (2) tuvieron dos atenciones prenatales, el 14.6% (7) tuvieron tres atenciones prenatales, el 20.8% (10) tuvieron cuatro atenciones prenatales, el 12.5% (6) tuvieron cinco atenciones prenatales, el 31.3% (15) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. El 68.8% (33) tuvieron cinco atenciones prenatales o menos.

Tabla 12. Tipo de seguro de salud de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

Tipo de seguro de salud de la adolescente embarazada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No presenta seguro de salud	4	8.3	8.3
Seguro integral de salud	44	91.7	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017

En la tabla 12. Del 100% (48) de las gestantes adolescentes, el 8.3% (4) no tuvieron seguro de salud y el 91.7% (44) tuvieron seguro integral de salud.

#### **4.2. Discusión**

Análisis de las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junín, enero-junio del 2017.

La proporción de gestantes adolescentes fue del 24.7%, este valor está por encima de las estadísticas nacionales; probablemente porque las acciones y/o estrategias educativas y sanitarias entre otras; no surten efecto en el desarrollo personal de las y los adolescentes. Por lo cual merece especial atención para reevaluar las estrategias de intervención en la reducción del embarazo en adolescentes.

La edad promedio de las gestantes adolescentes fue 17.1 años, la edad mínima 14 años y la máxima 19 años. El 50% tuvieron una edad menor a 17 años. Los resultados concuerdan con lo hallado por Torres et al (10), Osorio (20), Amado et al (21), quienes encontraron que las adolescentes se embarazan a muy temprana edad a partir de los 14 años y en promedio a los 17 años; lo cual trae una marcada repercusión en el ámbito familiar, social y académico. Por otra parte, difieren de los hallado por Soto y Rodríguez (9), Gálvez et al (11), Ordoñez (12), quienes hallaron una edad promedio mayor a lo hallado; esto probablemente se deba a los distintos contextos sociales donde vive la adolescente, a la educación sexual recibida u otros factores que se relacionan con un embarazo adolescente más tardío.

La edad promedio de la menarquia fue 12.5 años, la edad mínima de la menarquia fue de 10 años y la máxima de 16 años, el 75% tuvieron su menarquia antes de los 14 años; estos resultados concuerdan con lo hallado por Maque (18), Amado et al (21); esto se debe probablemente a que están jóvenes son peruanas y están influenciadas por diversas condiciones del contexto como etnia, aspectos genéticos, procedencia geográfica, hábitos nutricionales, aspectos socioeconómicos y factores ambientales.

La edad promedio de la primera relación sexual fue de 15.4 años, el 75% tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años; estos resultados concuerdan con lo hallado por Baculima et al (13), Ruiz (16), Maque (18), Amado et al (21); en el ámbito de estudio la primera relación sexual ocurre a muy temprana edad, probablemente está relacionado al contexto socio cultural andino, a la inadecuada o escasa educación sexual, a la madurez física como rasgos del comportamiento influenciados por este contexto. Las consecuencias de estas primeras relaciones conllevan a embarazos no deseados, que en muchos casos limitan el desarrollo personal del adolescente, exposición a riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y experiencias desagradables. La edad de inicio de las relaciones sexuales es una variable muy importante para diseñar e implementar programas preventivos promocionales y políticas pública; que contribuyan a la salud del adolescente.

El 31.3% tuvieron una pareja sexual, el 50.0% tuvieron dos parejas sexuales, el 14.6% tuvieron tres parejas sexuales. El

64.6% tuvieron dos a más parejas sexuales. Estos resultados no concuerdan con lo hallado por Baculima et al (13) quien encontró que el 80% tenían una pareja sexual, esta diferencia probablemente se deba al contexto socio cultural de los adolescentes y otros factores. El encontrar en el estudio, que más de la mitad de los adolescentes tienen 2 o más parejas sexuales podemos decir que los adolescentes tienen una relación inestable y sin mucha responsabilidad en esta corta edad, que están expuestas a riesgos en la salud sexual y reproductiva; por otra parte, los padres comúnmente tienen limitaciones para la educación sexual de sus hijos y para monitorear el comportamiento de sus hijas, especialmente el sexual.

El 89.6% fueron amas de casa y el 10.4% estudiantes. El 33.3% fueron solteras, el 62.5% convivientes y el 4.2% casadas. El 16.7% tuvieron primaria incompleta, el 6.3% primaria completa, el 39.6% secundaria incompleta, 31.3% secundaria completa y el 6.3% superior incompleto. Estos resultados no concuerdan con lo hallado por Soto y Rodríguez (9), Torres et al (10), Ordoñez (12), Baculima et al (13), Polanco y García (15), Arévalo y Torres (19), Amado et al (21). Esta diferencia probablemente se deba al contexto socio cultural y educativo al que han estado expuestas las gestantes adolescentes. La mayoría son amas de casa, conviven con su pareja y solo una mínima proporción continúan sus estudios; podría decirse que sus roles cambian drásticamente a una situación para la cual aún no están preparadas lo cual puede acarrear una serie de problemas principalmente en lo biológico, social y psicológico.

El 83.3% fueron nulíparas, el 14.6% primíparas y el 2.1% multíparas. Este resultado concuerda con lo hallado por Baculima et al (13), quien encontró que más del 80% de gestantes adolescentes fueron nulíparas, es importante destacar que hay un grupo.

menor que son primíparas o multíparas, que pueden haber estado o están expuestas a situación de mayor riesgo es su salud sexual y reproductiva y deben ser tomados en cuenta en las políticas y acciones estratégicas en salud sexual y reproductiva.

En la primera atención prenatal de la gestante adolescente, se encontró que la primera atención prenatal en promedio fue a las 16.5 semanas. El 50% tuvieron una edad gestacional mayor a las 14.50 semanas, el 35% tuvieron una edad gestacional menor a las 12 semanas y el 48% tuvieron una edad gestacional menor a 14 semanas. No existe investigaciones similares para contrastar estos resultados. Los resultados hallados en el grupo de adolescentes, nos permite saber que un gran número de madres adolescentes tienen limitaciones para acceder a una atención prenatal precoz (antes las 12 semanas con la finalidad de identificar riesgos) y periódica (primera atención antes de las 14 semanas y demás atenciones según normas), desprotegiendo a este grupo de riesgo.

El 16.7% tuvieron bajo peso pregestacional, el 79.2% tuvieron un peso pregestacional normal, el 4.2% tuvieron sobrepeso u obesidad pregestacional. No se encontró investigaciones similares para contrastar estos resultados. En este grupo de adolescentes embarazadas el 20% presentan como factor de riesgo para el embarazo el bajo peso, sobre peso u

obesidad, por lo cual es muy importante la atención prenatal precoz y continua para una salud materna adecuada.

El 4.2% no tuvieron atención prenatal, el 12.5% tuvieron una atención prenatal, el 4.2% dos atenciones prenatales, el 14.6% tres atenciones prenatales, el 20.8% cuatro atenciones prenatales, el 12.5% cinco atenciones prenatales y el 31.3% seis a más atenciones prenatales. Lo hallado nos hace comprender que las gestantes adolescentes como grupo de riesgo tienen limitaciones para acceder a una atención prenatal adecuada en cantidad y en calidad; para prevenir riesgo y contribuir a la salud materna, este limitado acceso puede deberse a la falta de adecuación o reorientación de las estrategias de intervención en la atención del adolescente y gestante adolescente.

El 8.3% no tuvieron seguro de salud y el 91.7% tuvieron seguro integral de salud. A pesar de que una poca proporción de gestantes adolescentes no tienen seguro, es importante seguir fortaleciendo las políticas institucionales y del estado para brindar al 100% de gestantes adolescentes, el acceso a los servicios de salud materno infantil, a fin de evitar mayores riesgos en la atención sanitaria a la gestante y el recién nacido.

## **CONCLUSIONES**

La cuarta parte de las gestantes atendidas en el centro de salud ciudad satélite, fueron gestantes adolescentes.

La mitad de las adolescentes embarazadas tuvieron una edad menor a 17 años, la edad promedio de su menarquia fue 12.5 años y tres de cada cuatro gestantes adolescentes tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años

La mayoría de las gestantes adolescentes tuvieron dos a mas parejas sexuales, fueron nulíparas, amas de casa, convivientes, con secundaria incompleta.

El 48% de las gestantes adolescentes tuvieron una edad gestacional menor a 14 semanas en su primera atención prenatal y el 35% tuvieron una edad gestacional menor a las 12 semanas.

La quinta parte de las gestantes adolescentes presentaron como índice de masa corporal pregestacional el bajo peso, sobre peso u obesidad, así mismo la tercera parte de las gestantes adolescentes tuvieron seis a más atenciones prenatales y el 8.3% de las gestantes adolescentes no tuvieron seguro de salud.

### **Recomendaciones**

Al gobierno regional de Junín, implementar políticas integrales para las y los adolescentes a nivel social, económico, educativo, sanitario articulados a los medios de comunicación social responsables; para el desarrollo personal y familiar de las y los adolescentes a fin de disminuir la proporción de embarazos en este grupo de edad, sus riesgos y limitaciones de desarrollo personal.

Reorientar las políticas públicas y estrategias educativas; para intervenciones integrales sobre sexualidad como un proceso continuo que debe realizarse formalmente en la institución educativa con especialistas de área de salud e integrar en este proceso a los padres de familia, medios de comunicación y comunidad; para una educación sexual que permita una actitud positiva y responsable.

Fortalecer las alianzas estratégicas entre el sector salud y educación; para desarrollar en los profesionales, competencias que le permitan brindar a los adolescentes intervenciones integrales en la atención sanitaria (promoción de la salud y prevención), tutoría, consejería y educación sexual continua a los adolescentes.

Al sector salud, sensibilizar y desarrollar competencia en el personal de salud para una atención especializada a las adolescentes embarazadas, que permita la captación oportuna, atención prenatal precoz, continuidad de la atención en cantidad y calidad; atención psicológica, promoción de la salud y prevención de riesgos.

### Referencias bibliográficas

1. Valdés-Dacal S. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones.  
Rev Cubana Ginecol Obstetr 2001;25(3):12-9.
2. OMS. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Actualización de septiembre de 2014. En:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
3. OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Recopilación de artículos. Volumen 87: 2009. Volumen 87, junio 2009, 405-484
4. Cueva-Arana V, Olvera-Guerra JF, Chumacera-López RM. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Rev Med IMSS 2005;43:267-271.
5. Quesada Miranda MM, Romero Sánchez MdC, Prieto Herrera ME, Rodríguez Delgado CR. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2010;14:0-.
6. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrosa JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit 2008;22(6):15-22.
7. Echevarria Acosta N, Gutiérrez Escobar M. Embarazo en Adolescentes y adolescencia de Venezuela. Venezuela: Celsan; 2006.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015. Lima – Perú. Mayo 2016.
9. Soto JC, Rodríguez DM. Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad

- y anticoncepción. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2018;3(4):268-78.
10. Torres SJV, Fern A, Batchvaroff MEB, Zelaya WPB. Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. *Archivos de Medicina*. 2017;13(1).
11. Gálvez Henry F, Rodríguez Sánchez BA, Lugones Botell M, Altunaga Palacio M. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017;43(3):15-27.
12. Ordoñez MJ. Complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje El Oro. [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja – Ecuador. Facultad de Medicina; 2017.
13. Baculima MJÑ, Cunuhay BAG, Espinoza BBM, Díaz JFÑ. Estudio Transversal: Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, 2015. *Revista Médica HJCA*. 2017;9(2):129-33.
14. Rodríguez NR, Bayeux AC, Rodríguez AR, Ortiz MAAOA, Rodríguez DG. Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. *Revista de Información Científica*. 2016;95(6):922-30.
15. Polanco-García EC. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud de Quetzaltenango, Guatemala. [Tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.

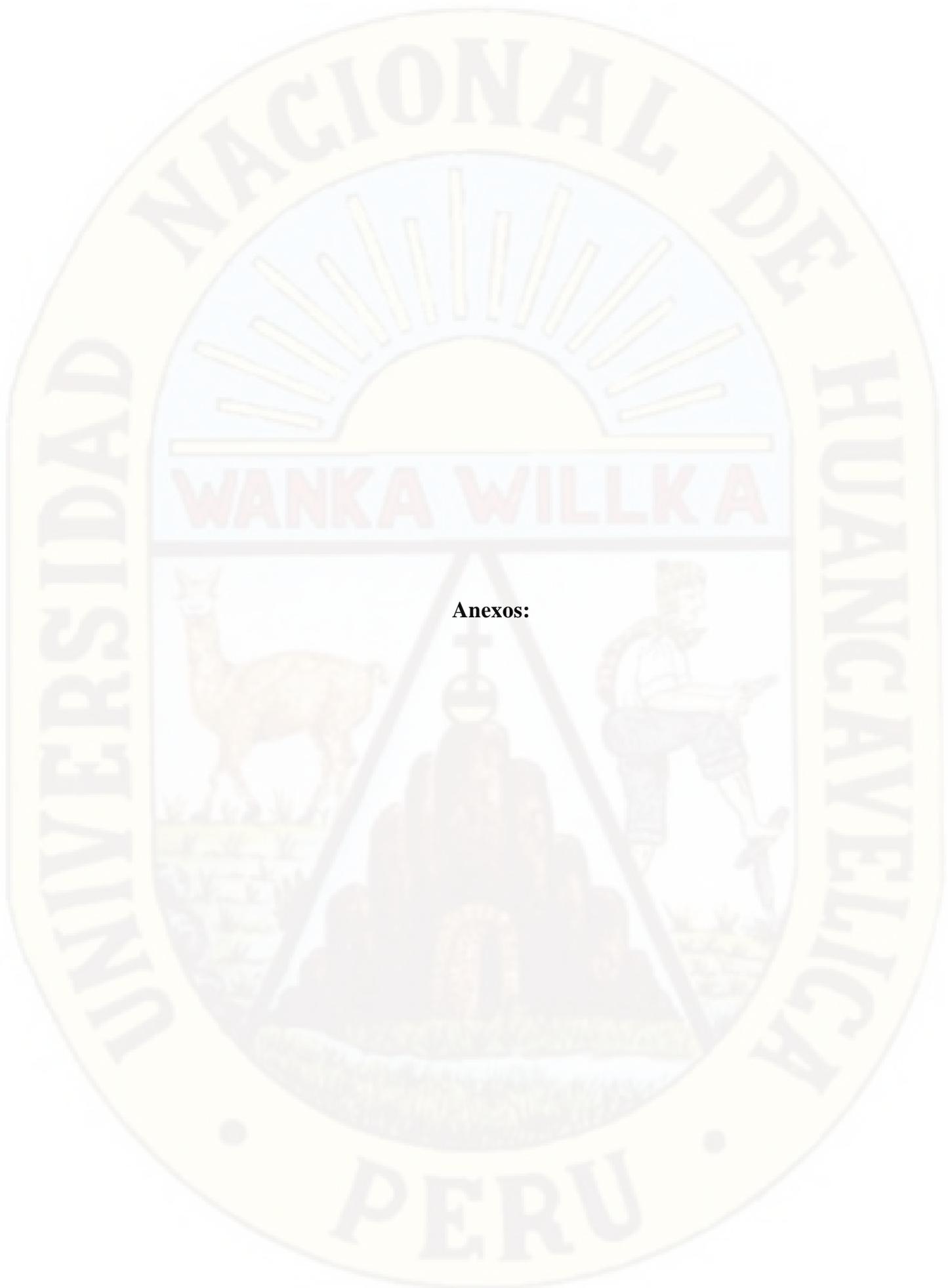
16. Ruiz YS. Epidemiología del embarazo en adolescentes en el Hospital Sergio E. Bernales. Enero 2017. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina; 2017.
17. Montoya-López LA. Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la Comunidad Nativa Wawain Imaza-Amazonas 2016. [Tesis Maestría]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2017.
18. Maque-Ponce ML. Factores socioreproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari de enero a diciembre del 2015. [Tesis]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Facultad de Obstetricia; 2017.
19. Arévalo Gómez FJ, Torres Medina YN. Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas-perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto-diciembre 2016. [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
20. Osorio-Alania R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2013. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2014.
21. García Amado KM, Sánchez Ramos MX. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Carmen de la Legua, Callao 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.

22. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud de las Américas. Washington: OPS; 1990.
23. Anthony D. The state of the world's children 2011 - adolescence: an age of opportunity. New York: UNICEF; 2011.
24. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes: resultados en base al análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Asunción: UNFPA; 2011.
25. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud. Sub Grupo "Prevención del Embarazo en Adolescentes". PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS AL 2021. Reporte N° 04-2016-SC/MCLCP. Lima, 15 de diciembre del 2016.
26. Armendáriz A, Medel B. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Synthesis. 2010;55:19-24.
27. Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Programa Sectorial de Salud, 2011-2016. Pachuca de Soto, Hidalgo; 2014.
28. Sánchez T. Embarazo en las adolescentes. Caso del hospital obstétrico Pachuca. [Tesis] . Piura: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2005.
29. Maruzzella P, Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología. Universidad de Concepción. Chile. Vol. XII, N° 2: Pág. 85-109. 2003
30. Pantelides EA. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. En: La fecundidad en América

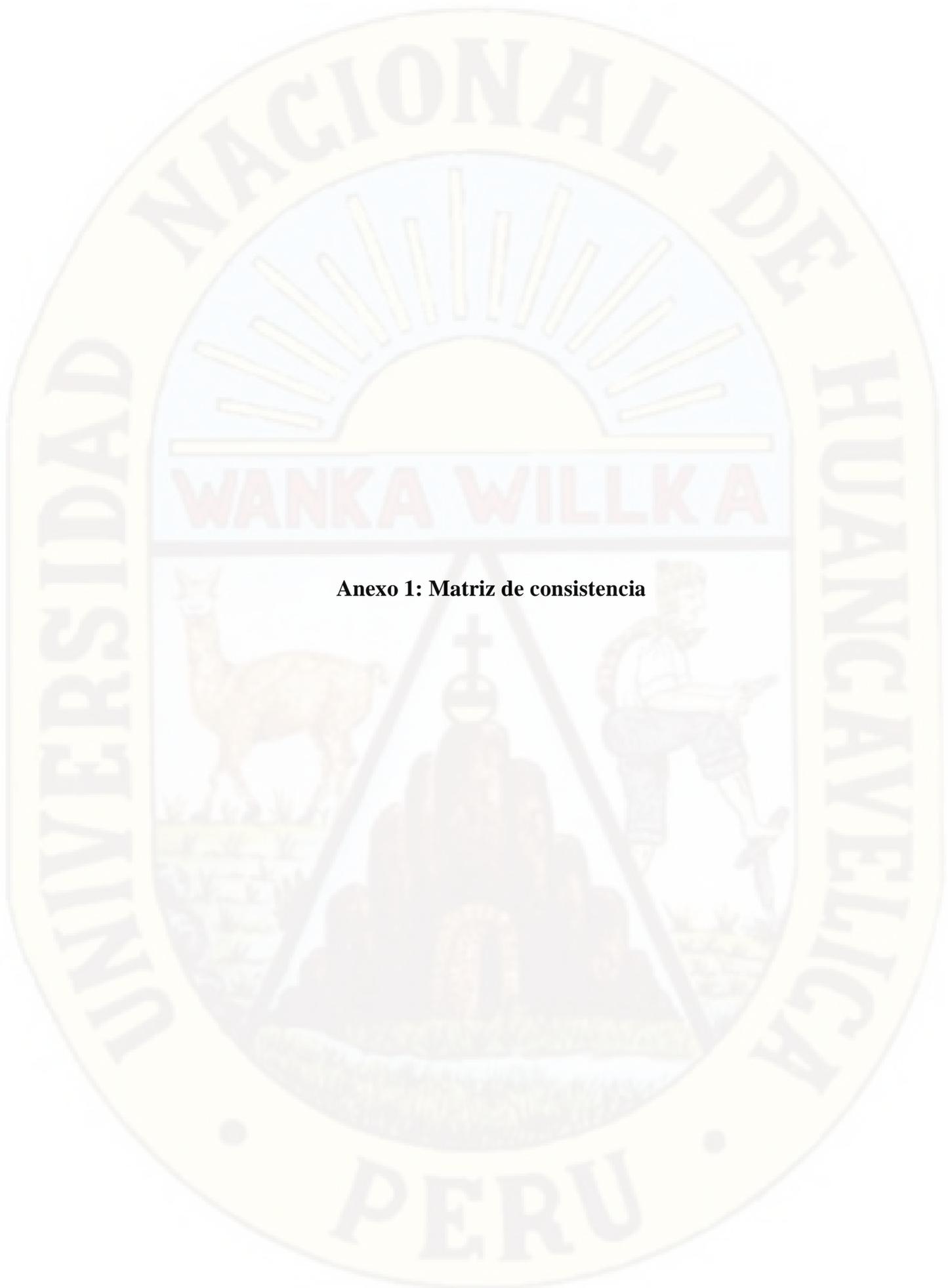
- Latina: ¿transición o revolución? - LC/L 2097- P-2004-p 167-182. 2004.
31. Serrano-Avilés T. Salud y sexualidad en el Estado de Hidalgo. Pachuca Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
  32. Secretaría de Salud. Prevención del embarazo no planeado. México, D.F., 2002.
  33. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. Salud Pública Méx. 2014;56:286-294.
  34. Bancet CM, López LS. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Rev. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México: 2003; 9:1- 31.
  35. Villalobos-Hernández A, Campero LD, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada FE, De La Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: Análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública Méx. 2015;57:135-143.
  36. Villalobos RC, Franco AB, Enríquez RF, Mendoza ML, Eugenio JL. Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México. Rev Cub de Obstetricia y Ginecología. 2015;41:1-15.
  37. Lázaro-Ponce P, Pérez-Ramírez SV, Escobar-Cartujano S, Violante-Álvarez C, Tarango-López R, Echeverría-Rosas MV, Neri-Platas DA. Embarazo adolescente y deserción escolar (efectos colaterales) en el Estado de Morelos, México. Global Conference on Business & Finance Proceedings. 2015;10:594-602.

