



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS:

**“VARIABLES ASOCIADAS Y SU RELACION CON EL EMBARAZO
PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD AMERICA,
SAN JUAN – 2015”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

Autoras:

**Arimuya Flores, Ana Alejandrina
Rengifo Noriega, Francesca Margareth
Rengifo Souza, Katty Ana**

Asesores:

**Dra. Zoraida Rosario Silva Acosta
Ing. Rodil Tello Espinoza. Dr.**

**IQUITOS - PERÙ
2015**

**“VARIABLES ASOCIADAS Y SU RELACION CON EL EMBARAZO
PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD AMERICA, SAN JUAN – 2015”**

Presentado por:

ARIMUYA FLORES, ANA ALEJANDRINA
RENGIFO NORIEGA, FRANCESCA MARGARETH
RENGIFO SOUZA, KATTY ANA

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como propósito; determinar cuáles son las variables asociadas y su relación con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015.

La muestra estuvo conformada por 127 gestantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y el test de Apgar modificado. La técnica que se empleó fue la entrevista. El estudio fue de tipo no experimental con un diseño descriptivo correlacional, para el análisis univariado se utilizó las frecuencias simples y porcentuales y para el análisis bivariado se utilizó la prueba no paramétrica del χ^2 , el nivel de significancia fue $\alpha=0.05$. Los resultados fueron: Existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción ($p= 0,000$), ocupación ($p= 0,000$), estado civil ($p= 0,028$), inicio de la relación sexual ($p= 0,000$), funcionalidad familiar ($p= 0,005$), antecedentes familiares ($p= 0,005$), uso de método anticonceptivo ($p= 0,005$), conocimiento sobre planificación familiar ($p = 0,001$), conocimiento sobre salud sexual y reproductiva ($p= 0,000$).

Palabras clave: embarazo precoz, adolescente

**"VARIABLES AND ITS RELATIONSHIP WITH EARLY PREGNANT
TEEN PREGNANCY SERVED IN AMERICA HEALTH CENTER, SAN
JUAN - 2015"**

Presented by:

ARIMUYA FLORES, ANA ALEJANDRINA
RENGIFO NORIEGA, FRANCESCA MARGARETH
RENGIFO SOUZA, ANA KATTY

SUMMARY

This research study was aimed; identify the associated variables and their relationship with early pregnancy in pregnant adolescents seen at the Health Center America, San Juan are - 2015.

The sample consisted of 127 pregnant women. The instruments used were the questionnaire and modified Apgar test. The technique used was the interview. The study was not experimental type a descriptive correlational design for univariate analysis simple and percentage frequencies was used for bivariate analyzes and the nonparametric test of Chi², the significance level used was $\alpha = 0.05$. The results were statistically significant association exists between the level of education ($p = 0.000$), occupation ($p = 0.000$), marital status ($p = 0.028$), onset of intercourse ($p = 0.000$), family functioning ($p = 0.005$), family history ($p = 0.005$), use of birth control ($p = 0.005$), knowledge about family planning ($p = 0.001$), knowledge about sexual and reproductive health ($p = 0.000$).

Keywords: early pregnancy, teen

TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PUBLICA EN LA FACULTAD
DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA
AMAZONIA PERUANA EL DIADEL MES DE.....DEL 2015
POR EL JURADO CALIFICADOR.

JURADOS:

Dra. CARMEN DIAZ DE CORDOVA

PRESIDENTA

Dra. LUZ AVELINA CUBAS DE PACHECO

MIEMBRO

Dra. ZORAIDA ROSARIO SILVA ACOSTA

ASESOR METODOLÓGICO

ING. RODIL TELLO ESPINOZA. DR.

ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

Agradecer infinitamente a Dios por darme salud, fortaleza y guiar mis pasos día a día y permitirme llegar hasta el final de mi carrera.

Con mucho amor y cariño a mis amados padres Carmela y Miguel por estar conmigo en todo momento; por brindarme su apoyo incondicional y por haber confiado en mí.

A mis hermanos especialmente a Livania, Bertha y Grover que siempre estuvieron listos para brindarme su apoyo en todo momento.

A Arnold por su paciencia y apoyo incondicional, por estar siempre a mi lado guiándome y dándome fuerzas en todo momento para crecer cada día y ser una mejor persona

ANA ALEJANDRINA

DEDICATORIA

“A Dios como ser supremo y creador nuestro, por estar conmigo a cada momento cuidándome, guiándome , llenándome de fuerzas para superar todos los obstáculos desde el principio de mi vida”

“Con todo mi amor y cariño a mi amada madre JULIA LILY, porque me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento, gracias por creer en mí y estar siempre a mi lado, aunque pasamos momentos difíciles siempre ha estado apoyándome, aconsejándome y dándome fuerzas para perseverar en la vida, todo es por ti madre, te amo”

“A mis hermanos, VIVIANA, JULLY, FIORELLA Y JESUS, que siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda, por estar siempre unidos en todo”

“A GUILLERMO, por su apoyo incondicional su paciencia y comprensión, siempre estuvo permanente en los momentos buenos y malos, como soporte cuando más lo necesitaba, brindándome las fuerzas necesarias para seguir adelante y lograr todas mis metas”.

FRANCESCA MARGARET

DEDICATORIA

Gracias a Dios, por haberme dado vida salud y fortaleza ayudándome a superar los obstáculos que se interpusieron a lo largo de mi carrera profesional.

Con cariño y amor a mis padres Marlon y Zarela que hicieron todo en la vida para que pudiera lograr mis metas y sueños, por motivarme y brindarme ese apoyo incondicional por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis suegros, Rodil y Celia que siempre estuvieron listos para brindarme todo su apoyo, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado, gracias.

A mi esposo Carlos y a mi adorado hijo Luis que siempre estuvieron ahí para brindarme su apoyo, paciencia y comprensión, porque fueron mi fuente de inspiración y superación; ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de sus aportes de conocimiento, gracias por estar a mi lado.

KATTY ANA

RECONOCIMIENTO

A cada uno de los docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana por brindarnos las enseñanzas durante nuestra trayectoria universitaria y también a cada una de las personas que contribuyeron con el desarrollo de la tesis.

A los miembros del jurado: Dra. Carmen Díaz Martínez (Presidenta) y a la Lic. Dra. Avelina Cubas de Pacheco (Miembro) por sus aportes y sugerencias en el desarrollo de la investigación.

A la Dra. Zoraida Rosario Acosta Silva por ser nuestra asesora y brindarnos sus aportes y conocimientos para la realización del proyecto de investigación.

Al personal que labora en la biblioteca especializada de la Facultad de Enfermería por brindarnos las facilidades para acceder a la bibliografía que hizo posible la realización de este trabajo de investigación.

Al señor Valdemar Rodríguez Salvador por brindarnos su apoyo en la parte estadística para el desarrollo del proyecto de investigación.

A todas las gestantes, por haber participado voluntariamente durante la recolección de datos de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESÚMEN	Pág.
CAPITULO I	
Introducción	1
Problema de Investigación	4
Objetivos	5
CAPITULO II	
Marco teórico	6
Definiciones operacionales	40
Hipótesis	44
CAPITULO III	
Metodología	
Método y Diseño de Investigación	46
Población y Muestra	46
Técnicas e Instrumentos de Recolección	47
Procedimiento de Recolección de Datos	48
Análisis de Datos	49
Limitación	50
Protección de los derechos Humanos	50
CAPITULO IV	
RESULTADOS	51
DISCUSION	64
CONCLUSIÓN	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	TITULO	Pág.
01	VARIABLES ASOCIADAS AL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD AMÉRICA -2015	51
02	EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD AMÉRICA -2015	54
03	GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD AMÉRICA -2015	55
04	Ocupación y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	56
05	Estado civil y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	57
06	Inicio de relación sexual y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	58
07	Funcionalidad familiar y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	59
08	Antecedentes familiares y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015 y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	60
09	Uso de métodos anticonceptivos y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	61
10	Conocimiento sobre planificación familiar y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	62
11	Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el centro de salud América -2015	63

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema social, económico y de salud pública, de considerable magnitud, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea; porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pre término o parto por cesárea por inmadurez fisiológica; si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta; además es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé.⁽¹⁾

El embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad; comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.⁽²⁾

Las adolescentes que asumen la maternidad, tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevar a la muerte.⁽³⁾

La Organización de las Naciones Unidas (ONU - 2013). En su publicación del Fondo de Población de Naciones Unidas, refiere que el 95% de los alumbramientos que tienen como protagonistas a adolescentes o niñas en el mundo tiene lugar en países en vías de desarrollo.⁽⁴⁾

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL - 2013), informa que la alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica,

es superada por África, y va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de un país; entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad en adolescentes. ⁽⁵⁾

Garrido J. (2014) cita a la Encuesta Nacional Demográfica y Salud (ENDES 2013), publicada en 2014, donde muestra, que los embarazos en adolescentes aumentaron de 13.2%, en 2012, a 13.9% en 2013, además que existe una creciente prevalencia de embarazo en la costa norte y particularmente en Lima, que en conjunto congregan a más de la mitad de la población de mujeres jóvenes embarazadas; el embarazo adolescente pasó de 4.4% en 1991/92 a 10.6% en 2013, mientras que en el resto de la costa creció de 10.8% a 15.4% ; sin embargo, en porcentajes, las regiones de selva (Loreto, Madre de Dios) y las rurales (Ayacucho) siguen concentrando mayor prevalencia de embarazos adolescentes; otro aspecto resaltante es que el embarazo en universitarias en las últimas dos décadas aumentó de forma significativa, pues pasó de 2.7% en 1991/92 a 8.5% en el 2013. ⁽⁶⁾

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI- 2013), Reporta que el Perú es un extenso país que cuenta con 30 millones 475 mil 174 habitantes, de los cuales 50.1% son varones y 49.9% mujeres, el comportamiento de las adolescentes de 15 a 19 años de edad presenta diferencias sociales y demográficas. Entre los años 1996 y 2012, se incrementó el porcentaje de mujeres cuya primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años de edad, al pasar de 4.6% al 6.0%, en efecto, 22 de cada 100 adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres en el área rural, mientras que, en el área urbana es 10 de cada 100 mujeres adolescentes. ⁽⁷⁾

Dirección Regional de Salud - Loreto DIRESA (2014) reporto casos de embarazos en adolescentes entre 10 a 19 años un total de 342 adolescentes

distribuidos de la siguiente manera: 125 pertenecen a la provincia de Maynas de las cuales 13 son adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 14 años y 112 de edades entre 15 a 19 años; 81 son de la provincia de Loreto y alto amazonas, 06 de 10 a 14 años y 75 de 15 a 19 años respectivamente; 40 pertenecen a la provincia de Ucayali de las cuales 06 tienen edades entre 10 a 14 años y 34 entre las edades de 15 a 19 años, además en este grupo etario 8 son de Requena; 4 de Ramón Castilla y 3 del Daten del Marañón

Por todo lo expuesto las investigadoras pretenden dar respuesta a la interrogante siguiente: ¿Cuáles son las variables asociadas y su relación con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015?

Los resultados de la presente investigación servirán a la comunidad científica como una fuente de información para futuras investigaciones, a los profesionales de Salud y Educación para reformular políticas, programas y proyectos relacionados a trabajos con este grupo etario en temas de embarazo precoz y a las adolescentes de la comunidad asumir responsabilidad respecto a su salud sexual y reproductiva.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las variables asociadas y su relación con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud de América, San Juan – 2015?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar cuáles son las variables asociadas y su relación con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015

ESPECÍFICOS:

Identificar variables asociadas tales como: grado de instrucción, ocupación, estado civil, inicio de relaciones sexuales, funcionalidad familiar, antecedentes familiares, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre planificación familiar, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015

Identificar el embarazo precoz: temprano, intermedio y tardío en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015

Establecer la relación entre variables asociadas y el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Quesada M. (Venezuela 2010) en su estudio de análisis sobre la caracterización del embarazo precoz, su impacto en la familia y el medio social, cuya muestra estuvo constituida por 52 embarazadas los resultados fueron: predominó el grupo de 15 a 18 años; cuyos resultados fueron más de la mitad satisfacían de forma regular sus necesidades básicas y asumieron relaciones sexuales precoces, entre las situaciones sociales tuvieron mayor influencia las nuevas exigencias económicas y la privación de las actividades propias de su edad. ⁽⁸⁾

Merino E. (El Salvador 2011). Realizó un estudio sobre factores que influyen en el embarazo de adolescentes. La muestra fue de 38 adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de la Unidad de Salud de AltaVista. Cuyos resultados fueron: no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados; sin embargo encuentra que la desintegración familiar es uno de los principales factores sociales que influye en el embarazo de las adolescentes; otros, tales como la drogadicción, hacinamiento, maltrato, violencia intrafamiliar y violaciones no fueron contributarios. De igual forma, no hubo relación en el embarazo de las adolescentes por desempleo y/o falta de ingresos económicos en la familia. ⁽⁹⁾

Pazmiño L. (Ecuador 2011) En su estudio “factores de riesgo psicosociales y familiares involucrados en el embarazo de adolescentes en las edades comprendidas de 12 a 19 años, que acuden a control en Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja”. la población la constituyeron 75 adolescentes, los resultados fueron: Los factores de riesgo prevalentes en el embarazo de adolescentes fueron: la edad de la menarquía a los 13 años, el

inicio de las relaciones sexuales entre los 14 a 17 años 66,66%; el no uso de métodos anticonceptivos 49,33%, así como la repetición inter generacional en la que el 20% tiene el antecedente de embarazo precoz en la madre, el 33% la hermana, el 10,67% en la madre y hermana y un 36% no tiene antecedente de embarazo en adolescentes en sus familiares cercanos.⁽¹⁰⁾

Gómez M.C (Colombia 2012) en su estudio de investigación Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes. Estudio Cross sectional, realizado en el área urbana del municipio de Briceño, Antioquia. Las adolescentes que respondieron las encuestas fueron 193. Los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente Fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01- 9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.⁽¹⁵⁾

León V. Litardo A. (Ecuador 2013) en su estudio de investigación sobre Factores predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en un hospital base del Ministerio de Salud Pública. La población fue de 223 adolescentes; lo cual dio como resultado: la edad promedio de las adolescentes fue de 13 a 19 años. El 61,9% tuvo instrucción secundaria completa y el 37,7% iniciadas en instrucción superior. El 49,8%, tuvo unión libre, el 24,7% solteras y el 25,6%

casadas. El 59,6% vive en zona rural; El 8,1% de los partos fueron pre término. El 22,4% fueron partos distócicos y el 17,9% terminaron por cesárea. Las adolescentes embarazadas provienen de una familia disfuncional en el 82.1 % de los casos. El 34.5 % de las adolescentes tratan temas de sexualidad con sus familias, siendo la madre, su principal interlocutora. El 80.7 % de los casos refiere tener buena relación con la pareja. El 70,8% de las adolescentes tenía conocimientos previos sobre planificación familiar ⁽¹¹⁾

Osorio R. (Perú 2014) en su estudio de investigación sobre factores que se asocian al embarazo en la adolescencia atendidas en el hospital de apoyo María Auxiliadora de la ciudad de Lima, de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo, se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los Consultorios Externos del Departamento de Gineco-obstetricia. Los resultados fueron 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. ⁽¹²⁾

Rodríguez A. (Iquitos 2014), en su estudio de investigación factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I -2 Masusa. La muestra estuvo constituida por 96 adolescentes gestantes, entre los hallazgos relevantes se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre la menarquia ($p=0.028$); la edad de inicio de la actividad sexual ($p=0.019$); presencia de los padres ($p=0.015$); presión del grupo ($p=0.040$); relación familiar ($p=0.020$), antecedentes de embarazo adolescente ($p=0.070$) y el nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes ⁽¹³⁾

Carpio E. (Iquitos, 2010) en su estudio, Factores biosociodemográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, trabajó con una muestra de 279 historias clínicas de adolescentes gestantes, cuyos resultados fueron: Que existe relación estadística entre el grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0.000$); la edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0.000$); la procedencia y el embarazo precoz ($p=0.008$); así mismo encontró que no existe relación estadística entre el estado civil y embarazo precoz ($p=0.104$); el número de parejas sexuales y el embarazo precoz ($p=0.278$).⁽¹⁴⁾

BASE TEORICA

LA ADOLESCENCIA

Es la etapa de vida en la que a partir de las experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla el/la adolescente, empieza el proceso de individualización y socialización, marcado por la transformación de sus cuerpos y la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva; durante la adolescencia se construye la identidad personal, a través de la búsqueda de figuras con las cuales identificarse, tanto en el entorno social como en el marco del hogar y las referencias familiares⁽¹⁶⁾

Gamboa C; Valdez S.(2012) Según su publicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), señala que la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la vida al transitar de la niñez a la edad adulta, por lo tanto, se considera que las decisiones serán decisivas para el futuro del individuo.⁽¹⁷⁾

Menacho L. (2012) en su publicación cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien define como adolescencia al “periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica “y fija sus límites entre los 10 y 19 años; es considerada como un periodo de vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial⁽¹⁸⁾.

Según el Ministerio de Salud (MINSAL- 2012) refiere que los adolescentes son todas las personas entre 10 y 19 años, y que en la etapa de su vida presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad;

asimismo, es la etapa en el que se fijan prácticas de valores que determinaran su forma de vida sean o no saludables en el presente y en su futuro. ⁽¹⁹⁾

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud, considera tres etapas: Adolescencia Temprana (10 a 13 años), Adolescencia Media (14 a 16 años), y la adolescencia Tardía (17 a 19 años), sin embargo la condición de adolescencia no es uniforme y varia el grupo social que se considere apto. ⁽²⁰⁾

Adolescencia Temprana (de 10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales y reales; personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia intermedia (de 14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático; psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, para muchos, la edad promedia de inicio de experiencias y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, muy preocupado por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan físicamente con la moda.

Adolescencia tardía (de 17 a 19 años): Casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las

relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes."⁽²¹⁾

PERFIL DE LOS ADOLESCENTES A NIVEL MUNDIAL

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países de desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por VIH (más de 7000 por día ocurre en jóvenes)
- La violación o incesto ocurre en 7 a 34% en niñas y en 3 a 29% en niños.
- El 10% de partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva.⁽²²⁾

EMBARAZO

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto, la duración media es de 269 días (cerca de 9 meses-calendario). También se puede decir que es un estado en el cual la mujer, por la posibilidad que le brinda su sistema reproductivo puede albergar dentro de su útero, rodeado de líquido amniótico, que está contenido en el saco amniótico, a un nuevo ser, producto de la fecundación del óvulo por parte de un espermatozoide masculino.⁽²³⁾

CUADRO CLÍNICO

Síntomas: Amenorrea, náuseas y vómitos, hormigueo mamario, mastalgia, micción frecuente y urgente, percepción de movilidad fetal (después de la semana 14). Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso; menos frecuentemente puede haber sialorrea, anorexia, disgeusia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, tendencia a vértigos, lipotimias, insomnio o somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios.

Signos: Leucorrea, cambios de color, consistencia, tamaño o forma del cuello uterino o el útero. Elevación de la temperatura, aumento de tamaño del abdomen, aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y descarga por el pezón, soplo pélvico y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino, pigmentación cutánea (cloasma y “línea negra”) y épulis después de la semana 12.⁽²⁴⁾

CAMBIOS EN EL CUERPO Y MOLESTIAS

Acidez e indigestión, adormecimiento u hormigueo en las manos, calambres en las piernas, cambios en los senos, dolores corporales, estreñimiento, estrías, cambios en la piel, fatiga, problemas para dormir, frecuencia urinaria y pérdidas, hemorroides, hinchazón, mareo, náuseas matutinas, picazón, problemas nasales, venas varicosas.⁽²⁵⁾

TIPOS

Existen tres tipos o clases distintas de embarazo:

EMBARAZO INTRAUTERINO: Este embarazo es convencional o normal, es decir, aquel en donde el feto se implanta en el interior del útero (de ahí su nombre) y crece de manera corriente, sin ningún tipo de alteración o complicación.

EMBARAZO ECTÓPICO: El vocablo ectópico significa *fuera de lugar* y hace referencia a aquel embarazo que se produce fuera del útero de la madre. El embrión suele ubicarse en alguno de los canales a través de los cuales el óvulo se dirige al ovario, como las trompas de Falopio. Aunque también puede situarse en el abdomen, el mismo ovario, etc., y no existe la posibilidad de que el niño pueda desarrollarse y sobrevivir en dichas condiciones.

EMBARAZO MOLAR: Este embarazo tiene la particularidad de que el ovulo fue fertilizado de manera anormal. A partir de esto, la placenta crece desproporcionadamente y se transforma en un conjunto de quistes denominado *mole hidatidiforme*. Como consecuencia el embrión no llega a formarse y no sobrevive.⁽²⁶⁾

ETAPAS

Mes 1 de embarazo (semana 1-4). Durante el primer mes de embarazo, los procesos orgánicos en el aparato reproductor siguen el curso normal del ciclo menstrual, con la diferencia que esta vez se ha producido la fecundación del óvulo por el espermatozoide y la implantación del embrión en el endometrio culminó con éxito.

Mes 2 de Embarazo (semana 5-9). A principios del segundo mes de embarazo es muy posible que, si aún no habías tenido ninguno, comiences ahora a notar los primeros síntomas de embarazo. Esto está debido a la reacción del cuerpo a las grandes concentraciones de la hormona del embarazo, cuya producción se inicia a partir de la semana 4 de embarazo y va aumentando gradualmente.

El primer síntoma de embarazo es la ausencia de menstruación. Las mujeres que llevan un control de su ciclo menstrual (quizás porque están buscando su embarazo) son las primeras en darse cuenta de esta falta y generalmente realizan en este momento el primer test de embarazo, cuyos resultados en la quinta semana de embarazo son completamente fiables.

Mes 3 de embarazo (semana 10-13). Es posible que a principios del tercer mes de gestación, algunas mujeres aún no sepan que están embarazadas, pero sin duda alguna se darán cuenta de ello durante el curso de este mes: los síntomas de embarazo son evidentes y alcanzan su cenit durante esta etapa, las náuseas, cansancio, gases, etc. acompañan a la futura madre casi a cada hora del día. La buena noticia es que a partir de la semana 15 de embarazo estos síntomas normalmente comenzarán a ceder. Los cambios físicos también son evidentes, los pechos y la barriga han aumentado de tamaño y probablemente han cambiado su forma normal. Probablemente hayas aumentado algún kilo de peso.

Mes 4 de embarazo (semana 14-17). El futuro bebé alcanzará durante esta semana los 18 cm y llegará a pesar unos 180 gr. Esta etapa del embarazo está caracterizada por la gran actividad fetal. A finales de este mes el futuro bebé empezará a tomar consciencia de su existencia y comenzará a explorar el seno materno: moverá sus manos, dará vueltas, se tocará así mismo y sus alrededores, presionará las paredes de la matriz

Mes 5 de embarazo (semana 18-22). A partir del 5º mes de embarazo, la madre será capaz de notar todos los movimientos de su futuro hijo. Estudios han mostrado que se puede deducir el carácter del futuro bebé en base a los movimientos que éste realiza dentro del seno materno: A mayor actividad durante el embarazo, más activo será tu bebé una vez haya nacido.

Mes 6 de embarazo (semana 23-27). A partir de este mes notarás a menudo las famosas patadas del bebé, el cual estira sus extremidades con objeto de hacerse sitio en una matriz que cada vez se le hace más pequeña. El feto no puede moverse con la soltura de los meses anteriores: la época de dar volteretas se ha acabado para él.

Mes 7 de embarazo (semana 28-31). A finales del séptimo mes de embarazo, tu bebé medirá alrededor de 40 cm. y pesará cerca de 1200 gramos. Ahora llena prácticamente todo el útero, es por eso que se reduce la cantidad de líquido amniótico y el tamaño de la placenta. Poco a poco se va formando una capa de grasa, la cual le protegerá del frío fuera del seno materno. Estudios científicos muestran que a partir de este mes el feto es capaz de regular su propia temperatura corporal. El lanugo -la fina masa capilar que recubre a tu bebé- aumentará y cubrirá su espalda, brazos y piernas; pero no te preocupes, este vello desaparece hacia las últimas semanas de embarazo.

Mes 8 de embarazo (semana 32-36). El esperado momento del nacimiento está cada vez más cerca. Seguramente ahora te asaltan otro tipo de interrogantes e

inquietudes. ¿Cómo será? ¿Surgirán problemas durante el parto? Normalmente, si el embarazo ha cursado hasta ahora sin dificultades, no hay motivos para que te preocupes, el peligro de que le ocurra algo al feto es prácticamente nulo.

Mes 9 de embarazo (semana 37-40). Durante el último mes de embarazo el bebé, que ya se ha desarrollado plenamente y puede venir al mundo en cualquier momento, reforzará sus defensas beneficiándose de los anticuerpos que recibe de la madre. Se chupa a menudo el dedo pulgar y traga alrededor de dos litros diarios de líquido amniótico: su organismo se prepara para la lactancia y la vida fuera del seno materno.

El bebé puede alcanzar los 50 cm y pesar alrededor de 3500 gramos, aunque estas medidas son sólo aproximadas y pueden oscilar: el tamaño y peso del bebé está estrechamente ligado y depende del tamaño y peso de los propios padres.⁽²⁷⁾

Métodos auxiliares de diagnóstico clínico del embarazo

Subunidad beta de la hormona gonadotrofina coriónica (HCG): se basa en la medición en sangre de la hormona gonadotrofina coriónica, (es una hormona que se produce exclusivamente si la mujer está embarazada, en las células que formarán la placenta). Se puede medir a partir de los 7 días siguientes a la implantación del huevo.

Método de certeza

Se utiliza la ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo. Se puede realizar por vía transabdominal (la mujer debe un tiempo antes no orinar y tomar líquido para distender la vejiga y desplazar el intestino hacia arriba, permitiendo la visualización del útero) o por vía transvaginal (la paciente se coloca en posición ginecológica y se introduce por vía vaginal un dispositivo, llamado transductor, cubierto por material descartable como un preservativo, que tiene el grosor de un lápiz).⁽²⁸⁾

COMPLICACIONES

El embarazo presenta las siguientes complicaciones: Rotura prematura de membranas, parto prematuro, placenta previa, embarazo prolongado, infección durante el embarazo.⁽²⁹⁾

EMBARAZO PRECOZ

Embarazo adolescente o embarazo precoz es el que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia⁽³⁰⁾

La OMS (2011) establece que la adolescencia entre los 10 y 19 años la mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazo no deseado, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos; en general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.⁽³¹⁾

Problemas del embarazo precoz: Un embarazo a temprana edad puede tener diferentes problemas como: Físicas: Causa anemia, partos complicados, aborto o expulsión del feto antes de completar su crecimiento y en los casos extremos, pérdida de la vida. Psicológicas: Frustración y depresión, producidas por la limitación de no poder seguir una vida normal, acorde con la edad; sentimiento de culpa y autoestima baja. Sociales: Rechazo de las personas, problemas familiares, deserción escolar, dificultad para conseguir empleo, y matrimonio precoz.⁽³²⁾

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo como: Placenta previa, pre eclampsia (hipertensión arterial durante el embarazo), parto prematuro, anemia grave, rotura prematura de aguas, mayor riesgo de que no acuda a las visitas ginecológicas, o no siga los consejos de su médico, mayores dificultades durante el trabajo de parto.⁽³³⁾

TIPOS DE EMBARAZO PRECOZ

Embarazo de bajo riesgo. Son los embarazos controlados, son los que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin problemas de salud.

Embarazo de alto riesgo. Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior.⁽³⁴⁾

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PRECOZ

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo como: toxemias del embarazo y del parto prematuro, Anemia, desproporción céfalo pélvica, distocias mecánicas y dinámicas, parto prolongado y difícil, muerte, abortos provocados y sus complicaciones, perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones, aumento de la morbimortalidad infantil, prematurez, bajo peso al nacer, enfermedades congénitas.⁽³⁵⁾

PROBLEMAS PSICOLÓGICO

Falta de preparación de la madre para asumir este rol, falta de información sexual por parte de los padres, ocultamiento del embarazo, madre soltera con dependencia económica, bajo nivel de escolaridad, falta de apoyo emocional, relaciones desordenadas.

SOCIALES

Deserción escolar, deficiente escolaridad y sin formación científico técnica para educar a su futuro hijo. ⁽³⁶⁾

Complicaciones para la madre adolescente: En lo Psicológico, la adolescente se encuentra en una etapa de inmadurez, que hace que acuse más el rechazo, sienta vergüenza, y sufra problemas de adaptación o de falta de apoyo emocional, ya que por lo general no tiene pareja, o la relación no está consolidada; Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

Consecuencias del embarazo adolescente

En los últimos tiempos ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

Complicaciones somáticas:

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países de desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20-24 años. Con respecto a la morbilidad materna fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es solo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por

muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para el pre eclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Complicaciones psicosociales:

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanza y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar tienen un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son razones específicas de deserción. La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.⁽³⁷⁾

VARIABLES ASOCIADAS AL EMBARAZO PRECOZ

Las variables asociadas al embarazo son las características, cualidades y condiciones sociales, personales y familiares como: grado de instrucción, ocupación, estado civil, inicio de relaciones sexuales, funcionalidad familiar, antecedentes familiares, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre planificación familiar, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de los sujetos de estudio determinada por observación y que pueda mostrar diferentes

valores entre una observación y otra, ya sea cuantitativa o cualitativamente (38,39).

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Es el nivel de instrucción de una persona en el sistema regular de educación considerado como es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos

Se distinguen los siguientes niveles:

Sin instrucción. Involucran a aquellas personas que no saben leer ni escribir.

Primarios. Se considera a aquellas personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios y/o tienen, Educación inicial, Educación Primaria

Secundarios. Consideran a aquellas personas con estudios secundarios

Formación Profesional. Considera a aquellas personas con estudios superiores universitario, técnicos, pedagógicos⁽⁴⁰⁾.

OCUPACIÓN: Se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales.

Es una actividad profesional que se concreta en trabajo, se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencias.

El Ministerio de trabajo y producción del empleo tipifica a la población económicamente activa (PEA) de la siguiente manera:

PEA ocupada: Es el conjunto de la PEA que trabaja en una actividad económica, sea o no en forma remunerada en el periodo de estudio, en este grupo se encuentra las personas que: Tienen una ocupación o trabajo al servicio de un empleador o por cuenta propia y perciben a cambio una remuneración en

dinero o especie. Tienen una ocupación remunerada, no trabajaron por encontrarse enfermos, de vacaciones, licencia, en huelga o cierre temporal del establecimiento. El independiente que se encontraba temporalmente ausente de su trabajo pero la empresa o negocio siguió funcionando. Las personas que prestan servicios en las Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales o en el Clero.

PEA subempleada: Son los trabajadores cuya ocupación no es adecuada cuantitativa y cualitativamente, respecto a determinadas normas. En el caso del Perú se considera dos grupos de subempleo, por horas y por ingresos.

Subempleo por horas (visible): Es aquel en el que se labora menos de 35 horas a la semana, se desea trabajar horas adicionales y se está en disposición de hacerlo. **Subempleo por ingresos (invisible):** Es aquel en el que se labora 35 o más horas semanales, pero su ingreso mensual es menor al ingreso mínimo de referencia.

PEA adecuadamente empleada: Está conformada por dos grupos de trabajadores: Aquellos que laboran 35 horas o más a la semana y reciben ingresos por encima del ingreso mínimo referencial, y aquellos que laboran menos de 35 horas semanales y no desean trabajar más horas.

PEA desocupada: Se considera en esta categoría a las personas de 14 años y más que en el periodo de estudio no tenían trabajo, buscaron activamente trabajo y no lo encontraron.⁽⁴¹⁾

ESTADO CIVIL: Es la Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

- **Soltero(a):** Se asigna este código a aquellas personas que nunca han estado casadas y actualmente no conviven.

- **Casado(a):** Se asigna este código sólo a aquellas personas casadas legalmente y que viven con pareja.
- **Viudo(a):** Se asigna este código a aquellas personas cuyo cónyuge ha fallecido y que no conviven ni están casados nuevamente.
- **Conviviente:** Se asigna este código a aquellas personas que hacen vida marital sin estar casados legalmente.
- **Anulado(a):** Se asigna este código a aquellas personas separadas legalmente a través de juicio de nulidad.
- **Separado de unión legal:** Se asigna este código a las personas que estando casadas legalmente actualmente se encuentran viviendo separadas.
- **Separado(a) de unión de hecho**

Se asigna este código a aquellas personas que convivían y que actualmente se encuentran viviendo separadas. ⁽⁴²⁾

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES:

Los adolescentes inician cada vez más tempranamente los noviazgos, y aunque esto es normal, ya que responde a la necesidad de todas las personas de establecer vínculos, los padres deben estar vigilantes, pues esta situación trae consigo algunos riesgos como el comienzo de las relaciones sexuales; “A partir de determinado momento, los adolescentes están en la capacidad de sentir atracción y tener deseos de establecer un vínculo, por eso hay que verlo con la naturalidad del caso, pero teniendo los cuidados necesarios, un punto importante es que los padres conozcan la pareja del hijo o la hija”, aseguró el psicólogo Erick Quesada; Según el psicólogo, ahora los noviazgos comienzan más tempranamente incluso entre los 13 y 14 años, y entre más pronto inicien una relación más atentos deben estar los padres de familia; si la diferencia de edad de los jóvenes es mucha, los padres pueden intervenir porque esto puede conllevar riesgos.

“Los noviazgos son parte de ese proceso de búsqueda de identidad por el que atraviesan los adolescentes, esto le permite conocerse psico afectivamente y responde a su necesidad de aprobación y de aceptación. Por lo general no son relaciones duraderas y son poco intensas, por ejemplo cuando pasan del colegio a la universidad, ven un mundo diferente, por lo que algunos terminan su relación”, agregó; el compromiso no siempre está presente, por eso son relaciones cortas y esto también es normal, pues los adolescentes están en un proceso de experimentar, por lo que rara vez un noviazgo de adolescencia dura hasta llegar a una relación más formal como el matrimonio, es a partir de la juventud cuando ya hay mayor madurez⁽⁴³⁾.

OPS-OMS (2014) considera al inicio de las relaciones sexuales como una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico es el más evidente, como la edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual o coital, considerándolo como:

Temprana: aquella adolescente que inició su actividad sexual a los 10 a 13 años.

Intermedia: aquella adolescente que inició su actividad sexual a los 14 a 16 años.

Tardía: aquella adolescente que inició su actividad sexual a los 17 a 19 años.
(44)

Consecuencias de Iniciar Relaciones Sexuales a Temprana Edad

Iniciar precozmente la actividad sexual durante la adolescencia, no solo tiene como riesgo principal el embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede ser causante de futuras disfunciones sexuales durante la adultez.

El Dr. Napoleón Paredes, desde el punto de vista ginecológico, el desarrollo imprescindible que debería alcanzar el aparato reproductor femenino antes de iniciar la actividad sexual; cuando una adolescente no ha alcanzado el desarrollo adecuado, el ecosistema vaginal es débil y se vuelve propenso a sufrir con mayor facilidad cualquier tipo de infección.

El Dr. Fernando Mestre explica que los jóvenes al tener relaciones sexuales con rapidez, a escondidas, en el escaso tiempo del que disponen para estar solos, y al separar la afectividad de la sexualidad, están predispuestos a tener disfunciones sexuales en la etapa adulta; entre ellas la eyaculación precoz, anorgasmia (falta de orgasmo) o alteraciones en el deseo sexual. ⁽⁴⁵⁾

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes. ⁽⁴⁶⁾

FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. ⁽⁴⁷⁾

La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridades económica, afectiva, Social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. La comunicación es uno de los aspectos esenciales para comprender el sistema familiar, las pautas de interacción de sus miembros, su

estilo, nivel y forma de emplear el lenguaje: los gestos, actitudes e incluso los clisés y las frases estereotipadas hacen de cada familia un laboratorio único para observar el sutil y complejo proceso comunicativo. ⁽⁴⁸⁾

El APGAR: No sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

APGAR FAMILIAR: Instrumento elaborado por Smilkstein en 1979 y validado en diferentes investigaciones. Puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar.

El APGAR FAMILIAR: Sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar.

ADAPTABILIDAD: Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

PARTICIPACIÓN: Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,

GRADIENTE DE CRECIMIENTO: Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

AFECTO: Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

RESOLUCIÓN: Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. ⁽⁴⁹⁾

Para el registro de los datos el APGAR familiar se realiza desarrollando un cuestionario, el cual debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto para aquellos que no sepan leer, caso el cual el entrevistador aplicara el test. Para cada pregunta solo se debe marcar una “X”. Cada una de las preguntas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente clasificación:

- 0: nunca
- 1: casi nunca
- 2 algunas veces
- 3: casi siempre
- 4: siempre

Al sumar los 5 parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia. Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a:

- Buena función familiar: 18-20
- Disfunción familiar leve: 14-17
- Disfunción familiar moderada: 10-13
- Disfunción familiar severa: 9 o menos. (Alegre & Suarez, 2006)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El conocimiento de la situación de salud familiar es un aspecto importante de la atención integral a la salud en el nivel primario. La estratificación de las

familias según la situación de salud familiar es útil para la planificación de intervenciones en la comunidad.

Las familias funcionales o potenciadoras del desarrollo son aquellas que crean un clima en el hogar de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Estas enfrentan problemas y toman decisiones asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse de manera transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida, y son capaces de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesiten, sin adoptar mecanismos destructivos. Este tipo de familia actúa para satisfacer las necesidades de sus miembros, enfrentar las regularidades del tránsito por el ciclo vital, y producir motivaciones y comportamientos favorecedores de la salud. (Louro & Pria, 2008)

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR: Se entiende como el no-cumplimiento de algunas de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatutos, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra, parte analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando algunos de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. (Ochoa, 2011)

DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las de las crisis por la que atraviesa.

La aparición de embarazo en la familia de un adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en el adolescente. Constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociado con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual. Por lo que las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto. (Rangel et. Al. 2004).

ANTECEDENTES FAMILIARES: El término antecedente se utiliza normalmente para referirse a aquellas circunstancias que se han producido con anterioridad y anticipación a otras y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros, pudiendo ser repetición de embarazo en adolescentes en generación anterior.⁽⁵⁰⁾

Rodríguez A. (Iquitos 2014), en su estudio Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, refiere que la gestación y la maternidad a edades muy tempranas son hechos que vemos con frecuencia en nuestra sociedad, muchas madres adolescentes, son hijas de madres que dieron a luz en la adolescencia, es decir que el embarazo en la adolescencia es algo que se puede aprender y transmitir dentro de las familias; utilizo como indicadores: Con Antecedentes: cuando la adolescente refirió tener antecedentes de embarazo precoz como; en madre, hermana, abuela,

primas; y Sin antecedentes: cuando la adolescente no refirió tener antecedentes de embarazo precoz como; en madre, hermana, abuela, primas.⁽⁵¹⁾

PLANIFICACION FAMILIAR: La planificación familiar es la decisión libre, voluntaria e informada de las personas para elegir cuándo, cuántos y cada cuánto tiempo van a tener hijos, así como la decisión de los hombres y las mujeres de que puedan ejercer su derecho a elegir los métodos anticonceptivos que consideren pertinentes para planificar su familia.

IMPORTANCIA: Cuando las mujeres y las parejas tienen acceso a la planificación familiar – sobre todo a una gran variedad de métodos anticonceptivos modernos –, su capacidad para prevenir los embarazos no planificados y espaciar sus embarazos es mayor. Las medidas de planificación familiar reducen significativamente el riesgo de muerte durante el parto o problemas de salud a largo plazo. También aumentan las probabilidades de supervivencia del recién nacido y mejoran su estado de salud.⁽⁵²⁾

Las jóvenes que en el año 2012 tenían entre 15 y 19 años muestran mayor conocimiento y uso de algún método de planificación familiar. En el año 1996 el 93.4% de las adolescentes conocían algún método de planificación familiar, en el año 2012 es casi generalizado, alcanzando el 99.8%.⁽⁵³⁾

BENEFICIOS: Las madres y las/los bebés son más sanas/os cuando se evitan embarazos de riesgo. Familias más pequeñas significan más dinero y comida para cada hijo. Los padres tienen más tiempo para trabajar y estar con la familia. Postergar el primer o el segundo embarazo evita que las/los jóvenes abandonen la escuela.⁽⁵⁴⁾

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: Son elementos, productos o procedimientos, que pueden ser usados por hombres y por mujeres para impedir o reducir la posibilidad de embarazo.

Métodos anticonceptivos de barrera: Estos métodos interponen una barrera mecánica y/o química entre el pene y el cuello del útero, evitando la entrada de los espermatozoides. No todos son eficaces en la prevención de embarazos. Sólo son eficaces el preservativo y el diafragma asociado a un espermicida.

Preservativo masculino: Es un método de barrera consistente en una fina funda de látex (una goma de origen natural), impregnada de una sustancia lubricante, que se coloca sobre el pene en erección. Tras la eyacuación retiene el semen, evitando que contacte con la vagina. Al recubrir totalmente el pene, evita la transmisión de infecciones, tanto del hombre hacia la mujer (infecciones del pene o del semen) como de la mujer hacia el hombre (infecciones de la vagina o de las secreciones vaginales).

Preservativo femenino: El condón femenino es un método de barrera que consiste en una funda fina, suave y holgada, generalmente de plástico (poliuretano) lubricado por dentro y por fuera, con dos extremos, uno cerrado y otro abierto, cada uno con un anillo flexible. El anillo situado en el extremo cerrado se usa para colocarlo dentro de la vagina, tapando el cuello del útero, y el situado en el abierto, más grande, queda fuera y cubre los genitales externos.

Diafragma + espermicida: Consiste en una caperuza o casquete de látex blando, disponible en diferentes tamaños, que colocado dentro de la vagina, tapa el cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides. Su borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Para que pueda ser considerado como un método anticonceptivo eficaz ES IMPRESCINDIBLE que se utilice junto con un espermicida (gel, crema o espuma). Un espermicida es una sustancia que destruye a los espermatozoides o enlentecen su movimiento, impidiendo que lleguen a contactar con un óvulo. Supone una barrera química para el paso de los espermatozoides.

Métodos anticonceptivos hormonales sólo con progestágeno: Consisten en la administración de una hormona (un progestágeno) por diferentes vías (oral, a través de la piel, intramuscular o a través de la pared del útero). Su principal mecanismo de acción es impedir la ovulación. Además, espesan el moco cervical entorpeciendo el paso de los espermatozoides, inhiben el engrosamiento del endometrio y disminuyen las contracciones de las trompas de Falopio dificultando el paso del óvulo hacia el útero.

Mini píldora: Es un anticonceptivo hormonal oral con dosis muy bajas de progestágeno. Impide la ovulación y bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo; Sin olvidos en su toma, su eficacia anticonceptiva es alta en cualquier mujer pero lo es aún más en aquellas que están amamantando.

Implante subcutáneo (subdérmico): Es un método hormonal consistente en una varilla de plástico flexible, del tamaño de una cerilla, que se inserta debajo de la piel (normalmente en la cara interna del brazo) mediante anestesia local y que libera de forma constante una hormona (un progestágeno) a dosis muy bajas que impide el embarazo. Su mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación y bloquear la llegada del espermatozoide al óvulo. Su eficacia anticonceptiva es muy alta. La protección frente al embarazo dura 3 años.

Inyección intramuscular de progestágeno: Su eficacia anticonceptiva es muy alta. Es el método más eficaz que hay actualmente pues a su propio efecto anticonceptivo se une el hecho de que no existe la posibilidad de que se cometan olvidos ni fallos. La protección frente al embarazo dura 3 años.

DIU hormonal: Es un método mixto (intrauterino y hormonal) que consiste en la utilización de un pequeño aparato de plástico, con forma de “T”, que se introduce dentro del útero a través de la vagina y que libera de forma constante, todos los días, pequeñas cantidades de una hormona (un progestágeno) que impide la proliferación de las paredes del útero (endometrio). En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar que la situación del dispositivo es la adecuada. Eficacia anticonceptiva Es uno

de los métodos de más alta eficacia anticonceptiva que existen. Una vez colocado, su eficacia dura 5 años.

Métodos anticonceptivos hormonales combinados: Consisten en la administración de dos tipos de hormonas similares a las que producen los ovarios (un estrógeno más un progestágeno) por diferentes vías (oral, a través de la piel o a través de la vagina). Su principal mecanismo de acción es impedir la ovulación (son anovulatorios).

Píldora (combinada): Es un anticonceptivo hormonal oral que contiene distintas dosis de estrógeno y progestágeno. Funciona fundamentalmente impidiendo la ovulación (es un método anovulatorio). Existen muchos tipos de píldora anticonceptiva según la cantidad de hormonas que contenga y la forma en que éstas se dosifiquen en cada píldora a lo largo del ciclo (píldora monofásica, bifásica, trifásica o polifásica). Su eficacia depende en gran parte de la mujer. Es óptima si no hay olvidos ni retrasos en la toma diaria de las pastillas.

Parche anticonceptivo: Es un método hormonal consistente en una pequeña lámina cuadrada adhesiva de plástico que contiene las dos hormonas, estrógeno y progestágeno, que impiden la ovulación. Esta lámina se pega a la piel y a través de ella las hormonas pasan lentamente y de forma continuada al organismo.

Su eficacia es alta si no hay retrasos en los cambios del parche. En mujeres obesas de más de 90 Kg de peso la eficacia de este método disminuye significativamente.

Anillo vaginal: Es un método hormonal que utiliza un anillo hecho de material plástico flexible que se coloca en el interior de la vagina. El anillo contiene un estrógeno y un progestágeno a dosis bajas que se van liberando de forma constante durante 21 días en la vagina y de allí pasan a la sangre, impidiendo la ovulación.

Su eficacia anticonceptiva es alta pero depende de que no se cometan olvidos en su reposición y se mantenga en la vagina todo el tiempo, sin superar las 3 horas fuera de la misma.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Dispositivo Intrauterino de Cobre (“D.I.U.”, “el aparatico”; “la T de cobre”): Es un pequeño aparato de plástico flexible, normalmente con forma de “T”, rodeado de un alambre de cobre que a veces contiene plata en su centro. Su mecanismo de acción consiste en provocar un cambio químico, dentro del útero, que impide la unión del espermatozoide y el óvulo. En su extremo más largo tiene uno o dos hilos que quedan en la vagina y permiten verificar si su situación es la adecuada. Una vez colocado, ésta dura normalmente 5 años, aunque hay DIU de cobre que protegen del embarazo durante 10-12 años.

Métodos anticonceptivos permanentes o irreversibles

Se consideran métodos anticonceptivos definitivos, es decir, una vez que se han practicado, su acción anticonceptiva se mantiene para siempre, sin que normalmente se pueda recuperar la fertilidad (sólo excepcionalmente). Estos métodos no protegen del VIH ni del resto de las ITS.

Para la mujer (esterilización femenina):

Oclusión tubárica quirúrgica: Se trata de un método anticonceptivo quirúrgico permanente que consiste en taponar el interior de las trompas de Falopio, con lo que se impide el paso de los óvulos desde los ovarios hacia el útero y su contacto con los espermatozoides. Es un método anticonceptivo altamente eficaz e irreversible (sólo en casos excepcionales se puede recuperar la fertilidad)

Se realiza mediante una pequeña intervención quirúrgica, normalmente bajo anestesia local, que ha de practicarse en un centro sanitario. En mujeres que dan a luz, puede hacerse bien en el momento del parto o la cesárea, o bien

transcurridos 42 días (6 semanas postparto), según sea la técnica quirúrgica utilizada. La oclusión de las trompas se puede realizar con diferentes métodos (colocación de grapas, clips o anillos de silicona, por electrocoagulación...). El más utilizado es la ligadura de trompas (salpingectomía), donde las trompas de Falopio se cortan y anudan con material de sutura.

Dispositivo o implante intratubárico (Essure®): Es un método anticonceptivo permanente NO quirúrgico que consiste en la inserción, vía vaginal, de unas espirales flexibles en las trompas de Falopio. Esto provoca una reacción inflamatoria del tejido circundante, obstruyéndolas completamente al cabo de 3 meses, impidiendo el paso de los espermatozoides. Durante ese tiempo se debe usar un método anticonceptivo eficaz complementario. Tras este periodo se verifica que las trompas estén totalmente cerradas mediante un estudio radiológico llamado “histerosalpingografía”. Eficacia anticonceptiva No altera el ciclo menstrual. Es también un método altamente eficaz, e irreversible en la mayoría de los casos.

Para el hombre (esterilización masculina):

Vasectomía: Es un método anticonceptivo permanente que se realiza mediante una sencilla intervención quirúrgica con anestesia local. Consiste en cortar y ligar o cauterizar los conductos deferentes y así impedir la salida de los espermatozoides al exterior cuando se produce la eyaculación. Se puede hacer con o sin bisturí. Eficacia anticonceptiva Es muy alta e irreversible.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA: Consiste en el uso de un fármaco o un dispositivo intrauterino como medida de urgencia para evitar un embarazo no deseado en caso de coito no protegido por carencia de método anticonceptivo, por su uso inadecuado (p. ej., por olvido de la toma de un anticonceptivo oral), por fallo del mismo o por haber sufrido una violación sin tener protección anticonceptiva eficaz.

PÍLDORA POSTCOITAL (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE): La píldora postcoital está compuesta por un preparado hormonal llamado Levonorgestrel que es un progestágeno que inhibe o retrasa la ovulación.

Cómo utilizarla: El envase contiene una sola pastilla que hay que tomarla **ANTES DE QUE PASEN 72 HORAS** de la relación sexual no suficientemente protegida. Cuanto antes se tome la pastilla, más eficacia anticonceptiva se tiene. Pasadas 72 horas desde la relación sexual de riesgo (3 días), su eficacia no se puede garantizar y después de 120 horas (5 días), su toma no sirve de nada.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

Los métodos naturales consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo del hombre y la mujer. Cuando una mujer usa estos métodos, debe tener en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y el hombre debe tener el control de la eyaculación. La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo, por eso se dice que son métodos que dependen cien por ciento de quien los pone en práctica. Adicionalmente, quienes usan los métodos naturales, para prevenir el embarazo, no están protegidos contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

RITMO O CALENDARIO: Consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática. Cuando se usa este método se deben evitar las relaciones sexuales cóitales durante la ovulación y sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares. O tener las relaciones usando condón. Quienes quieran usar éste método deben recibir las indicaciones de un especialista. Su efectividad es del 70%.

LACTANCIA MATERNA: Este método también se denomina amenorrea de la lactancia. La lactancia disminuye la probabilidad de la ovulación y funciona como anticonceptivo cuando se cumplen las siguientes condiciones:

Cuando la madre ha alimentado exclusivamente al hijo con leche materna desde el momento del nacimiento.

El bebé no ha iniciado otro tipo de alimentación.

No hay menstruación.

No han pasado más de 6 meses desde el parto. Su eficacia es del 80 al 98%, dependiendo de uso adecuado del método.

MOCO CERVICAL: Se basa en la observación de los cambios en el moco cervical. Este líquido que está en el cuello del útero, cambia durante la ovulación. Generalmente, en la etapa de no fertilidad de la mujer hay una ausencia de moco cervical visible y sequedad. Cuando la mujer está ovulando, se vuelve cristalino y transparente, semejante a una clara de huevo y al tacto es resbaloso y elástico. La fertilidad se debe considerar entre 2 días antes y 4 días después de su aparición. Su efectividad es del 70%.⁽⁵⁵⁾

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

La disponibilidad de métodos contraceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos.

Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad, el nivel socioeconómico y educativo o la paridad. El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de

contraceptivos orales (CO), las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones sobre los mismos o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dichos métodos.⁽⁵⁶⁾

DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE INDEPENDIENTE (X)

VARIABLES ASOCIADAS AL EMBARAZO PRECOZ: variable independiente se consideró a las características referidas por la adolescente determinada través del cuestionario; se considera las siguientes variables: Grado de instrucción, ocupación, estado civil, inicio de relaciones sexuales, funcionalidad familiar, antecedentes familiares, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre planificación familiar, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso que refiere tener la adolescente gestante sujeto de estudio. Se medirá a través de los siguientes indicadores

Sin instrucción: cuando la adolescente gestante refiere no haber cursado ningún nivel de estudios.

Primaria: cuando la adolescente refiera haber concluido o no los estudios primarios.

Secundaria: cuando la adolescente refiera haber concluido o no los estudios secundarios.

Universitarios o superiores: cuando la adolescente refiera haber concluido o no los estudios universitarios o superiores.

OCUPACIÓN: conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña la adolescente en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo. Se medirá a través de los siguientes indicadores.

Ocupada: Cuando la adolescente refiera que trabaja en una actividad económica, sea o no en forma remunerada

Desocupada: Cuando la adolescente refiera que no tiene ningún tipo de trabajo.

ESTADO CIVIL: Condición social de la adolescente gestante según el registro civil en función de si tiene o no pareja. Se medirá a través de los siguientes indicadores:

Casada: cuando la adolescente gestante refiere estar casada legalmente y que viven con pareja.

Conviviente: cuando la adolescente refiere que hace vida marital y no está casada legalmente.

Divorciada: cuando la adolescente estando casada legalmente o conviviente actualmente se encuentra viviendo divorciada.

Viuda: cuando la adolescente refiere que su cónyuge ha fallecido

Soltera: cuando la adolescente refiera que nunca ha estado casada y actualmente no convive.

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES. Situación temprana del comienzo de las experiencias sexuales dado el inicio precoz de enamoramiento en la etapa adolescente. Se medirá a través de los siguientes indicadores.

Temprano: cuando la adolescente refiera que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.

Intermedio: cuando la adolescente refiera que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.

Tardío: cuando la adolescente refiera que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Es la capacidad de los miembros de la familia para afrontar y superar las exigencias vitales en cada una de las etapas

del ciclo vital la misma que considerara a la familia de origen de la adolescente gestante, cuyo instrumento de valoración será el TEST DE APGAR FAMILIAR. Se medirá a través de los siguientes indicadores:

Buena función familiar: 18-20

Disfunción familiar leve: 14-17

Disfunción familiar moderada: 10-13

Disfunción familiar severa: 9 o menos.

ANTECEDENTES FAMILIARES: definida como aquellas circunstancias que se han producido con anterioridad y anticipación a otras en las adolescentes y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros. Se medirá a través de los siguientes indicadores:

Con Antecedentes: cuando la adolescente refiere tener antecedentes de embarazo precoz como; en madre, hermana, abuela, primas.

Sin antecedentes: cuando la adolescente no refiere tener antecedentes de embarazo precoz como; en madre, hermana, abuela, primas.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: definida como el empleo continuado y habitual o no, de métodos anticonceptivos por la adolescente gestante. Se medirá a través de los siguientes indicadores:

Usa métodos anticonceptivos: cuando la adolescente gestante refiere haber empleado en forma continua y habitual algún método anticonceptivo.

No usa métodos anticonceptivos: cuando la adolescente gestante refiere no haber empleado en forma continua y habitual algún método anticonceptivo.

CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: información sobre planificación familiar, paternidad responsable y metodología anticonceptiva que refiere tener la adolescente gestante obtenida de diferentes fuentes de información. Se medirá a través de los siguientes indicadores:

Tiene conocimiento sobre la planificación familiar: Cuando la adolescente gestante refiere tener información sobre planificación familiar, paternidad responsable y metodología anticonceptiva

No tiene conocimiento sobre la planificación familiar: Cuando la adolescente gestante refiere no tener información sobre planificación familiar, paternidad responsable y metodología anticonceptiva.

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Información sobre la salud sexual y reproductiva, que refiere tener la adolescente gestante obtenida de sus padres, abuelos o personas mayores. Se medirá a través de los siguientes indicadores:

Tiene conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva: Cuando la adolescente gestante refiere tener información sobre salud sexual y reproductiva, paternidad responsable y metodología anticonceptiva.

No tiene conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva: Cuando la adolescente gestante refiere no tener información sobre la salud sexual y reproductiva, paternidad responsable y metodología anticonceptiva.

VARIABLE DEPENDIENTE (Y)

EMBARAZO PRECOZ EN GESTANTES: Considerado como el proceso de gestación que se produce en una mujer adolescente: entre las edades de 10 a 19 se medirá a través de los siguientes indicadores:

Embarazo temprano: Cuando la adolescente gestante refiera tener edad que oscila entre los 10 a 13 años

Embarazo intermedio Cuando la adolescente gestante refiera tener edad que oscila entre los 14 a 16 años

Embarazo tardío Cuando la adolescente gestante refiera tener edad que oscila entre los 17 a 19 años.

HIPÓTESIS

GENERAL

Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables asociadas y su relación con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015

ESPECIFICOS

- El grado de instrucción tiene asociación estadística con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015
- La ocupación tiene asociación estadística con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015
- El inicio de las relaciones sexuales tiene asociación estadística con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015
- El estado civil tiene asociación estadística con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015
- La funcionalidad familiar tiene asociación estadística con el embarazo precoz en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015
- Los antecedentes familiares tienen asociación estadística con el embarazo en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015.
- El uso de métodos anticonceptivos tiene asociación estadística con el embarazo en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015.

- El conocimiento sobre planificación familiar tiene asociación estadística con el embarazo en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015.
- El conocimiento sobre salud sexual y reproductiva tiene asociación estadística con el embarazo en adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América, San Juan – 2015.

CAPITULO III

METODOLOGIA

MÉTODO, TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se empleó el método cuantitativo, porque los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos investigados fueron expresados cuantitativamente, se utilizó la prueba estadística para probar la hipótesis planteada y dar respuestas al problema; de tipo no experimental, porque se estudió las variables tal y como se presentan en la investigación; en su contexto natural, sin manipulación y sin introducción de ningún elemento que cambie las variables asociadas al embarazo en adolescentes gestantes; el diseño fue Descriptivo correlacional, porque permitió observar, registrar y describir las variables de manera independiente y relacionarlas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población accesible a esta investigación fueron las jóvenes adolescentes gestantes atendidas en el Centro de Salud América (127 adolescentes)

Muestra: Estuvo conformada por el 100% de la población

Procedimiento de muestreo Se utilizó el muestreo por conveniencia considerando los criterios de inclusión

Selección de la muestra. Se abordó a las adolescentes gestantes que acudían al consultorio prenatal del centro de salud América hasta completar la muestra a quienes se les aplicó el instrumento mientras esperaban la atención o después de recibir la atención.

Criterios de inclusión: Se consideraron los siguientes criterios:

- Adolescentes gestantes que se atendían en el centro de salud de 10 a 19 años de edad.

- Adolescentes que voluntariamente quisieron participar en el estudio.
- Adolescentes que sabían leer o escribir.

Criterios de exclusión: Se consideraron los siguientes criterios:

- Adolescentes que no estaban embarazadas.
- Adolescentes embarazadas que no deseaban participar.
- Adolescentes que presentaban alteraciones físicas y psicológicas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio de investigación se utilizó:

Técnica

Entrevista: es un acto de comunicación oral que se establece entre dos o más personas, permitió la interrelación entre el investigador y la adolescente gestante, dando lugar al dialogo mutuo y facilitando la recolección de la información de los sujetos de la muestra.

Instrumentos

a. Cuestionario: Fue elaborado por las investigadoras para obtener información sobre las variables asociadas al embarazo en adolescentes; que consta de las siguientes partes: presentación, instructivo, datos generales, contenido conformado por 11 preguntas y finalizando con observaciones evaluación despedida y agradecimiento

b. APGAR Familiar Modificado: es un instrumento estandarizado que se utilizó para evaluar la función familiar, que fue aplicado en la tesis de ANGOMA LEYDY y POCCORPACHI DENIS en el 2011 en la investigación titulada: Funcionalidad familiar en gestantes adolescentes – Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima. Cuya confiabilidad fue de 95%,

Validez y confiabilidad: Se determinó la validez y confiabilidad del cuestionario, mediante los métodos Delphi o juicio de expertos y el de intercorrelación de ítems con su coeficiente Alfa de Crombach.

Cabe indicar que el juicio de expertos se inició el día 04 de Mayo del 2015 y se culminó el día 11 de Mayo, para lo cual se solicitó la participación de diez expertos, entre ellos 02 médicos, 03 obstetras y 05 licenciadas en enfermería docentes del Área Materno Infantil. La validez final fue de **88.47%** para el cuestionario, la misma que es un nivel aceptable, es decir mide la variable que se pretende medir.

La confiabilidad se llevó a cabo mediante la prueba piloto con el 10% del total de muestra aplicada en el C.S. I-3 9 de Octubre, adolescentes gestantes con las mismas características de la población en estudio, obteniéndose un resultado de 94%, para el cuestionario según el método de la intercorrelación de ítems con el alfa de Cronbach, lo que indica que el instrumento es confiable para su aplicación.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos estuvo bajo la responsabilidad de las investigadoras que asistieron al Centro de Salud con uniforme de salud pública en turno de la mañana. Se realizó las actividades según el tiempo programado en el cronograma.

Antes de la recolección de datos:

- Se solicitó a la Decana de la Facultad de Enfermería; los documentos necesarios para tramitar la autorización para la aplicación de la intervención.
- Posteriormente se coordinó con el Gerente del Centro de Salud y con el profesional encargado del consultorio la aplicación de los instrumentos.

Durante la Recolección de datos:

- Se coordinó el ambiente para la aplicación de los instrumentos.
- Se explicó a las adolescentes el propósito del estudio, solicitando su colaboración, veracidad, sinceridad, en sus respuestas y se hace firmar el consentimiento informado si desea participar en forma voluntaria.
- Se dio a conocer a las adolescentes que la información sería anónima, y que las respuestas sería anulada.
- El cuestionario tuvo una duración de 15 minutos.
- El uniforme que usaron las encuestadoras fue de salud pública.
- Se agradeció a los participantes por su colaboración.
- Se informó a las participantes que la información será de uso exclusivo para la investigación y que al terminar la investigación serán quemados.

Después de la recolección de datos.

- Se verificó que los instrumentos estuvieran correctamente llenados.
- Se procedió a la sistematización de la información para su análisis e interpretación posterior.
- Se destruyeron los instrumentos.

ANALISIS DE DATOS

El presente trabajo de investigación se realizó en dos momentos:

Análisis Univariado

Permitió describir las variables relacionadas al embarazo precoz en gestantes adolescentes en estudio. En este análisis se utilizó frecuencias simples y porcentuales.

Análisis bivariado

Permitió determinar la asociación entre las variables en estudio. En este análisis se empleó la estadística inferencial no paramétrica o de distribución libre denominada chi cuadrada (χ^2).

El nivel significativo que se empleó fue $\alpha = 0.05$. Para el análisis inferencial bivariado se utilizó los programas EXCEL 2010 y SPSS versión 22 para Windows.

LIMITACIONES

Durante la ejecución no se presentaron limitaciones ni con el diseño, técnica e instrumentos empleados.

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

- ❖ Los derechos humanos de los participantes que conformaran la muestra de estudio de investigación fueron respetados manteniendo en anonimato la información de los sujetos.
- ❖ La participación de las unidades de estudio fueron en forma voluntaria previa información de los objetivos del presente estudio, fueron tratados con respeto, considerando su integridad física y moral, y se tuvo en cuenta el consentimiento informado.
- ❖ Las preguntas del cuestionario no alteraron la salud física, mental y social de los sujetos de estudio.
- ❖ Los resultados que se obtuvieron fueron confidenciales y utilizados únicamente para fines de estudio. En todo momento se tuvo en cuenta la ética y la bioética en salud.
- ❖ Los datos fueron analizados en forma agrupada, luego de este procedimiento los instrumentos fueron destruidos.

CAPITULO VI

RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

TABLA 01

**VARIABLES ASOCIADAS AL EMBARAZO PRECOZ EN
ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DESALUD AMERICA, SAN JUAN 2015**

Grado de Instrucción	N°	%
Sin Instrucción	4	3.1
Primaria	105	82.7
Secundaria	18	14.2
Total	127	100.0
Ocupación	N°	%
Desocupada	101	79,5
Ocupada	26	20,5
Total	127	100,0
Estado Civil	N°	%
Soltera	54	42.5
Conviviente	71	55.9
Casada	2	1.6
Total	127	100.0
Inicio de relación sexual	N°	%
Temprano (10 a 13 años)	5	3,9
Intermedio (14 a 16 años)	78	61,4
Tardío (17 a 19 años)	44	34,6
Total	127	100,0

Funcionalidad familiar	N°	%
Disfunción familiar severa (9 ó menos puntos)	24	18.9
Disfunción familiar moderada (10 – 13 puntos)	75	59.1
Disfunción familiar leve (14-17 puntos)	25	19.7
Buena función familiar (18-20 puntos)	3	2.4
Total	127	100.0
Antecedentes de Embarazo Precoz	N°	%
Con antecedentes	26	20.5
Sin antecedentes	101	79.5
Total	127	100.0
Uso de métodos anticonceptivos	N°	%
No usó métodos anti conceptivos	60	47,2
Usó métodos anti conceptivos	67	52,8
Total	127	100,0
Conocimiento sobre planificación familiar	N°	%
No tiene conocimiento	60	47.2
Tiene conocimiento.	67	52.8
Total	127	100.0
Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	N°	%
No tiene conocimiento	74	58.3
Tiene conocimiento	53	41.7
Total	127	100.0

Fuente: Encuesta elaborado por las propias tesis.

En la Tabla 01 se observa la distribución de adolescentes gestantes según variables asociadas: de 127 (100%) de gestantes 82,7% (105) refirieron haber estudiado primaria, 14,2% (18) secundaria y 3,1% (3) indica no haber estudiado; 79,5% (101) refirieron estar desocupadas, mientras que el 20,5% (26) ocupadas; 55,9% (73) refieren ser convivientes; 42,5% (52) estar solteras; y sólo 1,6% (2) casadas; 61,4% (78) refieren haber iniciado su primera relación

sexual en la adolescencia intermedia (13 a 15 años), y 34,6% (44) en la adolescencia tardía (16 a 19 años), sólo 3,9% (5) inicio en la etapa de adolescencia temprana (10 a 12 años); 59,1% (75) presento disfunción familiar moderada, 19,7% (25), disfunción familiar leve, 18,9% (24), disfunción familiar severa y 2,4% (3) presentó buena funcionalidad familiar; 79,5% (101) de gestantes refieren haber tenido algún familiar embarazada en su adolescencia, y solo 20,5% (26) refieren no haber tenido algún familiar con embarazo en la adolescencia; el 52,8% (67) usaron métodos anticonceptivos y 47,2% (60) no usaron métodos anticonceptivos; 47,2% (60) refieren no tener conocimiento de planificación Familiar y 52,8% (67) refiere tener conocimiento sobre planificación Familiar; 58,3% (74) refiere no tener conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y 41,7% (53) refiere tener conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

TABLA 02
EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD AMERICA
SANJUA-2015

Embarazo Precoz en gestantes	N°	%
Embarazo temprano	1	0.8
Embarazo intermedio	67	52.8
Embarazo Tardío	59	46.4
Total	127	100.0

Fuente: Encuesta

En la Tabla 02, se aprecia que respecto al Embarazo Precoz en gestantes, del 100% de encuestadas; se encontró que la mayoría, 52.8% (67) manifiesta haber tenido embarazo intermedio, 46.4% (59), embarazo Tardío y solo 0.8% (01), tuvo embarazo temprano.

ANALISIS BIVARIADO

TABLA 03

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD AMERICA SAN JUAN – 2015

Grado de Instrucción	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin Instrucción	1	0.8	3	2.4	0	0	4	3.2
Primaria	0	0.0	60	47.2	45	35.4	105	82.7
Secundaria	0	0.0	4	3.1	14	11.0	18	14.1
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.4	127	100 %

Fuente: Encuesta

$X^2=40,641$; $gl=4$ $p= 0,000$

En la Tabla 03 se observa el grado de instrucción de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 82,7% de adolescentes gestantes que cuentan con estudios primarios 47,2% (60) tuvieron embarazo intermedio, y 35,4% embarazo tardío. Del 14,1% de adolescentes gestantes que cuentan con estudios secundarios 11,0% (14) tuvieron embarazo tardío, y 3,1% embarazo intermedio. Del 3,2% de adolescentes gestantes que no cuentan con estudios 2,4% (3) tuvieron embarazo intermedio y 0,8% (1) embarazo temprano.

La prueba chi cuadrado (Tabla 03) aplicada en tabla de contingencia, entre las variables grado de instrucción y embarazo precoz muestra un valor de $X^2=40,641$; $gl=4$ y $p= 0,000$, indicando que el grado de Instrucción está asociada al embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Aceptando la hipótesis planteada “grado de instrucción y embarazo precoz”

TABLA 04
OCUPACIÓN Y EMBARAZO PRECOZ DE ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
AMERICA SANJUAN - 2015

Ocupación	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Desocupada	1	0.8	64	50.4	36	28.3	101	79.5
Ocupada	0	0.0	3	2.4	23	18.1	26	20.5
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.4	127	100%

Fuente: Encuesta

$X^2=23.2$; $gl=2$; $p= 0,000$

En la Tabla 04 se observa la ocupación de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 79,5% (101) de adolescentes gestantes que no cuentan con una ocupación remunerada, 50,4% (64) tuvieron embarazo intermedio, 28,3% (36) embarazo tardío y 0,8% (1) embarazo temprano. Del 20,5% (26) de adolescentes gestantes que cuentan con una ocupación remunerada, 18,1% (23) tuvieron embarazo tardío y 2,4% (3) embarazo intermedio.

La prueba de chi cuadrado (Tabla 04) aplicada a tablas de contingencias entre las variables ocupación y embarazo precoz muestra un valor de $X^2=23.2$; $gl=2$; $p= 0,000$, indicando que la ocupación está asociada al embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Aceptando la hipótesis planteada “ocupación y embarazo precoz”

TABLA 05
ESTADO CIVIL Y EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
AMERICA SANJUAN - 2015

Estado Civil	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	1	0.8	36	28.3	17	13.4	54	42.5
Conviviente	0	0.0	31	24.4	40	31.5	71	55.9
Casada	0	0.0	0	0.0	2	1.6	2	1.6
Total	1	0.8	67	52.7	59	46.5	127	100.0

Fuente: Encuesta

$X^2 = 10,834$; $gl = 4$; $p = 0,028$

En la Tabla 05 se observa el estado civil de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 42,5% (54) de adolescentes gestantes que son solteras, 13,4% (17) tuvieron embarazo tardío, 28,3% (36) embarazo intermedio y 0,8% (1) embarazo temprano. Del 55,9% (71) de gestantes que son convivientes, 31,5% (40) tuvieron embarazo tardío y 24,4% (31) embarazo intermedio. Finalmente del 1,6% (2) adolescentes gestantes que son casadas, todas tuvieron embarazo tardío.

La prueba de chi cuadrado (Tabla 05) aplicada a tablas de contingencias entre las variables estado civil y embarazo precoz muestra un valor de $X^2 = 10,834$; $gl = 4$; $p = 0,028$, indica que el estado civil está asociado al embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre el estado civil y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “Estado civil y embarazo precoz”

TABLA 06
INICIO DE RELACION SEXUAL Y EMBARAZO PRECOZ EN
ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD AMERICA SANJUAN – 2015

Inicio de las relaciones sexuales	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Temprano	1	0.8	1	0.8	3	2.4	5	4.0
Intermedio	0	0.0	60	47.2	18	14.2	78	61.4
Tardío	0	0.0	6	4.7	38	29.9	44	34.6
Total	1	0.8	67	52.7	59	46.5	127	100%

Fuente: Encuesta

$X^2 = 71,274$; $gl = 4$; $p = 0,000$

En la Tabla 06 se observa el Inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes gestantes y su asociación con el embarazo precoz, donde del 61,4% (78) de adolescentes gestantes que tuvieron inicio intermedio de las relaciones sexuales, 14,2% (18) tuvieron embarazo tardío y 47,2% (60) embarazo intermedio. Del 34,6% (44) de adolescentes gestantes que tuvieron inicio tardío de las relaciones sexuales, 29,9% (38) tuvieron embarazo tardío y 4,7% (6) embarazo intermedio. Del 4,0% (5) de gestantes que tuvieron inicio temprano de las relaciones sexuales, 2,4% (3) tuvieron embarazo tardío, 0,8% (1) embarazo intermedio y 0,8% (1) embarazo temprano.

La prueba de chi cuadrado (Tabla 06) aplicada a tablas de contingencias entre las variables inicio de las relaciones sexuales y embarazo precoz muestra un valor de $X^2 = 71,274$; $gl = 4$; $p = 0,000$, que indica que el inicio de la relación sexual está asociado al embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre el inicio de la relación sexual y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “inicio de relación sexual y embarazo precoz”.

TABLA 07
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EMBARAZO PRECOZ EN
ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD AMERICA SANJUAN – 2015

La funcionalidad familiar	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Disfunción severa	1	0.8	9	7.1	14	11.0	24	18.9
Disfunción moderada	0	0.0	50	39.4	25	19.7	75	59.1
Disfunción leve	0	0.0	7	5.5	18	14.2	25	19.7
Buena función familiar	0	0.0	1	0.8	2	1.6	3	2.4
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.5	127	100

Fuente: Encuesta

$X^2 = 18,504$; gl = 6; p= 0,005

En la Tabla 07 se observa la funcionalidad familiar de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 59,1% (75) de gestantes que tuvieron disfunción moderada, 19,7% (25) tuvieron embarazo tardío y 39,4% (50) embarazo intermedio. Del 18,9% (24) de adolescentes gestantes que tuvieron disfunción severa, 11,0% (14) tuvieron embarazo tardío 7,1% (9) embarazo intermedio y 0,8% (1) embarazo temprano. Del 2,4% (3) de gestantes que tuvieron buena función familiar, 1,6% (2) tuvieron embarazo tardío y 0,8% (1) embarazo intermedio.

La prueba de chi cuadrado (Tabla 07) aplicada a tablas de contingencias entre las variables funcionalidad familiar y embarazo precoz muestra un valor de $X^2 = 18,504$; gl = 6; p= 0,005, indica que la funcionalidad familiar está asociado a la embarazo precoz, por lo que existe asociación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “funcionalidad familiar y embarazo precoz”.

TABLA 08
ANTECEDENTES FAMILIARES Y EMBARAZO PRECOZ EN
ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD AMERICA SANJUAN – 2015

Antecedentes familiares	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con antecedentes	1	0.8	21	16.5	4	3.1	26	20.4
Sin antecedentes	0	0.0	46	36.2	55	43.4	101	79.6
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.5	127	100.0

Fuente: Encuesta

$X_2 = 15,542$; $gl = 2$; $p = 0,000$

En la Tabla 08 se observa los antecedentes de familiares con embarazo de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 20,4% (26) de gestantes con antecedentes de embarazo, 16,5% (21) tuvieron embarazo intermedio, 3,1% (4) tuvieron embarazo tardío y 0,8% (1) embarazo temprano y del 79,6% (101) de gestantes sin antecedentes de embarazo, 43,4% (55) tuvieron embarazo tardío y 36,2% (46) tuvieron embarazo intermedio.

La prueba de chi cuadrado (Tabla 08) aplicada a tablas de contingencias entre las variables antecedentes de familiares y embarazo precoz con embarazo adolescente muestra un valor de $X_2 = 15,542$; $gl = 2$; $p = 0,000$, indica que el embarazo precoz está asociado a los antecedentes familiares con embarazo, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre los antecedentes familiares y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “antecedentes familiares y embarazo precoz”

TABLA 09

**USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y EMBARAZO PRECOZ
EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD AMERICA SANJUAN – 2015**

Uso de métodos anticonceptivos	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No usa métodos anticonceptivos	1	0.8	40	31.5	19	15.0	60	47.2
Uso de métodos anticonceptivos	0	0.0	27	21.3	40	31.5	67	52.8
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.5	127	100.0

Fuente: Encuesta

 $X^2 = 10,643$; $gl = 2$; $p = 0,005$

En la Tabla 09 se observa uso de métodos anticonceptivos de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 52,8% (67) de gestantes que usa métodos anticonceptivos, 31,5% (40) tuvieron embarazo tardío y 21,3% (27) embarazo intermedio. Del 47,2% (60) de adolescentes gestantes que no usa métodos anticonceptivos, 15,0% (19) tuvieron embarazo tardío, 31,5% (40) embarazo intermedio y 0,8% (1) embarazo temprano.

La prueba de chi cuadrado (Tabla 09) aplicada a tablas de contingencias entre las variables uso de método anticonceptivo y el embarazo precoz usado antes de su embarazo muestra un valor de $X^2 = 10,643$; $gl = 2$; $p = 0,005$, indica que los métodos anticonceptivos usados antes del embarazo está asociado al embarazo precoz, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre el uso de los métodos anticonceptivos y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “uso de métodos anticonceptivos y embarazo precoz”

TABLA 10
CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y
EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS CENTRO DE
SALUD AMERICA – SANJUAN-2015

Conocimiento sobre planificación familiar	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No tiene conocimiento sobre planificación familiar	1	0.8	48	37.8	24	18.9	73	57.5
Tiene conocimiento sobre planificación familiar	0	0.0	19	15.0	35	27.6	54	42.5
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.5	127	100.0

Fuente: Encuesta $X^2 = 13,053$; $gl = 2$; $p = 0,001$

En la Tabla 10 se observa el conocimiento sobre planificación familiar de las adolescentes gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 42,5% (54) de gestantes que tiene conocimiento sobre planificación familiar, 27,6% (35) tuvieron embarazo tardío y 15,0% (19) tuvo embarazo intermedio. Del 57,5% (73) de gestantes que no tiene conocimiento sobre planificación familiar, 37,8% (48) tuvieron embarazo intermedio, 18,9% (24) embarazo tardío y 0,8% (1) tuvo embarazo temprano.

La prueba de chi cuadrado aplicada en la variable conocimiento sobre planificación familiar y el embarazo precoz muestra un valor de $X^2 = 13,053$; $gl = 2$; $p = 0,001$, indica que la planificación familiar precoz está asociado al embarazo, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre planificación familiar y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “conocimiento sobre planificación familiar y embarazo precoz”

TABLA 11
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y
EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENETES GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
AMERICA SANJUAN – 2015

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	Embarazo precoz						Total	
	Embarazo Temprano (10 a 13 años)		Embarazo Intermedio (14 a 16 años)		Embarazo Tardío (17 a 19 años)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No tiene conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	1	0.8	57	44.9	16	12.6	74	58.3
Tiene conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	0	0.0	10	7.9	43	33.9	53	41.7
Total	1	0.8	67	52.8	59	46.5	127	100.0

Fuente: Encuesta

$X^2 = 44,058$; $gl = 2$; $p = 0,000$

En la Tabla 11 se observa el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de las gestantes y su relación con el embarazo precoz, donde del 41,7% (53) de gestantes que tiene conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, 33,9% (43) tuvieron embarazo tardío y 7,9% (10) tuvo embarazo intermedio. Del 58,3% (74) de gestantes que no tiene conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, 44,9% (57) tuvieron embarazo intermedio, 12,6% (16) tuvo embarazo tardío y 0,8% (1) tuvo embarazo temprano.

La prueba de chi cuadrado aplicada a la variable de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y el embarazo precoz muestra un valor de $X^2 = 44,058$; $gl = 2$; $p = 0,000$, indica que el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva está asociado al embarazo precoz, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y embarazo precoz. Aceptando la hipótesis planteada “conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y el embarazo precoz”

DISCUSIÓN

Al realizar el análisis inferencial, se empleó la prueba no paramétrica denominada chi cuadrada (χ^2), con un nivel de decisión de $\alpha=0.05$ mediante la cual se encontró p valor < 0.05 para todas las hipótesis específicas, confirmando con 95% de confianza las hipótesis de investigación para los indicadores de las variables relacionadas al embarazo precoz en adolescentes gestantes:

Al relacionar grado de instrucción y embarazo precoz se encontró: $X^2=40,641$; $gl=4$ y $p= 0,000$, indicando que el grado de Instrucción está relacionada con el embarazo precoz, es decir que existe dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que coinciden con Carpio E. (Iquitos, 2010) en su estudio, Factores de biosocio – demográficos y embarazos precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Entre los resultados obtenidos encontró que existe relación estadística entre grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0.000$).

El grado de instrucción en las adolescentes gestantes en el presente estudio, fue predominantemente primaria con 82,7% de las cuales 47,2% presentaron embarazo intermedio esto evidencia un alto porcentaje de adolescente que no continuaron con sus estudios dado que el embarazo intermedio se presenta en adolescentes de edades entre 14 a 16 años, las mismas que debieran estar cursando secundaria; sin embargo los resultados son contradictorios por lo que es de mayor importancia reflexionar y estudiar sobre el problema educativo existente con respecto a la deserción escolar en las embarazadas adolescentes; dado que una adolescente sin educación ni conocimiento alguno, se vuelve más vulnerable a continuar embarazándose; así como también, conlleva a una situación en la cual perjudica tanto a su propia persona, al niño que lleva en su vientre, a su familia y a su entorno social.

Al relacionar la ocupación y el embarazo precoz se encontró: $X^2=23.2$; $gl=2$ y $p=0,000$, indicando que la ocupación está relacionada con el embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que coinciden con Gómez M.C (Colombia 2012) en su estudio Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes donde encontraron que los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron entre otros la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27).

En cuanto a la ocupación en las adolescentes gestantes se encontró 79,5% de desocupadas es decir que no trabajan y son amas de casa de las cuales el 50,4% presentan embarazo intermedio (14-16 años) edades no consideradas como población económicamente activa; cabe hacer mención que ser madre conduce a modificaciones en las funciones de la adolescente y sus rutinas, las ocupaciones que antes eran habituales se sustituyen por actividades con las que todavía no están familiarizadas y la capacidad para trabajar se desarrolla a lo largo del proceso de socialización en el cual las adolescentes gestantes se someten a modificaciones e interrupciones de su vida cotidiana; sin embargo en este grupo poblacional estudiado las adolescentes no evidencian ocupación.

Al relacionar el estado civil y el embarazo precoz se encontró: $X^2 = 10,834$; $gl=4$; $p= 0,028$, indica que el estado civil está relacionado al embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que coinciden con Gómez M.C (Colombia 2012) en su estudio Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes encontraron que los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fue la convivencia en pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94). Y discrepan con Carpio E. (Iquitos, 2010) en su estudio, Factores de biosocio – demográficos y embarazos precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Entre los resultados obtenidos no existe relación estadística entre el estado civil y embarazo precoz ($p=0.104$).

El estado civil en las adolescentes gestantes fue el de convivientes 55,9% de las cuales 31,5% presentaron embarazo intermedio; el estado civil muchas veces es modificado por diversas situaciones, ser madre adolescente a veces ocasiona que se recurra a la unión forzada, lo que suele afectar negativamente a la adolescente y a su pareja generándose conflictos, rechazo y recriminaciones que suelen llevar a la separación, inestabilidad emocional en la convivencia, sin embargo el embarazo adolescente se da en una población de mujeres solteras, que una vez embarazadas se unen después del embarazo y no durante ni antes, estando la mayoría unidas actualmente.

Al relacionar el inicio de relaciones sexuales y el embarazo precoz se encontró: $X^2 = 71,274$; $gl = 4$; $p = 0,000$, que indica que el inicio de la relación sexual está relacionado el embarazo precoz, por lo que existe dependencia estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que coinciden con Pazmiño, L. (Ecuador 2011) En su estudio “factores de riesgo psicosociales y familiares involucrados en el embarazo de adolescentes en las edades comprendidas de 12 a 19 años, que acuden a control en hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja”. Los resultados fueron: Los factores de riesgo prevalentes en el embarazo de adolescentes son: inicio de las relaciones sexuales entre los 14 a 17 años 66,66%. Y Carpio E. (Iquitos, 2010) en su estudio, Factores de biosocio – demográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Entre los resultados obtenidos encontró que existe relación estadística entre edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0.000$). Además coinciden con Gómez M.C (Colombia 2012) en su estudio Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes. Mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente Fueron: el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5).

El inicio temprano de las relaciones sexuales en las adolescentes gestantes en el presente estudio se dio en la etapa intermedia (14 a 16 años) con un 61,4% de los cuales el 47,2% tuvieron embarazo intermedio. Ahora los noviazgos comienzan más tempranamente incluso entre los 13 y 14 años, y siendo la adolescencia una etapa de múltiples cambios tanto físicos como psicológicos, caracterizada por inestabilidad emocional, los adolescentes inician sus relaciones cóitales en un escenario de riesgo, abonado por estereotipos de género, ampliamente difundidos a lo largo de culturas y contextos sociales específicos; dando lugar a embarazos precoces y embarazos no deseados y diferentes enfermedades de transmisión sexual. Iniciar precozmente la actividad sexual durante la adolescencia, no solo tiene como riesgo principal el embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede ser causante de futuras disfunciones sexuales durante la adultez. Entre más pronto inicien una relación más atentos deben estar los padres de familia.

Al relacionar la funcionalidad familiar y el embarazo precoz se encontró: $X^2 = 18,504$; $gl = 6$; $p = 0,005$, indica que la funcionalidad familiar está relacionada con el embarazo, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que coinciden con León, V. Litardo A. (Ecuador 2013) Factores predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en un hospital base del ministerio de salud pública; lo cual dio como resultado. Las adolescentes embarazadas provienen de una familia disfuncional en el 82.1 % de los casos. Con Osorio, R. (Perú 2014) en su estudio factores que se asocian al embarazo en la adolescencia atendidas en el hospital de apoyo María Auxiliadora de la ciudad de Lima, Los resultados fueron que el 64% provienen de familias desintegradas.

Las adolescentes gestantes del presente estudio presentaron disfuncionalidad familiar en un 97,7% distribuida como moderada, leve y severa, de las cuales el embarazo fue entre intermedio y tardío; la funcionalidad familiar es una

variable importante en la vida de todo ser humano, es así que la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia; las familias disfuncionales son consideradas como factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia; además las mujeres que han vivido dentro de familias con un entorno social, familiar, individual y de relaciones complicadas durante su niñez y adolescencia tienen un riesgo más alto a salir embarazadas durante su adolescencia.

Al relacionar los antecedentes familiares y el embarazo se encontró: $X_2 = 15,542$; $gl = 2$; $p = 0,000$, indica que los antecedentes familiares está relacionado al embarazo precoz, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Coinciden con Pazmiño, L. (Ecuador 2011) En su estudio “factores de riesgo psicosociales y familiares involucrados en el embarazo de adolescentes en las edades comprendidas de 12 a 19 años, que acuden a control en hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja”. Los resultados fueron: la repetición inter generacional en la que el 20% tiene el antecedente de embarazo precoz en la madre, el 33% la hermana, el 10,67% en la madre y hermana y un 36% no tiene antecedente de embarazo en adolescentes en sus familiares cercanos. Con Osorio, R. (Perú 2014) en su estudio factores que se asocian al embarazo en la adolescencia atendidas en el hospital de apoyo María Auxiliadora de la ciudad de Lima, los resultados fueron que el 64% provienen de familias desintegradas.

En cuanto a los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia el 79.6% de las adolescentes gestantes no presentaron antecedentes de las cuales 43.4% presentaron embarazo tardío, sin embargo 16,5% presentaron antecedentes y embarazo intermedio; la gestación y la maternidad a edades muy tempranas son hechos que vemos con frecuencia en nuestra sociedad, muchas madres adolescentes, son hijas de madres que dieron a luz en la adolescencia, es decir que el embarazo en la adolescencia es algo que se puede

aprender y transmitir dentro de las familias no siendo este el caso en la adolescentes gestantes estudiadas; sin embargo también se puede atribuir el hecho de que si la madre o algún familiar cercano tuvo sus hijos a temprana edad no quiere decir necesariamente que los hijos puedan tener un embarazo precoz. Se puede considerar que una de las causas sumadas al embarazo en adolescentes, es una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido.

Al relacionar el uso de método anticonceptivo y el embarazo precoz se encontró: $X^2 = 10,643$; $gl = 2$; $p = 0,005$, indica que el uso de métodos anticonceptivos está relacionado al embarazo precoz, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que discrepo con Pazmiño, L. (Ecuador 2011) En su estudio “factores de riesgo psicosociales y familiares involucrados en el embarazo de adolescentes en las edades comprendidas de 12 a 19 años, que acuden a control en hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja”. Los resultados fueron: el factor no uso de métodos anticonceptivos involucrados en el embarazo de adolescentes fue de 49,33%.

El 47,2% de adolescentes gestantes en el presente trabajo refirieron no usar métodos anticonceptivos de las cuales 31,5% presentaron embarazo intermedio y el 52,8%, refirieron usar métodos anticonceptivos y presentaron embarazo tardío en 31,5%, .se observa en la realidad que los adolescentes refieren no tener un fácil acceso para la adquisición de los métodos anticonceptivos, muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y se olvidan con frecuencia de tomar los anticonceptivos orales. La tasa de fracaso anticonceptivo es mayor en las mujeres adolescentes lo que conlleva a un embarazo precoz no deseado.

Al relacionar el Nivel de conocimiento sobre planificación familiar y el embarazo precoz se encontró: $X^2 = 13,053$; $gl = 2$; $p = 0,001$, indica que el Nivel de conocimiento sobre planificación familiar embarazo precoz está relacionado al embarazo precoz, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que coinciden con León, V. Litardo, A. (Ecuador 2013) Factores predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en un hospital base del ministerio de salud pública. Lo cual dieron como resultado: el factor predisponente para el embarazo en adolescentes fue que el 70,8% de gestantes adolescentes tenían conocimientos sobre planificación familiar.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes gestantes en el presente estudio, 57,5% no tiene conocimiento de las cuales 37,8% presentaron embarazo intermedio. La información, la capacitación y comunicación de la estrategia de salud de la mujer con respecto a la planificación familiar y paternidad responsable debe liderar las intervenciones en los establecimientos de salud y educación en conjunto con profesores y padres de familia, debiendo realizarse a edades más tempranas, no solo en educación secundaria, sino cuando las personas aún no han tenido contacto con su sexualidad, de manera que los esfuerzos no se dirijan a cambiar actitudes sino a proporcionar correcta información al respecto. Sobre todo porque se ha observado que las adolescentes gestantes tienen edades entre 14 a 16 años.

Al relacionar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y el embarazo precoz se encontró: $X^2 = 44,058$; $gl = 2$; $p = 0,000$, indica que el conocimiento sobre salud sexual está relacionado al embarazo precoz, por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Resultados que no coinciden con León V. Litardo A. (Ecuador 2013) Factores predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en un hospital base del ministerio de salud

pública, encontró que El 34.5 % de las adolescentes gestantes presentaron como factor predisponente el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en las adolescentes gestantes, 58,3% no tienen conocimiento de las cuales 44,9% presentaron embarazo intermedio, esta variable tiene un gran desafío, ya que es necesario dedicar especial esfuerzo para desarrollar metodologías uniformes y estandarizadas que permitan abarcar las complejidades de la sexualidad en su dimensión subjetiva, cultural y social, teniendo en cuenta que el desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva es un factor de riesgo para el inicio de una vida sexual temprana y las consecuencias, como embarazos no deseados abortos, enfermedades de transmisión sexual y problemas ginecológicos futuros.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

Se logró identificar a las variables relacionadas al embarazo precoz: El **82,7%** (105) de gestantes refirieron estar estudiando primaria, **14,2%** (18) secundaria y **3,1%** (3) indica no haber estudiado; **79,5%** (101) refirieron estar desocupadas, mientras que el **20,5%** (26) estar ocupada; el **42,5%** indicaron ser solteras; el **55,9%** conviviente y **1,6%** casada. Se observó también que el: **3,9%** de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad; **61,4%** Intermedia y **34,6%** tardía; el **18,9%** presentaron disfunción familiar severa; **59,0%** disfunción familiar moderada; **19,7%** disfunción familiar leve y **2,4%** Buena función familiar; **79,5%** (101) de gestantes refirieron tener antecedentes familiares de embarazo precoz, **20,5%** (26) no tienen; **el 52,8%** (67) usaron métodos anticonceptivos y **47,2%** (60) no usaron métodos anticonceptivos; el **47,2%** (60) refirieron no tener conocimiento de planificación Familiar y mientras **52,8%** (67) refiere tener conocimiento; el **58,3%** refirieron no tener conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y el **41,7%** tienen conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

2. El **52,8%** (67) presentaron embarazo intermedio, **46,4%** (59), embarazo Tardío y solo **0,8%** (01), tuvo embarazo temprano.
3. Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción ($p= 0,000$), la ocupación ($p= 0,000$), el estado civil ($p= 0,028$), inicio de la relación sexual ($p= 0,000$), la funcionalidad familiar ($p= 0,005$), antecedentes familiares ($p= 0,005$), uso de método anticonceptivo ($p= 0,005$), conocimiento sobre planificación familiar ($p = 0,001$), conocimiento sobre salud sexual y reproductiva ($p= 0,000$).

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio, hacemos las siguientes recomendaciones, que van dirigidos a directivos, trabajadores y administrativos que forman parte del área de Salud.

1. A la Dirección Regional de Salud:

A los profesionales de salud que trabajan en las estrategias de salud sexual y reproductiva ejerzan su función en lo que se refiere a promoción y educación para la salud, realizando actividades intra y extra murales para ayudar a las adolescentes a asumir con responsabilidad su vida sexual y reproductiva tomando en cuenta el auto cuidado.

2. Al Ministerio de Educación:

En las Instituciones Educativas desarrollen temas de educación sexual y salud reproductiva como contenidos del programa educativo; reforzar y reorientar la capacitación a los docentes que trabajan con los adolescentes, en el proceso de enseñanza aprendizaje en materias de sexualidad.

Desarrollar sesiones educativas y talleres sobre salud sexual, métodos anticonceptivos, embarazo precoz y sus consecuencias con los padres, madres y adolescentes sobre salud sexual y reproductiva en la escuela de padres, para así lograr un proceso de enseñanza aprendizaje que sea útil en el transcurrir del día a día.

3. A la Facultad de Enfermería:

A través de las asignaturas del área Materno-Infantil con fines de motivar y sensibilizar a los estudiantes de enfermería en el trabajo con los adolescentes, realicen sesiones educativas, seminarios, talleres, visitas domiciliarias, campañas de salud; entregando folletos relacionados al tema para su difusión y prevención de embarazos.

4. A la comunidad:

Capacitar a los actores sociales sobre educación sexual realizando sesiones educativas y así poder prevenir casos de embarazos no deseados y los riesgos en las adolescentes.

5. A los padres de Familia:

Que asuman la responsabilidad de brindar educación sexual a sus hijos, hablando con claridad y veracidad sobre la sexualidad en general y las relaciones sexuales en particular.

Establezcan con sus hijos un vínculo afectivo y respetuoso donde se puedan transmitir estrategias y pautas de socialización que preserven su integridad personal, el respeto por sí mismo y por los demás y la responsabilidad en los resultados de sus acciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cedeño K. 2013 El Embarazo Precoz En Las Estudiantes Del Colegio Nacional Portoviejo Y La Incidencia En Su Proyecto De Vida, Período 2012.
2. Gamboa C; Valdez S. Embarazo en adolescentes. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. [citado en Mayo 2013]. Subdirección de Análisis de Política Interior. Pág. 05 Disponible en URL: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
3. Sierra J. Embarazo prematuro. Embarazo en la adolescencia otro sitio más de Wordpress.com[serial online] 2011.[citado 05 Jun 2012]. Disponible en URL: <http://embarazoprematuro.wordpress.com>.
4. Docsalud.com Según la ONU, más de 20 mil adolescentes dan a luz cada día. [citado octubre 2013]. Disponible en URL: <http://www.docsalud.com/articulo/5154/seg%C3%BAAn-la-onu-m%C3%AAs-de-20-mil-adolescentes-dan-a-luz-cada-d%C3%ADa>
5. Diario la nación. Efe: Venezuela encabeza las cifras de embarazos juveniles en Suramérica [citado mayo 2012]. Disponible en URL: <http://www.lanacion.com.ve/salud/efe-venezuela-encabeza-las-cifras-de-embarazos-juveniles-en-suramerica/>
6. Garrido J. Embarazo adolescente aumenta en lima y la costa norte del Perú. Diario Perú 21 [citado julio 2014] Disponible en URL: <http://peru21.pe/actualidad/embarazo-adolescente-aumenta-lima-costa-norte-peru-inei-2191608>
7. Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014.(pág.24-25)
8. Quesada M. Caracterización social del embarazo en la adolescencia, archivo médico de Camagüey; [citado May - Jun 2010]. Disponible en URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211114981010>
9. Merino E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud alta vista,

enero a junio de 2010; [citado Mayo 2012], Disponible en URL <http://es.scribd.com/doc/94566079/Factores-Que-Influyen-en-Embarazo-Adolescentes-Enero-2011-Karina#scribd>

10. Pazmiño L. Factores de Riesgo Psicosociales y Familiares que influyen en el Embarazo de Adolescentes atendidos en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo Marzo- Agosto del 2011 [citado 2012]. Disponible en URL <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6581>
11. León V. Litardo A. Factores predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo Azogues 2012 [citado 2013]. Disponible en URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3325/1/MED162.pdf>
12. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013 [citado 2014]. Programa Cybertesis PERÚ Disponible en URL: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3570>
13. Rodríguez A. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 02 (110).
14. Carpio CE, Factores de biosociodemográficos y embarazo precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto. [Tesis de licenciado] de pregrado. Iquitos-2010.pag. 02
15. Gómez M. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, 2012 [citado 2012]. Disponible en URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
16. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021 [citado 2014]. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/legislacion/pdf/20131106-minsa-plan-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>
17. Gamboa C; Valdez S. Embarazo en adolescentes. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. [citado en Mayo 2013]. Subdirección de Análisis de Política Interior. Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/sapi_2013.pdf, pág. 04 (154)

18. Menacho L. Embarazo adolescente Licenciado en Bibliotecología y Ciencias de la Información de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) Lima Perú [citado 2005]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos32/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>.
19. Ministerio de Salud. Su Salud es Primero – Adolescente. Promoción de la salud de los y las adolescentes. [citado agosto 2006]. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/adol-promocion.asp>
20. Angulo MV. El embarazo en los Adolescentes. Monografía de Sub Secretaria de educación República Bolivariana de Venezuela. Caracas □serial online□ 2012. □citado 05 Jun 2012□. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos91/embarazo-adolescentes/embarazo-adolescentes2.shtml>.
21. Issler JR, Embarazo en la adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina 2001. [citado julio 2012]. Disponible en URL: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
22. Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.20)
23. Guías Diagnósticas de Consulta Externa. Disponible en URL: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf
24. Guías Diagnósticas De Consulta Externa. [citado noviembre 2009]. http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf
25. Embarazo [citado noviembre 2009]. Disponible en URL: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/cambios-cuerpo-molestias.html>
26. Tipos de embarazo. [citado octubre 2009]. Disponible en URL: <http://www.clubparenting.com/tipos-de-embarazo.html>
27. Etapas del embarazo - Desarrollo del embarazo [citado 2009]. Disponible en URL: http://www.proyecto-bebe.es/noveno_mes_de_embarazo.htm

28. Marinés C. Diagnóstico del embarazo [citado 2014]. [http://salud-mujer.idoneos.com/embarazo/diagnostico de embarazo/](http://salud-mujer.idoneos.com/embarazo/diagnostico%20de%20embarazo/) BSR Biblioteca de la salud reproductiva de la OMS. [citado 2015]. [http://apps.who.int/rhl/pregnancy childbirth/complications/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/es/)
29. Gamboa C; Valdez S. Embarazo en adolescentes. Dirección de Servicios de Investigación y Análisis. [citado en Mayo 2013]. Subdirección de Análisis de Política Interior. Disponible en URL: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
30. Contreras R, Cortes M. El Embarazo en la Adolescencia. ¿Un problema social en Santa Clara, Villa Clara, Cuba?, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, [citado abril 2011]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/crmc.htm>.
31. Embarazo precoz [citado junio 2011] Disponible en URL: <http://rousmaryelembarazoprecoz.blogspot.com/2011/06/consecuencias-del-embarazo-precoz-y-su.html>
32. Embarazo en la adolescencia. [citado en octubre 2014] Disponible en URL: <http://www.webconsultas.com/vivir-el-embarazo/posibles-complicaciones-3431>
33. Conceptos o Definiciones del Embarazo Precoz [citado en JUNIO 2009]. Disponible en URL: <http://embarazoprecozmy.blogia.com/>
34. El Embarazo Precoz [citado junio 2009]. Disponible en URL: <https://embarazoprecozmy.blogia.com/>
35. Enfoque De Riesgo Psicológico Y Social Del Embarazo En La Adolescencia. [citado julio 2012]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos93/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia.shtml>
36. Embarazo en la adolescencia. [citado en octubre 2014] Disponible en URL: <http://www.webconsultas.com/vivir-el-embarazo/posibles-complicaciones-3431>
37. Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.22-23)

38. Conceptos básicos de metodología de la investigación. Operacionalización de variable. [Citado 2010]. Disponible en URL: http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variable_03.html
39. Márquez R. El Proceso de la Investigación en las Ciencias Sociales <http://www.monografias.com/trabajos15/hipotesis/hipotesis.shtml#ixzz3UVT2LfZ3>
40. Eustat - Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística Eustat es el organismo público encargado de recoger, analizar y difundir la información estadística oficial de la C.A. de Euskadi. [citado 2004]. Disponible en URL: http://www.eustat.es/documentos/idioma_e/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz3RnXhxUWW.
41. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Glosario de término de temas de empleo [citado agosto 2012]. Disponible en URL: <http://www.mintra.gob.pe/mostrarContenido.php?id=165>
42. Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.22-23) http://www.redatam.org/redchl/mds/casen/WebHelp/ayudacasen.htm#informacion_casen/conceptos_y_definiciones/residentes/estado_civil.htm
43. Quesada E.R. Inicio de relaciones sexuales en adolescentes. Adolescentes inician sus noviazgos más temprano; [citado diciembre 2009]. Disponible en URL: <http://www.mentesana.net/inicio-de-relaciones-sexuales-en-adolescentes/>.
44. OPS-OMS, Promoción de la salud sexual recomendaciones para la acción. [citado 2014]. Disponible en URL: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/PROMOC.pdf>.
45. Consecuencias físicas y psicológicas del inicio sexual prematuro. [citado febrero 2011]. Disponible en URL: <http://radio.rpp.com.pe/eratabu/consecuencias-fisicas-y-psicologas-del-inicio-sexual-prematuro/>

46. Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.20)
47. Docente. Yáñez M.L, Teorías del funcionamiento familiar [citado Marzo 2011]. Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/nbvgbcfhbfgnghm/teoras-del-funcionamiento-familiar>
48. Chumbes M, Muñoz C. Relación entre la funcionalidad familiar y el embarazo en adolescentes en la ciudad de san Lorenzo – 2014. [Tesis de magister]. Yuri maguas, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014. (pag.14)
49. Rodríguez A. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 40 (110).
50. Definición de antecedentes [citado 2007]. Disponible en URL: <http://www.definicionabc.com/general/antecedente.php>
51. Rodríguez AY. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, puesto de salud I –2 Masusa. [Tesis de licenciado]. Iquitos, Perú: universidad nacional de la amazonia peruana 2014, pág. 39-40 (110).
52. La planificación familiar salva vidas y mejora la salud. [citado 2012]. Disponible en URL: http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/IPPF_FactSheet-4_Health-ES1.pdf
53. Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes Organización Mundial de la Salud. [citado 2012]. Disponible en URL: <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/es003-guidetofpforchws.pdf>
54. Cuevas G. Instrumentos para evaluarla funcionalidad familiar. [citado marzo 2003]. Disponible en URL: <http://es.slideshare.net/ivanalonsosaldivar/instrumentos-para-evaluar-la-funcionalidad-familiar-ivan-alonso>
55. Los Métodos Anticonceptivos. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Consejería de

Sanidad. Comunidad de Madrid. [citado 2013]. Disponible en URL:
[http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/
Metodos_Anticonceptivos.pdf](http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/Metodos_Anticonceptivos.pdf)

56. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos por la población femenina de una zona de salud. [citado y Rev. Esp. Salud Publica v.72 n.6 Madrid Nov./Dic. 1998]. Disponible en URL:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000600008

ANEXO 01

DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
Variables asociadas al embarazo precoz: Grado de instrucción, ocupación, estado civil, inicio de relaciones sexuales, funcionalidad familiar, antecedentes familiares, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre planificación familiar, conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. (V.I)	<p>Características de la adolescente determinada por observación y que pueda mostrar diferentes valores entre una observación y otra.</p> <p>Grado de instrucción: grado más elevado de estudios realizados o en curso que refiere tener la adolescente gestante sujeta de estudio.</p>	<p>Sin instrucción</p> <p>Primaria:</p> <p>Secundaria</p> <p>Superior</p>	<p>Cuando la adolescente refiere no haber cursado ningún nivel de estudios.</p> <p>Cuando la adolescente refiera haber concluido o no los estudios primarios.</p> <p>Cuando la adolescente refiera haber concluido o no los estudios secundarios.</p> <p>Cuando la adolescente refiera haber concluido o no los estudios superiores.</p>	Ordinal	¿Cuál es su grado de instrucción?

	<p>Ocupación Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña la adolescente en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo.</p> <p>Estado civil Condición social de la adolescente gestante según el registro civil en función de si tiene o no pareja.</p>	<p>Ocupada</p> <p>Desocupada</p> <p>Casada</p> <p>Conviviente</p>	<p>Cuando la adolescente refiera que trabaja en una actividad económica, sea o no en forma remunerada</p> <p>Cuando la adolescente refiera que no tiene ningún tipo de trabajo.</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiere estar casada legalmente y que vive con pareja.</p> <p>Cuando la adolescente refiere que hace vida marital y no está casada legalmente.</p>	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p>	<p>¿Trabaja Ud.?</p> <p>¿Cuál es su ingreso económico?</p> <p>¿Cuál es su estado Civil?</p>
--	---	---	--	-------------------------------	---

	<p>Inicio de las relaciones sexuales. Situación temprana del comienzo de las experiencias sexuales dado el inicio precoz de enamoramiento en la etapa adolescente.</p>	<p>Divorciada</p> <p>Viuda</p> <p>Soltera</p> <p>Temprana</p> <p>Intermedia</p>	<p>Cuando la adolescente estando casada legalmente o conviviente actualmente se encuentra viviendo divorciada.</p> <p>Cuando la adolescente refiere que su cónyuge ha fallecido.</p> <p>Cuando la adolescente refiera que nunca ha estado casada y actualmente no convive.</p> <p>Cuando la adolescente refiera que inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años.</p> <p>Cuando la adolescente refiera que inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años.</p>	<p>Nominal</p>	<p>¿A qué edad iniciaste tu primera relación sexual?</p> <p>¿Tienes una vida sexual activa?</p>
--	---	--	--	----------------	---

	<p>Funcionalidad Familiar: Es la capacidad de los miembros de la familia para afrontar y superar las exigencias vitales en cada una de las etapas del ciclo vital la misma que considerara a la familia de origen de la adolescente gestante.</p>	<p>Tardía</p> <p>Buena Función Familiar</p> <p>Disfuncionalidad Familiar leve.</p> <p>Disfunción familiar moderada.</p> <p>Disfunción familiar severa.</p>	<p>Cuando la adolescente refiera que inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años.</p> <p>Cuando el puntaje obtenido es de 18 a 20 TEST DE APGAR.</p> <p>Cuando el puntaje obtenido es de 14 a 17 TEST DE APGAR.</p> <p>Cuando el puntaje obtenido es de 10 a 13 TEST DE APGAR.</p> <p>Cuando el puntaje obtenido es de 9 a 0 TEST DE</p>	<p>Nominal</p>	<p>TEST DE APGAR</p>
--	--	---	--	----------------	----------------------

	<p>Antecedentes familiares: Definida como aquellas circunstancias que se han producido con anterioridad y anticipación a otras en las adolescentes y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros.</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos: Definida como el empleo continuado y habitual o no, de métodos anticonceptivos por la adolescente gestante.</p>	<p>Con Antecedentes</p> <p>Sin antecedentes</p> <p>Usa métodos anticonceptivos</p>	<p>APGAR.</p> <p>Cuando la adolescente refiere tener antecedentes de embarazo precoz como; en madre, hermana, abuela, primas.</p> <p>Cuando la adolescente no refiere tener antecedentes de embarazo precoz como; en madre, hermana, abuela, primas.</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiere haber empleado en forma continua y habitual algún método anticonceptivo.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>¿Tienes algún familiar que tuvo embarazo en la adolescencia?</p> <p>¿Ud. conoce algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Ud. Utilizo algún método anticonceptivo antes que se</p>
--	---	---	---	-------------------------------	--

	<p>Conocimiento sobre planificación familiar: Información sobre planificación familiar, paternidad responsable y metodología anticonceptiva que refiere tener la adolescente gestante obtenida de diferentes fuentes de información.</p>	<p>No usa métodos anticonceptivos</p> <p>Tiene conocimiento sobre la planificación familiar</p> <p>No tiene conocimiento sobre la planificación familiar:</p>	<p>Cuando la adolescente gestante refiere no haber empleado en forma continua y habitual algún método anticonceptivo.</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiere tener información sobre planificación familiar, paternidad responsable y metodología anticonceptiva</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiere no tener información sobre planificación familiar, paternidad responsable y metodología anticonceptiva.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>embarace?</p> <p>¿Siempre utilizabas métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Qué método anticonceptivo utilizabas?</p> <p>¿Sabe que es planificación familiar?</p> <p>¿Sabe Ud. que es paternidad responsable?</p> <p>¿Tiene conocimiento sobre los</p>
--	--	--	---	--	---

	<p>Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva: Información sobre la salud sexual y reproductiva, que refiere tener la adolescente gestante obtenida de sus padres, abuelos o personas mayores.</p>	<p>Tiene conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva:</p> <p>No tiene conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva</p>	<p>Cuando la adolescente gestante refiere tener información sobre salud sexual y reproductiva, paternidad responsable y metodología anticonceptiva.</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiere no tener información sobre la salud sexual y reproductiva, paternidad responsable y metodología anticonceptiva.</p>	<p>métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Ud. tiene conocimiento sobre la salud sexual?</p> <p>¿Ud. tiene conocimiento sobre la salud reproductiva?</p> <p>¿Quién le dio información sobre la sexualidad?</p> <p>¿Recibió información sobre el sexo seguro?</p>
--	--	---	---	---

Embarazo precoz en gestantes (V.D)	Considerado como el proceso de gestación que se produce en una mujer adolescente: entre las edades de 10 a 19	<p>Embarazo temprano</p> <p>Embarazo intermedio</p> <p>Embarazo tardío</p>	<p>Cuando la adolescente gestante refiera tener edad que oscila entre los 10 a 13 años.</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiera tener edad que oscila entre los 14 a 16 años.</p> <p>Cuando la adolescente gestante refiera tener edad que oscila entre los 17 a 19 años.</p>		<p>¿Qué edad tiene Ud.?</p> <p>¿Cuántos meses de gestación tiene ud?</p> <p>¿Su embarazo fue planificado?</p> <p>¿Su embarazo fue esperado?</p>
------------------------------------	---	---	---	--	---

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Presentación:

Señora.....tenga usted muy buenos días, somos bachilleres de la Facultad de Enfermería de la UNAP, el motivo de esta visita es para solicitarle su participación en el proyecto tesis titulada: “Variables relacionadas al embarazo precoz en gestantes atendidas en el centro de Salud América San Juan 2015”.

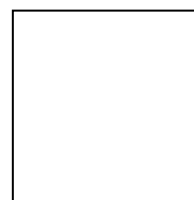
Todos los datos que se obtengan de su valiosa colaboración serán utilizados solo por los investigadores, y será manejado para este estudio y al finalizar el mismo serán destruidos.

Le agradecemos anticipadamente su participación.

Yo.....

Acepto participar libre y voluntariamente en el estudio

Firma



Huella digital

DNI -----

¡Muchas gracias!

ANEXO 3

CÓDIGO:

--	--	--

CUESTIONARIO

(AKF)

VARIABLES RELACIONADAS AL EMBARAZO PRECOZ

PRESENTACIÓN:

El presente cuestionario es parte de un estudio de investigación que estamos realizando, le pedimos a usted su participación contestando a las preguntas del cuestionario de forma sincera y veraz, los cuales tienen por finalidad conocer algunos “Variables relacionadas al embarazo precoz en gestantes en el centro de salud América San Juan 2015”. Sus respuestas son muy valiosas por lo que consideramos responder con sinceridad, la información será de uso exclusivo para la investigación y que al terminar la investigación serán quemados, la información será anónima.

INSTRUCTIVO:

Usted marcará con una (X) la respuesta que considere conveniente a cada pregunta.

El cuestionario tiene una duración de 10 minutos, asegúrese de no omitir ninguna pregunta, cualquier duda puede preguntar sin ningún inconveniente, las cuales serán aclaradas por las investigadoras.

Datos llenados por el investigador:

Fecha:..... /...../.....

Hora de inicio.....

Hora de termino.....

Lugar:.....

Nombre del investigador.....

I. Datos Generales:

1. Dirección:.....Referencia:.....
2. Edad Actual:.....
Embarazo temprano: 10 a 13 años ()
Embarazo intermedio: 14 a 16 años ()
Embarazo tardío: 17 a 19 años ()
3. Edad Gestacional:.....
4. ¿Su embarazo fue planificado?
 - a) Si ()
 - b) No ()

II. Variables relacionadas al embarazo precoz en gestantes

1. Grado de instrucción:
 - 1.1 ¿Cuál es su grado de Instrucción?
 - a) Analfabeta ()
 - b) Primaria ()
 - c) Secundaria ()
 - d) Superior ()
 2. Ocupación:
 - 2.1 ¿Trabaja Ud. Actualmente?
 - a) Si ()
 - b) No ()
 - 2.2 ¿Cuánto es su ingreso económico mensualmente?
 - a) Ninguno ()
 - b) Menos de 200 N/S ()
 - c) 200 – 400 N/S ()
 - d) 401 a más N/S ()
3. Estado civil
 - 3.1 ¿Cuál es su estado Civil?
 - a) Soltera ()
 - b) Casada ()

c) Viuda ()

d) Divorciada ()

e) Conviviente ()

4. Inicio de Relaciones Sexuales

4.1 ¿A qué edad iniciaste tu primera relación sexual?

a) 10 – 12 años ()

b) 13 – 15 años ()

c) 16 – 19 años ()

4.2 ¿Tienes vida sexual activa?

a) Si ()

b) No ()

5. Antecedentes familiares

5.1 ¿Tienes algún familiar que tuvo embarazo en la adolescencia?

a) Si ()

b) No ()

5.2 ¿Si la respuesta es SÍ quien fue?

a) Abuela ()

b) Madre ()

c) Hermanas ()

d) Otros: Especifique.....

6. Uso de Métodos Anticonceptivos:

6.1 ¿Ud. conoce algún método anticonceptivo?

a) Si ()

b) No ()

6.2 ¿Ud. Utilizo algún método anticonceptivo antes que se embarace?

a) Si ()

b) No ()

7. Planificación Familiar

7.1 ¿Sabe que es Planificación Familiar?

- a) Es el uso de algún método anticonceptivo y la libre decisión de cuantos hijos tener con responsabilidad ()
- b) Usar los métodos anticonceptivos correctamente ()
- c) No tener hijos. ()

7.2 ¿Para usted que es paternidad responsable?

- a) Es asumir con responsabilidad y obligación el desarrollo integral de los hijos. ()
- b) Que los embarazos sean planificados. ()
- c) Tener varios hijos. ()

7.3 ¿Según usted cuales son métodos anticonceptivos?

- a) Ampollas, óvulos y preservativos. ()
- b) Píldoras, ampollas y condón. ()
- c) Vacunas, óvulos y ampollas. ()

8. Salud sexual y reproductiva

8.1 ¿Ud. tiene conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva?

- a) Si ()
- b) No ()

Si la respuesta es SI quien la oriento:

- a) Profesor ()
- b) Madre ()
- c) Padre ()
- d) Abuela ()
- e) Otro especifique:.....

8.2 ¿Qué entiende Ud. por salud sexual y reproductiva?

- a) Capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear y adquirir alguna infección de transmisión sexual. ()
- b) Tener relaciones sexuales sin protección. ()
- c) Tener una o varias parejas sexuales. ()

Observaciones:.....
.....

¡Señoras muchas gracias por su colaboración!

ANEXO 4

CODIGO:

--	--	--

TEST DE APGAR

(AKF)

PRESENTACION:

El test de Apgar es un instrumento de estudio de investigación que estamos realizando, le pedimos a usted su participación contestando a las preguntas de forma sincera y veraz, los cuales tienen por finalidad conocer la funcionalidad familiar. Sus respuestas son muy valiosas por lo que consideramos responder con sinceridad.

INSTRUCTIVO:

Usted marcara con una (X) la respuesta que considere conveniente a cada pregunta.

Tome el tiempo de 10 minutos para responder las preguntas, cualquier duda puede preguntar sin ningún inconveniente, las cuales serán aclaradas por las investigadoras.

Datos llenados por el investigador:

Fecha:..... /...../.....

Hora de inicio.....

Hora de termino.....

Gracias por su colaboración.

APGAR FAMILIAR MODIFICADO

AREAS/PREGUNTAS	ALTERNATIVA				
ADAPTACION:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando estuviste frente algún problema de salud, ¿has recibido apoyo de tu familia?					
2. Cuando estuviste frente algún problema escolar, ¿has recibido apoyo de tu familia?					
3. Cuando estuviste frente algún problema sentimental (enamorado), ¿has recibido apoyo de tu familia?					
4. Llegaste a resolver los problemas que tenías, con el apoyo de tu familia.					
PARTICIPACION:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	casi siempre	Siempre
1. Ante cualquier decisión que hayas tomado ¿crees que la opinión de tu familia fue importante?					
2. ¿alguna vez tus padres te han impuesto a tomar una decisión sin consultarte?					
3. ¿ante un problema ocurrido, crees que todos los integrantes de tu familia participaron en su solución?					
4. Las decisiones que se tomaban en tu familia, ¿tenían en cuenta tu opinión?					
5. Con que frecuencia era la comunicación entre tú y tus padres.					
GANANCIA:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

1. ¿con que frecuencia tus padres han manifestado sus expectativas frente a tu superación?					
2. ¿tus padres te han apoyado emocionalmente en la realización de tus metas?					
3. ¿con que frecuencia tus padres te mostraron afecto?					
AFECTO:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿te satisface la forma en que tus padres respondían ante tus emociones de, rabia, tristeza, amor?					
2. ¿con que frecuencia te sientes bien de la relación afectuosa entre tus padres?					
3. ¿Con que frecuencia te sientes bien de la relación afectuosa con tu mama?					
4. ¿con que frecuencia te sientes bien de la relación afectuosa con tu papa?					
5. ¿con que frecuencia tus padres te mostraron afecto?					
RECURSOS:	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿con que frecuencia tu familia dedica un tiempo para conversar contigo?					
2. ¿con que frecuencia tu familia dedica un tiempo para la recreación?					
3. ¿estas satisfecha de como compartían el dinero los miembros de tu familia?					
4. ¿estás a gusto en los espacios de la casa que se compartían en familia?					
5. ¿te agrada el tiempo que compartían en familia?					

CODIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

ITEMS	CODIFICACIÓN
VARIABLES RELACIONADAS AL EMBARAZO ADOLESCENTE	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
P.1 ¿Cuál es tu grado de instrucción?	
P.1.1 Sin instrucción	1
P.1.2 Primaria	2
P.1.3 Secundaria	3
P.1.4 Superior	4
OCUPACION	
P.2 ¿Trabaja Ud.?	
P.2.1 Si	1
P.2.2 No	2
P.3 ¿Cuál es su ingreso económico?	
P.3.1 Ninguno	1
P.3.2 Menos de 200	2
P.3.2 De 200 – 400 N/S	3
P.3.3 De 401 a más N/S	4

ESTADO CIVIL	
P.4 ¿Cuál es su estado civil?	
P.4.1 Soltera	1
P.4.2 Casada	2
P.4.3 Viuda	3
P.4.4 Divorciada	4
P.4.5 Conviviente	5
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	
P.5 ¿A qué edad iniciaste tu primera relación sexual?	
P.5.1 De 10 – 12 años	1
P.5.2 De 13 – 15 años	2
P.5.6 De 16 - 19 años	3
P.6 ¿Tienes vida sexual activa?	
P.6.1 Si	1
P.6.2 No	2
ANTECEDENTES FAMILIARES	
P.7 ¿tienes algún familiar que tuvo embarazo en la adolescencia?	
P.7.1 SI	1
P.7.2 NO	2
¿Si la respuesta es SÍ quien fue?	
P.7.3 Abuela	1
P.7.4 Madre	2
P.7.5 Hermanas	3
P.7.6 Otros: Especifique	4

<p>USO DE METODOS ANTOCONCEPTIVOS</p> <p>P.8 ¿Ud. conoce algún método anticonceptivo?</p> <p> P.8.1 Si</p> <p> P.8.2 No</p>	<p>1</p> <p>2</p>
<p>P.9 ¿Ud. Utilizo algún método anticonceptivo antes que se embarace?</p> <p> P.9.1 Si</p> <p> P.9.2 No</p>	<p>1</p> <p>2</p>
<p>CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR</p> <p>P. 12 ¿Sabe que es Planificación Familiar?</p> <p> P.12.1 Es el uso de algún método anticonceptivo y la libre decisión de cuantos hijos tener con responsabilidad</p> <p> P.12.2 Usar los métodos anticonceptivos correctamente</p> <p> P.12.3 No tener hijos</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</p> <p>15. ¿Ud. tiene conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva?</p> <p> P.15.1 Si</p> <p> P.15.2 No</p> <p>Si la respuesta es SI quien la oriento:</p> <p> P.15.3 Profesor</p> <p> P.15.4 Madre</p> <p> P.15.5 Padre</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

P.15.6 Abuela	6
P.15.7 Otro especifique	7
16. ¿Ud. tiene conocimiento sobre la salud reproductiva?	
P.12.1 Capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear y adquirir alguna infección de transmisión sexual.	1
P.12.2 Tener relaciones sexuales sin protección.	2
P.12.3 Tener o varias parejas sexuales.	3

ANEXO

Puntaje obtenido por cada área de la funcionalidad familiar de las adolescentes gestantes atendidas en el C.S. I-3 América

N° de Adolescentes Embarazadas	Áreas					Total Puntaje Apgar
	Adaptación	Participación	Ganancia	Afecto	Recursos	
1	7	12	10	12	8	49
2	8	9	10	9	8	44
3	14	10	12	16	14	66
4	4	9	14	17	17	61
5	20	15	15	10	12	72
6	17	12	15	15	15	74
7	13	12	20	16	14	75
8	18	16	18	20	16	88
9	9	7	11	7	13	47
10	8	10	10	8	9	45
11	11	13	17	15	12	68
12	9	9	11	11	9	49
13	7	10	14	12	9	52
14	6	9	13	9	8	45
15	9	12	17	16	17	71
16	18	12	17	11	15	73
17	12	13	12	13	12	62
18	9	9	13	8	12	51
19	16	13	13	14	12	68
20	10	10	9	14	11	54
21	16	17	10	15	15	73
22	15	17	11	15	12	70
23	10	13	11	14	13	61
24	16	13	17	16	14	76
25	13	14	14	16	17	74
26	8	6	11	8	9	42
27	8	8	12	7	6	41
28	9	13	13	9	9	53
29	4	9	5	12	9	39
30	8	14	15	12	12	61
31	12	12	12	15	12	63
32	14	14	16	15	10	69
33	7	9	10	9	9	44

34	20	19	18	20	20	97
35	18	18	15	20	18	89
36	0	9	9	8	13	39
37	8	9	6	4	8	35
38	11	10	10	8	12	51
39	7	13	8	9	12	49
40	18	12	20	18	15	83
41	15	13	17	19	15	79
42	14	13	11	16	16	70
43	10	15	10	14	11	60
44	7	10	10	9	9	45
45	15	17	12	15	12	71
46	20	12	6	8	18	64
47	12	13	2	11	13	51
48	10	10	7	16	16	59
49	16	16	18	20	19	89
50	16	12	12	14	9	63
51	9	16	7	20	19	71
52	8	10	3	0	18	39
53	11	11	9	4	18	53
54	16	13	13	19	16	77
55	19	16	18	18	19	90
56	11	12	12	13	14	62
57	13	13	11	9	13	59
58	13	13	13	16	13	68
59	7	8	10	10	6	41
60	10	9	10	13	9	51
61	13	15	16	16	16	76
62	8	8	10	14	10	50
63	14	14	10	15	8	61
64	16	11	15	12	12	66
65	5	5	15	15	14	54
66	10	9	14	13	10	56
67	9	12	10	11	11	53
68	7	14	10	8	4	43
69	10	11	11	13	13	58
70	14	9	15	14	10	62
71	11	9	10	12	13	55
72	10	14	16	15	13	68
73	13	10	12	14	10	59

74	11	12	13	13	13	62
75	12	10	15	13	11	61
76	12	9	14	14	11	60
77	12	12	17	14	13	68
78	12	10	15	13	13	63
79	15	11	12	14	13	65
80	11	16	16	13	12	68
81	17	14	15	15	13	74
82	16	14	16	14	12	72
83	12	9	15	14	12	62
84	13	8	13	15	15	64
85	8	9	11	9	12	49
86	9	9	11	9	13	51
87	7	12	10	9	13	51
88	7	9	10	12	13	51
89	12	10	12	12	12	58
90	10	9	13	14	12	58
91	12	8	7	2	10	39
92	14	9	15	19	16	73
93	10	12	16	12	16	66
94	20	16	20	20	16	92
95	16	19	20	14	14	83
96	13	15	10	9	9	56
97	11	14	15	14	14	68
98	12	17	15	19	10	73
99	10	12	12	15	13	62
100	18	17	15	19	16	85
101	20	15	20	18	18	91
102	11	12	11	17	15	66
103	13	14	11	5	11	54
104	20	15	14	10	12	71
105	17	12	14	15	15	73
106	13	12	20	16	14	75
107	18	16	17	20	16	87
108	9	7	11	7	13	47
109	8	10	9	8	9	44
110	11	13	15	15	12	66
111	16	13	12	19	16	76
112	19	16	19	18	19	91
113	11	10	12	13	14	60

114	13	13	13	9	13	61
115	13	13	13	16	13	68
116	7	8	11	10	6	42
117	10	9	11	13	9	52
118	13	15	15	16	16	75
119	8	8	11	14	10	51
120	14	14	10	15	8	61
121	16	11	14	12	12	65
122	5	5	14	15	14	53
123	10	9	13	13	10	55
124	9	12	11	11	11	54
125	7	14	9	8	4	42
126	10	11	12	13	13	59
127	14	9	13	14	10	60

**VARIABLES RELACIONADAS AL EMBARAZO PRECOZ EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
AMERICA, SAN JUAN – 2015**

Gráfico 01

Grado de instrucción relacionada al embarazo precoz.

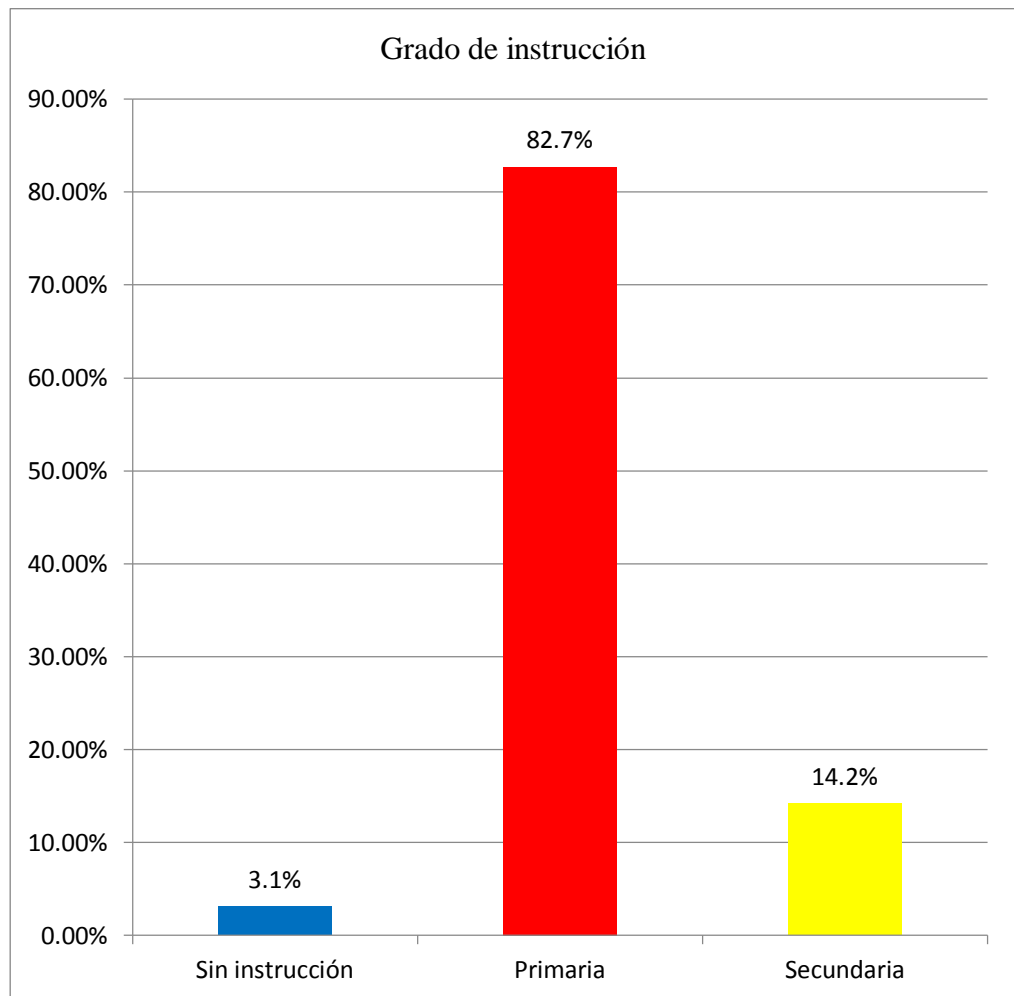


Gráfico 02

Ocupación relacionada al embarazo precoz.

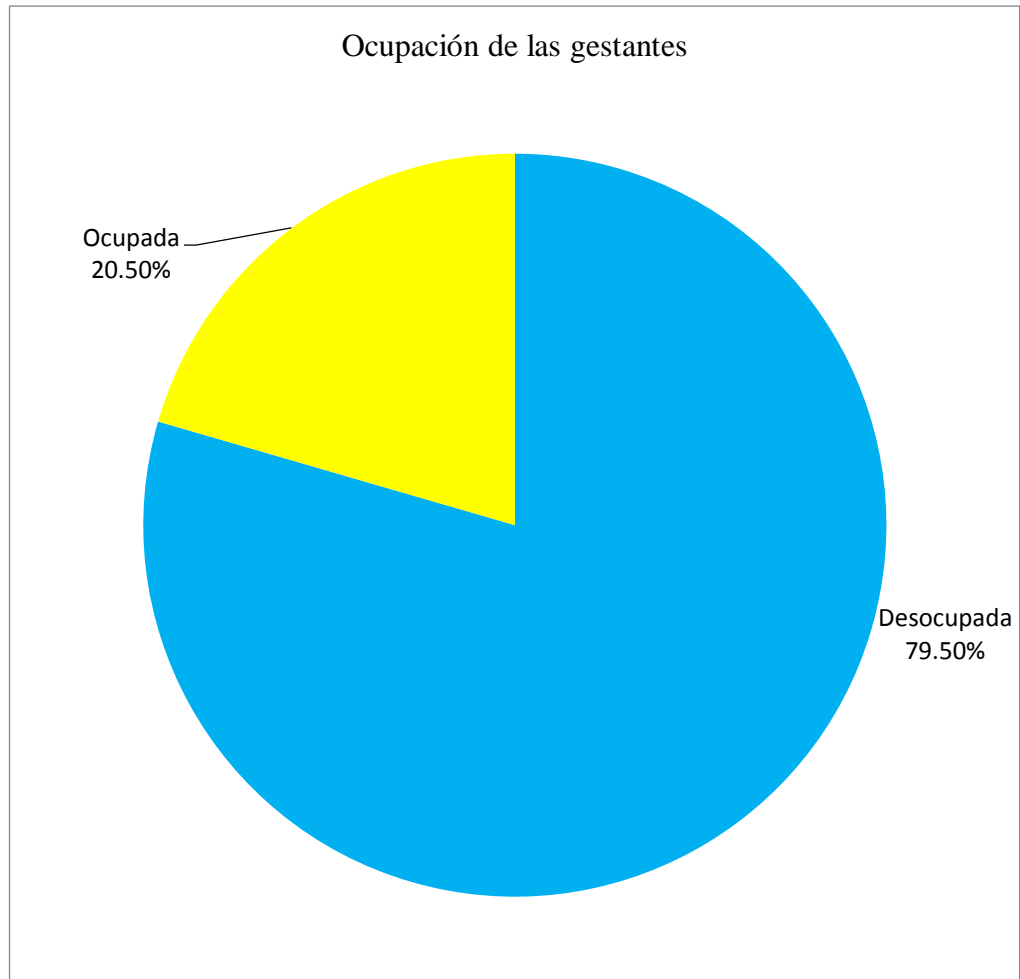


Gráfico 03

Estado civil relacionada al embarazo precoz.

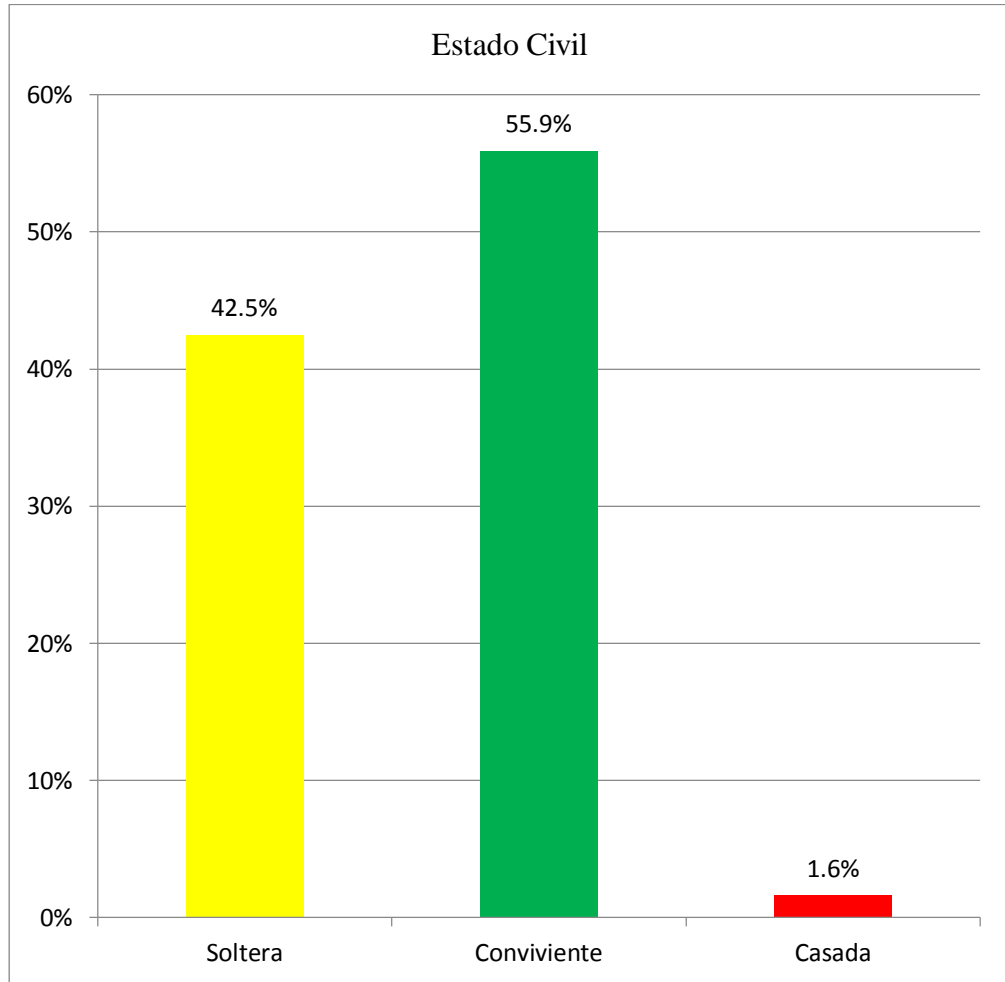


Gráfico 04

Inicio de relación sexual relacionada al embarazo precoz.

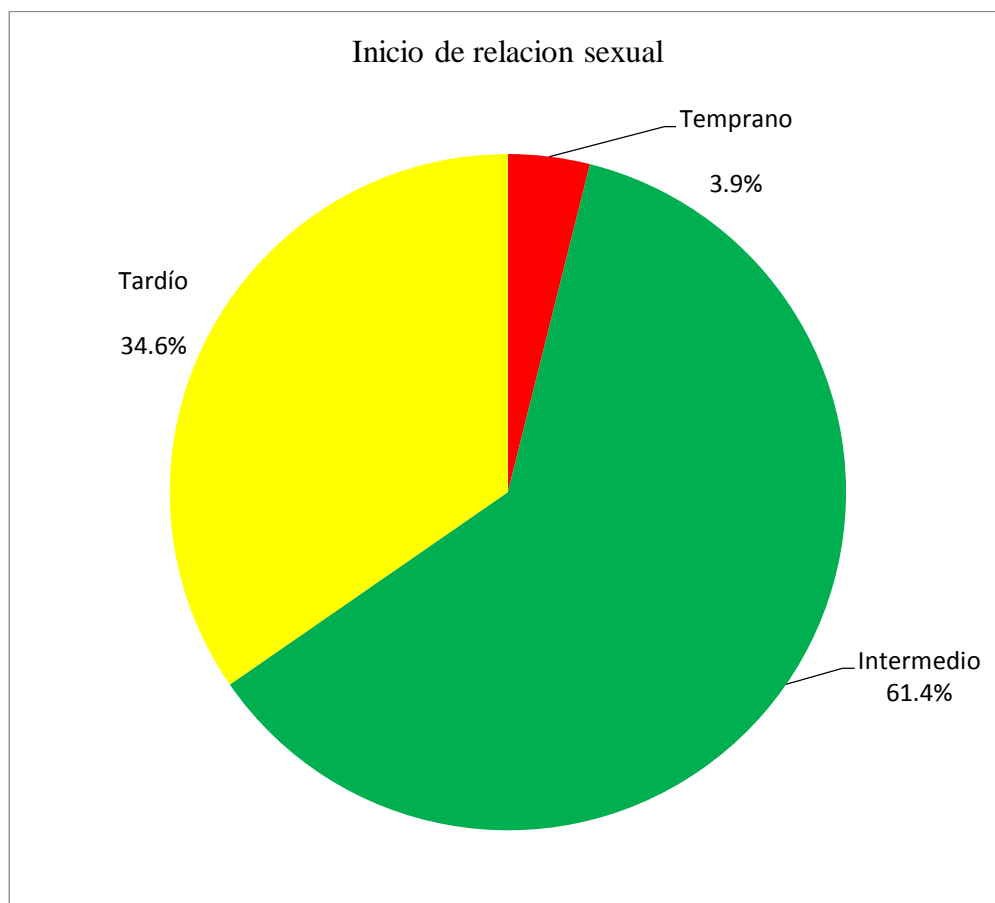


Gráfico N° 05

Funcionalidad familiar relacionada al embarazo precoz.

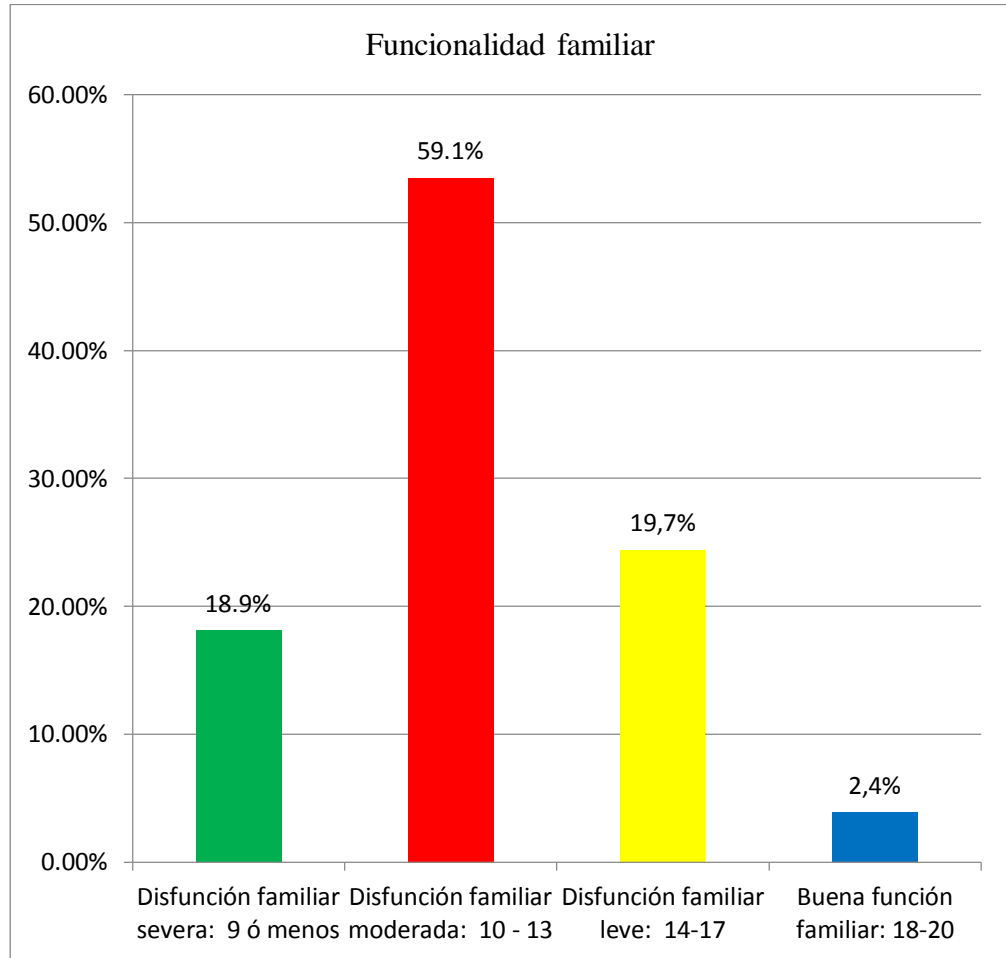


Gráfico N° 06

Antecedentes familiares relacionada al embarazo precoz.

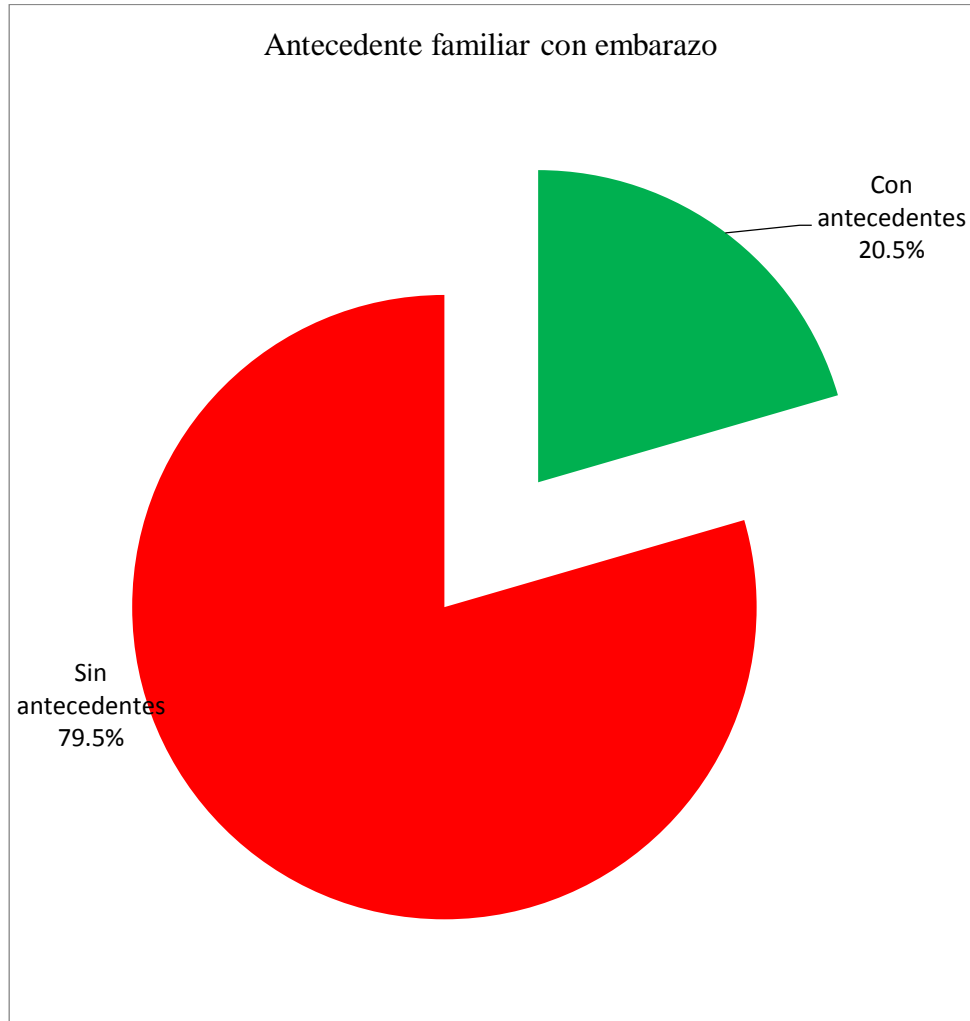


Gráfico N° 07

Uso de métodos anticonceptivos relacionada al embarazo precoz.

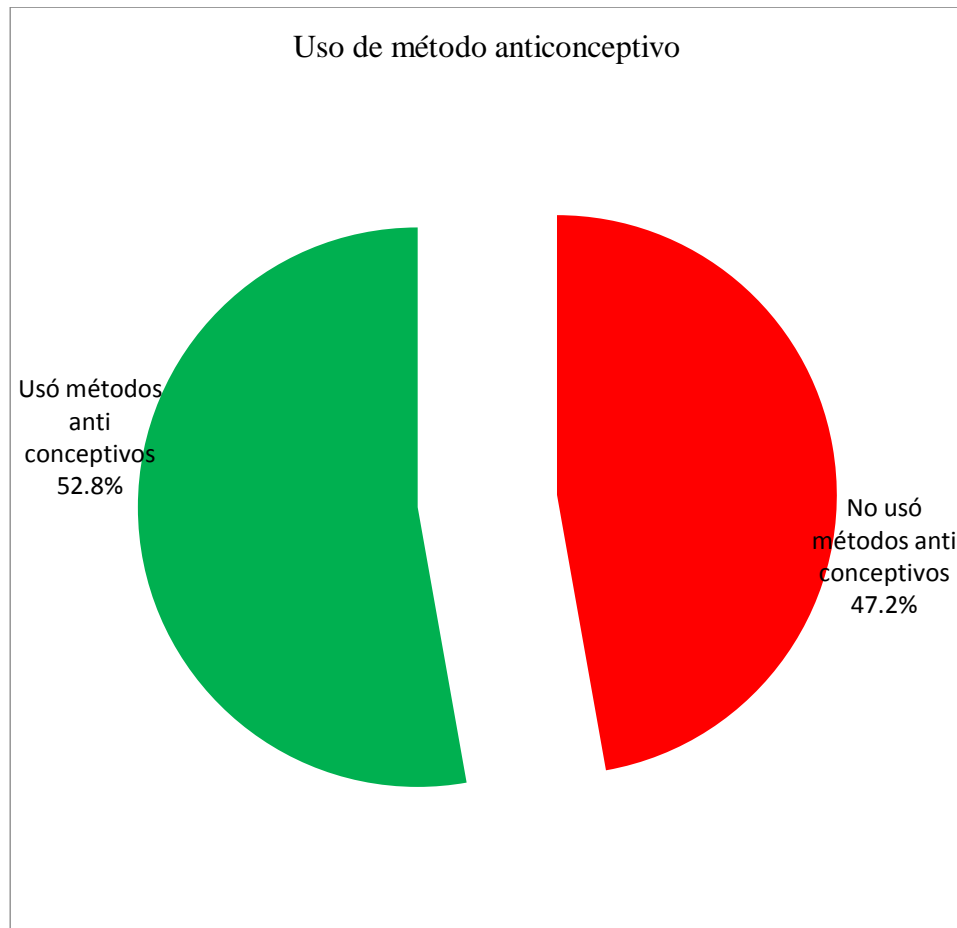


Gráfico N° 08

Conocimiento sobre planificación familiar relacionada al embarazo precoz.

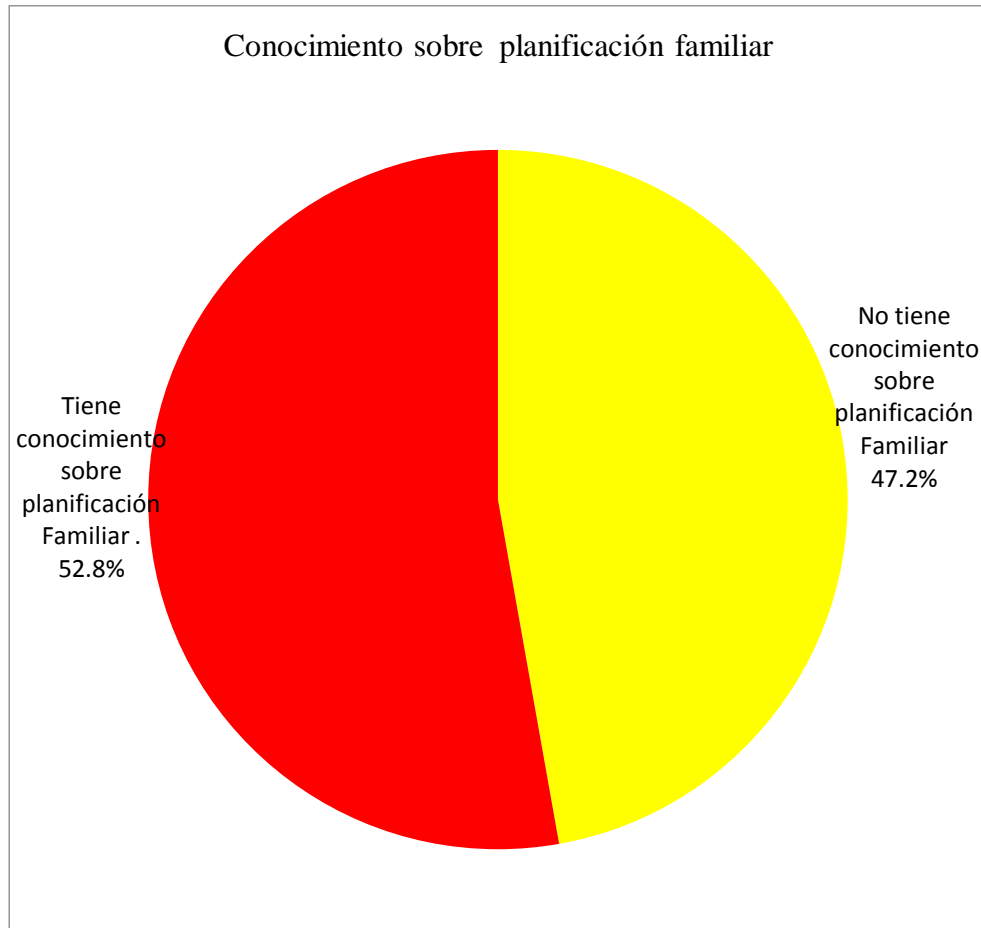


Gráfico N° 09

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva relacionada al embarazo precoz.

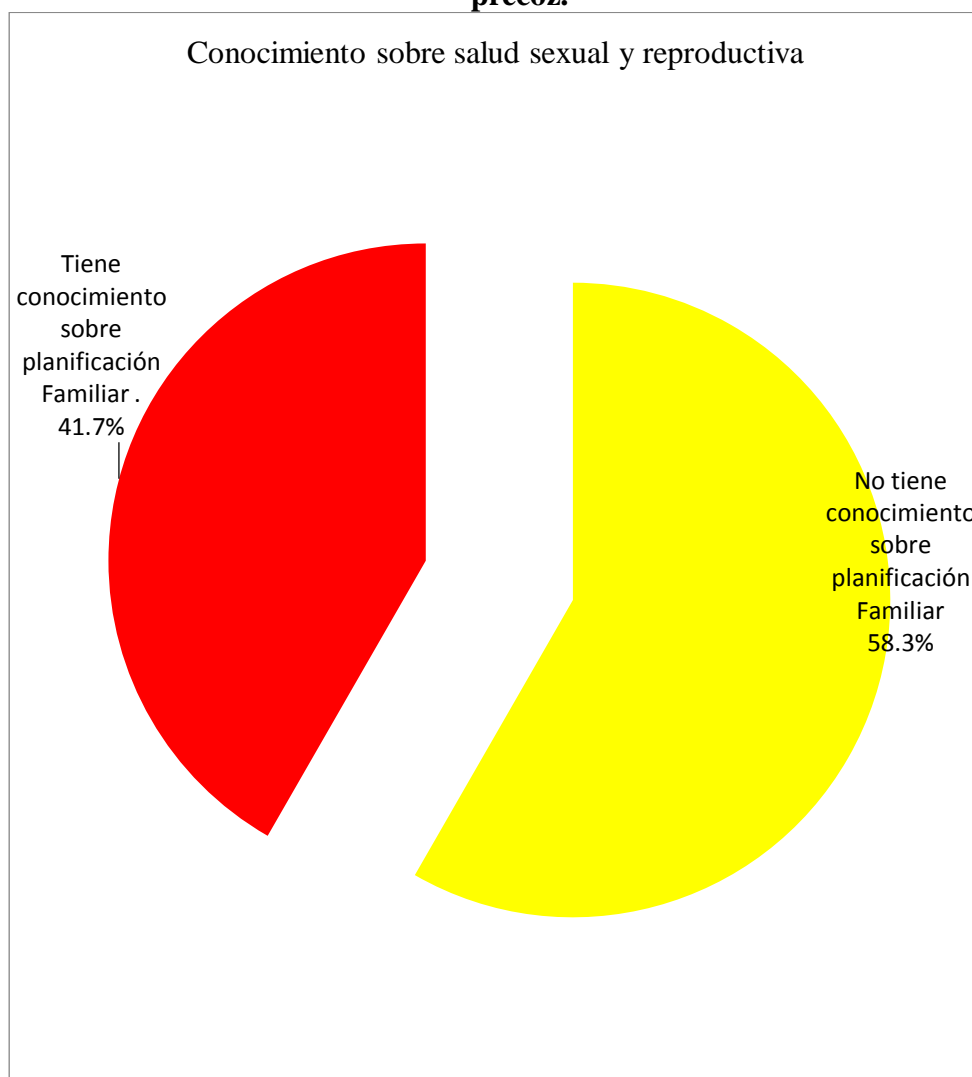


Gráfico N° 10

Embarazo precoz

