



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“FACTORES DE RIESGO SOCIALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES ASOCIADOS  
AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
DE DICIEMBRE 2017 A FEBRERO 2018”**

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR : MARÍA LUCILA MALAVER ORTIZ.**

**ASESOR : DR. VÍCTOR RAÚL VILLAVICENCIO ABAD.**

**PIURA – PERÚ**

2018

A Dios y a la virgen  
María Auxiliadora por siempre  
Cuidarme y guiarme de su  
Mano para hoy poder lograr  
Mis primeros objetivos.

A mis padres y hermanos  
por ser mi apoyo  
constante, por enseñarme  
siempre a agradecer y escuchar a los  
demás por más humilde que sean.

Y a ti mi pequeña Ariana Valentina  
porque desde que supe de tu  
existencia eres y siempre serás  
el motivo de nunca  
rendirme. Te amo hija

## **AGRADECIMIENTOS**

Un agradecimiento a mi asesor: Dr. Víctor Raúl Villavicencio Abad, por el apoyo brindado para que pueda culminar mi tesis, gracias por sus palabras y por el ejemplo brindado durante el año de internado médico. Al Hospital de Apoyo de Sullana, sobre todo al servicio de Gineco-Obstetricia por haberme brindado el apoyo necesario y permitido las facilidades para recolectar la muestra de estudio, y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera han contribuido al desarrollo de este trabajo de investigación.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores sociales, familiares e individuales que se asocian al embarazo en adolescentes en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Diciembre 2017 a Febrero del 2018.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo casos y controles, analítico, retrospectivo, transversal y observacional; cuya población para los casos fueron todas las mujeres entre los 10 y los 19 años de edad, que estuvieron gestando o hayan gestado durante los meses de Diciembre 2017 a Febrero 2018 y que hayan sido atendidas en los Servicios de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana y la población para los controles fueron todas las mujeres entre los 10 y 19 años de edad que no estén gestando ni tengan hijos y que hayan acudido a los diversos consultorios del Hospital de Apoyo durante las fechas planteadas; a ambas poblaciones se les aplicó de manera voluntaria una encuesta previamente validada y que además para garantizar los aspectos éticos de la investigación se aplicó el consentimiento informado a las mujeres mayores de 18 años y el asentimiento informado a padres u apoderados de aquellas menores de edad. Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así su interpretación y análisis.

En la primera fase se procedió al análisis univariado de las variables usando medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios para la construcción de tablas simples. En la segunda fase se hizo el análisis bivariado para cada una de las variables mediante el uso de chi-cuadrado para determinar el valor p de significancia estadística. Se tomó como significativo a valores menores de 0,05 y como muy significativo a valores menores de 0,001. En la tercera y última fase se hizo regresión logística bivariada para determinar los OR de cada variable. El valor de cada OR debe estar dentro de su intervalo de confianza para que esta relación exista, además si el OR era mayor de 1 se consideró como factor de riesgo y si era menor de 1 como factor de protección;

el valor p menor de 0,05 se tomó como significativo y los menores de 0,001 como altamente significativo.

**Resultados:** Los Factores Individuales que representaron un riesgo para el embarazo adolescente fueron: el número de parejas sexuales mayor a 4 (OR=3,245 y valor p=0,012), usar ningún método anticonceptivo o usar el coito interrumpido (OR=2,667 y valor p<0,001) e iniciativa propia (O=3,104 y valor p=0,014). Los Factores Familiares que se determinaron como factores de riesgo fueron: nivel socioeconómico bajo (OR=3,264 y valor p=0,031) y un apgar familiar de disfunción grave (OR=1,565 y valor p=0,049). Los factores sociales que representaron riesgo fueron recibir información sobre planificación familiar de parte de un amigo o amiga (OR=2,351 y valor p=0,001), haber sentido presión social (OR=1,982 y valor p=0,034) y un bajo nivel de conocimiento en planificación familiar (OR=4,592 y valor de p<0,001).

**Conclusiones:** Los Factores Individuales de riesgo para embarazo adolescente fueron tener un bajo grado de instrucción, un mayor número de parejas, uso del coito interrumpido o ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, uso del coito interrumpido o ningún método anticonceptivo actual y motivación propia para primera relación sexual. De los Factores Familiares, el nivel socioeconómico y el nivel de disfunción familiar según el test Apgar familiar fueron los factores de riesgo para embarazo adolescente en el hospital HAS Sullana y del grupo de Factores Sociales, que el lugar o fuente de información sobre planificación familiar sea un amigo o amiga, la presión social y un nivel bajo de conocimiento en planificación familiar fueron los factores de riesgo para embarazo adolescente en el hospital HAS Sullana.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the social, family and individual factors associated with teenage pregnancy in the Hospital de Apoyo II-2 Sullana, December 2017 to February 2018.

**Materials and methods:** A case-control, analytical, retrospective, cross-sectional and observational study was carried out; whose population for the cases were all women between 10 and 19 years of age, who were gestating or had gestated during the months of December 2017 to February 2018 and who have been treated in the Gynecology-obstetrics Services of the Hospital de Apoyo II-2 Sullana and the population for the controls were all women between 10 and 19 years of age who are not pregnant or have children and who have gone to the various offices of the Hospital de Apoyo during the dates proposed; both populations were voluntarily applied a previously validated survey and also to ensure the ethical aspects of the investigation informed consent was applied to women over 18 years and informed consent to parents or guardians of those minors. After collecting the data, these were processed in the coded sheets of the Microsoft Excel program and then processed in a database to be prepared and presented in tables and statistical charts, thus facilitating their interpretation and analysis.

In the first phase, we proceeded to the univariate analysis of the variables using descriptive measures in frequency, percentages and averages for the construction of simple tables. In the second phase, the bivariate analysis was done for each of the variables by using chi-square to determine the p-value of statistical significance. Values less than 0.05 were taken as significant and values less than 0.001 were very significant. In the third and final phase,

bivariate logistic regression was performed to determine the OR of each variable. The value of each OR must be within its confidence interval for this relationship to exist, in addition if the OR was greater than 1, it was considered as a risk factor and if it was less than 1 as a protection factor; the p-value less than 0.05 was taken as significant and those less than 0.001 as highly significant.

**Results:** The Individual Factors that represented a risk for adolescent pregnancy were: the number of sexual partners greater than 4 (OR = 3.245 and value p = 0.012), not using any contraceptive method or using interrupted intercourse (OR = 2.667 and value p <0.001), own initiative (O = 3.104 and value p = 0.014). The Family Factors that were determined as risk factors were: low socioeconomic level (OR = 3,264 and p value = 0,031) and a family apgar of severe dysfunction (OR = 1,565 and value p = 0,049). The social factors that represented risk were receiving information about family planning from a friend (OR = 2,351 and value p = 0,001), having felt social pressure (OR = 1,982 and value p = 0,034) and a low level of knowledge in family planning (OR = 4.592 and value of p <0.001).

**Conclusions:** The individual risk factors for adolescent pregnancy were having a low level of education, a greater number of couples, use of interrupted intercourse or no contraceptive method in the first sexual intercourse, use of interrupted intercourse or any current method of contraception and self-motivation. for first sexual intercourse Of the Family Factors, the socioeconomic level and the level of family dysfunction according to the Apgar family test were the risk factors for adolescent pregnancy in the HAS Sullana hospital and the group of Social Factors, that the place or source of information on family planning is a friend, social pressure and a low level of knowledge in family planning were the risk factors for adolescent pregnancy in the HAS Sullana hospital.

## ÍNDICE:

Dedicatoria	2
Agradecimiento	
3	
Resumen	4
Abstract	6

## CAPITULO I: GENERALIDADES

1. Título	10
2. Equipo	investigador
10	
3. Tipo	de investigación
10	
4. Área	o línea de investigación
10	



5. Unidad académica  
10
6. Institución y Localidad donde se desarrollará el Proyecto  
10
7. Duración del proyecto  
10

## CAPITULO II: PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. Introducción  
11
2. Enunciado del problema  
15
3. Objetivos  
16
- 3.1 Objetivo general
- 3.2 Objetivos específicos
4. Hipótesis  
16
5. Materiales y métodos
- 5.1 Diseño del estudio  
16
- 5.2 Población, muestra y muestreo  
17

5.3 Definición	operacional	de	variables
19			
5.4 Procedimientos		y	técnicas
26			
5.5 Plan	de	análisis	de datos
26			
5.6 Aspectos			éticos
27			
6. Presupuesto			
27			
7. Cronograma			
29			
8. Limitaciones			
30			
CAPITULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN			31
CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN			46
CAPITULO V: CONCLUSIONES			51
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES			52
CAPITULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS			54
CAPITULO VIII: ANEXOS			60

## **I. GENERALIDADES**

### **1. Título del estudio:**

“Factores de riesgo sociales, familiares e individuales asociados al embarazo en adolescentes del Hospital de Apoyo II - 2 Sullana de Diciembre 2017 a Febrero del 2018”

### **2. Equipo Investigador:**

#### **2.1. Autor:**

María Lucila Malaver Ortiz

**2.2. Asesor:** Dr. Raúl Villavicencio, Médico Ginecólogo Obstetra, con CMP: 48178 y RNE: 27725 docente de XI ciclo, contratado a tiempo parcial en UPAO CAMPUS PIURA.

### **3. Tipo de investigación:**

**3.1. De acuerdo a la orientación o Finalidad:**

Básica

**3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación:**

Observacional

**4. Área o línea de investigación:** Educación en Ciencias de la Salud

**5. Unidad académica:** Escuela de Medicina Humana

**6. Instituciones donde se desarrollara el proyecto:** Hospital de Apoyo II-2  
Sullana

**7. Duración total del proyecto:**

**7.1. Fecha de Inicio:** 01 de Diciembre del 2017

**7.2. Fecha de término:** 15 de Febrero del 2018

**II. PLAN DE INVESTIGACION**

**1. Introducción:**

El embarazo adolescente es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida que comprende entre los 10 y 19 años. (1)

Actualmente, el embarazo adolescente representa un problema de salud pública a nivel mundial. Muchas de estas adolescentes no acuden oportunamente a la atención prenatal por falta de conocimiento, miedo a las consecuencias, acceso limitado, entre otras causas. Esto trae consigo que tanto la gestante adolescente como el niño tiendan a estar expuestos a diversos riesgos. Para la madre, volver a repetir el embarazo en un periodo menor a 2 años (2). Para sus hijos, bajo peso al nacer, parto prematuro y

muerte fetal intrauterina (3). Además de problemas de salud mental por los cuales atraviesa una madre adolescente como depresión materna que tiende a crear una dependencia con el alcohol y drogas, metas educativas demoradas o descuidadas y aislamiento social. (4)

A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo y esto aumenta a tres de cada 5 mujeres en países en vías de desarrollo. (5) Actualmente se tiene información que América Latina y el Caribe presentan la mayor tasa de fecundidad adolescente a nivel global siendo solamente superados por África Subsahariana.(6) Un tercio de los embarazos en América Latina ocurren en menores de 18 años, de las cuales el 20 % son menores de 15 años. Así mismo se proyecta que para el 2020 el Caribe y América Latina alcanzarían las tasas máximas a nivel mundial de fertilidad adolescente. (7)

En nuestro país, según la encuesta demográfica y de salud familiar (8), para el año 2014 la tasa de fecundidad había aumentado en 0,9 puntos porcentuales en los últimos 5 años, de las cuales el 34,1 % de gestantes adolescentes contaban con primaria y el 24,0 % representan al quintil inferior de riqueza. Según el ámbito geográfico ubicamos en primer lugar a Loreto (30,4 %), seguido de Amazonas (28,1%), Madre de Dios (24,4%), San Martín (24,1%) y Tumbes (21,4%). Por el contrario el departamento con menor porcentaje para dicho año fue Apurímac (10,6%) (9)

A fines del 2013 se aprueba el plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes con el objetivo de afrontar la situación problemática que se vivía desde hace 5 años y cuya meta es el reducir el embarazo en adolescentes en 20% al 2021. (10)

Esto se vio reflejado en los resultados de INEI-ENDES 2015 donde podemos observar que de 14,6 % de tasa de fecundidad para el año 2014 se ha reducido a 13,6 % para el año 2015. Así mismo se observa que el 22.5 % se presenta en zonas rurales, sobre todo en la selva que continúa siendo el departamento con el mayor porcentaje de embarazo adolescente con 24.9 %, encabezado por Loreto (32.8%), Ucayali (26.2%), San Martín (25.5%), Amazonas (22.8%), Tumbes (22.2%) y Madre de Dios (21.9%). Sin embargo, en números absolutos,

la población adolescente embarazada entre 15 y 19 años se concentra fundamentalmente en Lima (aproximadamente 97,328 adolescentes embarazadas). (11)

Es de suma importancia saber que el embarazo adolescente está condicionado por un número diverso de factores de riesgo que no sólo abarcan el nivel individual sino que incluye el ámbito social y familiar del adolescente e incluso los de salud pública. Es por ello que cualquier esfuerzo que se haga para disminuir el número de embarazos adolescentes se debe enfocar en estos 3 niveles. (12)

En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son: menarquia en edades cada vez más precoces, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. (13)

Actualmente el 20 % de adolescentes con vida sexual activa utilizan métodos de planificación familiar sin tener la seguridad de usarlos correctamente. (14) Así mismo existe poca información de las causas del porqué las adolescentes no buscan información acerca de salud procreativa, en un estudio en Tanzania se describen el creer que son muy jóvenes para asistir a servicios de planificación familiar, miedo, y el considerar que los métodos son costosos. (15) Se ha descrito en estudios que cuando la adolescente percibe que en su familia le es prohibido tener relaciones sexuales esto aumenta la incidencia de embarazo (16) sin embargo en otros estudios se ha demostrado que a pesar que la madre desapruueba el inicio de relaciones sexuales, cuando la relación es buena entre madre e hija esto reduce la probabilidad de embarazo temprano.(17) Además la responsabilidad no sólo radica en la madre de la

adolescente sino también en el papá tal como revela el estudio realizado en Bogotá 2010 donde aquellas adolescentes que sólo vivían con alguno de los padres tenían 3 veces mayor riesgo de tener embarazo. (18)

Actualmente existen datos que evidencian que los amigos constituyen un factor de riesgo como influencia en el embarazo adolescente, esto se ha visto incrementado en aquellas gestantes que tuvieron amigas que interrumpieron el embarazo sin ninguna complicación, o en aquellas en quienes hubo presión para iniciar una vida sexual activa. (19)

Según un estudio casi todas las gestantes adolescentes (97%) se criaron en hogares monoparentales (20); además se ha demostrado que el provenir de una familia disfuncional aumenta el riesgo de enfrentar un embarazo adolescente (21); para ello se creó el test de Apgar que es un instrumento que establece 5 componentes básicos de la función familiar y que mide tanto el ambiente familiar de la adolescente así como la capacidad del grupo familiar para enfrentar los problemas. (22)

Se ha demostrado que las adolescentes que no poseen educación tienen 2,76 veces más probabilidades de quedar embarazadas en comparación con las adolescentes que cuentan con educación secundaria como mínimo. (23)

En países en vías de desarrollo; la baja posición socioeconómica parece aumentar el riesgo de embarazo en las adolescentes además se incluyen tradiciones culturales como el matrimonio precoz y creencias inexactas sobre la anticoncepción que también aumentan el riesgo. (24)

Las gestantes adolescentes tienen un 80% más de riesgo de una cesárea para el primer parto y los posteriores en comparación con las mujeres no adolescentes. Además, las madres más jóvenes tienen un 45% más de riesgo de mortinatos y un 30% más de riesgo de perder a su bebé dentro de las primeras 6 semanas después del nacimiento. (25)

Con respecto a nuestra ciudad de Piura, el 23.2 % de su población es adolescente de las cuales el 3,2% inician su actividad sexual antes de los 15 años y el 20 % antes de cumplir 20 años. (26). Para el año 2016 de 16991

gestantes, 1530 fueron adolescentes lo que representa un 9% de embarazos en la región en comparación con el año 2015 donde la cifra de embarazos en adolescentes superó los tres mil, que representó el 16% de embarazos en la región. Para el año 2017 el porcentaje aún permanece en 9% y este es el orden de incidencia de embarazo en adolescentes: Tambogrande (174), Sullana (113), Castilla (102), Veintiséis de Octubre (97), Chulucanas (83), Bellavista (75), Piura (71), Paita (67) y Sechura con 67. (27)

A nivel nacional encontramos un estudio realizado en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora en Lima en el año 2013 donde se encontró que de 100 gestantes adolescentes ; 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.(28)

Existen estudios regionales sobre este tema como el realizado en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana en el año 2008 en el cual de un total de 100 casos, se encontró que la edad de las adolescentes embarazadas estuvo comprendida entre los 14 a 19 años, con una edad promedio de menarquia a los 9 años, la mayoría fueron convivientes o solteras, con secundaria completa. El lugar de procedencia es de zona urbana marginal. Un gran porcentaje iniciaron su actividad sexual a los 13 años y la gran mayoría cumplidos los 18 años. Más de la mitad referían tener conocimiento sobre planificación familiar y reportaron que los anticonceptivos los obtuvieron en el Centro de Salud más cercano a su localidad y que utilizan el condón como método preferido. (29)

Otro estudio regional es el realizado en el Hospital de La Amistad Perú – Corea II-2 Santa Rosa en el año 2012 en el cual se encuentra que la edad promedio de las gestantes adolescentes fue de 17.7 años y un mínimo porcentaje tiene menos de 13 años (0.88 %). En cuanto a los factores de riesgo personales se encontró que son factores de riesgo estadísticamente significativos: una edad de la menarquia precoz (antes de los 12 años), el inicio de las relaciones



sexuales antes de los 15 años y el número de parejas sexuales mayor a dos; en los factores de riesgo familiares, se encontró que pueden considerarse como factores de riesgo estadísticamente significativos el antecedente de madre adolescente, una mala comunicación con sus padres así como la ausencia de uno o ambos padres.(30)

Este estudio es importante porque nos permitirá enfocar una problemática de salud pública nacional que se ve reflejado en la alta tasa de gestantes adolescentes en nuestra ciudad, a la aún constante alta mortalidad materno – infantil y a la implicancia de ser un grupo vulnerable que, según el Ministerio de Salud, son el grupo de edad con mayor razón de muerte materna, duplicando la cantidad de muertes en comparación con otros grupos de edad (31); es trascendente, porque los resultados nos permitirán ver la realidad de esta problemática y de esa manera se puedan elaborar planes, estrategias, actividades que prioricen a las adolescentes con las características y los factores que esta investigación logre identificar para otorgarles el conocimiento, los puentes y una mejor valoración como personas y de esta manera se pueda reducir los embarazos en adolescentes.

Es pertinente porque las tasas de fecundidad en este grupo de etario han aumentado si bien no de manera brusca, pero sí de manera continua. Es viable porque cuento con la preparación académica, el conocimiento metodológico, el asesoramiento necesario, la logística y el financiamiento que me permitirá la ejecución completa de este trabajo de investigación.

## **2. Enunciado del problema:**

¿Los factores sociales, familiares e individuales se asocian a ser factores de riesgo para el embarazo en adolescentes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Diciembre 2017 a Febrero 2018?

## **3. Objetivos:**

### **3.1.- OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar los factores sociales, familiares e individuales que se asociaron al embarazo en adolescentes en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Diciembre 2017 a Febrero del 2018.

### **3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar los factores sociales que se asociaron al embarazo en adolescentes en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Diciembre 2017 a Febrero del 2018.
- Determinar los factores familiares que se asociaron al embarazo en adolescentes en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Diciembre 2017 a Febrero del 2018.
- Determinar los factores individuales que se asociaron al embarazo en adolescentes en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Diciembre 2017 a Febrero del 2018.

## **4. Hipótesis:**

H1: Los factores sociales, familiares e individuales se asocian a ser factores de riesgo para el embarazo en adolescentes.

H0: Los factores sociales, familiares e individuales no se asocian a ser factores de riesgo para el embarazo en adolescentes.

## **5. Material y método:**

### **5.1. Diseño de estudio:**

Por el análisis y alcance de los resultados: analítico

Por su alcance temporal: retrospectivo

Por la secuencia de estudio: transversal

Por la participación del investigador: observacional

Tipo de estudio: casos y controles.

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

**5.2.1 Población:** Mujeres entre los 10 y los 19 años de edad, que hayan sido atendidas entre Diciembre 2017 a Febrero 2018 y en los Servicios de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**- Casos:**

Mujeres entre los 10 y los 19 años de edad, que estén gestando o hayan gestado durante los meses de diciembre 2017 a febrero 2018

**- Controles:**

Se tomará como población control a adolescentes que pertenezcan a la jurisdicción del Hospital II de Sullana que no estén gestando, las cuales serán entrevistadas al momento de asistir a los diversos consultorios, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

**CRITERIOS DE INCLUSION**

**A. Para la población caso:**

- Mujeres entre los 10 y 19 años de edad.
- Mujeres que estén o hayan gestado durante el año 2018.
- Mujeres que se hayan atendido en el Hospital II de Sullana
- Mujeres sin patología psiquiátrica diagnosticada previamente al estudio.
- Mujeres que deseen participar voluntariamente del estudio y accedan a firmar el consentimiento informado.

**B. Para la población control:**

- Mujeres entre los 10 y los 19 años de edad.
- Mujeres que no tengan hijos, ni se encuentren gestando.

- Mujeres que se hayan atendido en el Hospital II de Sullana.
- Mujeres sin patología psiquiátrica diagnosticada previamente al estudio.
- Mujeres que deseen participar voluntariamente del estudio y accedan a firmar el consentimiento informado

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN (para ambas poblaciones)**

- Mujeres que no estén entre el rango de edad indicado anteriormente.
- Mujeres que no acepten voluntariamente participar en el estudio.
- Mujeres que presenten trastornos psiquiátricos diagnosticados previamente al estudio.

**5.2.2. Muestra y muestreo**

- **Unidad de muestreo:** Test tipo encuesta previamente validada por un grupo de expertos en ginecología la cual fue aplicada tanto a casos como a controles.
- **Unidad de análisis:** Para los casos fueron todas las mujeres entre 10 a 19 años que estén gestando o hayan gestado y para los controles aquellas entre dicho rango de edad que no estén gestando ni hayan gestado y que se hayan atendido por los diversos consultorios durante Diciembre 2017 a Febrero 2018 en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- **Tamaño muestral:** Todas las mujeres entre los 10 y los 19 años de edad, que estén gestando o hayan gestado durante los meses de Diciembre 2017 a Febrero 2018 y que hayan sido atendidas en los Servicios de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana. Se utilizó la fórmula de muestras para población finita, con un margen de error de 5 % y un nivel de confianza de 95% para una población de

255 el tamaño fue de 154.

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

$n$ = Tamaño de la muestra  
 $Z$ = Nivel de confianza deseado  
 $p$ = Proporción de la población con la característica deseada (éxito)  
 $q$ = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)  
 $e$ = Nivel de error dispuesto a cometer  
 $N$ = Tamaño de la población

154 para casos

154 para controles

- **Método de selección:** No Probabilístico

### 5.3. Definición operacional de variables

**Variable independiente:** Factores de riesgos sociales, familiares e individuales.

**Variable dependiente:** embarazo adolescente.

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Valor Final	Forma de registro
Factores individuales	Conjunto de características, inherentes a cada persona, que la identifican como tal. No se relaciona con otros factores.	Edad	Clasificación etaria de la adolescencia	Cualitativa Politémica	Ordinal	1. Adolescencia temprana 10-13 2. Adolescencia intermedia 14-16 3. Adolescencia tardía 17-19	Encuesta
		Religión	Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina	Cualitativa Politémica	Nominal	1. Católicos 2. Evangélicos 3. Ateos 4. Otros	Encuesta
		Convivencia	vivir en compañía de su pareja	cualitativa Dicotómica	nominal	1. Si 2. No	Encuesta
		Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa Politémica	nominal	1. Soltera 2. Casada	Encuesta
		Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa Politémica	nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitario/Técnico	Encuesta

Ocupación	Acción o función que desempeña diariamente para ganar el sustento	Cualitativa Politémica	nominal	1.Ama de casa 2.Estudiante 3.Comerciante 4.Empleada del hogar 5.Otros	Encuesta
Dependencia económica	Persona de la cual recibes apoyo financiero para satisfacer necesidades	Cualitativa Politémica	nominal	1.Padres 2.Pareja 3.Institución 4.Nadie	Encuesta
Menarquía	años cumplidos cuando apareció la primera menstruación	cuantitativa-continua	razón	_____años	Encuesta
Edad de primera relación sexual	Años cumplidos cuando tuvo la primera relación sexual	cuantitativa-continua	Razón	_____ años	Encuesta
Metodo anticonceptivo usado en primera relación sexual	método o dispositivo usado en la primera relación sexual para prevenir el embarazo	Cualitativa Politémica	nominal	1.Condón masculino 2.Ampolla mensual 3. Anticonceptivos orales 4.Coito interruptus 5.Ninguno	Encuesta
Número de parejas	número de personas con las que ha mantenido hasta la actualidad relaciones	cuantitativa	ordinal	1.1-2 2.2-3	Encuesta

	sexuales	sexuales			3. 4 o más	
	Droga recreativa más frecuente	Sustancia usada sin fines terapéuticos, autoadministrada y con potencial de abuso o dependencia, o que produce placer	Cualitativa Politómica	nominal	1.Alcohol 2.Cigarrillo 3.Marihuana/cocaína 4.Otro 5.Ninguno	Encuesta
	Deseo de embarazarse	Deseo de tener hijos en tus relaciones sexuales	Cualitativa Dicotómica	nominal	1.Si 2.No	Encuesta
	Método anticonceptivo usado en el último año	método o dispositivo usado en el último año para prevenir el embarazo	Cualitativa politómica	nominal	1.Condón masculino 2.Ampolla mensual 3. Anticonceptivos orales 4.Coito interruptus 5.Ninguno	Encuesta
	Relaciones sexuales sin consentimiento	Mantenido alguna relación sexual sin consentimiento en alguna etapa de su vida por alguna persona	Cualitativa dicotómica	nominal	1.Si 2.No	Encuesta
	Motivo de la primera relación	Razón por la cual decidiste iniciar tu vida sexual activa	Cualitativa politómica	Nominal	1.Iniciativa propia 2.Presión de amigos 3.Otros	Encuesta



Factores Familiar es	conjunto de patrones que rodean a la adolescente en base a la estructura familiar y las consecuencias que ésta repercute en la vida de la adolescente	sexual					
		Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Cualitativa Politémica	Ordinal	1.Bajo 2.Medio 3.Alto	Encuesta
		Tipo de familia	Diversos esquemas por los que está compuesta estructuralmente una familia	Cualitativa Politémica	Nominal	1.Nuclear: papá + mamá + hermanos 2.Monoparental: conformada por uno de los padres + hermanos 3.Madre soltera: mamá desde su embarazo asumió la crianza sólo 4.padres separados: no viven juntos, no son pareja pero cumplen con el rol de padres hacia sus hijos 5.Ninguno	Encuesta
		Test de apgar familiar	Conjunto de 5 preguntas que sirve para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar	Cualitativa Politémica	nominal	1.Grave disfunción: 0-3 puntos 2.Moderadamente disfuncional:4-6 puntos	Encuesta

						3.Muy funcional: 7-10 puntos	
		Maltrato Físico o psicológico	Viivir sometida a golpes o palabras hirientes por parte de algún miembro de la familia	Cualitativa Dicotómica	nominal	1.Sí 2.No	Encuesta
		Permisividad familiar	Tienes la libertad de tus padres o tutores de salir a fiestas u otros lugares hasta altas horas de la noche sin preocuparse por ti	Cualitativa Dicotómica	nominal	1.Sí 2.No	Encuesta
		Antecedente de embarazo adolescente en la mamá	Existió gestación en tu madre entre los 10 a 19 años	Cualitativa Dicotómica	nominal	1.Sí 2.No	Encuesta
		Nivel de instrucción de la mamá	grado más alto de estudio o curso alcanzado por la madre	Cualitativa Politómica	nominal	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Universitario/Técnico	Encuesta
Factores sociales	Conjunto de posibilidades a las	Lugar de información	Lugar de donde obtienes información sobre métodos de planificación familiar.	Cualitativa	Nominal	1.Amiga 2.Colegio	Encuesta

que está expuesta la adolescente a sufrir un daño condicionado por el entorno que la rodea	ón de planificación familiar		politómica		3. Internet 4. Centro de salud más cercano 5. Madre 6. Ningún sitio	
	Presión social para tener relaciones sexuales	Influencia de los amigos a iniciar una vida sexual activa.	Cualitativa dicotómica	Nominal	1. Si 2. No	Encuesta
	Deserción académica	Causa por la cual no continuarías el colegio o la educación superior	Cualitativa politómica	Nominal	1. Sí 2. No	Encuesta
	Conocimiento de uso de métodos de planificación familiar	Grado de información adquirida por la adolescente a través de la experiencia o la educación referente a los métodos de planificación familiar.	Cualitativa politómica	Nominal	1. 0-4: bajo conocimiento 2. 5-7: regular conocimiento 3. 8-10: alto conocimiento	Encuesta

#### **5.4. Procedimientos y Técnicas**

##### **Técnicas de recolección de datos.**

1. Se presentó el protocolo de la presente investigación para su autorización a las personas responsables del Hospital de Apoyo II -2 Sullana y a las responsables del servicio de Gineco obstetricia de dicho hospital (Anexo 01 y 02)
2. Se elaboró una encuesta para la recolección de información necesaria para el presente trabajo de investigación la cual ha sido confeccionada de acuerdo a los objetivos del estudio y validada de acuerdo a la opinión de expertos en ginecología (Anexo N° 03).
3. Se elaboró el consentimiento informado y el asentimiento informado para las adolescentes gestantes y no gestantes o en todo caso para los padres u apoderados de las adolescentes menores de edad que acudieron al Hospital de Apoyo II-2 durante Diciembre 2017 a Febrero 2018. (Anexo N°04).
4. Se aplicó la encuesta a las gestantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión previa autorización a través del consentimiento informado por parte de sus padres si es menor de 18 años y por la misma adolescente gestante si tiene entre 18 y 19 años.
5. Se elaboró una base de datos aplicando el SSPS versión 19 en Excel que permita el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas.
6. Antes de alimentar la base de datos diseñada en Excel, se hizo un control para comprobar que estén bien consignados todos los datos.
7. Se introdujo los datos recolectados en la base de datos creada para ese propósito.
8. Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas.
9. Se seleccionó las conclusiones producto del análisis del estudio de los aspectos encontrados y en correspondencia con los objetivos trazados para lograr la validez de nuestra investigación.

10. Elaboró el Informe final.

### **5.5. Plan de análisis de datos**

Luego de recolectados los datos, estos serán procesados por computadora, se vaciarán los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos serán revisados y corregidos y luego procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así su interpretación y análisis.

En la primera fase se procedió al análisis univariado de las variables usando medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios para la construcción de tablas simples.

En la segunda fase se hizo el análisis bivariado para cada una de las variables mediante el uso de chi-cuadrado para determinar el valor p de significancia estadística. Se tomó como significativo a valores menores de 0,05 y como muy significativo a valores menores de 0,001.

En la tercera y última fase se hizo regresión logística bivariada para determinar los OR de cada variable. El valor de cada OR debe estar dentro de su intervalo de confianza para que esta relación exista, además si el OR era mayor de 1 se consideró como factor de riesgo y si era menor de 1 como factor de protección; el valor p menor de 0,05 se tomó como significativo y los menores de 0,001 como altamente significativo.

Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS VERSION 19.0

### **5.6. Aspectos éticos:**

En el estudio tenemos en cuenta los aspectos Éticos de las gestantes seleccionadas que serán incluidos en el estudio.

El principio de beneficencia de nuestra investigación está

expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de este problema social y de salud pública que produce un embarazo a temprana edad.

Como se recogerá la información a través de la aplicación de una encuesta a las gestantes adolescentes es necesario contar con el consentimiento informado que se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las personas.

## 6. Presupuesto:

### 6.1 Insumos para la investigación:

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Costo unit (s./)	Costo total (s./)	Financiado
	Papel Bulky	Millar	1	17.00	17.00	Propio
	Papel Bond A4	Millar	1 ½	10.00	15.00	Propio
	Lapiceros	Unidad	6	1.00	6.00	Propio
	CD	Unidad	5	2.00	10.00	Propio
	Tinta compatible para impresora	Unidad	2	60	120.00	Propio
Subtotal						S./ 168

### 6.2 servicios:

Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo total	Financiado
	Asesoría	Horas	80	300	Propio

	Estadística	Horas	16	200	Propio
	Transporte y viáticos	Días	40	300	Propio
	Internet	Horas	30	30	Propio
	Encuadernación	Ejemplar	3	100	Propio
	Fotocopiado	Paginas	200	20	Propio
	Procesamiento Automático de datos	Horas	6	100	Propio
Subtotal					S./ 1050

**Insumos: S. /168**

**Servicios: S./ 1050**

**TOTAL: S. /1218**

## 7. Cronograma:

N°	Actividades	AÑO 2017	AÑO 2018		
		DICIEMB	ENERO	FEBRER	MARZO
1	Elaboración del proyecto	X			
2	Presentación del proyecto			X	
3	Revisión bibliográfica	X			
4	Reajuste y validación de	X	X		

	<b>instrumentos</b>				
<b>5</b>	<b>trabajo de campo y captación de información</b>			X	
<b>6</b>	<b>procesamiento de datos</b>			X	
<b>7</b>	<b>análisis e interpretación de datos</b>			X	
<b>8</b>	<b>elaboración del informe</b>			X	
<b>9</b>	<b>presentación del informe</b>			X	X
<b>10</b>	<b>sustentación</b>				X

### **8. Limitaciones:**

Las limitaciones de este estudio son en primer lugar el tiempo de estudio que sólo es de dos meses y medio, lo cual limita que los resultados de este trabajo muestren la realidad del hospital a diferencia de todo un año de investigación.

La segunda limitación es que al ser la técnica de recolección una encuesta de auto-llenado puede que las adolescentes mientan al llenarlas y esto afecte a la veracidad de los resultados o simplemente desistan de participar del estudio por ser de manera voluntaria sin recibir dinero a cambio.



### III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

**Tabla 1: Frecuencias, porcentajes y asociación de los Factores Individuales de las adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el Hospital II de Sullana, diciembre 2017 – febrero 2018.**

	Gestantes		No Gestantes		
Edad actual, años, media ( $\pm$ DS) :	16,3 ( $\pm$ 1.1)		16,9 ( $\pm$ 1.9)		
Edad menarquía, años, media ( $\pm$ DS) :	10,3 ( $\pm$ 1.5)		13,5 ( $\pm$ 1.6)		
Edad PRS*, años, media ( $\pm$ DS) :	14,2 ( $\pm$ 1.1)		16,5 ( $\pm$ 1.7)		
	Gestantes (154)		No Gestantes (154)		
	Casos		Controles		Significancia
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor P
	n	%	n	%	N
<b>Edad</b>					<b>0,213</b>
Adolescencia Temprana	3	2	5	3	
Adolescencia Intermedia	37	24	49	32	
Adolescencia Tardía	114	74	100	65	
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Religión</b>					<b>0,029</b>
Católicos	125	81,2	141	91,6	
Evangélicos	21	13,6	9	5,8	
Ateo	0	0	0	0	
Otros	8	5,2	4	2,6	

	Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Estado Civil</b>						0,41
	Soltera	150	97,4	152	98,7	
	Casada	4	2,6	2	1,3	
	Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Convivencia con pareja</b>						0,29
	Sí	11	7,1	3	1,9	
	No	143	92,9	151	98,1	
	Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Grado de instrucción</b>						
	Analfabeta	4	2,6	3	1,9	<b>&lt;0,001</b>
	Primaria	5	3,2	0	0	
	Secundaria	132	85,7	52	33,8	
	Universitario/Técnico	13	8,4	99	64,3	
	Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Ocupación</b>						<b>0,013</b>
	Ama de casa	7	4,5	0	0	
	Estudiante	133	86,4	128	83,1	
	Comerciante	7	4,5	12	6,2	
	Empleada del hogar	7	4,5	14	6,8	
	Otro	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
	Total					
<b>Dependencia económica</b>						0,121
	Padres	126	81,8	97	63	
	Pareja	28	18,2	57	37	
	Institución	0	0	0	0	
	Nadie	0	0	0	0	
	Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Número de parejas sexuales</b>						<b>&lt;0,001</b>
	1-2	138	89,6	36	23,4	
	3-4	11	7,1	42	27,3	

5 o más	5	3,2	40	26	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>76,7</b>	
Método Anticonceptivo PRS					<b>&lt;0,001</b>
Condón masculino	41	26,6	60	39	
Ampolla mensual	0	0	0	0	
Anticonceptivos orales	0	0	0	0	
Coito interrumpido	8	5,2	24	15,6	
Ninguno	105	68,2	34	22,1	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>76,7</b>	
Método anticonceptivo actual					<b>&lt;0,001</b>
Condón masculino	20	13	103	66,9	
Ampolla mensual	0	0	0	0	
Anticonceptivos orales	0	0	0	0	
Coito interrumpido	54	35	5	3,2	
Ninguno	80	52	10	6,5	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>76,6</b>	
Deseo de embarazarse					0,211
Sí	26	16,9	0	0	
No	128	83,1	154	100	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
Relaciones sin consentimiento					0,156
Sí	2	1,3	0	0	
No	152	98,7	154	100	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
Droga de consumo					<b>&lt;0,001</b>
Alcohol	16	10,4	101	65,6	
Cigarrillo	0	0	17	11	
Marihuana/cocaína	0	0	0	0	

Otro	0	0	0	0	
Ninguno	138	89,6	36	23,4	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
Motivo de PRS					<b>0,005</b>
Iniciativa propia	144	93,5	118	76,6	
Presión de amigos	10	6,5	0	0	
Otros	0	0	0	0	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>118</b>	<b>76,6</b>	

*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a las adolescentes del HAS, Sullana*

La tabla 1 muestra el análisis univariado de los factores individuales y su respectiva significancia. Las variables significativas se consideraron las que fueron menores de 0,05.

La edad media de las adolescentes gestantes fue de  $16,3 \pm 1,1$  y la de las adolescentes no gestantes fue de  $16,9 \pm 1,9$ .

La menarquía de las mujeres gestantes empezó a los  $10,3 \pm 1,5$  y la de las mujeres no gestantes fue a los  $10,5 \pm 1,6$ .

La edad de la primera relación sexual en las adolescentes gestantes fue de  $14,2 \pm 1,1$  y en las no gestantes fue de  $16,5 \pm 1,7$ .

En referencia a las variables categóricas se encontró que 2%, 24% y 74% de las adolescentes gestantes, pertenecían al grupo de adolescente temprana, intermedia y tardía respectivamente.

De las adolescentes no gestantes, 3%, 32% y 65% representaban al grupo de adolescencia temprana, intermedia y tardía, respectivamente. No se encontró asociación significativa.

La religión fue una característica significativa ( $p=0,029$ ). El mayor porcentaje lo obtuvo la religión católica con 81,2% en gestantes y 91,6%

en no gestantes. Ser soltera fue el estado civil con mayor prevalencia para los casos y controles, 97,4% y 98,7% en ese orden; sin embargo, no hubo asociación significativa.

En el caso de la convivencia con la pareja, ambos grupos (casos y controles) coincidieron en que la mayoría no lo hacía (92,9% y 98,1%). Esta asociación no fue significativa.

El grado de instrucción tuvo asociación significativa. Se encontró que 2,6% de las gestantes eran analfabetas, frente al 1,9% de las no gestantes que también fueron analfabetas. Las gestantes que solo tenían primaria representó un 3,2%, frente al 0% de las no gestantes. El porcentaje máximo de instrucción para las gestantes adolescentes fue la secundaria con un 85,7% en comparación al 33,8% de las no gestantes con secundaria. De las gestantes, 8,4% cursaban universidad en contraste con el 64,3% de las no gestantes que cursaban el mismo grado académico.

La ocupación fue una variable significativa en ambos grupos la mayor incidencia se presentó en el grupo de estudiantes; en casos representó el 86,4% y en controles 83,1%. La dependencia económica no tuvo asociación significativa pero el grupo más prevalente en ambos fue el de dependencia de padre 81,8 en gestantes y 63% en no gestantes.

El número de parejas sexuales fue significativo ( $p < 0,001$ ). En las no gestantes solo refirieron haber tenido relaciones sexuales 118, representando el 76.7% del total de no gestantes encuestadas. Esta cifra se explica porque 36 de las encuestadas no respondieron la pregunta por no haber mantenido relaciones sexuales hasta el momento.

En el caso de las gestantes, el 89,6% refería haber tenido 1 o 2 parejas sexuales en su vida. En comparación con el 23,4% de las no gestantes que refería el mismo número de parejas sexuales. Un número de

parejas de 3 o 4 represento el 7,1% de las gestantes y 27.3% de las no gestantes. Las adolescentes que tuvieron de 5 a más parejas sexuales fueron 3,2% en las gestantes y 26% de las no gestantes.

El método anticonceptivo de la primera relación sexual también tuvo una asociación significativa. De los 154 controles no gestantes, solo el 118 había tenido relaciones sexuales y pudieron responder a la pregunta de qué método anticonceptivo habían usado en su primera relación sexual. El más frecuente de las gestantes fue ningún método con 68.2% y en las no gestantes 22,1%. El coito interrumpido fue 5,2% para las gestantes y 15,6% para las no gestantes. El condón masculino fue usado en las primeras relaciones sexuales de las gestantes en un 26,6% frente a un 39% de las no gestantes.

El método anticonceptivo actual también fue significativa, aquí también solo respondieron 118 de las no gestantes por las razones ya mencionadas. El uso del condón masculino en las embarazos represento el 13% en comparación con el 66,9% de las no gestantes. El coito interrumpido en las gestantes fue usado en 35% de ellas, mientras que en las no gestantes fue de 3,2%. Las gestantes que refirieron ningún método anticonceptivo actualmente fueron el 52% y las no gestantes 6,5%.

El deseo de embarazarse no fue significativo. Se encontró que solo un 16,9 % de los casos desearon embarazarse y que el 0% de los controles no lo desean.

Las relaciones sin consentimiento tampoco fueron significativas y el 98,7 de las gestantes refirieron que nunca habían tenido este tipo de suceso; mientras que las no gestantes refirieron en su totalidad (100%) que nunca les había pasado.

La droga de consumo más frecuente fue el alcohol en las no gestantes con 65,6% y en las gestantes ninguno, esta variables no se le incluirá en

los posteriores análisis puesto que existe sesgo por indicación a las gestantes de evitar cualquiera de estas sustancias durante el embarazo.

El motivo de la primera relación sexual fue la de iniciativa propia para ambos grupos; 93,5% y 76,6%, para casos y controles respectivamente. Sin embargo, solo 118 de las no gestantes respondieron a esta pregunta porque no tuvieron relaciones sexuales hasta el momento.

**Tabla 2. Frecuencias, porcentajes y asociación de los Factores Familiares de las adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el Hospital II de Sullana, diciembre 2017 – febrero 2018.**

	Gestantes (154)		No Gestantes (154)		Significancia
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor P
	n	%	N	%	N
<b>Nivel socioeconómico</b>					<b>&lt;0,001</b>
Bajo	0	0	58	37,7	
Medio	148	96,1	88	57,1	
Alto	6	3,9	8	5,2	
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Tipo de familia</b>					<b>&lt;0,001</b>
Nuclear	45	29,2	46	29,9	
Monoparental	78	50,6	77	50	
Madre soltera	16	10,4	0	0	
Padres separados	15	9,7	31	14,9	
Ninguno	0	0	0	0	

Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Apgar familiar</b>					<b>0,043</b>
Grave disfunción	93	60,4	76	49,4	
Moderada disfunción	58	37,7	68	44,2	
Muy funcional	3	1,9	10	6,5	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Maltrato físico-psicológico</b>					<b>0,345</b>
Sí	114	74	11	7,1	
No	40	26	143	92,9	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Permisividad parental</b>					<b>0,071</b>
Sí	25	16,2	154	100	
No	129	83,8	0	0	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Madre c/emb. Adolescente</b>					<b>0,820</b>
Sí	80	51,9	78	50,6	
No	74	48,1	76	49,4	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
<b>Niv. de instrucción de madre</b>					<b>&lt;0,001</b>
Analfabeta	0	0	0	0	
Primaria	34	22,1	19	12,3	
Secundaria	101	65,6	87	56,5	
Universitario/Técnico	19	12,3	48	31,2	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	

*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a las adolescentes del HAS, Sullana*

La tabla 2 muestra el análisis univariado y las asociaciones de los factores familiares. El nivel socioeconómico tuvo asociación significativa, teniendo 3,9% nivel alto y 96,1% nivel medio en el grupo de



las gestantes. El grupo de las no gestantes tuvo 5,2% en el nivel alto; 57,1% en el nivel medio y 37,7% en el nivel bajo.

El tipo de familia tuvo significancia estadística, en los casos, 29,2% eran de familias nucleares, 50,6% de familias monoparentales, 10,4% de madre soltera y 9,7 de padres separados. En el grupo de controles, 29,9% eran nucleares, 50% eran monoparentales y 14,9% eran de padres separados.

El apgar familiar también fue significativo; las gestantes con grave disfunción familiar eran el 60,4%, moderada disfunción el 37,7% y muy funcional solo el 1,9%. Las no gestantes, tuvieron 49,4%, 44,2% y 6,5% para grave disfunción, moderada disfunción y muy funcional respectivamente.

El maltrato físico-psicológico no fue significativo, 74% de las gestantes refirió que sí habían pasado por ello; en comparación con el 7,1% de las no gestantes que refirió que no les había pasado.

La permisividad parental no fue significativa, y el 16,2% de las embarazos refirió que sí en comparación con el 100% de las no gestantes.

El antecedente de madre adolescente se presentó en el 51,9% de las gestantes y en 50,6% de las no gestantes, no se encontró asociación significativa.

El nivel de instrucción de la madre tuvo asociación significativa y el mayor porcentaje la presentó haber tenido secundaria con 65,6% de gestantes y en 56,5% de las no gestantes.

**Tabla 3. Frecuencias, porcentajes y asociación de los Factores Familiares de las adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el Hospital II de Sullana, diciembre 2017 – febrero 2018.**

	Gestantes (154)		No Gestantes (154)		Significancia
	Casos		Controles		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor P
	n	%	n	%	N
Lugar de información					<b>&lt;0,001</b>
Amigo	67	43,5	38	24,7	
Colegio	2	1,3	30	19,5	
Internet	9	5,8	60	39	
Centro de	17	11	0	0	

salud					
Madre	0	0	8	5,2	
Ninguno	59	38,3	18	11,7	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
Presión social por RS					
Sí	87	56,5	26	17	<b>&lt;0,001</b>
No	67	43,5	128	83	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
Deserción académica					0,301
Sí	98	63,6	0	0	
No	56	36,4	154	100	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	
Niv. conocimiento en PF					<b>&lt;0,001</b>
Bajo	152	98,7	67	43,5	
Regular	2	1,3	65	42,2	
Alto	0	0	22	14,3	
Total	<b>154</b>	<b>100</b>	<b>154</b>	<b>100</b>	

*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a las adolescentes del HAS, Sullana*

La tabla 3 muestra el análisis univariado y la asociación de los factores sociales. El lugar de información tuvo una asociación significativa; en los casos gestantes, 43,5% refirió que un amigo o amiga le había informado sobre planificación familiar, 2%, en el colegio; 9%, por internet; 17%, en el centro de salud y 38,3% refirió que no había recibido información sobre planificación familiar. En los controles, 24,7% una amiga o amigo; 19,5% en el colegio; 39% por internet; 5,2% por su madre y 11,7% no había recibido información.

La presión social por tener la primera relación sexual tuvo asociación significativa; 56,5% refirió que sí en las gestantes y 0% en las no gestantes.

La deserción académica no tuvo asociación significativa; las gestantes tuvieron 63,6% de deserción y en no gestantes 0% de deserción.

El nivel de conocimiento en planificación familiar bajo represento el 98,7% de las gestantes y 43,5% de las no gestantes; el nivel regular 1,3% de las gestantes y 42,2% de las no gestantes; en el nivel alto 0% de las gestantes y 14,3% de las no gestantes.

**Tabla 4. Asociación como factor de riesgo individuales para embarazo adolescente en adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el Hospital II de Sullana, diciembre 2017 – febrero 2018.**

<b>Variable</b>	<b>OR(IC)</b>	<b>Valor p</b>
Religión		
Católico	0,397 (0,198 - 0,798)	<b>0,009</b>

Grado de instrucción		
Analfabeta/Primaria	3,124 (0,829 - 11,770)	<b>0,092</b>
Ocupación		
Estudiante	1,286 (0,689 - 2,401)	0,429
Número de parejas		
5 a más	3,245 (1,253 - 6,569)	<b>0,012</b>
Método anticonceptivo PRS		
Coito interrumpido/ninguno	2,667 (1,611 - 4,413)	<b>&lt;0,001</b>
Método anticonceptivo actual		
Coito interrumpido/ninguno	5,124 (2,154 - 7,486)	<b>&lt;0,001</b>
Motivo PRS		
Iniciativa propia	3,104 (2,873 - 3,831)	<b>0,014</b>

*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a las adolescentes del HAS, Sullana*

La tabla 4 muestra la asociación como factor de riesgo o protector de las variables significativamente estadísticas de las tablas anteriores es decir con un valor de  $p < 0,005$ . Se consideró factor de riesgo a aquella variable con un OR mayor o igual a 1 y factor protector a aquella variable con un OR menor a 1 con que cumplan con estar dentro de su intervalo de confianza.

En relación a la religión, ser católico tuvo un OR de 0,397; cumplió estar dentro del intervalo de confianza (0,198 - 0,798) y un valor p de 0,009; es decir fue un factor protector frente al embarazo adolescente.

Con respecto al grado de instrucción; ser analfabeta o tener primaria tuvo un OR de 3,124 (0,829 - 11,770) con un valor p de 0,092; es decir es

un factor de riesgo frente al embarazo adolescente.

En ocupación, el ser estudiante tuvo un OR de 1,286 (0,689 - 2,401) y un valor p de 0,429; es decir que el ser estudiante es un factor de riesgo frente al embarazo adolescente.

El número de parejas de 5 a más tuvo un OR de 3,245 (1,253 - 6,569) con un valor p de 0,012; el cual se comportó como un factor de riesgo.

El método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual como coito interrumpido o ningún método alcanzó un OR de 2,667 (1,611 - 4,413) con un valor de  $p < 0,001$ ; lo cual también significó ser un factor de riesgo.

El usar coito interrumpido o ningún método anticonceptivo como método anticonceptivo actual tuvo un OR de 5,124 (2,154 - 7,486) y valor p de  $< 0,001$ ; lo cual significó ser un factor de riesgo.

La iniciativa propia como motivo de primera relación sexual tuvo un OR de 3,104 (2,873 - 3,831) y valor p de 0,014; siendo también un factor de riesgo.

**Tabla 5. Asociación como factor de riesgo familiares para embarazo adolescente en adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el**

Hospital II de Sullana, diciembre 2017 – febrero 2018.

Variable	OR(IC)	Valor p
Nivel socioeconómico		
Bajo	3,264 (2,901 – 5,782)	<b>0,031</b>
Tipo de Familia		
Nuclear	0,969 (0,594 – 1,582)	0,901
Apgar familiar		
Grave disfunción	1,565 (0,996 – 2,458)	<b>0,049</b>
Nivel Instrucción de la madre		
Analfabeta/primaria	2,013 (1,091 – 3,716)	0,25

*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a las adolescentes del HAS, Sullana*

La tabla 5 muestra los factores familiares. El nivel socioeconómico bajo alcanzó un OR de 3,264 (2,901 – 5,782) y un valor p de 0,031; lo cual significa que es un factor de riesgo.

El tipo de familia nuclear tuvo un OR de 0,969 (0,594 – 1,582) con un valor p de 0,901; lo cual demuestra que es un factor protector frente al embarazo adolescente.

Un apgar familiar con grave disfunción tuvo un OR de 1,565 (0,996 – 2,458) con un valor p de 0,049; lo cual significa que es un factor de riesgo.

Que el nivel de instrucción de la madre sea analfabeta o primaria tiene un OR de 2,013 (1,091 – 3,716) y un valor p de 0,25; lo cual indica que

es un factor de riesgo.

**Tabla 6. Asociación como factor de riesgo sociales para embarazo adolescente en adolescentes gestantes y no gestantes atendidas en el Hospital II de Sullana, diciembre 2017 – febrero 2018.**

Variable	OR(IC)	Valor p
Lugar de información		
Amiga	2,351 (1,447 – 3,820)	<b>0,001</b>
Presión social para RS		
Sí	1,982 (0,257 – 3,107)	<b>0,034</b>
Conocimiento en planif. Fam.		
Bajo	4,592 (2,595 – 12,755)	<b>&lt;0,001</b>

*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado a las adolescentes del HAS, Sullana*

La tabla 6 muestra los factores sociales. Recibir información sobre planificación familiar de parte de una amiga o amigo tuvo un OR de 2,351 (1,447 – 3,820) con un valor p de 0,001; lo cual significó que es un factor de riesgo.

Haber sentido presión social para mantener relaciones sexuales tuvo un OR de 1,982 (0,257 – 3,107) y un valor p de 0,034; lo cual significó ser un factor de riesgo.

Un nivel de conocimiento en planificación familiar bajo tuvo un OR de 4,592 (2,595 – 12,755) con un valor de  $p < 0,001$ ; lo cual indica que es un factor de riesgo importante para el embarazo adolescente.



#### IV. DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación y programas de prevención de embarazo adolescente se centran predominantemente en evitar la presencia de una o más características que influencien a éstas a tener un embarazo en precocidad; éstos son los llamados factores de riesgo. Por otro lado, también se busca potenciar las características que tiendan a disminuir la probabilidad de embarazarse siendo adolescente, a estos últimos se le llama factores de protección. (32) En sus resultados, este trabajo exploró diferentes variables agrupándolas en factores de riesgo individual, familiar y social con el fin de determinar cuáles eran factores de riesgo o protección para el embarazo en adolescentes de 10 a 19 años. A continuación se presentan las variables con su respectivo OR, intervalo de confianza y valor p, que tuvieron significancia estadística en este estudio, eso es, las que verdaderamente era factor de riesgo o de protección; asegurándose gracias a que el valor p que se consideró significativo fue el de  $<0,05$ . (33)

En el grupo de los Factores Individuales, las variables que tuvieron significancia estadística fueron: Religión, Grado de instrucción, Número de parejas, Método anticonceptivo en la primera relación sexual, método anticonceptivo actual y motivo de primera relación sexual.

En relación a la religión, se determinó que los católicos eran los más abundantes. El 81,2% y el 91,6% de las gestantes y no gestantes, respectivamente, encabezaban los porcentajes. Ser evangélico ocupaba el segundo lugar con 13,6% y 5,8%, para casos y controles. Otras religiones eran el 5,2% y 2,6%, respectivamente. No se encontró ninguna adolescente atea. Al dicotomizar la religión en ser católico o pertenecer a otra religión se determinó un OR menor a 1 de 0,397 con un intervalo de confianza de 0,198 - 0,79 y valor p de 0,009. Podemos concluir de esta asociación que ser católico tiene 60% menos riesgo de embarazo adolescente que en otras religiones. Por lo tanto ser católico

fue un factor de protección. Estos datos tienen concordancia con el estudio de González E. en el que demuestra que ser religiosa retarda el inicio de relaciones sexuales y disminuye la probabilidad de tener mayor cantidad de parejas sexuales en comparación con personas que no tienen religión; y específicamente en católicos y evangélicos aumenta la incidencia del uso de condón (34). En datos nacionales, como el estudio realizado por Rengifo-Venegas S. en Ica el 2014, encontró que las adolescentes agnósticas o ateas tenían un inicio precoz en relaciones sexuales que los que pertenecían a alguna religión. (35) Por lo que es concluyente que la religión es un factor de protección.

El grado de instrucción se dividió en cuatro dimensiones; las analfabetas representaron el 2,6% y el 1,9% de los casos y controles, respectivamente; las adolescentes que tenían solo primaria fueron el 3,2 y 0%, respectivamente; las adolescentes con secundaria fueron 85,7% y 33,8%; y las adolescentes con educación universitaria o técnica fueron el 8,4% y 64,3%. Esta variable politómica también se dicotomizó, siendo los del primer grupo (Analfabeta/primaria) el nivel más básico de educación y los del segundo grupo (Secundaria,/Universidad/Carrera técnica) los de nivel de educación más alto. Así se encontró un OR de 3,124 en un intervalo de confianza de 0,829 - 11,770 y valor p de 0,092. De esto podemos concluir que ser analfabeta o tener solo primaria tiene 3 veces la probabilidad de embarazo adolescente a comparación de las que llevan secundaria, carrera universitaria o técnica. Villalobos-Hernandez en su trabajo realizado en México, también encontró una asociación significativa con el nivel de instrucción, en las que encuentra que aquellas mujeres con un rezago educativo tienen el doble de probabilidad de tener embarazo adolescente (36). Quintero P. explica que en las adolescentes embarazadas, la maternidad ocupa prioridad frente a educación, esto determina finalmente el alto porcentaje de deserción en los estudios en las gestantes adolescentes (37).

El número de parejas en las adolescentes gestantes fue menor que las no embarazadas. El 89% de las gestantes refirieron que han tenido

entre 1 a 2 parejas sexuales; el 7,1% refirió entre 3 a 4 parejas y solo 3,2% entre 5 a más. Mientras que en las no gestantes el porcentaje de 1 a 2 parejas baja hasta 23,4%; el porcentaje de 3 a 4 parejas sube a 27,3% y de 5 o más parejas sube a 26%. Asimismo un 23,3% de las no gestantes refirieron no haber tenido relaciones sexuales. A pesar de que las gestantes refirieron tener menos parejas sexuales, esto podría tener un sesgo puesto que pueden enmascarar valores verdaderos por evitar problemas con su actual pareja o por vergüenza hacía los padres. Sin embargo las adolescentes que refirieron mayor cantidad de parejas puede eliminar ese sesgo al momento de dicotomizar la variable. Así se obtuvo un OR de 3,245 con un intervalo de confianza de 1,253 - 6,569 y valor p de 0,012. De esto podemos concluir que de las adolescentes que tuvieron de 5 a más parejas sexuales tuvieron 3 veces la probabilidad de embarazo que las que tuvieron menos de 5. Esto coincide con el estudio de Quiroz J. donde determina que el número promedio de parejas sexuales era de 4 o más en adolescentes (38). A pesar de que no hay una explicación totalmente clara del porqué, es posible establece relación entre la curiosidad de experimentar además de las relaciones vaginales, también anales y orales, según Molina A. en cuyo estudio encuentra que la cantidad de parejas sexuales promedio en mujeres adolescentes que practicaban sexo oral era 2,65 y en sexo vaginal 3,80 (39).

En relación a los métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y en el actual. Se determinaron OR de 2,667 (1,611 - 4,413) con un valor de  $p < 0,001$  para el uso de ningún método o coito interrumpido en la primera relación sexual y un OR de 5,124 (2,154 - 7,486) y valor p de  $< 0,001$  para el uso de ningún método o coito interrumpido actualmente. Gutierrez E. encontró que el nivel de conocimiento en métodos anticonceptivos era buena en un colegio en Arequipa y que este fue un factor para que más de la mitad de los escolares usen preservativos de barrera, condón masculino (40). Sin embargo, Molina A. determino que el uso de condón masculino era el más prevalente para la práctica de sexo oral (39). Esto podría explicar que a pesar de un buen

conocimiento en métodos anticonceptivos, la práctica muestra valores diferentes. Así en este estudio encontramos que las no gestantes tenían mayor uso de métodos anticonceptivos en comparación con las gestantes. Lamentablemente esta variable tiene sesgo, puesto que las embarazadas adolescentes del hospital no refieren uso de métodos anticonceptivos, lo que podría resultar en problemas de ITS o Zika (41, 42).

La iniciativa propia tuvo un OR de 3,104 (2,873 - 3,831) y valor p de 0,014. Esto se ve directamente relacionado con el inicio temprano de relaciones sexuales. Rengifo-Venegas determino las motivaciones por las cuales los adolescentes mantienen relaciones sexuales a temprana edad y las 3 principales razones que están incluidas dentro de la iniciativa propia fueron “se dio la ocasión”, “deseo por probar” y “amor”. Siendo las dos primeras las más prevalentes. (35) Abril M. también encontró que el amor figuraba en las primeras razones por las cuales los adolescentes mantienen relaciones sexuales a temprana edad.(43)

El siguiente grupo fue el de los Factores Familiares. Las variables que fueron significativas fueron el nivel socioeconómico y el nivel de disfunción familiar según el test Apgar familiar.

En el nivel socioeconómico, el nivel medio y bajo de las adolescentes gestantes llego a 96,1% y en las adolescentes sin gestar 94,8%. El nivel socioeconómico alto estuvo presente en 3,9% de las gestantes y 5,2% de las no gestantes. Al dicotomizar en nivel bajo vs. los demás niveles, se determinó un OR de 3,264 (2,901 – 5,782) y un valor p de 0,031. Llegando a concluir que las adolescentes de nivel bajo y medio tienen 3 veces la probabilidad de embarazo que las de nivel alto. Fedorowics y Brahmhatt realizaron cada uno revisiones donde concluyen que las adolescentes embarazadas de mediano a bajo ingreso económico eran las más vulnerables a tener embarazos precoces, especialmente en países en vías del desarrollo (44, 45), como es el caso de Perú.

El Apgar familiar determinó familias muy funcionales muy escasas; 1,9% en gestantes y 6,5% en no gestantes; moderadamente funcionales fueron 34,7% en gestantes y 44,2% en no gestantes; y las familias con grave disfunción fueron las más prevalentes con 60,45 en las gestantes y 49,4% en las no gestantes. El OR para Apgar familiar en grave disfunción fue de 1,565 (0,996 – 2,458) con un valor p de 0,049. De esto concluimos que las adolescentes que tienen grave disfunción familiar tienen 1,5 veces el riesgo de embarazo en comparación con familias que tienen moderada disfunción o alta funcionalidad. Calderón I. aplico el mismo instrumento para medir el grado de funcionalidad familiar también en adolescentes, llegando a resultados parecidos, en los que a mayor disfuncionalidad hay mayor probabilidad de embarazo adolescente, además la autora agrega que algunas complicaciones como depresión y problemas mentales pueden manifestarse en familiar con disfunción grave.(46)

Finalmente, del grupo de Factores Sociales, las variables significativas fueron el lugar o fuente de información sobre planificación familiar, la presión social y el nivel de conocimiento en planificación familiar.

La fuente de información sobre planificación familiar más prevalente fue un amigo o amiga en las adolescentes embarazadas con un 43,5%; en la adolescentes no gestantes fue el internet con 39%. Se dicotomizó la variable en fuente de información amigo o amiga vs. el grupo que recibió información en el colegio, internet, centro de salud y su madre. Se obtuvo un OR de 2,351 con intervalo de 1,447 – 3,820 con un valor p de 0,001. De esta asociación se puede concluir que aquellas adolescentes que recibieron información de planificación familiar por parte de un amigo o amiga tuvieron 2 veces la probabilidad de embarazo que las que recibieron información por parte del colegio, internet, centro de salud o de sus madres. Esta última condición se ve muy relacionada finalmente con el nivel de conocimiento en planificación familiar bajo, que tuvo un OR de 4,592 (2,595 – 12,755) con un valor de  $p < 0,001$ . Concluyendo que un nivel bajo de

conocimiento en este tema tiene 4,5 veces la probabilidad de embarazo que un nivel intermedio o alto. Por lo tanto podríamos decir que la gran cantidad de adolescentes con bajo conocimiento en planificación familiar está ligado a las altas prevalencias de que un adolescente sea quién instruya a otro adolescente. Esto puede explicarse por la falta de comunicación familiar. Estada I. en su estudio en Colombia determinó que la mayoría de las gestantes embarazadas provenía de familias donde la comunicación sobre temas de planificación familiar y educación sexuales eran escasos o muy precarios.(47) Según el autor Rodríguez J., la fecundidad adolescente en América Latina y Caribe el factor que determina la planificación familiar es el deseo de embarazarse y el nivel socioeconómico; y en su revisión “Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes” llega a concluir que la deseabilidad de la fecundidad y el nivel socioeconómico es mucho menor que la cantidad de nacimientos de madres adolescentes.(48)

La presión social por tener relaciones sexuales fue experimentada por el 56,5% de las gestantes y por 17% de las no gestantes. Haber sentido presión social para mantener relaciones sexuales tuvo un OR de 1,982 (0,257 – 3,107) y un valor p de 0,034. Esto significa que las adolescentes que sienten presión social por tener relaciones sexuales tiene 1,9 la probabilidad de embarazo que las que no sienten esta presión. Estos datos pueden enmascarar una problemática más grande, puesto que la presión de tener relaciones sexuales es una variable muy subjetiva para el entorno de cada adolescente.

## **V. CONCLUSIONES**

1. Los Factores Individuales de riesgo para embarazo adolescente fueron tener un bajo grado de instrucción, un mayor número de parejas, uso del coito interrumpido o ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, uso del coito interrumpido o ningún método anticonceptivo actual y motivación propia para primera

relación sexual.

2. De los Factores Familiares, el nivel socioeconómico y el nivel de disfunción familiar según el test Apgar familiar fueron los factores de riesgo para embarazo adolescente en el hospital HAS Sullana.
  
3. Del grupo de Factores Sociales, que el lugar o fuente de información sobre planificación familiar sea un amigo o amiga, la presión social y un nivel bajo de conocimiento en planificación familiar fueron los factores de riesgo para embarazo adolescente en el hospital HAS Sullana.

## **VI. RECOMENDACIONES**

### PREVENCION PRIMARIA

Son aquellas medidas para evitar el embarazo en la adolescencia.

- Es necesario que el personal de salud eduque a las adolescentes en cuanto al inicio precoz de las relaciones sexuales, motivándolas a que ésta sea postergada debido al riesgo de salir embarazada y al de contraer infecciones de transmisión sexual.
- Es conveniente también que las madres de las adolescentes, que también lo fueron en su momento, sirvan como guía para sus hijas y les expliquen acerca de los problemas e inconvenientes que trae consigo el salir gestando en dicha etapa de la vida.
- Es importante analizar el problema de la comunicación entre padres e hijos, ya que como hemos visto una mala comunicación influye sobre el riesgo de salir gestando en la adolescencia, además que es en el núcleo familiar donde la persona adquiere los valores y la educación que va a utilizar durante toda su vida futura.

-Fomentar la educación sexual y reproductiva entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.

- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes (docentes, líderes) para la atención de aquellos adolescentes en situaciones de alto riesgo.

-Captación por personal entrenado de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educacional.

#### PREVENCIÓN SECUNDARIA

Son aquellas medidas a tomar cuando las adolescentes ya están embarazadas

-Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención del adolescentes, por personal motivado y capacitado en este tipo de atención.

-Asistencia al padre del recién nacido, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.

-Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

#### PREVENCIÓN Terciaria

-Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre- hijo, prestando atención a signos de alarma.

-Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando así, embarazos con intervalo intergenésico cortos.

Por último es importante señalar que el problema de la gestación en adolescentes es multifactorial y que los resultados que se presentan aquí son solo una parte del problema por lo que sería necesario ampliar en estudio sobre el tema para poder desarrollar mayores estrategias para su prevención.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: World Health Organization; 2017. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
2. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent Pregnancy. Pediatric clinics of North America. 2017;64(2):381-8.
3. Mombo-Ngoma G, Mackanga JR, Gonzalez R, Ouedraogo S, Kakolwa MA, Manego RZ, et al. Young adolescent girls are at high risk for

adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa: an observational multicountry study. *BMJ open*. 2016;6(6):e011783.

4. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2014;27(3):138-50.

5. Rodríguez Gázquez MdlÁ. Factores de riesgo para embarazo adolescente *Medicina UPB*. 2008;27(1):47-58.

6. UNICEF PI. Experiences and accounts of Pregnancy amongst adolescents: An approximation towards the cultural, social and emotional factors influencing teenage pregnancy, through a study in six countries in the region Panamá, Republic of Panamá; 2014.

7. Jorge Rodríguez LAaCDCC-PDoE. HIGH ADOLESCENT FERTILITY IN THE CONTEXT OF DECLINING FERTILITY IN LATIN AMERICA United Nations Department of Economic and Social Affairs 2013(2013/14).

8. Cugola FR, Fernandes IR, Russo FB, Freitas BC, Dias JL, Guimaraes KP, et al. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. *Nature*. 2016;534(7606):267-71.

9. Informática INdEe. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. 2015:490.

10. Perú MdSd. PLAN MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES 2013-2021 2013:60.

11. Adolescentes” MdCplclpEdSCalPdS-SGPdEe. Reporte N° 4-2016-SC/MCLCP: PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS AL 2021 2016.

12. Carvajal Barona R, Fundación Fes CC, Fundación Fes CC, Pontificia Universidad Javeriana CC, Pontificia Universidad Javeriana CC, Valencia Oliveros HL, et al. Factors associated with pregnancy in adolescents 13 to 19 years in Buenaventura, Colombia. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017;49(2):290-300.

13. Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2008;58(10):541-4.
14. CARMEN ELISA FLÓREZ EV, JUANITA HENAO, CONSTANZA GONZÁLEZ, VICTORIA SOTO, DIANA KASSEM. TEENAGE CHILDBEARING IN COLOMBIA: LEVEL, TRENDS AND DETERMINANTS. A LIFE HISTORY APPROACH CEDE. 2004:155.
15. Rasch V, Silberschmidt M, McHumvu Y, Mmary V. Adolescent girls with illegally induced abortion in Dar es Salaam: the discrepancy between sexual behaviour and lack of access to contraception. Reproductive health matters. 2000;8(15):52-62.
16. PATRICIA J. DITTUS JJ. Adolescents' Perceptions of Maternal Disapproval of Sex: Relationship to Sexual Outcomes JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH 2000;2(26):268-78.
17. Corcoran J. Ecological factors associated with adolescent pregnancy: a review of the literature. Adolescence. 1999;34(135):603-19.
18. Moron-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogota, Colombia, 2010: a case-control study. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(3):179-84.
19. Mmari K, Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an update. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2013;53(5):562-72.
20. Ramaiya A, Kiss L, Baraitser P, Mbaruku G, Hildon Z. A systematic review of risk factors for neonatal mortality in adolescent mother's in Sub Saharan Africa. BMC research notes. 2014;7:750.
21. medicina EMPLd. Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia 2016.

22. Suarez Cuba MA, Policlínica C, Alcalá Espinoza M, Policlínica C. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev Méd La Paz. 2014;20(1):53-7.
23. Islam MM, Islam MK, Hasan MS, Hossain MB. Adolescent motherhood in Bangladesh: Trends and determinants. PLoS One. 2017;12(11):e0188294.
24. Pradhan R, Wynter K, Fisher J. Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. Journal of epidemiology and community health. 2015;69(9):918-24.
25. Yussif AS, Lassey A, Ganyaglo GY, Kantelhardt EJ, Kielstein H. The long-term effects of adolescent pregnancies in a community in Northern Ghana on subsequent pregnancies and births of the young mothers. Reproductive health. 2017;14(1):178.
26. Mechato A. EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA JUNIO-DICIEMBRE 2011. PIURA-PERÚ, 2012. Repositorio Universidad Nacional de Piura. 2013, Perú.
27. Lr R. Más de 1,700 embarazos adolescentes en Piura | LaRepublica.pe. La Republica; 2017.
28. Rubén, A. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Lima. Páginas 38-40.
29. Villegas, O. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Hospital II Sullana, 2007-2008. Repositorio UNP. 2009. Piura. Páginas 45-46.
30. Gutierrez, L. Factores de riesgo personales, familiares y socioculturales asociados a la gestacion en adolescentes. – Hospital de la Amistad Peru Corea 2 – II Santa Rosa. Octubre a Diciembre 2012. Repositorio UNP. 2013. Piura. Páginas 35-37

31. Mendoza W, Fondo de Población de las Naciones Unidas LP, Subiría G, Fondo de Población de las Naciones Unidas LP. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev perú med exp salud pública. 2013;30 (3): 379-85.
32. Royuela Ruiz P, Hospital Universitario Río Hortega VE, Rodríguez Molinero L, Centro de Salud Casa del Barco VE, Marugán de Miguelsanz JM, Hospital Clínico Universitario de Valladolid VE, et al. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17(66):127-36.
33. Hernández B. PENSAMIENTO ESTADÍSTICO: EL VALOR «P» Y LOS INTERVALOS DE CONFIANZA. 20. 2016.
34. Gonzales E. Religiosidad juvenil y su asociación a comportamientos sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en la Región Metropolitana. Rev chil obstet ginecol. 2017;82(4):396-407.
35. Rengifo-Venegas S. Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014 Rev méd panacea 2014;4(1):8-12.
36. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública de México. 2018;57:135-43.
37. Quintero Rondón AP, Rojas Betancur HM. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2018(44).
38. Quiroz J, Instituto Nacional de Salud Pública CM, Atienzo EE, Instituto Nacional de Salud Pública CM, Campero L, Instituto Nacional de Salud Pública CM, et al. Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. Salud pública Méx.

2014;56(2):180-8.

39. Molina A. Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. *Revista Internacional de Andrología*. 2018;16(1):8-14.

40. Torres EG. "Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de 13 a 19 años de edad del Colegio y Academia del grupo Joule Arequipa 2017". Repositorio Institucional-UNSA. 2017.

41. Enfermedades CpeCylPd. Calcular las necesidades anticonceptivas y mejorar el acceso a los anticonceptivos en respuesta al brote de la enfermedad del virus del Zika - Puerto Rico, 2016 | *MMWR*. 2017.

42. Núñez MdCBM, Jesús Roberto G. Representaciones sociales de los métodos anticonceptivos / Social Representations of Contraceptive Methods. 5. 2016.

43. Abril Matute CP, Sagñay Novillo AF. La estructura y funcionalidad familiar como factor causal en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes en etapa temprana de la parroquia Checa, Cuenca 2015. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. 2017.

44. Fedorowicz AR, Hellerstedt WL, Schreiner PJ, Bolland JM. Associations of Adolescent Hopelessness and Self-Worth With Pregnancy Attempts and Pregnancy Desire. *Am J Public Health*. 2014;104(8):e133-40.

45. Brahmbhatt H, Kågesten A, Emerson M, Decker M, Olumide A, Ojengbede O, et al. Prevalence and Determinants of Adolescent Pregnancy in Urban, Disadvantaged Settings across Five Cities. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2014;55(6 0):S48-57.

46. Calderon I. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un

área de salud. MEDISAN. 2014;18(11):1544-9.

47. Estada I. Factores familiares y socioculturales que influyen en los embarazos en adolescentes en la ciudad de Pasto. Nariño. Colombia. 2. 2015.

48. Jorge Rodríguez LAaCDCC-PDoE. Deseabilidad y planificación de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe: tendencias y patrones emergentes. Naciones Unidas CEPAL. 2017.

## VIII. ANEXOS

### Anexo I

#### “AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE MI  
PROYECTO DE TESIS

Señor

Dr. CARLOS ROJAS BARDALES

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA-PIURA.

Yo, MALAVER ORTIZ MARÍA LUCILA, alumna de la Facultad de Medicina

Humana en la Universidad Privada Antenor Orrego - Piura con ID: 000100843, lo saludo cordialmente y me pongo en contacto con usted para comunicarle mi interés en realizar una investigación en el hospital que usted lidera en el marco de mi tesis sobre:

"Factores De Riesgo sociales, familiares e individuales Asociados Al embarazo En adolescentes – Hospital de Apoyo II - 2 Sullana de Diciembre a Febrero del 2018"

Por ello solicito su autorización y revisión del protocolo de mi investigación para desarrollar este estudio y me gustaría contar con su colaboración junto con la del personal del servicio de ginecología.

Sin otro en particular, me despido cordialmente.

---

LUCILA MALAVER ORTIZ

DNI 74138134

---

DR. VÍCTOR VILLAVICENCIO

ASESOR

## **Anexo II**

### **"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"**

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE MI  
PROYECTO DE TESIS

Señor

Dr. Nelson Martín Navarro Jiménez

JEFE DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO II-2  
SULLANA



Yo, MALAVER ORTIZ MARÍA LUCILA, alumna de la Facultad de Medicina Humana en la Universidad Privada Antenor Orrego - Piura con ID: 000100843, lo saludo cordialmente y me pongo en contacto con usted para comunicarle mi interés en realizar una investigación en el servicio que usted lidera en el marco de mi tesis sobre:

“Factores De Riesgo sociales, familiares e individuales Asociados Al embarazo En adolescentes – Hospital de Apoyo II - 2 Sullana de Diciembre a Febrero del 2018”

Por ello solicito su autorización y revisión del protocolo de mi investigación para desarrollar este estudio y me gustaría contar con su colaboración junto con la del personal del servicio de ginecología.

Sin otro en particular, me despido cordialmente.

---

LUCILA MALAVER ORTIZ

DNI 74138134

---

DR. VÍCTOR VILLAVICENCIO

ASESOR

### **Anexo III**

#### **ENCUESTA**

“Factores De Riesgo sociales, familiares e individuales Asociados Al embarazo En adolescentes – Hospital de Apoyo II - 2 Sullana de Diciembre 2017 a Febrero del 2018”

#### **FACTORES INDIVIDUALES:**

a) Edad: \_\_\_\_\_

b) Residencia: \_\_\_\_\_

- c) Religión:  
Católica: (     ) )  
Evangélica: (     ) )  
Atea: (     ) )  
Otras: especificar (     ) )
- d) Estado civil:  
Soltera (     ) )  
Casada (     ) )  
Conviviente (     ) )  
Viuda (     ) )  
Divorciada (     ) )
- e) Menarquia (edad de primera menstruación):\_\_\_\_\_
- f) Edad de tu primera relación sexual:\_\_\_\_\_
- g) Método anticonceptivo que usaste en tu primera relación sexual:  
Condón masculino(     ) )  
Ampolla mensual (     ) )  
Anticonceptivos orales (     ) )  
Coito interruptus "eyacula afuera" (     ) )  
Ninguno (     ) )
- h) Número de Parejas sexuales hasta la actualidad:\_\_\_\_\_
- i) Grado de instrucción:  
Analfabeta (     ) )  
Primaria incompleta (     ) )  
Primaria completa (     ) )  
Secundaria incompleta (     ) )  
Secundaria completa (     ) )  
Superior técnica incompleta (     ) )  
Superior universitaria incompleta (     ) )
- j) Ocupación:  
Ama de casa (     ) )  
Estudiante (     ) )  
Comerciante (     ) )  
Empleada del hogar (     ) )  
Otros especificar (     ) )

- k) Dependencia económica:
- Padres (      )
  - Pareja (      )
  - Institución (      )
  - Propia (      )
- l) Tipo de sustancias que consumes con mayor frecuencia:
- Drogas (      )
  - Alcohol (      )
  - Cigarrillo (      )
  - Otros: especificar (      )
  - Ninguno (      )
- m) Convives con tu pareja o enamorado actualmente?
- Si (      )
  - No (      )
- n) Has mantenido relaciones sexuales sin consentimiento en alguna etapa de tu vida por algún adulto:
- Si (      )
  - No (      )
- o) Tuviste o tienes el deseo de embarazarte:
- Si (      )
  - No(      )
- p) Método anticonceptivo utilizado actualmente:
- Condón masculino(      )
  - Ampolla mensual (      )
  - Anticonceptivos orales (      )
  - Coito interruptus "eyacula afuera" (      )
  - Ninguno (      )
- q) Motivo por el cual decidiste tener tu primera relación sexual:
- Iniciativa propia (      )
  - Presión de amigos (      )
  - Relación sexual sin consentimiento "violación" (      )
  - Influencia de los medios de comunicación (      )
  - Ninguno (      )

## **II) FACTORES FAMILIARES:**

a) Nivel socioeconómico (\*)

• *Ingreso familiar (Mensual en soles)*

- Menos S/ 460 ( )

- S/460 a 1200 ( )

- Mas de S/ 1200 ( )

- Mas de S/10000 ( )

• *Material de vivienda:*

Rustico ( )

Noble ( )

Otros: especificar ( )

• *Servicios básicos*

Si ( ) No( )

b) Tipo de familia:

Nuclear: papá, mamá y hermanos viven juntos ( )

Monoparental: conforman uno de los padres y tus hermanos ( )

Familia madre soltera: mamá desde su embarazo asumió tu crianza  
( )

Familia de padres separados: no viven juntos, no son pareja pero  
cumplen con el rol de padres hacia sus hijos ( )

c) Funcionalidad de la familia: TEST DE APGAR FAMILIAR

**Instrucciones:** Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

- c) Has sido maltratada física o psicológicamente por algún miembro de tu familia:  
 Si ( )  
 No ( )
- d) Tus padres o tutores te dejan salir a fiestas u a otros lugares hasta altas horas de la noche sin reclamarte y sin preocuparse por ti?  
 Si ( )  
 No ( )
- e) En qué momento del día vez a tus padres o tutores:  
 En la mañana ( )  
 En la tarde ( )  
 En la noche ( )  
 No los veo durante todo el día ( )
- f) Tu mamá o hermana fueron madres durante los 10 a 19 años?  
 Si ( )  
 no ( )
- g) Nivel de instrucción de tu mamá:  
 Analfabeta ( )  
 primaria incompleta ( )  
 primaria completa ( )  
 secundaria incompleta ( )  
 secundaria completa ( )

- superior técnica completa ( )  
superior universitaria completa ( )

### **III) FACTORES SOCIALES:**

- A) De dónde obtienes información sobre métodos de planificación familiar?
- Amiga ( )
  - Colegio ( )
  - Internet ( )
  - Centros de salud más cercano ( )
  - Madre ( )
  - Ningún sitio ( )
- B) Tus amigos te incitan a que tengas relaciones sexuales?
- Si ( )
  - No ( )
- C) En caso no continúes el colegio o tu educación superior por qué motivo fue?
- Por voluntad ( )
  - Por embarazo ( )
  - Por falta de recursos ( )
  - Por influencia de pareja o amigos ( )
- D) Conocimiento del uso de métodos de planificación familiar:
- 1.-¿Los métodos llamados naturales son muy eficaces?  
Si ( ) No ( ) No lo sé ( )
  - 2.-Durante la semana de descanso de la píldora, ¿hay que utilizar otro método complementario?  
Si ( ) No ( ) No lo sé ( )
  - 3.-¿Existe riesgo de embarazo si se eyacula directamente en la entrada de la vagina aunque no haya penetración?  
Si ( ) No ( ) No lo sé ( )
  - 4.-¿El DIU previene del contagio de VIH?  
Si ( ) No ( ) No lo sé ( )
  - 5.-El diafragma solo es adecuado para mujeres casadas  
Si ( ) No ( ) No lo sé ( )

6.-¿El coito interrumpido es un método anticonceptivo eficaz?

Si ( ) No ( ) No lo sé ( )

7.-¿Existen los condones femeninos?

Si ( ) No ( ) No lo sé ( )

8.-La píldora del día después previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual

Si ( ) No ( ) No lo sé ( )

9.-Hay riesgo de embarazo la primera vez que se tienen relaciones con penetración

Si ( ) No ( ) No lo sé ( )

10.-Las cremas espermicidas se colocan en la vagina aproximadamente diez minutos antes del coito

Si ( ) No ( ) No lo sé ( )

(\* El Nivel socioeconómico: Se clasificara en:

- Alto: sueldo mayor de 10 000 soles, casa de material noble, trabajo estable, servicios básicos,

- Medio: Casa de material noble, cuenta con servicios básicos, sueldo > de 1000 soles.

- Bajo: Casa de material rustico o noble, no cuenta con servicios básicos, sueldo menor o igual a 460 soles

## Anexo IV

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Factores De Riesgo sociales, familiares e individuales Asociados Al embarazo En adolescentes – Hospital de Apoyo II - 2 Sullana Diciembre a Febrero del 2018”.

El presente estudio tiene como objetivos determinar los factores de riesgo sociales, familiares e individuales asociados al embarazo en adolescentes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana de Diciembre a Febrero del 2018; por lo que se le solicita a usted la participación en el presente trabajo de investigación, la cual es voluntaria. Antes de tomar una determinación de su participación, lea con atención lo siguiente:

El procedimiento que se llevará a cabo en este estudio es el siguiente:

- Se le solicitará responder a su hija o apoderada una encuesta la misma que será analizada por el investigador egresado de la Facultad de Medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO – Piura) y que se desarrolla en este hospital.
- Toda la información obtenida en el presente estudio es confidencial, los resultados serán adjuntados en su historia clínica los que se le darán a conocer en su siguiente consulta.
- No existe riesgo alguno para el paciente en el presente estudio.
- En caso de no estar dispuesto de dejar participar a su hija o apoderada en el estudio, no será presionada para que realice el estudio.
- No existirá compensación económica alguna, pero el resultado final de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud de su hija o apoderada le será dada a conocer en forma gratuita.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles:

- Yo.....
- Documentada con D.N.I.....



- Domiciliada en.....

Acepto dar mi consentimiento para que mi hija o apoderada participe en el presente estudio y se someta a todas las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento por el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma de la apoderada

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

**ASENTIMIENTO INFORMADO**

“Factores De Riesgo sociales, familiares e individuales Asociados Al embarazo En adolescentes – Hospital de Apoyo II - 2 Sullana Diciembre a Febrero del 2018.”

El presente estudio tiene como objetivos determinar los factores de riesgo sociales, familiares e individuales asociados al embarazo en adolescentes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Diciembre a Febrero del 2018; por lo que se le solicita a usted la participación en el presente trabajo de investigación, la cual es voluntaria. Antes de tomar una determinación de su participación, lea con atención lo siguiente:

El procedimiento que se llevará a cabo en este estudio es el siguiente:

- Se le solicitará responder a una encuesta la misma que será analizada por el investigador egresado de la Facultad de Medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO – Piura) y que se desarrolla en este hospital.
- Toda la información obtenida en el presente estudio es confidencial, los resultados serán adjuntados en su historia clínica los que se le darán a conocer en su siguiente consulta.
- No existe riesgo alguno para el paciente en el presente estudio.
- En caso de no estar dispuesto participar en el estudio, no será presionada para que realice el estudio.
- No existirá compensación económica alguna, pero el resultado final de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud de su hija o apoderada le será dada a conocer en forma gratuita.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles:

- Yo.....
- Documentada con D.N.I.....
- Domiciliada en.....

Acepto participar en el presente estudio y se someta a todas las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento por el

presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador