



Universidad Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES DE LAS
ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

RENOJO VILCHEZ, Mariela Katherine

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dedico mi tesis de manera especial a mi hijo Alessandro y a personas especiales que formaron parte de mi vida y ya no están. Pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional. Sentando en mi las bases de responsabilidad y deseos de superación.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ellos. Logrando concluir así con éxito.

También quisiera dedicar mi tesis a las personas que me ofrecen su amor incondicional.

RENOJO VILCHEZ Mariela Katherine

AGRADECIMIENTO

Por la culminación de la tesis agradezco a todos los (a) obstetras que me ayudaron con las inquietudes durante todo el desarrollo de esta tesis y al Hospital María Auxiliadora que me brindo toda la información necesaria para hacer posible este proyecto y a las demás personas que de una u otra manera aportaron para el desarrollo de la tesis.

RENOJO VILCHEZ Mariela Katherine

ASESOR

Lic. ORDERIQUE TORRES, Luis Fernando

JURADOS

PRESIDENTE

DOC . SABRINA YNES MORALES ALVARADO

SECRETARIO

MC . WALTER ENRIQUE TAPIA NUÑEZ

VOCAL

LIC . JESSICA MARYLUZ YACE MARTINEZ

ÍNDICE

RESUMEN

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivo	15
1.4.1. Objetivo general	15
1.4.2. Objetivos específicos	15

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Terminología básica	34
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables	35

3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación	36
3.2. Población y muestra	36
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	38
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	39
3.5. Aspectos éticos	39

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	40
4.2. Discusión	44

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

5.2. Recomendaciones 50

REFERENCIAS 51

ANEXOS:

Instrumento 55

Consentimiento informado 57

Constancia de aprobación (HAMA) 58

Juicio de expertos 59

Cuadro de operacionalización de variable 63

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS	Pág.
Tabla N°.01 Medidas resumen sobre la edad, edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales, edad de primer embarazo y número de embarazos en adolescentes con embarazo reincidente.	41
Tabla N°.02 Estado civil, ocupación y antecedente de uso de anticonceptivo en adolescentes con embarazo reincidente	42
Tabla N°.03 Características culturales de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora	43
Tabla N°.04. Número de parejas sexuales según la edad en las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora	64
Tabla N°.05. Número de embarazos según la edad en las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora	65

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características sociodemográficos y culturales de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora 2017.

Materiales y Método: Estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de 312 gestantes adolescentes, el instrumento utilizado fue un cuestionario de 14 preguntas.

Resultados: edad promedio de 15 años, edad promedio del inicio de la relación sexual fue a los 14 años, el número de parejas sexuales fue 2 y en algunos casos se encontró hasta 5 parejas sexuales, edad del primer embarazo fue a los 15 años. Se encontró como 2 embarazos y en algunos casos hasta 3 embarazos por adolescente, el 64,4% son solteras, el 52,6% se dedican a estudiar, el 77,6% no utilizó algún método anticonceptivo antes de su primer embarazo, el 92,3% de adolescentes y 87,5% % de sus parejas estudiaron hasta el nivel secundario, el 58,7% son provenientes de la costa, el 92,9% viven en la casa de los padres y un 38,8% su familia es nuclear.

Conclusión: Las adolescentes con embarazo reincidente son de 15 años con inicio de las relaciones sexuales a los 14 años tienen 2 parejas sexuales y llevan dos embarazos a los 15 años, son de estado civil soltera con ocupación estudiante y no utilizaron algún método anticonceptivo. Las adolescentes y sus parejas tuvieron estudios de nivel secundaria completa, son procedentes de la costa, muchas de ellas vivían con sus padres antes de salir embarazada y procedían de una familia nuclear.

Palabras claves: Embarazo reincidente, adolescente y cultura

SUMMARY

Objective: to determine the sociodemographic and cultural characteristics of adolescents with repeated pregnancy in the María Auxiliadora Hospital 2017.

Materials and Method: observational study of descriptive type, of cross section. The sample was of 312 pregnant teenagers, the instrument used was a questionnaire of 14 questions.

Results: average age of 15 years, average age of the beginning of sexual intercourse was 14 years, the number of sexual partners was 2 and in some cases, up to 5 sexual partners were found, age of the first pregnancy was at 15 years. It was found as 2 pregnancies and in some cases, up to 3 pregnancies per adolescent, 64.4% were single, 52.6% were studying, 77.6% did not use any contraceptive method before their first pregnancy, the 92.3% of adolescents and 87.5%% of their partners studied up to the secondary level, 58.7% are from the coast, 92.9% live in the parents' house and 38.8% his family is nuclear.

Conclusion: Adolescents with a recurrent pregnancy are 15 years old with the beginning of sexual intercourse. At age 14, they have 2 sexual partners and have two pregnancies at 15 years of age, are single marital status with student occupation and did not use any contraceptive method. The adolescents and their partners had completed secondary education, they come from the coast, many of them lived with their parents before getting pregnant and came from a nuclear family.

Keywords: Repeated pregnancy, adolescent and culture

Capítulo I: Problema

1.1. Planteamiento del problema.

Para UNICEF en el año 2013 menciona que cada año dan a luz 15 millones de adolescentes en todo el mundo, el 95% de esto ocurre en países en desarrollo, el mayor porcentaje está en América Latina¹.

En un estudio realizado por la Organización Iberoamericana de Juventud en España en el año 2013, revela que el 73% de cada mil embarazos en América Latina son adolescentes. El país con mayor incidencia de embarazo es Venezuela².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013, informa que cada mil embarazos 91 son menores de 18 años. Esto se debe a que la edad promedio en los adolescentes venezolanas que inicia su actividad sexual oscila entre 12 y 14 años³.

Para la Federación Internacional de Ginecología (FIGO) en el año 2014 hace referencia que el 50% de los embarazos en adolescentes se producen en los primeros 6 meses de haber iniciado la vida sexual y estos oscilan entre las edades de 15-17 años. El cual se ve relacionado a los siguientes factores, bajo nivel socioeconómico existencia de familias desestructuradas, la presión del grupo de iguales, consumo de alcohol y otras drogas, menarquía temprana, sobreexcitación de los medios de comunicación y deficiente educación sexual⁴.

En Nicaragua se presenta gran número de niñas embarazadas entre 10 y 14 años, que va en aumento. La sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nicaragua menciona que el 30% de los embarazos totales se da en adolescentes⁵.

Dentro de los países desarrollados Estados Unidos tiene más casos de embarazos precoces. En el año 2013 el número total era de 84 embarazos por cada mil mujeres. Actualmente se estima que una de cada tres adolescentes norteamericanas queda embarazada antes de los 18 años⁶.

En el Perú, la maternidad y la paternidad en la adolescencia es una realidad que va en aumento, se estima que al menos 13 de cada 100 adolescentes (de 15 a 19 años), ya son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres pobres y sin educación, y en muchos casos son “embarazos no planeados” que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad. En este sentido, el Estado peruano tiene la obligación de garantizar su derecho a la salud sexual y reproductiva como componente del derecho a la salud⁷.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2014 en un reporte estadístico informa, en el Perú se incrementa el embarazo en mujeres adolescentes entre el año 1991/92 y 2000, de 11,3% a 13,0% y desde ese año al 2012 a 13,2%. Ligeramente incremento en el área urbana de 8,0% (1991/1992) a 10,2% (2012). No obstante, disminuye en el área rural de 24,7% (1991/92) a 21,5 % (2012). Se incrementa el embarazo adolescente en Lima Metropolitana de 4,4% (1991/92) a 7,7% (2012), el Resto Costa de 10,8 (1991/92) a 13,3% (2012), y la Selva de 26,7% (1991/92) a 27,5% (2012). Sólo la Sierra muestra una disminución de 14,2% (1991/92) a 12,4% (2012)⁸.

En el Hospital María Auxiliadora en el año 2013 se realizó un estudio sobre embarazo en adolescentes y se reportó los siguientes datos estadísticos el 90% se encuentran entre los 14 a 19 años, 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 edad⁹.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál son las características sociodemográficos y culturales de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora 2017?

1.3. Justificación.

El embarazo reincidente en adolescente es un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos y nivel educativo bajo, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad¹⁰.

El presente estudio sobre el embarazo reincidente en adolescentes es un aspecto que es considerado una problemática social que en la actualidad aqueja a la sociedad. Son incalculables las consecuencias reflejadas en los indicadores de salud sexual reproductiva viéndose reflejado en la alta tasa de morbilidad materna por causas de abortos clandestinos, aumento del maltrato en adolescentes, mayor promiscuidad, pérdida del proyecto de vida de los jóvenes, y en definitiva mayor pobreza.

Es importante resaltar que para el 2013 ENDES informa que la mayoría de las adolescentes que son madres o están embarazadas solo cuentan con educación primaria, el 33,9%, y el 22,4% son pobres. De igual manera especifican que adolescentes antes de cumplir los 15 años se embarazan en un 8,1%; 40,6% antes de los 18 años y 63% antes de los 20 años; y que no usaron métodos anticonceptivos son un 87,2% las cuales se embarazaron⁸.

Dada la importancia del estudio y la información obtenida de la prevalencia de embarazos reincidentes en adolescentes en el Perú, ha ello se agrega la falta de información y accesibilidad a los métodos de planificación familiar. Es importante que las Instituciones Públicas y Privadas organicen programas de salud sexual en adolescentes el cual permita educar de forma responsable el ejercicio de su vida sexual.

Pues reconocemos la necesidad urgente de empezar a trabajar por ese grupo de adolescentes para darles una mejor calidad de vida, además porque son parte del presente y el futuro de nuestro país por tal queremos contribuir con ese presente estudio a solucionar este problema de salud pública, pues mediante este trabajo se permitirá identificar a las adolescentes que requieran acciones más intensas y específicas. Así como formular estrategias para reducir el riesgo de un nuevo embarazo y riesgos de morbilidad materna.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivos Generales.

- Determinar las características sociodemográficos y culturales de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora.
- Identificar las características culturales de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

ANTECEDENTES NACIONALES

HUAMAN, K. en el año 2017 en su tesis titulado “Factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Ventanilla-Callao en el año 2016” tuvo como objetivo, determinar los factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Ventanilla-Callao en el año 2015. Donde se encontró los siguientes resultados, que los factores de riesgo sociodemográficos asociados a un embarazo reincidente: a la edad de la madre de 14 a 15 años ($p=0.004$, $OR=2.10$) y la ocupación ama de casa ($p=0.000$, $OR=4.62$). Los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a reincidencia de embarazo son la edad de inicio de relaciones sexuales entre los 13 a 14 años ($p=0.000$, $OR=5.2$) y el tener de 2 a más parejas sexuales ($p=0.000$, $OR=3.3$), la planificación de embarazo es considerado como un factor protector ($p=0.03$, $OR=0.1$). Finalmente, los factores de riesgo sociales son el apoyo económico de la pareja ($p=0.001$, $OR=3.3$) y no vivir con los padres ($p=0.009$, $OR=2.3$). Donde concluye, Los principales factores de riesgo con mayor frecuencia asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes fueron la ocupación ama de casa y el inicio de las relaciones sexuales entre los 13 a 14 años¹¹.

MARTÍNEZ, G. en el año 2016 en su investigación titulada “Factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital de Tingo María” tuvo como objetivo, determinar los factores Socioculturales que se asocian al Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Tingo María durante el periodo enero-junio 2015. Encontrando los siguientes resultados, con relación a la edad de las pacientes, el grupo de casos tuvo un promedio de 17.48, en el grupo de los controles tuvo un promedio de 16.68 ($p: 0,0002$). Con respecto al ingreso económico, tuvo un promedio en el

grupo de casos 674.6 y en el grupo de controles 399.69 (p: 0,0001). En lo que respecta al clima socio familiar inadecuado 58% en los controles un 26.1% (p: 0,0001). En lo que respecta al conocimiento de métodos anticonceptivos, estuvo presente en los casos en 62.3% y en los controles en 89.9% (p :0,0002). En lo que respecta a grado de instrucción en los casos en 50.5% y en los controles en 49.5% (p: 1,00). En lo que respecta al nivel socioeconómico, este estuvo presente en los casos en 73.9% y en los controles en 49.3% (p: 0,0051). Donde concluye, el clima social familiar, el nivel económico bajo, el conocimiento de métodos anticonceptivos se asocia al embarazo en adolescentes mientras que el grado de instrucción no se asocia al embarazo adolescente¹².

CALLE, E. en el año 2016 en su artículo titulado “Percepción de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal” tuvo como objetivo, analizar las percepciones de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes de 10 y 19 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Se encontró los siguientes resultados, las edades vulnerables de reincidencia del embarazo en adolescentes fueron entre las edades de 16 y 19 años en un 85,8% y un promedio de la edad de 17,75 años lo cual nos indica que el inicio de relaciones sexuales y el embarazo son más precoces, existe el riesgo nuevamente de la deserción escolar, el 82,5% de las adolescentes con reincidencia en el embarazo deciden no estudiar ni trabajar, el periodo intergenésico en la reincidencia del embarazo es de ≤ 12.5 meses, que es el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. El 78,3% de las adolescentes no quisieron salir embarazadas esta vez¹³.

YAURI, Y. en el 2014 en su tesis “Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño “San Bartolomé” durante el año 2014” tuvo como objetivo, establecer los factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014. Donde obtuvo los siguientes resultados,

entre los factores personales de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes fueron el estado civil soltera ($p=0.000$) ($OR=4.53$) y el consumo de tabaco ($p=0.03$) ($OR=4.86$). Respecto a los factores reproductivos y obstétricos, la menarquia precoz ($p=0.000$) ($OR=8.07$), el inicio de relaciones sexuales menor de 15 años ($p=0.000$) ($OR=6.39$), el número de parejas sexuales mayor o igual a 3 ($p=0.003$) ($OR=4.94$), el no uso de método anticonceptivo ($p=0.036$) ($OR=1.88$), las conductas sexuales de riesgo ($p=0.004$) ($OR=2.42$), el embarazo no planificado ($p=0.000$) ($OR=6.33$), el parto por cesárea ($p=0.013$) ($OR=2.20$) se asocian para la reincidencia de embarazo adolescente y forman un riesgo para el mismo. Entre los factores psicosociales de riesgo se encuentran el antecedente de violencia psicológica ($p=0.022$) ($OR=3.60$), el cambio de pareja frecuente ($p=0.001$) ($OR=2.71$) y la edad menor o igual a 19 años de la pareja ($p=0.035$) ($OR=2.53$). Donde concluye que el estado civil soltera, el consumo de tabaco, la menarquia precoz, el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, el tener de 3 a más parejas sexuales, el no usar métodos anticonceptivos, la conducta sexual de riesgo, el embarazo no planificado, parto por cesárea, antecedente de violencia física, el cambio de pareja y la edad menor de 19 años de la pareja son factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014¹⁴.

CHURA, R y Col. en el año 2013 en su artículo titulado, “Factores socioculturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima” tuvo como objetivo, determinar los factores socioculturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el hospital docente Madre Niño San Bartolomé durante el mes de junio de 2012, Lima. Donde se encontró los siguientes resultados, la edad promedio de las adolescentes fue de 17 años; de estado civil solteras en el 51.7%; el 67.5 % abandonan los estudios; el 34.2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50.8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa;

el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58.3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas. El 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido; el 10.8% de ellas tuvo embarazo recurrente. Donde concluye que, la relación entre los factores socioculturales y el embarazo recurrente es poco significativa. (> 0.05)⁷.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

CABEZAS, A. en el año 2016 en su estudio titulado “Causas de reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo 2016 a junio de 2016 Ecuador” tuvo como objetivo, caracterizar factores sociodemográficos, biomédicos y conductuales en relación con la reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo a junio de 2016. Donde se encontró los siguientes resultados, la edad de las primeras relaciones sexuales es inferior a 15 años, así como el primer embarazo, mal uso de los anticonceptivos, baja adherencia por miedo, irresponsabilidad y solicitud de la pareja y número superior a dos parejas sexuales. La pobreza, el nivel educativo por debajo de la edad cronológica, la ingenuidad propia de la edad, el no reconocer las consecuencias del embarazo en la adolescencia también estuvo entre las causas de reincidencia, complacer a su pareja y la falsa esperanza de resolver sus problemas económicos dependiendo de la pareja, estuvo también evidenciado. Entre los aspectos conductuales influyentes fue identificado el consumo de sustancias psicoactivas y las falsas creencias sobre el embarazo, mantienen un periodo intergenésico de mediano riesgo y en su mayoría cursan el segundo embarazo, pero algunas superan esta cifra. Declararon bajo acceso a la planificación familiar como método preventivo y una poca información sobre el tema por parte de sus familiares y los profesionales de la salud¹⁵.

CRUZ, E. en el año 2016 en su tesis titulado, “Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015” tuvo como objetivo, determinar resultados maternos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del hospital. Encontrando los siguientes resultados, El grupo etéreo predominante es el de 17 a 19 años con el 83%, la procedencia fue urbana con un 85%, el nivel de secundaria fue con un 58%, y el estado civil se observó cómo acompañadas en un 81%. Los pacientes tuvieron un intervalo intergenésico mayor de dos años y un grupo de 13 a 18 meses cada uno con un 26%. En las complicaciones maternas predominantes estuvieron un 20% la infección de vías urinarias, seguido de un 14% con anemia y preeclampsia respectivamente para cada patología. Se observa que un 18% no tuvo complicaciones. Con respecto a la talla, la mayoría de recién nacidos tuvo de 41 a 50 centímetros en un 60%. En un 93% tuvo un apgar de 7/9. Con un peso mayor de 2500 gr en el 85%. En las complicaciones neonatales se encontró el 11% nació con datos prematuridad, la sepsis se observó en un 6% al igual que la asfixia y la Restricción del crecimiento intrauterino. Donde concluye que, el embarazo en adolescentes es una condición negativa que conlleva a complicaciones tanto a la madre como al feto, más aún cuando el embarazo es por segunda ocasión¹⁶.

KNUDSON, I. MARTÍNEZ, L. en el 2013 en su investigación titulado “Causas de reincidencia de embarazos en los adolescentes asociados a el conocimiento sobre los servicios en salud sexual y reproductiva en tres barrios del distrito de Cartagena Colombia enero a julio de 2013” tuvo el objetivo, Identificar las causas de la reincidencia de embarazos en los adolescentes asociados al conocimiento en los servicios en salud sexual y reproductiva en tres barrios del distrito de Cartagena. Encontrando los siguientes resultados, el 53% tiene edades comprendida entre los 17-18 años, el 26% son jóvenes de 19 años y el 19% son madres reincidentes con edades entre los 15 a 16 años. Al realizar una discriminación por barrio encontramos un comportamiento similar donde la edad promedio es de 17

años El grado de escolaridad de las madres adolescentes reincidentes varía entre primaria incompleta a secundaria completa, el 32% de la población encuestada manifiesta no haber concluido la básica primaria, el 26% de la misma si lo hizo, el 31% manifiesta no haber terminado la básica secundaria, mientras que el 19% del total de la población dice haber concluido la básica secundaria. Al realizar la discriminación por el lugar de residencia, se obtuvieron los siguientes resultados: el 44% de las jóvenes encuestadas del barrio Cartagenita dicen haber terminado la básica primaria, el 37% no lo hicieron, el 13% no finalizaron la básica secundaria y solo el 3% son bachilleres, mientras que en el barrio el Pozón y Ceballos hay una mayor proporción de madres adolescentes reincidentes que finalizaron la básica secundaria 17% y 25% respectivamente, Aproximadamente el 84% las encuestada dicen no haber tenido una buena relación ante de su primer embarazo con su padre donde el 45% es de ella clasifica la relación como regular, 13% mala y 6% muy mala. El 72% de la población estudiada antes de su segundo embarazo la relación con su progenitor paterno oscila entre muy mala regular donde el 70% coincide que a relación con su padre es regular, 9% muy mala y 4% mala. Donde concluye, Las jóvenes y adolescentes están iniciando su vida sexual a temprana edad, con un promedio de 14 años, los que lleva concluir que entre a menor de haber iniciado su vida sexual, es mayor el riesgo de quedar en embarazo y tener más de un hijo durante la adolescencia¹⁰.

GARNICA, L. en el 2012 en su artículo titulado “Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas” tuvo como objetivo, determinar la prevalencia y los factores de riesgo que influyen en el embarazo en adolescentes colombianas y a su reincidencia. Donde encontró los siguientes resultados, el 13.3% tuvieron un embarazo y el 3.5% más de uno. Al comparar con las adolescentes que no se embarazaron, las adolescentes que tuvieron un embarazo fueron mayores, convivían con su pareja, vivían con más personas, fuera de la familia de origen y habían sido víctimas de abuso sexual y maltrato físico. La probabilidad de embarazo disminuyo en aquellas adolescentes que tenían más recursos económicos, deseaban un menor número de hijos, asistían al

colegio, habían usado planificación familiar y recibida educación sexual. En las adolescentes que tuvieron más de un embarazo se asociaron los mismos factores sin embargo no hubo diferencias regionales ni asociación con el número deseado de hijos, se encontraron otros factores como el menor nivel educativo y las mujeres de raza negra. La reincidencia también se asoció con la edad mayor del primer compañero sexual, la ausencia de control prenatal y haber tenido un recién nacido prematuro¹⁷.

CONTRERAS, J. en el 2011 en su tesis titulado “Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverendo de Santa Marta Colombia en los años 2008- 2009” tuvo como objetivo, Identificar la prevalencia de los embarazos en adolescentes usuarias de la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de la ciudad de Santa Marta. Se encontró los siguientes resultados, 77% son residentes en la zona urbana, 98% han hecho estudios primarios al igual que su compañero sentimental, 46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez, es decir entre 20 y 24 años, su ocupación es ser ama de casa, 97% tienen afiliación a salud en el régimen subsidiado, 82% se han realizado control prenatal, iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media, en el 97% de los casos el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, ninguna reconoció ser farmacodependiente, en el 87% de los casos la gestante es primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones, 59% vive con la familia nuclear, únicamente el 11% aún estudia, el 1% manifestó que durante el embarazo y por causa de él han sido objeto de maltrato por la familia, y 17% proviene de una madre que se embarazó durante la adolescencia, poniendo de manifiesto la tendencia a repetir el ciclo de embarazo adolescente¹⁸.

2.2. Base teórica

2.2.1. Adolescentes

El término Adolescente proviene del verbo latino “adolecere” cuyo significado es crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta, sin embargo, la Adolescencia tiene una connotación más significativa¹⁹.

La Organización Mundial de la Salud considera que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva y transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez. Para abordar la salud de los y las adolescentes según sus necesidades, brindando una atención integral de salud, es relevante tener en cuenta todas las determinantes que influyen en su desarrollo de una manera dinámica, tanto en lo conceptual, metodológico y operativo, con un enfoque intersectorial²⁰.

En una declaración conjunta, realizada en 2008 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término “adolescencia” se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el Ministerio de Salud con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables. No obstante, actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA, del 14 de agosto del 2009²⁰.

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación²¹.

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años) La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones²¹.

Fisiología de la Pubertad

La pubertad en la mujer lleva a la aparición de los caracteres secundarios, los cambios que se presentan son el resultado de la activación de la unidad hipotálamo – hipofisaria la secreción de esteroides sexuales por el ovario. El sistema hipotálamo- hipofisaria- ovario es funcional desde las semanas 14 de gestación está completamente desarrollado al nacimiento, en la niñez existe una disminución en la actividad. El sistema hipotálamo- hipófisis²².

La pubertad es entonces la etapa madurativa entre la infancia y la edad adulta en donde las gónadas alcanzan su madurez, la mujer

después del nacimiento durante la época de la infancia no tiene vida sexual activa, porque el aparato genital está en reposo, el cual se activa durante la pubertad. Alrededor de los 8 años aumenta la secreción de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) durante el sueño, pero aún no se observa cambios físicos, lo que incrementa la capacidad de respuesta de la hipófisis en la secreción de FSH (hormona folículo estimulante) y LH (hormona luteinizante), con predominio en la actividad biológica de esta última, una vez que se alcanzan los niveles puberales de FSH y LH sus efectos conducen en unos 6 meses a los primeros signos de maduración sexual²².

2.2.2. Salud Reproductiva en los Adolescentes

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”²³.

2.2.3. Etapas del despertar sexual en el Adolescente

Enamoramiento Platónico

La sexualidad todavía no ha entrado en la vida de los niños y las niñas. Es la etapa en la que los chicos y chicas se enamoran perdida y platónicamente. Muchas veces se encaprichan de actores y cantantes o deportistas platónicamente, pero con una gran intensidad. También de adultos a los cuales admiran, generalmente solo en el aspecto físico. Inclusive llegan a colgar fotos de esos personajes famosos en sus habitaciones²³.

Autoerotismo

En la mayoría de los casos, consiste que los niños en la primera etapa de su adolescencia comienzan a tener deseos sexuales que satisfacen con el autoerotismo, explorando su propio cuerpo, suelen pasar mucho tiempo encerrados en el baño o en su dormitorio. Y en el caso de los chicos. Las eyaculaciones pueden dejar muchas manchas en la ropa de cama²³.

Descubrimiento de los Otros

En esa etapa los chicos y chicas empiezan a sentir deseo por algún amigo o amiga y en ese momento también surgen, los primeros enamoramientos. Los adolescentes cuando alguien les gusta escriben su nombre, tiene su foto, están distraídos se ocupan mucho más de su aspecto²⁴.

Inicio de la Vida Sexual Activa

Los adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales y en la mayoría de los casos esas primeras relaciones sexuales están entre los 14 y 17 años²⁴.

2.2.4. Embarazo Adolescente

La OMS y la OPS define el embarazo adolescente como la concepción de las mujeres menores de 19 años por lo general estos embarazos no son planificados y por lo cual no deseados²⁵.

Teniendo en cuenta el desarrollo tecnológico que somos testigos hoy en el campo de la anticoncepción y los avances en materia de salud sexual y reproductiva y de proporcionar información relacionada con los métodos anticonceptivos de recursos disponibles es una de las mejores maneras de unirse a un programa de prevención de un nuevo embarazo, ofrecer la elección de opciones de los jóvenes, este es un momento importante, implica una vida sexual segura y satisfactoria, tener la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir²⁵.

El embarazo en la adolescencia se convierte en un problema para la salud pública desde que está asociado a problemas de mortalidad materna e infantil y limitaciones en el desarrollo personal de los jóvenes padres²⁵.

Uno de los factores asociados al embarazo en adolescentes es el nivel educativo. Según ENDES (2010) del total de adolescentes en el Perú, el 13% (10-19 años) ya son madres o están embarazadas; el embarazo en adolescentes es más frecuente en aquellas con un menor grado de educación. El inicio temprano de las relaciones sexuales sin hacer uso de efectivos métodos de protección, también obedece a la falta de información²⁶.

2.2.5. Reacción Frente al Embarazo:

Se manifiesta variablemente desde un estado de felicidad, indiferencia, temor, vergüenza hasta reacciones psicológicas traumáticas²⁷.

- Ignorancia que la conduce al conformismo como un proceso causal.
- Temor vergüenza a la crítica que los padres familiares se enteren.
- Felicidad como expresión de amor, de entrega de vinculación definitiva con la pareja.
- Satisfacción psicológica como respuesta a la actitud negativa de la madre.
- Indolencia e indiferencia que le aleja de la atención profesional, manteniendo en secreto el embarazo.
- Irresponsabilidad que le orienta a medidas abortivas que pueden comprometer su vida.
- Esperanza de transferir el problema la crianza del recién nacido a la madre.
- Reincidencia

2.2.6. Características que influyen en el embarazo reincidente en Adolescentes

Familiar

Existen múltiples definiciones de familia, ya que a través de la historia, el hombre ha experimentado con diferentes clases de familias y como los individuos varían de cultura a cultura también lo hacen las familias. Una definición de familia según el Censo Americano es: "Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque

saben que existen ellos y se consideran unidad". La familia es la institución por excelencia, provee el bienestar básico del individuo, y constituye la unidad primaria de salud, tiene como característica la unidad, satisface necesidades como la reproducción, cuidado, afecto y socialización, entre otras²⁷.

Según su integración:

- **Integrada:** Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.
- **Semi-integrada:** Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.
- **Desintegrada:** Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones.

Baja Escolaridad

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobres, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación²⁸.

Los sistemas educacionales de buena parte de los países de Latinoamérica comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos: insuficiente cobertura de la educación preescolar, elevado acceso al ciclo básico, y escasa capacidad de retención tanto en el nivel primario como en el secundario²⁸.

Así, la repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos básicos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños y niñas desde temprana edad²⁹.

Con desinterés general debido a la deserción escolar por el embarazo y sumando a la escasa o carencia de apoyo de la familia y de la pareja. Los estudios señalan que las adolescentes que cursaban o habían terminado la secundaria al momento de su embarazo tendrán dificultades para escalar mayores niveles de educación, esto agravado aún más por el hecho de pertenecer a un estrato socio económico bajo²⁹.

Multiparidad

Se define como multiparidad cuando se ha tenido varios partos es una situación que afecta a la atención durante el embarazo. A la mujer que ha tenido más de un parto se la denomina multípara, algunas adolescentes experimentan embarazos repetidos, que no precisamente termina en parto, sino en un aborto, eso también representa un peligro para ella²⁹.

Inicio Precoz de Relaciones Sexuales

Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. Los últimos estudios demuestran que cada vez se da a una edad más temprana (menores de 15 años) lo que agregado al escaso conocimiento de salud sexual y reproductiva aumenta el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, así como de embarazos no deseados y abortos Este inicio precoz de relaciones sexuales se da muchas veces tras un intervalo corto de una menarquia temprana (edad de la primera presentación de la menstruación que otorga cierta madurez reproductiva²⁸.

Relación con Parejas Mayores y Residir con la Pareja

En muchas circunstancias se debe a una carencia afectiva por proceder de un hogar disfuncional donde la adolescente busca la figura paterna. Ya que al tener una pareja estable o vivir con la pareja podría otorgar aparentemente una estabilidad a la

adolescente pero también por otro factor como el desconocimiento de la salud sexual y reproductiva, constituye mayor posibilidades de repetir el embarazo²⁰.

Proceder de un hogar disfuncional unilateral o con conductas promiscuas

Que pone de manifiesto necesidad de protección de una familia. También se dan casos donde la adolescente no vive con los padres. Todas estas ausencias generan carencias afectivas que la adolescente no sabe resolver, impulsándola a tener relaciones sexuales que evidencian mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor, uniéndose sea si a parejas sin iniciar una vida en común, lo que en mayoría termina con el abandono de la mujer y el hijo configurando el problema de la "madre soltera" con la posibilidad de unirse a otra pareja y seguir con un nuevo embarazo²⁸.

Antecedentes de aborto

Los estudios reportan cifras que van desde 21% al 50% de adolescentes con antecedentes de aborto ; constituyendo un grupo de alto riesgo que al no recibir la asesoría adecuada que las motive a un proyecto de vida diferente a la maternidad , tiene gran posibilidad de repetir el embarazo con un periodo corto intergenésico²⁹.

Periodos Intergenésico cortos

Relacionado al tiempo que hay de separación entre el fin del penúltimo embarazo y la fecha del inicio del último embarazo. Se considera corto cuando es menor de 24 meses, trayendo consecuencias adversas en la salud de la madre y el niño a su vez tiene menor número e inicio tardío del control prenatal generalmente en el segundo o tercer trimestre por lo que contarán con un menor número de controles. Todo esto se asocia con mayor número de

complicaciones e incremento de la tasas de morbimortalidad materna y perinatal²⁰.

2.2.7. Embarazo reincidente en Adolescentes

Es un problema de salud pública que en los últimos años hay un aumento de las cifras de embarazo reincidente en adolescentes, las consecuencias se tornan aún más graves en este contexto, es por esto de vital importancia reconocer esta problemática. A continuación se muestran aspectos relacionados al embarazo reincidente²².

2.2.8. Epidemiología del Embarazo Reincidente

En los Estados Unidos, en 2003 y 2004, el 20% de las madres adolescentes tuvieron un segundo hijo dentro de los 2 años siguientes de su primer embarazo. Las afroamericanas y latinas tienen mayor prevalencia de un embarazo reincidente (23%, 22%, respectivamente). Con respecto a América Latina; en Brasil, la prevalencia de la reincidencia varía según los diferentes trabajos, y la región. Se encuentra que en las regiones del sur y sureste del país, el porcentaje oscila entre 5,2% al 16%, mientras que en el norte y noreste, llega al 46,2%. En Uruguay reportan 24% de embarazo reincidente a nivel del país; en Chile González y colaboradores en el 2003 encontraron una prevalencia de 15,6%.(34) En Perú no hay estudios de prevalencia del embarazo reincidente en adolescentes³⁰.

2.2.9. Efectos en Recién nacido

Los hijos de las madres adolescentes son más susceptibles a tener bajo peso al momento de nacer, así como prematuridad, el riesgo de morbimortalidad aumenta en ellos teniendo el riesgo de morir en el primer año de vida, las razones serian la prematuridad o el sufrimiento fetal crónico, ambiente debido al déficit de hierro en la

madre los bebés pueden nacer con déficit de hierro del 40% trae consecuencias para el futuro, como el mal rendimiento escolar³⁰.

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Se refiere del crecimiento del feto haciendo que su peso sea por debajo del percentil esperado para la respectiva edad gestacional²³.

Causas:

- Mala nutrición materna fetal
- Intoxicación con nocivos genéticos, tóxicos o infecciones

RCIU simétrico

Se caracteriza en donde la cabeza como el abdomen sea disminuida proporcionalmente es causado por una alteración de la fase de hiperplasia celular en todos los órganos fetales, es de inicio precoz ocurre en el 20 al 30% de los casos³⁰.

RCIU asimétrico

Continúa el 70 al 80% de los casos. Es mayor disminución en el tamaño del abdomen que de la cabeza, la causa es por factores que tienen mayor efecto en la hipertrofia celular fetal por cambios en el sistema circulatorio. Y es secundario a insuficiencia placentaria. La disminución desproporcionada en el tamaño de los órganos fetales es debida a la capacidad del feto para acomodar y redistribuir sus gastos cardíacos a favor de sus órganos vitales³¹.

Recién Nacido con Bajo Peso

Se define como a los recién nacidos con un peso menor a los 2.500 gramos. Los bebés con bajo peso al nacer se caracterizan porque son más pequeños, que el que nace con un peso normal. Son delgados, con tejido adiposo escaso su cabeza se ve más grande que el resto de su cuerpo³¹.

Tiene mayor riesgo de nacer con bajo peso los hijos de las madres que están expuestas a drogas ilícitas, alcohol cigarrillos. Otros factores que también pueden favorecer al bajo peso al nacer son madres de bajo nivel socioeconómico tenga una nutrición escasa durante el embarazo, cuidados prenatales inadecuados complicaciones en el embarazo. Como las adolescentes²⁴.

Sufrimiento Fetal Agudo

Se usa ese término para referirse a un estado que alerta. La fisiología del feto antes o durante el parto de algún modo que es posible su muerte o la aparición de lesiones²³.

Es causada por un déficit de oxígeno, secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero- placentario, compresión del cordón umbilical complicaciones fetales como sepsis o las hemorragias²³.

Signos y síntomas

- Disminución del movimiento fetal sentido por la madre
- La aparición de meconio en el líquido amniótico
- Signos cardiotocograficos

Un aumento o disminución de la frecuencia cardiaca fetal especialmente durante después de una contracción uterina

2.3 Terminología Básica

- a. **Adolescencia:** de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS; la adolescencia se define como el grupo poblacional que se encuentra entre 10 a 19 años¹⁸.
- b. **Embarazo:** período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto¹⁸.

- c. Embarazo en adolescentes:** se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta por la Organización Mundial de la Salud OMS, como el lapso de vida transcurrido entre 10 y 19 años de edad²⁰.
- d. Familia:** el grupo de personas relacionadas por lazos consanguíneos, como padres, hijos, hermanos, tíos, tías, primos, todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio²⁰.
- e. Reincidencia de Embarazo adolescente:** se refiere a aquella adolescente con antecedente de 1 o más embarazos, así haya terminado en parto o en aborto²¹.
- f. Característica sociodemográficas:** conjunto de características biológicas, socioeconómico que están presentes en la población sujeta a estudio y pueden ser medibles²².
- g. Característica Cultural:** es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad¹⁷.

2.4 Hipótesis

Por tratarse de un estudio descriptivo la hipótesis es implícita.

2.5 Variables e indicadores (ver anexo)

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de Investigación.

El estudio fue observacional de tipo descriptivo de corte transversal.

Descriptivo porque se basa en la descripción de la frecuencia y las características más importantes del problema de salud. La descripción es sencilla, ya que se basa en datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada.

Corte Transversal estos estudios no involucran seguimiento a la población de estudio.

3.2. Población y Muestra.

Población

La población de estudio estuvo conformada por las gestantes adolescentes con embarazo reincidente siendo un total de 1666 atenciones por trimestre, datos obtenidos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital María Auxiliadora.

Muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n: Muestra Calculada

N: Población

Z: 1,96

p: (0.5)

q: (1-p):

d: (0.05) Máximo error, precisión deseada

$$n = \frac{1666 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (1666 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 312$$

nf = 312 gestantes adolescentes con embarazo reincidente atendidas en el Hospital María Auxiliadora.

Criterios de inclusión:

- Gestante adolescente con antecedente de más de un embarazo anterior.
- Gestante adolescente que aceptó ser parte del estudio,
- Gestante adolescente que no tuvo dificultad para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Gestante adolescente que no tuvo un embarazo anterior.
- Gestante adolescente no aceptó ser parte del estudio.
- Gestante adolescente que haya sido víctima de abuso sexual.
- Gestante adolescente que tiene dificultad para participar en el estudio.

Unidad de análisis: Una gestante adolescente con embarazo reincidente encuestada en el estudio. .

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue la encuesta.

Para realizar la siguiente investigación se tuvo los siguientes criterios:

- Se solicitó la autorización al Director del Hospital María Auxiliadora para realizar la investigación Dr. Julio Medina Reátegui.
- Se coordinó con el Obstetra encargado del servicio de Obstetricia.
- Se aplicó la encuesta a las gestantes adolescentes, el tiempo estimado será de 5 minutos por paciente.
- La aplicación de la encuesta se realizó de acuerdo a los horarios de atención de lunes a sábado de 8:00 am - 1 pm.

Instrumento:

El instrumento que se utilizó para la siguiente investigación fue un cuestionario que estuvo conformado por dos bloques el primero es sobre las características sociodemográficas y el segundo características culturales. El instrumento fue sometido a juicio de expertos para su validación, teniendo en cuenta a cinco profesionales expertos en la salud sexual reproductiva de adolescentes.

Bloque I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA se consideró las siguientes preguntas (edad, estado civil, ocupación, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, edad del primer embarazo, número de gestaciones, usos de MAC antes de su primer embarazo y uso MAC antes de su último embarazo).

Bloque II: CARACTERÍSTICAS CULTURALES se consideró las siguientes preguntas (nivel educativo, nivel educativo de la pareja, lugar de procedencia, lugar de residencia y tipo de familia).

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Una vez concluido el registro de datos, los cuestionarios se ordenaron, enumeraron, codificaron y se procedió a ingresar la información a la base de datos elaborado exclusivamente para el estudio en el programa estadístico SPSS versión 21, los resultados serán presentados en tablas.

Se realizó el análisis descriptivo de los datos; para variables cuantitativas, se calculó la medida de tendencia central (media, moda, mediana y desviación estándar), para variables cualitativas, se calculó la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas.

3.5 Aspectos Éticos

Se solicitó la participación voluntaria a las gestantes adolescentes reincidentes de embarazo mediante la firma de un asentimiento informado donde se explicó el propósito del estudio y donde se aclaró que su participación era completamente voluntaria, se protegerá la privacidad de la información a través del anonimato y se respetará la veracidad de la información recolectada.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Características sociodemográficas de las adolescentes con embarazo reincidente en el Hospital María Auxiliadora

Tabla N°01 MEDIDAS RESUMEN SOBRE LA EDAD, EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES, EDAD DE PRIMER EMBARAZO Y NÚMERO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2017.

Estadísticos	Edad	Edad primera R.S.	Número de P.S.	Edad primer embarazo	Número de embarazos
Promedio	15	14,01	2	15,01	2
Mediana	16	14	1	15	1,28
Moda	17	14	1	15	1
Desviación estándar	1,349	1,293	0,951	1,375	1
Mínimo	12	11	1	12	0,545
Máximo	18	17	5	17	3

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla N°01 se observa características sociodemográficas de las adolescentes con embarazo reincidente se encontró que la edad promedio fue de 15 años encontrando una mínima de 12 y máximo de 18 años. La edad promedio del inicio de la relación sexual fue a los 14 años y en algunos casos como mínima 11 y máximo 18 años. El número de parejas sexuales que tuvieron como promedio fue 2 y en algunos casos se encontró hasta 5 parejas sexuales. En relación con la edad promedio del primer embarazo fue a los 15 años en algunos casos la edad mínima fue a los 12 y máximo 17 años. Se encontró como promedio 2 embarazos y en algunos casos hasta 3 embarazos por adolescente.

Tabla N°02 ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN Y ANTECEDENTE DE USO DE ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2017.

CARACTERÍSTICAS	n=312	%
Estado civil		
Soltera	201	64,4
Conviviente	109	34,9
Viuda	2	0,6
Ocupación		
Ama de casa	113	36,2
Estudiante	164	52,6
T. Dependiente	33	10,6
T. Independiente	2	0,6
Antes de su primer embarazo, utilizó algún método anticonceptivo		
Si	70	22,4
No	242	77,6
¿Con que método anticonceptivo se cuidaba antes de su embarazo actual?		
Píldoras	14	4,5
Inyectables	25	8
Condomes	39	12,5
No utilice	234	75

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla N°02 se observa el estado civil, ocupación y antecedente de uso de anticonceptivo de las adolescentes con embarazo reincidente. se encontró que un 64,4% son solteras, el 34,9% son convivientes y el 0,6% es viuda, con relación a su ocupación el 52,6% fueron estudiantes, el 36,9 son ama de casa, 10,6 trabajadora dependiente y 0,6 trabajadora independiente, se encontró también que el 77,6% no utilizó algún método anticonceptivo antes de su primer embarazo y en relación al método anticonceptivo que utilizaron antes de su embarazo actual el 75% utilizó ningún método, el 8% utilizó inyectables, el 12,5% utilizó condones y el 4,5% píldoras.

Tabla N°03. CARACTERÍSTICAS CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

Grado de Instrucción	n=312	%
Primaria	9	2,9
Secundaria	288	92,3
Superior Técnica	14	4,5
Superior Universitaria	1	0,3
Grado de Instrucción de la pareja	n=312	%
Analfabeto	1	,3
Primaria	5	1,6
Secundaria	273	87,5
Superior Técnica	31	9,9
Lugar de procedencia	n=312	%
Costa	183	58,7
Sierra	74	23,7
Selva	55	17,6
Lugar donde vivía antes de salir embarazada	n=312	%
Casa de los padres	290	92,9
Casa de los suegros	3	1,0
Cuarto alquilado con la pareja	17	5,4
Casa compartida con amigos	2	,6
Su familia está conformada por	n=312	%
Mamá, papá y hermanos	121	38,8
Mamá, papá, hermanos y otros	93	29,8
Solo mamá	97	31,1
Solo papá	1	,3

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla n°03 se observa sobre las características culturales de las adolescentes con embarazo reincidente, se encontró que el 92,3% estudiaron hasta el nivel secundario, el 4,5% estudio superior técnica, el 2,9% estudió primaria y 0,3% estudiaron superior universitaria; con relación al grado de instrucción de sus parejas el 87,5% de sus parejas estudiaron hasta el nivel secundario, el 9,9% estudiaron superior técnica, el 1,6% solo estudio primaria y 0,3% no tuvo estudios; con relación al lugar de procedencia el 58,7% son

provenientes de la costa, el 23,7% proviene de la sierra y el 17,6% son de la selva; en relación al lugar donde vivía antes de salir embarazada el 92,9% viven en la casa de los padres, el 5,4% vivía en un cuarto alquilado, el 1% vivía en la casa de sus suegros y el 0,6% vivía en una casa compartida con amigos y con relación a su familia el 38,8% está conformado por mamá, papá y hermanos, el 29,8% está conformado su familia por mamá, papá, hermanos y otros, el 31,% solo vivía con su mama y el 0,3 solo vivía con su padre.

4.2 Discusión

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora con el objetivo de determinar las características sociodemográficas y culturales de las adolescentes con embarazo reincidente.

La reincidencia del embarazo adolescente ocasiona diversas consecuencias tanto para la madre como para su familia, ya sea a nivel económico o social. Esta situación se puede producir por diferentes motivos o causas asociadas como el inicio precoz de relaciones sexuales, la falta de apoyo, entre otros. A continuación, presentaremos los resultados encontrados en el estudio.

El embarazo en adolescentes es una problemática de salud pública. Ser madre a temprana edad arrastra consigo diferentes situaciones que afectan de manera directa a la gestante e indirectamente a la familia, la pareja, la comunidad, y al sistema de salud; ser multigesta antes de los 19 años, es una problemática preocupante debido a que se exterioriza la deficiencia de los programas dirigidos a la reducción del embarazo en adolescente aún más cuando se supone que la primigesta recibió atención en salud antes o por lo mínimo durante el parto, escenario propicio para captar a las madres adolescentes para adherirlas al programa de planificación familiar con el objeto de reducir la reincidencia en embarazo en esta población.

Con respecto a las características sociodemográficas de las adolescentes con embarazo reincidente se encontró que la edad promedio fue de 15 años encontrando una mínima de 12 y máximo de 18 años. La edad promedio del inicio de la relación sexual fue a los 14 años y en algunos casos como mínima 11 y máximo 18 años. El número de parejas sexuales que tuvieron como promedio fue 2 y en algunos casos se encontró hasta 5 parejas sexuales. En relación con la edad promedio del primer embarazo fue a los 15 años en algunos casos la edad mínima fue a los 12 y máximo 17 años. Se encontró como promedio 2 embarazos y en algunos casos hasta 3 embarazos por adolescente.

Al contrastar estos resultados con estudios a nivel nacional con gestantes adolescentes con embarazo reincidente se encontró que para el autor **HUAMAN, K** en su estudio encontró “edad de la madre de 14 a 15 años ($p=0.004$, $OR=2.10$), los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a reincidencia de embarazo son la edad de inicio de relaciones sexuales entre los 13 a 14 años ($p=0.000$, $OR=5.2$) y el tener de 2 a más parejas sexuales ($p=0.000$, $OR=3.3$)”, mientras que para el autor **MARTÍNEZ, G** en su estudio la edad supera a lo encontrado en nuestra investigación “el grupo de casos tuvo un promedio de 17.48, en el grupo de los controles tuvo un promedio de 16 años”, para el estudio de **CALLE, E** en su estudio encontró “las edades vulnerables de reincidencia del embarazo en adolescentes fueron entre las edades de 16 y 19 años en un 85,8%” datos semejantes a nuestro estudio, para el autor **YAURI, Y** en su investigación encontró “el inicio de relaciones sexuales menor de 15 años ($p=0.000$) ($OR=6.39$), el número de parejas sexuales mayor o igual a 3 ($p=0.003$) ($OR=4.94$) y la edad menor o igual a 19 años de la pareja ($p=0.035$) ($OR=2.53$)” y para **CHURA, R y Col** en su estudio encontraron “la edad promedio de las adolescentes fue de 17 años” datos por encima de lo encontrado en nuestro estudio.

Al contrastar estos resultados con los estudios encontrados a nivel internacional podemos encontrar que para el autor **CABEZA, S** en su investigación encontró “la edad de las primeras relaciones sexuales es inferior a 15 años, así como el primer embarazo y con respecto al número de parejas sexuales supera a dos”, para el autor **CRUZ, E** en su investigación encontró “el grupo etáreo predominante es el de 17 a 19 años con el 83%, los pacientes tuvieron un intervalo intergenésico mayor de dos años y un grupo de 13 a 18 meses cada uno con un 26%”, en otro estudio revisado por **KNUDSON, I. MARTÍNEZ, L** se encontró “el 53% tiene edades comprendida entre los 17-18 años, el 26% son jóvenes de 19 años y el 19% son madres reincidentes con edades entre los 15 a 16 años y la edad promedio es de 17 años”, en otro estudio realizado por **GARNICA, L** en su estudio se encontró “la reincidencia también se asoció con la edad mayor del primer compañero sexual” datos semejante a nuestro estudio y para el estudio de **CONTRERAS, J** se encontró “46% tienen como pareja un hombre en el inicio de la adultez,

es decir entre 20 y 24 años e iniciaron la vida sexual durante la adolescencia media”.

Con respecto al estado civil, ocupación y antecedente de uso de anticonceptivo de las adolescentes con embarazo recurrente se encontró, con relación al estado civil el 64,4% son solteras, el 34,9% son convivientes y el 0,6% es viuda, con relación a su ocupación el 52,6% fueron estudiantes, el 36,9 son ama de casa, 10,6 trabajadora dependiente y 0,6 trabajadora independiente, se encontró también que el 77,6% no utilizó algún método anticonceptivo antes de su primer embarazo y en relación al método anticonceptivo que utilizaron antes de su embarazo actual el 75% utilizó ningún método, el 8% utilizó inyectables, el 12,5% utilizó condones y el 4,5% píldoras.

Al contrastar estos resultados con estudios a nivel nacional con gestantes adolescentes con embarazo recurrente para el autor **HUAMAN, K** en su investigación encontró que “la ocupación ama de casa ($p=0.000$, $OR=4.62$). está asociado a recurrencia de embarazo, la planificación de embarazo es considerado como un factor protector ($p=0.03$, $OR=0.1$), por el autor **MARTÍNEZ, G** en su estudio concluye que “el clima social familiar, el nivel económico bajo, el conocimiento de métodos anticonceptivos se asocia al embarazo en adolescentes”, en otro estudio realizado por el **YAURI, Y** se encontró “el estado civil soltera ($p=0.000$) ($OR=4.53$) y el consumo de tabaco ($p=0.03$) ($OR=4.86$). Respecto al uso de método anticonceptivo ($p=0.036$) ($OR=1.88$), las conductas sexuales de riesgo ($p=0.004$) ($OR=2.42$), el embarazo no planificado ($p=0.000$) ($OR=6.33$) se asocian para la recurrencia de embarazo adolescente, para el autor **CHURA, R y Col** en su estudio encontró que es de estado civil solteras el 51.7, el 85% respondió que los métodos anticonceptivos sirven para no quedar embarazadas; el 58.3% usaba el preservativo como método anticonceptivo antes de quedar embarazadas, el 50% dejó de usar el preservativo por descuido u olvido datos semejantes a nuestro estudio.

A nivel internacional podemos citar algunos estudios encontrados en comparación a nuestros resultados, donde para el autor **CABEZAS, A** en su estudio encontró un mal uso de los anticonceptivos, baja adherencia por miedo, irresponsabilidad y solicitud de la pareja, resultado que diferimos en comparación a nuestra investigación, para el autor **CRUZ, E** en su estudio encontró el estado civil se observó cómo acompañadas en un 81% datos diferentes encontrados en nuestro estudio, para **CONTRERAS, J** en su estudio encontró que “la ocupación de las adolescentes con embarazo recurrente es ser ama de casa, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar”.

En nuestro estudio con relación a las características culturales de las adolescentes con embarazo recurrente se ha encontrado que el 92,3% estudiaron hasta el nivel secundario, el 4,5% estudio superior técnica, el 2,9% estudió primaria y 0,3% estudiaron superior universitaria; con relación al grado de instrucción de sus parejas el 87,5% de sus parejas estudiaron hasta el nivel secundario, el 9,9% estudiaron superior técnica, el 1,6% solo estudio primaria y 0,3% no tuvo estudios; con relación al lugar de procedencia el 58,7% son provenientes de la costa, el 23,7% proviene de la sierra y el 17,6% son de la selva; en relación al lugar donde vivía antes de salir embarazada el 92,9% viven en la casa de los padres, el 5,4% vivía en un cuarto alquilado, el 1% vivía en la casa de sus suegros y el 0,6% vivía en una casa compartida con amigos y con relación a su familia el 38,8% está conformado por mamá, papá y hermanos, el 29,8% está conformado su familia por mamá, papá, hermanos y otros, el 31,% solo vivía con su mamá y el 0,3 solo vivía con su padre.

En comparación a estudios realizados a nivel nacional podemos ver que para el autor **HUAMAN, K** en su estudio encontró “los factores de riesgo sociales son el apoyo económico de la pareja y no vivir con los padres”, mientras que para el autor **MARTÍNEZ, G** en su estudio encontró, con respecto al clima familiar inadecuado 58% en los controles un 26.1%, en lo que respecta al grado de instrucción en los casos en 50.5% y en los controles en 49.5%, en lo

que respecta al nivel socioeconómico, este estuvo presente en los casos en 73.9% y en los controles en 49.3%, para el estudio de **CALLE, E** en su estudio encontró que “existe el riesgo nuevamente de la deserción escolar, el 82,5% de las adolescentes con reincidencia en el embarazo deciden no estudiar ni trabajar” coincidimos con los resultados encontrados en el estudio, para el autor **CHURA, R y Col** en su estudio encontró que “el 51.7%; el 67.5 % abandonan los estudios; el 34.2% de las adolescentes residen con sus padres y hermanos. Asimismo, el 50.8% recibe apoyo económico de su pareja; el 45% de las adolescentes tiene instrucción secundaria completa datos semejantes a nuestro estudio.

Según estudios internacionales se ha encontrado que para el autor **CABEZAS, A** en su estudio el nivel educativo está por debajo de la edad cronológica, la ingenuidad propia de la edad, el no reconocer las consecuencias del embarazo en la adolescencia también estuvo entre las causas de reincidencia, complacer a su pareja y la falsa esperanza de resolver sus problemas económicos dependiendo de la pareja, para **CRUZ, E** en su estudio las gestantes con embarazo reincente son de procedencia urbana con un 85%, el nivel de secundaria fue con un 58%, y el estado civil se observó cómo acompañadas en un 81%, en otro estudio realizado por **KNUDSON, I. MARTÍNEZ, L** se encontró el grado de escolaridad de las madres adolescentes reincentes varía entre primaria incompleta a secundaria completa, el 32% de la población encuestada manifiesta no haber concluido la básica primaria, el 26% de la misma si lo hizo, el 31% manifiesta no haber terminado la básica secundaria, mientras que el 19% del total de la población dice haber concluido la básica secundaria., aproximadamente el 84% las encuestada dicen no haber tenido una buena relación ante de su primer embarazo con su padre donde el 45% es de ella clasifica la relación como regular, 13% mala y 6% muy mala. El 72% de la población estudiada antes de su segundo embarazo la relación con su progenitor paterno oscila entre muy mala regular donde el 70% coincide que a relación con su padre es regular, 9% muy mala y 4% mala.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Las **características sociodemográficas** de las adolescentes con embarazo reincidente son de edad promedio 15 años con inicio de las relaciones sexuales a los 14 años teniendo como promedio 2 parejas sexuales y haber tenido dos embarazos a la edad de 15 años como promedio, son de estado civil soltera con ocupación estudiante y no utilizaron algún método anticonceptivo.
- Se identificó las **características culturales**, las adolescentes y sus parejas tuvieron estudios de nivel secundaria completa, son procedentes de la costa, muchas de ellas vivían con sus padres antes de salir embarazada y procedían de una familia nuclear.

5.2 Recomendaciones.

- Es recomendable al Profesional Obstetra empoderar a los adolescentes con su salud sexual reproductiva a través de información, charlas y talleres sobre los riesgos de una gestación precoz, de las consecuencias de un nuevo embarazo para la salud física, psicológica y social de la misma, asimismo informándole sobre la posibilidad de inclusión en la sociedad, con la posibilidad de culminar sus estudios en caso de abandono escolar o de un trabajo.
- En relación a los resultados encontrados y al poco uso de los métodos anticonceptivos se recomienda al profesional Obstetra a realizar consejería en anticoncepción donde se enfatice el proceso de comunicación BIDIRECCIONAL con los objetivos de identificar las necesidades y la toma de decisiones.
- Es recomendable establecer un mayor nexo con la población adolescente materna para promover un cambio de actitud respecto a la prevención de un subsiguiente embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. La adolescencia: Un época de oportunidades. Estados Unidos: UNICEF; Suiza. 2013.
2. REVISTA DE SALUD PÚBLICA. "Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestas y multigestas en Venezuela 2012.
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo en la adolescencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2014.
4. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA. Prevención del embarazo adolescente: Una mirada completa. FIGO: America Latina y El Caribe 2014.
5. VIEIRA Z, LUCENA F, La recurrencia de embarazo adolescente. Rev. Ginecol. Obstet. Nicaragua 2013
6. ARRUDA A, COUTINHO, A. Factores asociados con la recurrencia de embarazos de adolescentes en una maternidad escuela: estudio de casos y controles. Rev. Salud Pública. Canadá. 2013
7. CHURA R, ASCA S, CAMPOS R, Factores socio-culturales relacionados con el embarazo reincidente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. Revista de Investigación Universitaria Perú. 2014.
8. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIA. Salud Materna. ENDES Perú 2014.

Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2014/cap08.pdf>

9. OSORIO, R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013 Tesis. Universidad San Marcos Lima – Perú 2013.
10. KNUDSON, L. Causas de reincidencia de embarazos en las adolescentes asociados al conocimiento sobre los servicios en salud sexual y reproductiva en tres barrios del distrito de Cartagena enero a julio de 2013. Tesis Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias económicas, Especialización en Gerencia en Salud, Colombia 2014.
11. HUAMAN K. Factores de riesgo asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Ventanilla-Callao en el año 2016. Repositorio digital Cybertesis. Perú 2017
12. MARTÍNEZ, G. Factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital de Tingo María. Repositorio digital UPAO. Perú 2016
13. CALLE, E. Percepción de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Repositorio académico UPC. Perú 2016
14. YAURI Y. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-niño “San Bartolomé” durante el año 2014. Repositorio Universidad Nacional San Marcos. Perú. 2015.
15. CABEZAS, A. Causas de reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo 2016 a junio de 2016. Repositorio PUCE. Ecuador 2016

16. CRUZ, E. Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015. Repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2016
17. GARNICA L. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Repositorio. Universidad del Rosario. Colombia. 2014.
18. CONTRERAS, J. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverendo de Santa Marta Colombia en los años 2008-2009. Repositorio digital UNAL. Colombia 211
19. COUTINHO, L, Factores asociados con la recurrencia de embarazos de adolescentes en una maternidad escuela: estudio de casos y controles. Salud Pública. Canadá. 2015
20. MENDOZA, A. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancia para las políticas públicas. Perú 2013.
21. DIEGO P, HUARCAYA G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal. Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2013.
22. CHURA R, ASCA S, Factores socio-culturales relacionados con el embarazo recurrente en adolescentes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. Revista de Investigación Universitaria. Perú. 2014.
23. GAMBOA C, VALDÉS S. El embarazo en adolescentes. México: Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. México. 2013.

24. SAMPAIO I, MAGALHÃES R, Reincidencia del embarazo en adolescentes de Teresina, PI, Brasil. Rev. Brasil. Enfermería. Brasil. 2014
25. DIEGO P, HUARCAYA G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal. Revista Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2013
26. GARNICA L, PINZÓN A, Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Colombia 2013
27. MARTÍNEZ Y. Factores asociados a la reiteración del embarazo en adolescentes. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" [Tesis]. Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado". Departamento de Obstetricia y Ginecología Venezuela. 2013.
28. DIEGO P. "Embarazo Reincidente en Adolescentes: Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes Perú 2013
29. Acuña H. Complicaciones materno-perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo. Repositorio Universidad San Martín de Porres Perú. 2013.
30. CALDERÓN S. Percepciones de las madres adolescentes con embarazo reincidente sobre el uso de métodos anticonceptivos atendidos en el hospital de Vitarte Perú 2012
31. ACOSTA J. GÁSTELO. I Embarazo en la Adolescencia y Proyecto de Vida. Venezuela Cumana: Universidad de Oriente Núcleo de Sucre Bolivia 2012.

6. ANEXOS

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017”

BLOQUE I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Edad** ____ en años cumplidos
2. **Estado Civil:**
 1. Soltera
 2. Casada
 3. Conviviente
 4. Viuda
3. **Ocupación:**
 1. Ama de casa
 2. Estudiante
 3. Trabajadora dependiente
 4. Trabajadora independiente
4. **¿A qué edad inicio sus relaciones sexuales? }**_____

5. **¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta la actualidad?**_____

6. **¿A qué edad salió embarazada por primera vez?**_____

7. **¿Cuántas veces salió embarazada hasta la actualidad?**_____

8. **¿Antes de su primer embarazo, utilizo algún método anticonceptivo?**
 1. Si
 2. No

9. **¿Con que método anticonceptivo se cuidaba antes de su embarazo actual?**
 1. Píldoras
 2. Inyectables
 3. Implantes
 4. Condones
 5. No utilice

BLOQUE II: CARACTERÍSTICAS CULTURALES

10. Grado de instrucción

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior técnica
5. Superior Universitaria

11. Grado de instrucción de la pareja

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior técnica
5. Superior Universitaria

12. Lugar de procedencia

1. Costa
2. Sierra
3. Selva

13. Lugar donde vivía antes de salir embarazada

1. Casa de los padres,
2. Casa de los suegros.
3. Cuarto alquilado con la pareja.
4. Casa compartida con amigos.

14. Su familia está conformada por

1. Mamá, papá y hermanos
2. Mamá, papá, hermanos, tíos, primos, abuela y otros.
3. Solo mamá.
4. Solo papá.

ASENTIMIENTO INFORMADO

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017”

Yo,.....identificada con DNI
Nº....., domiciliada en.....

He sido informada de los objetivos del estudio “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2017”, cuyos resultados permitirá analizar las características sociodemográficos y culturales que orienten a conocer el porqué de la reincidencia del embarazo en adolescente, por lo que su información y ayuda será valiosa para diseñar estrategias que puedan reducir la reincidencia del embarazo en adolescentes; así mismo, el equipo investigador garantiza un cuidadoso manejo de la información recabada garantizando la privacidad de todas las participantes del estudio.

Teniendo conocimiento de los propósitos y la forma del manejo de la información acepto participar voluntariamente en el presente estudio.

Así mismo en cualquier momento podré voluntariamente retirarme del estudio.

.....

Firma del paciente



CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, **CERTIFICA**, que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, Versión del 10 de octubre del presente, Titulado: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/072/17, presentado por el Investigador Principal: Bachiller Mariela Katherine RENOJO VILCHEZ, ha sido **REVISADO**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el Comité Institucional de Ética en Investigación. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el 10 de octubre del 2018. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento,

San Juan de Miraflores, 10 de Octubre del 2017.

Atentamente



Dr. JESÚS ESTEBAN
VICERRECTOR
VICERRECTORÍA MARIA AUXILIADORA
FAC. ESTEBAN JESÚS ESTEBAN
VICERRECTOR
VICERRECTORÍA MARIA AUXILIADORA

JPC/abf.
C.C. Investigador Principal.
C.C. Archivo.

JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

1.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3.	La estructura del instrumento es adecuada.
4.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
5.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6.	Los ítems son claros y entendibles.
7.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1			5
2	1	1	1			5
3	1	1	1			5
4	0	1	1			5
5	1	1	1			5
6	1	1	1			5
7	1	1	0			3
TOTAL	6	7	6			33

$$B = \frac{33}{33+2} \times 100 = 0.9428$$

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

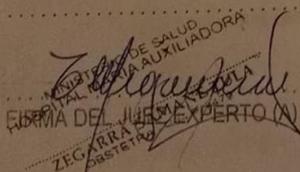
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	-	-	Ítems deben ser ubicados según Definición de variable
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

Las variables de estudio... deben ser... definidas y comparadas con... otros... Estudios...
 Ítems de salud... están incluidas en Socio demografía? Procedencia... y Residencia... se consideran... en Variable cultural?


 FIRMADA POR LA AUXILIADORA
 FIRMADA DEL JUEZ EXPERTO (N)
 ZEGARRA OBSTETRA

PREGR

ESCALA DE CALIFICACIÓN

itud di
sion y
estig
ta d
y

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

Se sugiere agregar una descripción donde se manifieste el objetivo de estudio.

.....

.....

.....

.....

.....

INIPARES - SAN JUAN DE MIRAFLORES
SERVICIOS MEDICOS FAMILIARES Y OBSTETRICIA S.A.C.

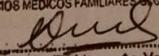
FIRMA: 
Lic. Jesús R. Huamán Yarinagaño
COP: 20000 OBSTETRA (A)

Tabla N°04. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES SEGÚN LA EDAD EN LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

EDAD	N° PAREJAS SEXUALES	
	N	%
12 - 13		
1	25	8%
2	38	12%
3	25	8%
14 - 15		
1	25	8%
2	30	10%
16 - 17		
1	30	10%
2	26	8%
18		
1	37	12%
2	26	8%
3	20	6%
4	30	10%
Total	n=312	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla N°04 se observa la frecuencia del número de parejas sexuales en relación a la edad, donde encontramos que el 12% se encontraba entre los 12 a 13 años y tuvo 2 parejas sexuales, el 10% se encontraba entre 14 y 15 años y tuvo 2 parejas sexuales, el 10% se encontraba entre 16 a 17 años y tenía una pareja sexual y el 12% tenía 18 años y tuvo una pareja sexual.

Tabla N°05. NÚMERO DE EMBARAZOS SEGÚN LA EDAD EN LAS ADOLESCENTES CON EMBARAZO REINCIDENTE EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

EDAD	N° DE EMBARAZOS	
	N	%
12 - 13		
Segundigesta	39	12%
14 - 15		
Segundigesta	65	14%
Multigesta	32	19%
16 - 17		
Segundigesta	45	6%
Multigesta	50	16%
18		
Segundigesta	38	12%
Multigesta	65	21%
Total	n=312	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación

En la tabla N°05 se observa la frecuencia del número de embarazos con relación a la edad encontramos que el 12% se encontraba entre 12 a 13 años y fue segundigesta, el 19% se encontraba entre 14 y 15 años y fue multigesta, el 16% se encontraba entre 16 a 17 años y fueron multigesta y el 21% que tenía 18 años fue multigesta.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Sociodemográficas	Mixto	Edad	Años	Razón	Según lo recolectado
		Estado civil	Tipo de unión Conyugal	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Divorciada 5. Viuda
		Ocupación	Actividad Laboral	Nominal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajadora independiente 4. Trabajadora dependiente
		Inicio de las Relaciones Sexuales	Edad de la primera relación sexual	Razón	Según la recolección de datos
		Número de parejas sexuales	Total, de personas con quien tuvo relaciones sexuales	Razón	Según la recolección de datos
		Edad del primer embarazo	Edad cumplida de	Razón	Según la recolección de datos

Sociodemográficas	Mixto		su primer embarazo		
		Número de gestaciones	Total, de embarazos hasta la actualidad	Razón	Según la recolección de datos
		Uso de MAC antes de su primer embarazo	Si utilizó algún MAC antes del primer embarazo	Nominal	1. Si 2. No
		Uso de MAC antes de su último embarazo	MAC con el cual se cuidaba antes del último embarazo	Nominal	1. Píldoras 2. Inyectables 3. Implantes 4. Condones 5. No utilice
Culturales	Cualitativa	Nivel educativo	Nivel educativo que tiene la Adolescente.	Ordinal	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior técnica 5. Superior Universitaria
		Nivel educativo de la pareja	Nivel educativo que tiene la pareja de la gestante.	Ordinal	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior técnica 5. Superior

Culturales	Cualitativa				Universitaria
		Lugar de Procedencia	Lugar de nacimiento de la adolescente.	Nominal	1. Costa 2. Sierra 3. Selva
		Lugar de residencia antes del embarazo	Lugar donde vivía antes de quedar embarazada la adolescente.	Nominal	1. Casa de los padres 2. Casa de los suegros 3. Cuarto alquilado con la pareja 4. Casa compartida con amigos
		Tipo de familia	Como está conformado la familia de la gestante adolescente.	Nominal	1. Nuclear 2. Extensa 3. Monoparental