38. Cuenca LC, Atienzo EE, López LS, Prado BH, Hernández AV. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. *Gac Méd Mex.* 2013;149:299-307.
39. Gallardo-Bravo, FR. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en los adolescentes de Juigalpa bajo los efectos de alcohol y otras drogas, Chontales, Nicaragua. *Rev Científica de FAREMEstelí.* 2014;9:71-77.
40. Instituto Nacional Estadística y Geografía. *Mujeres y hombres en México 2014-2015.* Ciudad de México, México: INEGI; 2015.
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Mujeres violentadas por su pareja en México.* 1ª Ed. México: INEGI; 2007:29-38.
42. Moyeda IXG, Sánchez BM, Cervantes DMO, Vega HAR. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: un estudio piloto. *Psicología y salud.* 2013;23:83-95.
43. Gómez-Cañón CC. Consecuencias de ser padre a temprana edad sobre los ingresos: Caso colombiano. *Ensayos sobre Política Económica.* 2016;34:103-125.
44. Alcázar L. Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos? Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE): Lima, Perú; 2006:7-85.
45. Romi JC. La prostitución: enfoque psiquiátrico, sexológico y médico-legal. *Rev Argentina Clínica Neuropsiquiátrica.* 2006;13:5-28.

46. Rosende GV. Embarazo adolescente y pobreza rural. Revista E-Rural. Educación, cultura y desarrollo local. 2016;1:1-11.
47. Sánchez AGC. El papel de la familia en las dinámicas de vida de jóvenes madres estudiantes de nivel superior. GénEros. 2016;21:37-56.
48. SoyLua N, Ayazb M, Yükselc T. Early-married and sexually abused girls differ in their psychiatric outcomes. Child Abuse and Neglect. 2014;38:1552-1559.
49. Guridi MZ, Franco V, Cabana D, Fernández AP. Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. Rev Psic Científica. 2012;14:5.
50. Núñez-Noriega G, Ayala-Valenzuela DJ. Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad. Culturales. 2012;8:7-46.
51. Colimon KM, Fundamentos de Epidemiología. España: Ediciones Díaz de Santos S.A. 2008.
52. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
53. Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. 5a. ed. Bogotá: El manual moderno; 2014.
54. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación. 5° ed. McGraw- Hill / Interamericana Editores. México; 2010.
55. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación. 2a. ed. México: Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana; 2012.
56. Sampieri RH. Fundamentos de metodología de la investigación: McGraw-Hill; 2007.



**Anexos:**



**Anexo 1: Matriz de consistencia**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA - INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE DEL DISTRITO DE PERENE-JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017**

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACION	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGIA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuál es la proporción de gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017?</p> <p>¿Cuáles son características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar la proporción de gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017.</p> <p>Determinar las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017.</p>	<p>El estudio obedece a la necesidad de conocer las características sociales de las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017, ya que el embarazo en adolescentes por sus implicancias constituye un problema de salud pública, que afecta a gran parte de la población adolescente.</p> <p>Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características sociales en su contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de intervención. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias en esta etapa de vida; que contribuyan a la disminución del embarazo en adolescentes, fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción de una vida saludable y la prevención de la enfermedad, adoptando incluso una actitud más responsable hacia la vida sexual; por otra parte servirá para que los profesionales tengan un conocimiento de las condiciones sociales con las que vienen las adolescentes. Del mismo modo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.</p>	<p><b>Características Sociales de las gestantes adolescentes</b></p>	<p><b>Características Sociales de las gestantes adolescentes</b></p>	<p>Registro de la edad de la adolescente embarazada. Registro de la edad de la menarquia de la adolescente embarazada. Registro de la edad de la primera relación sexual. Registro del número de parejas sexuales de la adolescente embarazada. Registro de la ocupación de la adolescente embarazada. Registro del estado civil de la adolescente embarazada.</p> <p>Registro del nivel educativo de la adolescente embarazada.</p> <p>Registro de la paridad de la adolescente antes del embarazo actual</p> <p>Registro de la edad gestacional en la primera atención prenatal Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada</p> <p>Número de atenciones prenatales de la adolescente embarazada</p> <p>Registro del tipo de seguro de salud de la adolescente embarazada</p>	<p>Edad de la adolescente embarazada en años Edad de la menarquia en años Edad de la primera relación sexual en años Número de parejas sexuales</p> <p>Tipo de ocupación de la adolescente embarazada Madre soltera Madre conviviente Madre casada Madre viuda Madre divorciada Madre sin estudios Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Nulipara Primipara Multipara</p> <p>Edad gestacional en la primera atención prenatal Bajo peso (&lt;18.8) Normal (18.8-26.0) Sobrepeso (26.1-29.0) Obesidad (&gt;29.0) Ninguna atención prenatal Una atención prenatal Dos atenciones prenatales Tres atenciones prenatales Cuatro atenciones prenatales Cinco atenciones prenatales Seis a más atenciones prenatales No presenta seguro de salud Seguro integral de salud EsSalud Seguros de las fuerzas Armadas Seguro de Salud de la Policía Seguro privado</p>	<p>Numérico Numérico Numérico</p> <p>Nominal 1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3</p> <p>Numérico 1 2 3 4 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 4 5 6</p>	<p><b>Nivel de investigación</b> El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p><b>Tipo de investigación</b> investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p><b>Diseño de Investigación</b> El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema: M O</p> <p>M: Gestantes adolescentes O: Características sociales</p> <p><b>Población, muestra, muestreo</b> <b>La población</b> Son todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017; según registros estadísticos son un total de XX gestantes adolescentes.</p> <p><b>Muestra:</b> El estudio será censal. La muestra de estudio la constituirán todas las gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud ciudad satélite del distrito de Perene-Junin, enero-junio del 2017.</p>



**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**FORMATO Nº 01**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES  
ADOLESCENTES**

**Investigación:** CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE DEL DISTRITO DE PERENE-JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

**I. DATOS GENERALES:**

- 1.1. Ficha N°
- 1.2. Responsable del llenado: \_\_\_\_\_
- 1.3. Fecha del llenado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2018. Hora del llenado: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ horas
- 1.4. Provincia: \_\_\_\_\_
- 1.5. Distrito: \_\_\_\_\_
- 1.6. Nº de historia clínica:

**II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (marque con una "X" según corresponda en los recuadros)**

- a. Edad de la adolescente embarazada \_\_\_\_\_ años.
- b. Edad de la menarquia \_\_\_\_\_ años.
- c. Edad de la primera relación sexual \_\_\_\_\_ años.
- d. Número de parejas sexuales \_\_\_\_\_
- e. Tipo de ocupación de la adolescente embarazada.

f. Estado civil de la adolescente embarazada

- a) Madre soltera (1)
- b) Madre conviviente (2)
- c) Madre casada (3)
- d) Madre viuda (4)
- e) Madre divorciada (5)

- g. Nivel educativo de la adolescente embarazada
  - a) Madre sin estudios (1)
  - b) Primaria Incompleta (2)
  - c) Primaria completa (3)
  - d) Secundaria incompleta (4)
  - e) Secundaria completa (5)
  - f) Superior incompleta (6)
  - g) Superior completa (7)
- h. Paridad de la adolescente (Número de partos antes del embarazo actual) \_\_\_\_\_
- i. Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal \_\_\_\_\_
- j. Peso antes del embarazo \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ kilogramos
- k. Talla antes del embarazo \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ metros
- l. Número de atenciones pre natales de la adolescente embarazada
  - a) Ninguna atención prenatal (1)
  - b) Una atención prenatal (2)
  - c) Dos atenciones prenatales (3)
  - d) Tres atenciones prenatales (4)
  - e) Cuatro atenciones prenatales (5)
  - f) Cinco atenciones prenatales (6)
  - g) Seis a más atenciones prenatales (7)
- m. Tipo de seguro de salud de la adolescente embarazada
  - a) No presenta seguro de salud (1)
  - b) Seguro integral de salud (2)
  - c) EsSalud (3)
  - d) Seguros de las Fuerzas Armadas (4)
  - e) Seguro de Salud de la Policía (5)
  - f) Seguro privado (6)

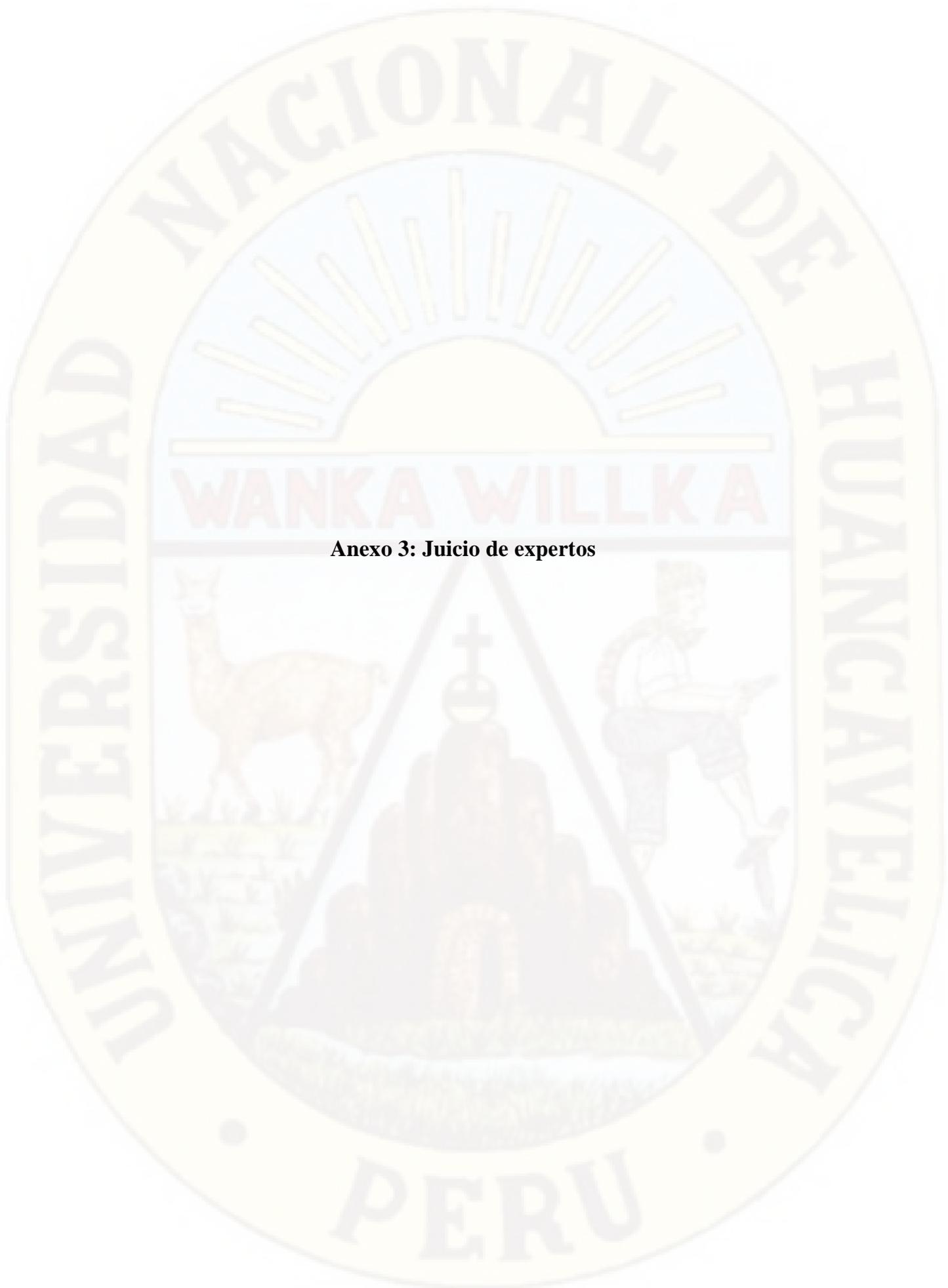
Observaciones:

---

---

---

---



**Anexo 3: Juicio de expertos**

## Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE DEL DISTRITO DE PERENE-JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

Investigador: *Obsta. SOLEDAD REYES MIRANDA*

**Indicación:** Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**NOTA:** Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

### INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
<b>Variable: Características Sociales de las gestantes adolescentes</b>						
1	Edad de la adolescente embarazada.					
2	Edad de la menarquia de la adolescente embarazada.					
3	Edad de la primera relación sexual.					
4	Número de parejas sexuales de la adolescente embarazada.					
5	Tipo de ocupación de la adolescente embarazada.					
6	Estado civil de la adolescente embarazada.					
7	Nivel educativo de la adolescente embarazada.					
8	Paridad de la adolescente antes del embarazo actual					
9	Edad gestacional en semanas en la primera atención prenatal					
10	Índice de masa corporal pre gestacional de la adolescente embarazada					
11	Número de atenciones prenatales de la adolescente embarazada					
12	Tipo de seguro de salud de la adolescente embarazada					

**Recomendaciones:**

.....  
 .....  
 .....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente    b) Deficiente    c) Regular    d) Buena, para mejorar    e) Muy buena, para aplicar

<b>Nombres y Apellidos:</b>		<b>DNI N°</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Teléfono/Celular:</b>	
<b>Título Profesional:</b>			
<b>Grado Académico:</b>			
<b>Mención:</b>			

\_\_\_\_\_  
Firma

Lugar y Fecha .....

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**  
(Creada por Ley 25265)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez**

**Instrumento:** FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES.

**Investigación:** CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE DEL DISTRITO DE PERENE-JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017.

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : \_\_\_\_\_  
 1.2. Grado académico : \_\_\_\_\_  
 1.3. Mención : \_\_\_\_\_  
 1.4. DNI/ Celular : \_\_\_\_\_  
 1.5. Cargo e institución donde labora : \_\_\_\_\_  
 1.6. Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

**2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACION	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez =  $\frac{\text{CONTEO TOTAL DE MARCAS}}{\text{TOTAL DE MARCAS}} = \text{-----}$

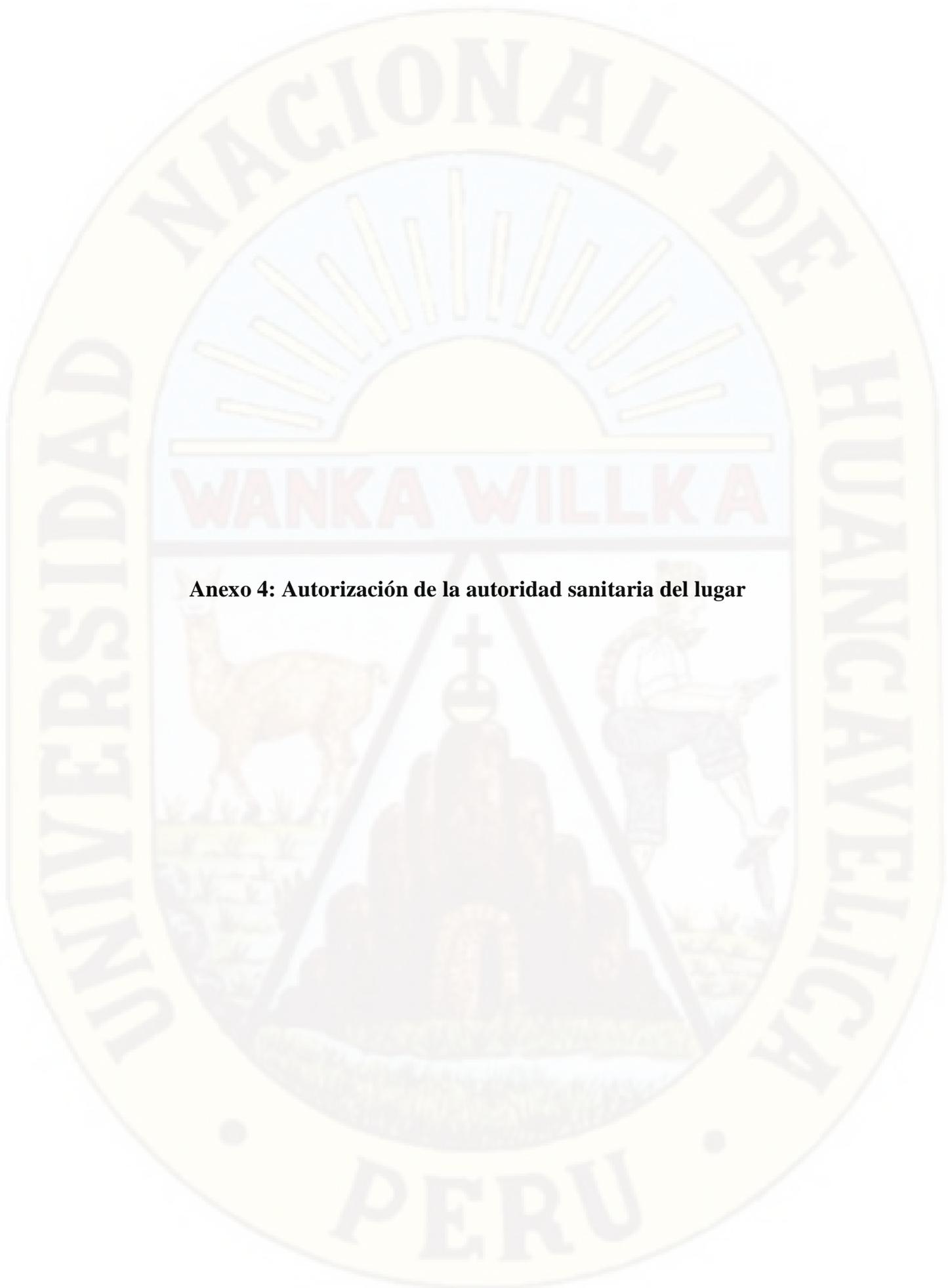
**3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

**4. RECOMENDACIONES:**

.....  
 .....

.....  
Firma del Juez



**Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(Creado por Ley N° 25265)  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....  
**DIRECTOR**  
**CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE**  
**DISTRITO DE PERENE-JUNÍN**

SD.

Yo, **SOLEDAD REYES MIRANDA** identificado (a) con D.N.I. N° **22518649**, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las **CARACTERISTICAS SOCIALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD SATÉLITE DEL DISTRITO DE PERENE-JUNÍN, ENERO-JUNIO DEL 2017;**

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Junín, 30 de marzo del 2018

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado