



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Escuela de Posgrado

**Determinantes de la salud reproductiva asociados con el embarazo en adolescentes
atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra - 2018**

Tesis

Para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

Autora

Ketty Gisela Papa Carrera

Asesora

Dra. Elsa Carmen Oscuvilca Tapia

Huacho – Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)

ESCUELA DE POSGRADO

INFORMACION

DATOS DEL AUTOR (ES):		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Papa Carrera, Ketty Gisela	15744027	18/07/2024
DATOS DEL ASESOR:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CÓDIGO ORCID
Oscuvilca Tapia, Elsa Carmen	15599970	0000-0003-0586-875X
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA-DOCTORADO:		
APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	CODIGO ORCID
Hijar Guzman, Raymundo Javier	15685212	0000-0002-6182-0542
Villafuerte Castro, Delia Violeta	15744241	0000-0002-7442-467X
Castillo Corzo Adriana María	15842593	0000-0003-0786-6029

DETERMINANTES DE LA SALUD REPRODUCTIVA ASOCIADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DE PUENTE PIEDRA- 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%
2	www.semanticscholar.org Fuente de Internet	1%
3	www.dominiodelasciencias.com Fuente de Internet	1%
4	contdutisexo.weebly.com Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Fundación Universitaria Claretiana Trabajo del estudiante	1%
6	www.hcllh.gob.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Pan American School Trabajo del estudiante	<1%

Submitted to Universidad de Manizales

DEDICATORIA

Con el merecido respeto, afecto y amor a mis padres, esposo e hijos, que han tolerado días de ausencia para hacer realidad la tesis para el Grado de Maestra.

Ketty Gisela Papa Carrera

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi Alma Mater por haberme dado la oportunidad de ser profesional y haber hecho posible la realización de la tesis bajo la asesoría de la Dra. Elsa Oscuvilca Tapia.

A mis docentes que contribuyeron en la formación como Maestra en Salud Pública

Ketty Gisela Papa Carrera

ÍNDICE

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación de la investigación	16
1.5 Delimitaciones del estudio	17
1.6 Viabilidad del estudio	18
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes de la investigación	19
2.1.1 Investigaciones internacionales	19
2.1.2 Investigaciones nacionales	21
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Definición de términos básicos	27
2.4 Hipótesis de investigación	29
2.4.1 Hipótesis general	29
2.4.2 Hipótesis específicas	29
2.5 Operacionalización de las variables	31
CAPÍTULO III	33
METODOLOGÍA	33
3.1 Diseño metodológico	33
3.2 Población y muestra	33
3.2.1 Población	33
3.2.2 Muestra	34

3.3	Técnicas de recolección de datos	35
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información	36
CAPÍTULO IV		37
RESULTADOS		37
4.1	Análisis de resultados	37
4.2	Contrastación de hipótesis	41
CAPÍTULO V		50
DISCUSIÓN		50
5.1	Discusión de resultados	50
CAPÍTULO VI		53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		53
6.1	Conclusiones	53
6.2	Recomendaciones	54
REFERENCIAS		55
7.1	Fuentes documentales	55
7.2	Fuentes bibliográficas	56
7.3	Fuentes hemerográficas	56
7.4	Fuentes electrónicas	59
ANEXOS		66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas	37
Tabla 2. Peso/talla y Apgar del recién nacido y peso/talla de la madre	38
Tabla 3. Conductas sexuales de riesgo de las adolescentes embarazadas	38
Tabla 4. Educación sexual en las adolescentes.....	39
Tabla 5. Características sociodemográficas de las adolescentes	40
Tabla 6. Características sociodemográficas de la pareja	40
Tabla 7. Creencias sobre el embarazo de la adolescente	41

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha información de la historia clínica.....	66
Anexo 2. Cuestionario sobre determinantes de la salud reproductiva y embarazo	67
Anexo 3. Validez de contenido del cuestionario	70
Anexo 4. Consentimiento informado.....	72

RESUMEN

Objetivo, Establecer la asociación entre los determinantes de la salud reproductiva con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018. Material y métodos, estudio analítico de corte transversal, enfoque cuantitativo, método cuantitativo, no experimental; la población conformada por 224 adolescentes embarazadas, el tamaño de muestra, 87. Las técnicas de recolección de datos, de las afecciones ginecológicas se utilizó el análisis documental de las historias clínicas, para las conductas sexuales de riesgo y educación sexual, la entrevista, y para características sociodemográficas el cuestionario. La prueba de hipótesis con el chi cuadrado. Resultados, el 12.5% presentaron antecedentes patológicos durante el embarazo, abortos, intento suicida, abuso sexual (violación) y no usan los métodos anticonceptivos, el 14% de las adolescentes no han presentado conductas sexuales de riesgo, el 7% recibieron educación sexual, el 59% tienen de 15 a 16 años de edad, el 75% proceden de la costa, el 74% solteras, el 53% no se realizaron el aborto por profesar la religión católica, el 60% estudiaron hasta la secundaria, del 45% al embarazarse dejaron de estudiar, el 56% la pareja tienen educación secundaria quien asume los gastos de la casa, y tiene trabajo independiente, esta situación no permite adecuadas relaciones familiares en el 65% de ellas. Conclusiones, la asociación entre los determinantes de la salud reproductiva con el embarazo en las adolescentes, genera líneas de investigación de abordaje urgente sobre la violencia de género, conductas sexuales de riesgo y educación sexual.

Palabras clave: determinantes de la salud reproductiva, embarazo, adolescente, hospital publico

ABSTRACT

x Objective, To establish the association between the determinants of reproductive health with pregnancy in adolescents treated at the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital in Puente Piedra -2018. Material and methods, cross-sectional analytical study, quantitative approach, quantitative method, not experimental; The population consists of 224 pregnant adolescents, the sample size, 87. Data collection techniques, gynecological conditions, documentary analysis of medical records, sexual risk behaviors and sexual education, interview, and for sociodemographic characteristics the questionnaire. The hypothesis test with chi square. Results, 12.5% presented a pathological history during pregnancy, abortions, suicide attempt, sexual abuse (rape) and do not use contraceptive methods, 14% of adolescents have not presented risky sexual behaviors, 7% received sexual education, 59% are 15 to 16 years old, 75% come from the coast, 74% single, 53% did not have an abortion for professing the Catholic religion, 60% studied until high school, 45% when they got pregnant they stopped studying, 56% of the couple have secondary education who assumes the expenses of the house, and has independent work, this situation does not allow adequate family relationships in 65% of them. Conclusions, the association between the determinants of reproductive health with adolescent pregnancy, generates lines of investigation of an urgent approach on gender violence, sexual risk behaviors and sexual education.

Keywords: determinants of reproductive health, pregnancy, adolescent, public hospital

INTRODUCCIÓN

El grupo adolescente representa el 13% de la población peruana (UNICEF Perú, 2013) y el 30% de la población en América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2017) expuesta a riesgos de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazos no deseados y los comportamientos de riesgo. (Freire, 2015). El embarazo adolescente se ha constituido en un problema de salud pública, por las consecuencias biológicas al binomio madre niño, en vista que las condiciones pocas saludables previas al embarazo (malnutrición, bajo peso y talla, control prenatal) y las condiciones socioeconómicas de las adolescentes (pobreza, bajo logro escolar, necesidades básicas insatisfechas). (Reyes, D. y González, E., 2014), repercuten negativamente.

Al abordar los determinantes de salud reproductiva en la adolescente permitió asociar con el embarazo, comprobando una gran dependencia económica de la pareja, ya sea de los padres o de la pareja, bloqueo para continuar los estudios, no le permitirán llegar a la vida adulta acorde con los planes de vida que quisieran para sí mismas (Mendoza, W., y Subiría, G., 2013).

Las atenciones obstétricas de adolescentes en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, por abortos, intentos de suicidio, por violación o abuso sexual y otras afecciones ha sido una constante, las creencias, las conductas sexuales de riesgo y la educación sexual, interpretadas con modelos de la cognición social de Albert Bandura (Triglia, A., 2018) y la Teoría de la conducta planificada de Ajzen (Reyes, 2007), que por su fragilidad exige en futuras investigaciones la intervención multidisciplinaria. La metodología La metodología propia de un estudio descriptivo correlacional. Los resultados evidencian los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo en 87 adolescentes, la prueba de hipótesis ha permitido asociar las variables concordantes con el objetivo: establecer la asociación entre los determinantes de la salud reproductiva con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018. El informe final está estructurado en 6 capítulos. Capítulo I. El problema. Capítulo II, Marco teórico. Capítulo III. Metodología. Capítulo IV. Resultados. Capítulo V. Discusión y finalmente el Capítulo VI. Conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

A nivel mundial las tasas de fertilidad adolescente más alta, se encuentra en Nicaragua, Honduras, Panamá, Ecuador y Guatemala (Rico, M. y Trucco, D., 2014), el embarazo no planeado sigue siendo un problema en América Latina y el Caribe, el 25% de las mujeres jóvenes son madres antes de los 20 años de edad, y el 45% de estos embarazos son el resultado del uso inadecuado o la falta de anticonceptivos (Plan y UNICEF, 2014).

En algunos países de Centroamérica, el 50% de las jóvenes inician las relaciones sexuales antes de los 15 años y el 40% usan un método anticonceptivo probablemente como medida preventiva de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, aquellas que viven en las zonas rurales, tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las adolescentes de zonas urbanas. (Freire, 2015)

En México, el 20% de los nacimientos anuales se presenta en madres menores de 20 años, cuyo impacto de los embarazos comienza con los riesgos para la salud de la madre y su hijo, por las condiciones sociales y económicas, el cuidado de la salud es inferior a lo ideal, lo cual es determinante en el desarrollo psicosocial materno posterior. (Mora, A. y Hernández, M., 2015)

En el Perú, desde 1996 al 2015, no han cambiado los porcentajes de adolescentes con embarazo no deseado, siendo más recurrente en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6%), en la selva el porcentaje se triplica en relación al de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3%) y en el nivel educativo secundario en relación al nivel educativo superior (37.9% y 6.1%), (Instituto Nacional de Estadística e Informática,

2016), la razón de mortalidad materna en el Perú se estimó en 68 por 100,000 nacidos vivos, es decir 388 muertes maternas, 26 muertes maternas en adolescentes y 173 en jóvenes, debido a la hemorragia obstétrica (42.6%), trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (22.7%), complicaciones no obstétricas (14.0%) y embarazo que termina en aborto (9.8%), estas cuatro causas dan cuenta del 89.1% de todas las muertes maternas. (MINSa, 2017). El Instituto Nacional de Estadística e Informática, cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas, el 2017 el 13.4% de adolescentes, de 15 a 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en el año, lo que significó un alza del 0.7% con respecto al 2016. (Peru21, 2018), esta situación se registra con mayor incidencia en Loreto (30.4%), Amazonas (23.8), Ucayali (23.1), San Martín (20%) y Cajamarca (18.5%). (MINSa, 2018)

A medida que avanzan los días, es imposible detener las cifras, el 12,7% de adolescentes de 15 a 19 años son madres. (Paredes, 2018).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué determinantes de la salud reproductiva se asocian con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018?

1.2.2 Problemas específicos

- PE1 ¿Qué afecciones ginecológicas presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018?
- PE2. ¿Qué conductas sexuales de riesgo presentan las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018?
- PE3 ¿Qué conocimiento sobre educación sexual tienen las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018?
- PE4 ¿Qué características sociodemográficas, conceptos y creencias sobre el embarazo tienen las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Establecer la asociación entre los determinantes de la salud reproductiva con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- OE1 Identificar el tipo de afecciones ginecológicas en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.
- OE2 Identificar las conductas sexuales de riesgo en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.
- OE3 Identificar el nivel conocimiento sobre educación sexual en las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.
- OE4 Caracterizar las variables sociodemográficas, conceptos y creencias sobre el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

1.4 Justificación de la investigación

La investigación fue relevante por estar dirigida al grupo adolescente que representa el 13% de la población peruana (UNICEF Perú, 2013) y el 30% de la población en América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2017) que está expuesta a riesgos de infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, embarazos no deseados y los comportamientos de riesgo. (Freire, 2015). El embarazo adolescente es un problema de salud pública, por las consecuencias para la madre y el producto de la concepción, en vista que las condiciones pocas saludables previas al embarazo (malnutrición, bajo peso y talla, control prenatal) y las condiciones socioeconómicas de las adolescentes (pobreza, bajo logro escolar, necesidades básicas insatisfechas). (Reyes, D. y González, E., 2014). Esta problemática aborda el Ministerio de Salud, debido a que, ha institucionalizado la cuarta semana de setiembre para las acciones conducentes a la prevención del embarazo en adolescentes. (MINSA, 2010).

Promover estudios sobre los determinantes de salud reproductiva en adolescentes permitirá resumir las diferentes vertientes a fin de visibilizar los vacíos de conocimiento

referidos a los contextos económico y social, en vista que las adolescentes se ven obligadas a dejar la escuela para trabajar para el nuevo ser que espera (Mendoza, W., y Subiría, G., 2013).

Las atenciones obstétricas de adolescentes en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, constituye un gran problema en salud pública, generando grandes interrogantes en el equipo de salud que la atiende, por lo que los resultados del presente estudio permitirá a los directivos de dicha institución evaluar e integrar a las instituciones educativas, a los padres y adolescentes y comunidad para abordar los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo, dada la inexistencia de investigaciones en el hospital.

Los modelos de la cognición social de Albert Bandura (Triglia, A., 2018) y la Teoría de la conducta planificada de Ajzen (Reyes, 2007) definirán que, las experiencia perduran en la memoria de las adolescentes y son activadas en el momento de tomar una decisión o de actuar con su pareja, basada en los instintos, de allí la importancia de conocer las cogniciones adolescentes respecto a su salud sexual y reproductiva. (Vargas, E., Henao, J. y González, C., 2007). El estudio del embarazo se sustenta en la teoría del Modelo ecológico del embarazo en adolescentes.

1.5 Delimitaciones del estudio

El estudio de investigación se desarrolló en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, previa autorización de las autoridades para la recolección de la información.

Delimitación Social

El estudio permitió abordar los determinantes de la salud reproductiva asociados con el embarazo en las adolescentes atendidas en los consultorios de Gineco Obstetricia, control pre natal y emergencia, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, la misma que contribuyó a minimizar el embarazo precoz y no deseado en el grupo etario de mayor vulnerabilidad.

Delimitación Temporal

El período de estudio coincide con el cronograma del proyecto.

1.6 Viabilidad del estudio

Viabilidad temática:

Luego de la aprobación del proyecto de tesis por el Jurado Evaluador se ejecutó en el tiempo disponible y con la asesoría permanente. No existió conflicto de interés ni impedimentos éticos morales en el desarrollo de la investigación.

Viabilidad económica:

Los gastos que demandó la elaboración y ejecución del proyecto fueron autofinanciados.

Viabilidad técnica:

Las características y condiciones de la población beneficiaria permitieron el cumplimiento de los objetivos pertinente y coherente con la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

(Royo, 2018) “Determinantes del embarazo en adolescentes. explicando las causas de las causas”. Colombia, realizó el análisis de los determinantes sociales, con mayor ocurrencia el embarazo adolescente y al riesgo de un embarazo, maternidad o paternidad en la adolescencia” consiste en el diseño e implementación de políticas y programas de intervención sociales integrales para minimizar los determinantes sociales.

(Rojas, M., Méndez, R. y Montero, L., 2016) “Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía” Colombia, circunscrito en el conocimiento, las actitudes y prácticas de un grupo de adolescentes, quienes gozan de buena percepción sobre la salud, con problemas en las relaciones familiares y sociales, bajo impacto de la educación sobre la salud sexual y reproductiva.

(Escoto, 2016) “Características socioeconómicas y demográficas del embarazo adolescente en Honduras”, la mayoría de ellas por baja condición económica y embarazo es difícil continuar estudiando y prioriza el trabajo para el sustento de su hijo.

(García L. , 2016) “Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes Colegio Público Miguel de Cervantes. Managua” las conductas de riesgos tienen influencia en la familia, en la escuela y en los amigos

(Quintero, 2016) “Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga” Cuba, el embarazo en la adolescencia ya es "patología social", y debe prevenirse en procura de la salud sexual.

(Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán, J. y Carbajosa, V., 2015) “Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes” España, el alcohol, el tabaco y otras drogas en la precocidad sexual adolescente y deteriorada la relación con sus padres.

(Folch, C., Álvarez, J. y Casabona, J., 2015) “Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña” España, observan la conducta sexual con mayor predominio del uso de condón desde la primera relación, los varones prefieren parejas ocasionales y se contactan haciendo uso de las redes.

(García C. , 2014) “Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes entre 13 y 20 años en 6 barrios de Managua”. Nicaragua, ausente y muy débil criterio de riesgo al iniciar precozmente la sexualidad, con múltiples parejas y poco uso de preservativo.

(Gómez, M, y Gonzáles, S., 2014) “Factores determinantes del embarazo en la adolescencia en Colombia: revisión sistemática de la literatura”, el problema creciente de embarazo adolescente acrecentándose la vulnerabilidad en las adolescentes.

(Luparello, 2014) “Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando” Córdoba. Argentina, el embarazo adolescente precoz y no planificado por no tener acceso a la información sexual y reproductiva.

(Gómez, C. y Montoya, L., 2014) “Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño”. Colombia, siendo la edad, el ingreso económico, la falta de ocupación, la convivencia forzada con la pareja, precocidad de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, antecedente de violación están asociados al embarazo adolescente.

(Acosta, M. y Cárdenas, V., 2012) “El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales” México, determinaron las barreras socioculturales se asocian con el embarazo adolescente.

(Quimbayo, L.; Fandiño, V. y Jaimes, M., 2012) “Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes” Colombia, confirmaron que, las condiciones de vida, no generan impacto en los mismos resultados de salud reproductiva.

(Mendoza, L. y Arias, M., 2012) “Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal” Colombia, conlleva mayores riesgos de salud tanto para las madres y sus hijos, llegando a enfermar y morir, y si superan viven en pobreza, como madres solteras.

(Barrientos, L y Tobar, V., 2011) “Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapán” El Salvador. Las adolescentes asumen su embarazo precoz.

2.1.2 Investigaciones nacionales

(Urviola, 2018) “Adolescencia como factor de riesgo en complicaciones maternas y perinatales”. Arequipa. Las adolescentes al embarazarse se convierten en un factor de riesgo y con complicaciones obstétricas y perinatales.

(Montoya, 2017) “Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la comunidad nativa Wawain Imaza.” Amazonas. Las mujeres de 17 a 19 años, cursaron la secundaria incompleta, con los jefes del hogar analfabetos, y las adolescentes embarazadas no asumen la importancia del control prenatal.

(Ríos, 2016) “Morbimortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. IV Essalud. Trujillo” la gran mayoría presentaron estrechez pélvica, ruptura prematura de membranas, preeclampsia severa, mortalidad fetal, sin embargo, tuvieron parto vaginal y pocas cesáreas, La mayoría con bajo nivel socio-cultural, sufrieron violación sexual por extraños, y consumen droga.

(Padilla, 2015) “Factores que limitan el acceso de los adolescentes al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva de la ciudad de Yurimaguas”, son de índole personal debido a que desconocen o no acceden a los establecimientos de salud.

2.2 Bases teóricas

Los determinantes de la salud reproductiva adolescente se sustentan en los modelos de la cognición social de Albert Bandura (Triglia, A., 2018) y la Teoría de la conducta planificada de Icek Ajzen (Reyes, 2007) en vista que:

“Las cogniciones se mantienen en la memoria de las adolescentes y son activadas en el momento de tomar una decisión o de actuar con su pareja, por lo general cumplen una regla de conducta no escrita, porque los instintos se encargan de la elección” (Vargas, E., Henao, J. y González, C., 2007)

La teoría del comportamiento planeado de (Ajzen, 1991) a través de cinco variables: comportamiento, la intención, actitud, norma subjetiva y control del comportamiento percibido. Los tres tipos de creencias relacionadas con los constructos de la teoría del comportamiento planeado sistematizado:

“Actitud referida a las creencias de comportamiento sobre las probables consecuencias del comportamiento. Norma subjetiva, son las creencias normativas relacionadas con las expectativas normativas de otras personas. Control del comportamiento percibido, son las creencias de control tienen que ver con la presencia de factores que pueden dificultar el desempeño del comportamiento” (Barra E. , 1987)

“Para predecir la conducta planteada por (Bandura, 1994) en su teoría de la autoeficacia, sustenta: “La existencia de dos tipos de expectativas: las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado. Las de eficacia reflejan las creencias del individuo acerca de si será capaz de ejecutar una conducta, mientras que las de resultado reflejan las creencias de que la conducta tendrá ciertos resultados o logros. Las creencias de las personas en sus habilidades influyen en las elecciones que ellas hacen, cuánto esfuerzo invierten en sus actividades, cuanto ellas perseveran frente a las dificultades, y hasta en su vulnerabilidad al estrés y la depresión”. (Barra E. , 2003).

2.2.1 Modelo conceptual de los determinantes de la salud reproductiva de las adolescentes

Conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las adolescentes que deben gozar de un estado general de bienestar físico, mental y social, en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo,

sus funciones y procesos, cuya capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y la procreación y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Los determinantes de la salud reproductiva de las adolescentes están caracterizados por tres dimensiones: afecciones ginecológicas, conductas sexuales y nivel de conocimiento sobre educación sexual (Viada, E. y Batista, J., 2015).

“Las afecciones ginecológicas referida a la sintomatología ginecológica y el examen físico de mamas, genitales externos y caracteres sexuales secundarios. La vulvovaginitis es un proceso inflamatorio de la vulva y vagina, la infección vaginal o síndrome de flujo vaginal es un proceso infeccioso de la vagina caracterizado por uno o más de los síntomas: flujo, prurito vulvar, ardor, irritación, disuria, dispareunia y fetidez vaginal, determinados por la invasión y multiplicación de cualquier microorganismo en la vagina y alteración del ecosistema vaginal” (Pradenas, 2014)

Las conductas sexuales de riesgo, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, embarazos previos, parejas sexuales durante su vida, inicio de relaciones sexuales, etc.

“Las infecciones de transmisión sexual existen equiparadas al surgimiento y desarrollo del ser humano en la sociedad, desde los orígenes de la humanidad se les ha denominado con varios nombres: enfermedades venéreas, luego enfermedades de transmisión sexual (ETS) y en la actualidad como Infecciones de Transmisión sexual (ITS)”. (National Library of Medicine, 2017).

Las infecciones de transmisión sexual se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales desprotegidas sin uso del condón o preservativo, con penetración de la vía vaginal, anal u oral, y representan mundialmente un serio problema, tanto en

términos de salud como económicos y sociales (Vidal, E. y Hernández, B., 2017) que justifica su abordaje en todos los ámbitos.

La Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de la infección por *Chlamydia trachomatis* entre los adolescentes y el aumento de la tasa de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), constituye a escala mundial la causa de enfermedad más importante en hombres de 15 a 44 años y la segunda causa, ha estimado que la infección después de las muertes maternas, en mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo. (OMS, 2016).

En la adolescencia aparecen las características sexuales secundarias en un período de turbulencia con gran ambivalencia afectiva, además, durante esta etapa aumenta la experimentación sexual y los cambios de conducta tienen influencias sociales y educativas. (Flores, F. y Leyva, R., 2003)

El conocimiento sobre educación sexual, sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, riesgos del embarazo adolescente. La educación sexual siempre será un tema tabú en los adolescentes respecto a la planificación familiar, el uso de los métodos anticonceptivos, inicio muy temprano de las relaciones sexuales sin considerar sus implicaciones, cambio frecuente de pareja, relaciones sexuales sin protección, lo que genera conductas sexuales de riesgo que conllevan a situaciones como los embarazos no deseados y el contagio de (ITS). (Municipalidad de Santiago, 2016).

El factor información en las adolescentes se configura una alta inseguridad, temor a preguntar, abundante curiosidad por experimentar no solo el fenómeno sexual, sino muchas experiencias desconocidas, baja comunicación con los padres o en ocasiones la ausencia de los mismos, genera un despertar sexual no controlado, equivoco, así como carente de madurez sea mental como fisiológica y terminando en consecuencias que provocan daños a su salud. (Vargas, 2014)

2.2.2 Modelo ecológico del embarazo en adolescentes.

Desarrollado por Robert Blum (Mondragón D. , 2016) distingue cinco determinantes del embarazo en adolescentes: el nacional, la comunidad, la escuela/los pares, las familias y el individual.

El modelo ecológico sustenta: “el embarazo en la adolescente es consecuencia de un conjunto de factores que interactúan” , dichos factores pueden ser: la pobreza, la aceptación de las familias a que se realice el matrimonio de sus hijas aun siendo niñas, los nulos esfuerzos por que las adolescentes asistan y permanezcan en la escuela.

El embarazo adolescente se ha explicado como un problema de salud, socioeconómico y demográfico, por las consecuencias biológicas tanto para la madre como para el niño, por la malnutrición, bajo peso y talla, necesidades básicas insatisfechas en el control prenatal y las condiciones socioeconómicas como la pobreza, bajo logro escolar, necesidades básicas insatisfechas. (Reyes, D. y González, E., 2014).

Es considerado fenómeno social por los rasgos culturales que cada sociedad impone diferentes niveles de sanción social al hecho de que una adolescente que va a ser madre sea excluida de diversos escenarios y del proyecto de vida que pudiese tener. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017).

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescente no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de la menarquia, el sistema inmune inmaduro, se relaciona con una deficiente nutrición materna por lo que los riesgos a la madre, al feto y al recién nacido son elevados cuando la concepción de un embarazo es antes de tiempo. (León. P., Minassian, M. y Borgoño, R, 2008).
(Fescina, 2010).

La morbilidad en la gestación adolescente, (OMS, 2013) tiene los períodos: En la primera mitad destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad del embarazo, los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas,

desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado. (Mora, A. y Hernández, M., 2015), las reacciones emocionales ante el impacto psicológico, cultural, social y biológico por el embarazo adolescente.

La mayor repercusión se observa en la esfera personal y social de la adolescente, (Moreno, C., Mesa, N., y Chaparro, Z., 2015) porque tiene que asumir el reto de desempeñar el rol de madre, enfrentarse a una nueva situación. El síndrome de las embarazadas adolescentes es:

Fracaso de las funciones de la adolescencia (Red de Apoyo por la Justicia y la Paz, 2011), adquisición de independencia, logro de la propia identidad, determinación del papel sexual, desarrollo de un sistema de valores y elección vocacional, Fracaso en la continuación de sus estudios o en su preparación para la vida adulta, Fracaso para constituir una familia estable por lo general centrada en la madre. (Yanchatipán, 2015), fracaso para sostenerse a sí misma, dependiendo de su familia o del bienestar social. (UNICEF - UDELAR, 2003)

El sufrimiento por el esfuerzo de ajustarse a la maternidad y por la pérdida prematura de su condición de adolescente, cuyas actitudes y expectativas en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos por lo general determina la calidad de la relación que establece con su hijo, debe reconocerse que las madres adolescentes sufren una desventaja en comparación con las madres en edad adulta. (Ibarra, 2003).

La depresión, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración en la adolescente se agudizan, al enfrentarse a la depresión gestacional y demora para adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida, por su soltería y embarazo. (Villamizar, 2011), la autoestima es el sentimiento de aceptación y aprecio hacia

uno mismo que está unido al sentimiento de competencia y valía personal. .
(Cataño,D.,Alberto, S. y Portilla. N., 2011)

2.2.3 Adolescencia

(Dávila, 2004) sustenta que, la adolescencia corresponde a una época en que la humanidad se encontraba en un estado de transición turbulenta, como un segundo nacimiento, porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas, convirtiéndose en una construcción cultural, con evidente base biológica, de evolutiva natural, en todas las sociedades y épocas. (Fernández y Gil, 1990).

El adolescente puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desganado; puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista. Es la edad de la conversión religiosa, donde encuentra justificación la rebeldía y la crisis personal. (Lozano, 2014).

2.2.4 Embarazo adolescente problema de Salud Publica

En la historia sanitaria, el embarazo en adolescentes, es y será un problema de salud pública en el Perú, (MINSA, 2014) por las características: la fecundidad adolescente no ha disminuido con la misma intensidad que la fecundidad global. El porcentaje de embarazo se mantiene en la misma proporción con ligero incremento.

A nivel local, el problema de salud pública, se viene dando en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de categoría II-2, ubicado en Puente Piedra, zona norte de Lima. (Gestion, 2018), que ha originado nuevas y complejas necesidades de atención comunitaria, y ha mejorado su capacidad resolutiva asistencial, incrementando las especialidades médicas que brinda a la población en general, mediante el Equipo Médico de Guardia, de atención permanente las 24 horas; además de los servicios de Laboratorio, Radiología, Centro transfusional de sangre. La nueva emergencia con el pabellón Materno Infantil que cuenta con tres módulos: Centro Obstétrico, Hospitalización y Neonatología. (MINSA, 2018).

2.3 Definición de términos básicos

- 2.3.1 Adolescencia: período de la vida que comprende tres etapas y características diferentes para enfrentar la sexualidad y el embarazo: adolescencia temprana (10- 14 años), adolescencia media (15-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años) (Plan y UNICEF, 2014).
- 2.3.2 Adolescencia temprana: (10- 13 años): comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación y buscan modelos de conducta (UNICEF, 2011).
- 2.3.3 Adolescencia media: (14-17 años): completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria, no sabe definir en su deseo de autonomía si se arregla o vive desarreglado, si inicia la etapa de independencia, pero continúa con la dependencia infantil, si debe iniciar su vida sexual o debe abstenerse, si empieza a comer o más bien inicia las dietas. Puede presentar una etapa de extrema pereza, de aislamiento, de rudeza, puede iniciar el contacto con las drogas. Todos los valores culturales son analizados y criticados y aun reevaluados hasta grados de ser intolerables para los adultos. (encolombia, 2018)
- 2.3.4 Adolescencia tardía: (De 18 a 20 años): se caracteriza por la completa maduración física, social, legal, se establece la identidad personal con relaciones íntimas y una función en la sociedad. La adolescencia tardía ve la vida en una forma más socio céntrica, característica de adultez. El adolescente tardío puede ser altruista, y los conflictos con la familia y la sociedad pueden centrarse en conceptos morales más que en consideraciones egocéntricas. (encolombia, 2018)
- 2.3.5 Determinantes de salud reproductiva: conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las adolescentes que deben gozar de un estado general de bienestar físico, mental y social, en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, cuya capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y la procreación y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Organización Mundial de la Salud, 2003).

- 2.3.6 Nivel de instrucción: proceso orientado a producir en forma deliberada cambios de comportamientos en los estudiantes bien creando nuevas respuestas o modificando las existentes de acuerdo a objetivos de instrucción. (Centeno, 2013).
- 2.3.7 Ocupación: oficio o profesión de la adolescente, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. (Mondragón J. , 2013).
- 2.3.8 Estado civil: situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. (DeConceptos.com, 2018).
- 2.3.9 Embarazo adolescente, proceso de gestación en la adolescente a partir de los 10 hasta los 19 años. (OMS, 2013).
- 2.3.10 Flujo patológico, presencia de secreción o descarga vaginal que se asocia en ocasiones a prurito, ardor, olor desagradable y coloración no compatible con la leucorrea fisiológica. (CLAP/SMR/OMS/OPS, 2010).

2.4 Hipótesis de investigación

2.4.1 Hipótesis general

Existe asociación estadísticamente significativa entre los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo de las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

2.4.2 Hipótesis específicas

H1: El tipo de afecciones ginecológicas tiene asociación estadística con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

H2: Las conductas sexuales de riesgo tienen asociación estadística con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

H3: La educación sexual tiene asociación estadística con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

H4: Las características sociodemográficas, conceptos y creencias tienen asociación estadística con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

Hipótesis estadísticas

H₁: existe asociación entre los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

H₀: no existe asociación entre los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018.

Variable independiente

Determinantes de la salud reproductiva

Variable dependiente

Embarazo adolescente

2.5 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE		DIMENSIONES	INDICADORES
	Conceptual	Operacional		
DEPENDIENTE Embarazo adolescente	El embarazo es consecuencia de un conjunto de factores que interactúan, la pobreza, la aceptación de las familias, esfuerzos por que las niñas asistan y permanezcan en la escuela y se interactúan en niveles.	Cuestionario administrado sobre características sociodemográficas de la adolescente, de la pareja, las creencias y conceptos del embarazo	Características sociodemográficas adolescente	Edad, procedencia, estado conyugal, religión, grado escolar, actividad laboral
			Características sociodemográficas padres/pareja	Nivel instrucciones de padres, pareja, asume gastos en la casa, ocupación de padres, pareja, relación familiar
			Conceptos, creencias sobre embarazo	Embarazo adolescente, riesgo del embarazo, inicio de relaciones sexuales, consecuencias que produce el embarazo, complicaciones en la madre, en el recién nacido, causas.
INDEPENDIENTE Determinantes de la salud reproductiva	Conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las adolescentes en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.	Revisión de las historias clínicas de las adolescentes embarazadas y el cuestionario administrado sobre las conductas sexuales de riesgo y la educación sexual	afecciones ginecológicas	Antecedentes patológicos familiares, menarquía, última menstruación, flujo patológico, ITS, VIH, aborto, dismenorrea, embarazos previos, abuso sexual, oliguria, secreción de pezones, prurito de pezones, poliuria, prurito genital, hemorragia vaginal, secreción vaginal, disuria, MAC, peso y talla y APGAR de RN, peso y talla de la madre
			conductas sexuales de riesgo	Control pre natal, cuidado de su peso, fumar, consumo de alcohol, alimentación, automedicación, complementos vitamínicos, sustancias tóxicas, estrés, examen de laboratorio, vacunas, cuidado dental, ejercicios, viajes, caminatas, preparativos para el nacimiento, uso de prendas ajustadas, busco atención médica, información sobre embarazo

			educación sexual	búsqueda de información por su propia cuenta, cantidad de información sexual, prevención del embarazo, protección durante la relación sexual, métodos anticonceptivos
--	--	--	------------------	---

Nota. Elaboración propia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Estudio analítico de corte transversal, porque examinó la asociación entre los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo en las adolescentes, sin poder establecer juicios definitivos de causalidad debido a la ambigüedad temporal que ocurre al coleccionar simultáneamente información acerca de los factores de riesgo y el resultado de interés. (Álvarez, G. y Delgado, J., 2015).

Enfoque cuantitativo, por tratarse de procesos, secuenciales y probatorios. (Hernández, et al., 2010)

Método cuantitativo, los procedimientos de recolección, procesamiento y análisis de los datos, la prueba estadística para probar la hipótesis planteada y dar respuestas al problema fueron presentados cuantitativamente. (Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M., 2014)

No experimental, porque se estudiaron las variables tal y como se presentaron en la investigación; no se han introducido elementos que modifiquen la variable de los determinantes de la salud reproductiva y su asociación con el embarazo adolescente. (Hernández, et al., 2014).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población de referencia, estuvo conformada por 224 adolescentes embarazadas atendidas el primer semestre de 2019, en los consultorios de Gineco Obstetricia, control prenatal y emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.

3.2.2 Muestra

Se determinó mediante la fórmula de población finita y nivel de confianza deseado, mediante la fórmula:

$$no = (Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N) / (E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q)$$

Reemplazando:

$$\begin{aligned} N &= 374 \\ Z &= 1.960 \\ p &= 0.5 \\ q &= 0.5 \\ E &= 0.05 \\ 1 - \alpha &= 95\% \\ \text{Error muestral (E)} &= 5\% \end{aligned}$$

Muestra ajustada

$$n = no / 1 + (no / N) = 87$$

Tamaño de muestra: 87 adolescentes embarazadas.

Tipo de muestreo: aleatorio simple, las adolescentes que se atendieron en los consultorios de Gineco Obstetricia, control pre natal y emergencia del Hospital durante el periodo de recolección de datos.

Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad atendidas en los consultorios de Gineco Obstetricia, control pre natal y emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.
- Adolescentes embarazadas sin antecedente psiquiátrico o tratamiento psiquiátrico en curso.
- Adolescentes embarazadas que firman el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años de edad no atendidas en los consultorios de Gineco Obstetricia, control pre natal y emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.

- Adolescentes embarazadas con antecedente psiquiátrico o tratamiento psiquiátrico en curso.
- Adolescentes embarazadas que no firman el consentimiento informado para participar en la investigación.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Para evaluar las afecciones ginecológicas uno de los determinantes de la salud reproductiva se utilizó: La técnica del análisis documental mediante la revisión de la historia clínica de la adolescente atendida en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra. El instrumento fue la ficha de información de la historia clínica de la adolescente, con un total de 3 reactivos correspondientes a las afecciones ginecológicas, antecedentes patológicos de los padres y familiares, establecidos y validados por el Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR/OMS/OPS, 2010) (Anexo 1).

Paras las variables conductas sexuales de riesgo y educación sexual, la técnica de la entrevista, mediante la comunicación oral con la adolescente embarazada y la enfermera que aplicó el instrumento en forma de cuestionario con un total de 27 reactivos.

La variable embarazo adolescente, cuenta con 19 reactivos, 6 reactivos corresponden a características sociodemográficas de las adolescentes, edad, procedencia, estado conyugal, religión, grado de escolaridad y actividad laboral, los 5 reactivos corresponden a características sociodemográficas de los padres o pareja, nivel de instrucción de los padres o pareja, gastos en casa, ocupación de padres o pareja, relaciones familiares, y los últimos 8 reactivos referidos a los conceptos, creencias sobre el embarazo. Las respuestas son dicotómicas de elección única o respuestas excluyentes mutuamente. (Anexo 2).

Confiabilidad del instrumento

La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos con el coeficiente de confiabilidad 0,71, establecido por (Linares, K. y Noguera, J., 2015). Los ítems sobre conductas sexuales de riesgo construida y validada por (Larios, 2002), fueron confirmados por (Moral, J. y Garza, D., 2016). Los ítems sobre la educación sexual, mediante el coeficiente alfa de Cronbach arrojó la confiabilidad de 81% en el estudio de (Rodríguez, A., Ruiz, D. y Soplin, R., 2014), así mismo con la prueba de confiabilidad de (Carrera, 2021)

Validez del cuestionario

La validez fuerte (0.94) del cuestionario mediante el coeficiente de validez V de (Aiken, 2003) (Anexo 3).

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Análisis estadístico

El procesamiento estadístico de datos se realizó con el Software SPSS versión 21,0. El análisis descriptivo para las variables cuantitativas con la media, para las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas y porcentajes.

El análisis bivariado (Cárdenas, 2013) entre los determinantes de la salud reproductiva y variables del embarazo en la adolescente, la asociación entre ambas variables mediante la prueba estadística paramétrica del chi cuadrado, porque es el estimador muestral más utilizado para evaluar la asociación lineal entre dos variables X e Y, el nivel de significación estadística $p < 0,05$ (Carballo, 2017).

Criterios éticos

Por tratarse de un hospital perteneciente al Ministerio de Salud, la Declaración de Helsinki, las adolescentes o los padres o las parejas firmaron el consentimiento informado, que detalla los potenciales riesgos, los beneficios, y garantía de los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. (Lolas, F. y Quezada, A., 2003), se debe entender que algunas de las preguntas aplicadas a los jóvenes son muy sensibles (Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R. y Mc Coy, S., 2013), por ello se hace necesario considerar el procedimiento estricto del anonimato y la confidencialidad de los datos, así como el uso que se hará de ellos. (Sedlak, 2010) (Anexo 4).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Primera variable: determinantes de la salud reproductiva

Tabla 1. Antecedentes patológicos de las adolescentes embarazadas

Antecedentes patológicos	SI		NO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Embarazos previos	19	21.8	68	78.2	87	100.0
Secreción de pezones	50	57.5	37	42.5	87	100.0
Hemorragia vaginal	12	13.8	75	86.2	87	100.0
Abortos	19	21.8	68	78.2	87	100.0
Intento suicida	4	4.6	83	95.4	87	100.0
ITS	0	0.0	87	100.0	87	100.0
Ciclos irregulares	4	4.6	83	95.4	87	100.0
Prurito de pezones	20	23.0	67	77.0	87	100.0
Hematuria	3	3.4	84	96.6	87	100.0
Oliguria	0	0.0	87	100.0	87	100.0
Poliuria	0	0.0	87	100.0	87	100.0
VIH/SIDA	0	0.0	87	100.0	87	100.0
Flujo patológico	17	19.5	70	80.5	87	100.0
Prurito genital	26	29.9	61	70.1	87	100.0
Dismenorrea	2	2.3	85	97.7	87	100.0
Abuso sexual (violación)	9	10.3	78	89.7	87	100.0
Uso de MAC	0	0.0	87	100.0	87	100.0
Media	11	12.5	76	87.5		
DE	13		15			

Nota. Elaboración propia

El 12.5% presentaron antecedentes patológicos embarazos previos, secreción de pezones, hemorragia vaginal, abortos, intento suicida, ciclos irregulares de la menstruación, prurito

de pezones, hematuria, flujo patológico prurito genital, dismenorrea, abuso sexual (violación) y no usaron los métodos anticonceptivos.

Tabla 2. Peso/talla y Apgar del recién nacido y peso/talla de la madre

Peso/talla	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Tip.	Varianza
Peso del recién nacido	87	1.800	3.300	2.55	0.3778	0.143
Peso de la madre	87	41	92	59.46	10.455	109.298
Talla del RN	87	41	58	50.67	2.390	5.713
Talla de la madre	87	1.50	1.70	1.58	0.0438	0.002

Apgar del recién nacido	n	%	Apgar del recién nacido	n	%
6 - 7	2	2,3	7 - 9	41	47,1
6 - 8	6	6,9	8 - 9	9	10,3
7 - 6	1	1,1	9 - 9	4	4,6
7 - 8	10	11,5	NR	14	16,1

Nota. Elaboración propia

El peso, talla del recién nacido en términos normales, el peso y talla de la adolescente, varían de acuerdo a la edad gestacional, con alguna variabilidad conducente al sobrepeso.

Tabla 3. Conductas sexuales de riesgo de las adolescentes embarazadas

Conductas sexuales de riesgo	no		sí		total	
	n	%	n	%	n	%
Consulta para control pre natal	12	13.8	75	86.2	87	100.0
Uso de prendas ajustadas	18	20.7	69	79.3	87	100.0
Cuidado de su peso	20	23.0	67	77.0	87	100.0
Consumo de cigarrillos	11	12.6	76	87.4	87	100.0
Consumo de alcohol	24	27.6	63	72.4	87	100.0
Cuidó su alimentación	17	19.5	10	80.5	87	100.0
Evitó la automedicación	5	5.7	82	94.3	87	100.0
Consumió complementos vitamínicos	1	1.1	86	98.9	87	100.0
Evitó contacto con sustancias tóxicas	12	13.8	75	86.2	87	100.0
Evitó el estrés	11	12.6	76	87.4	87	100.0
Examen de laboratorio, vacunas, cuidado dental	15	17.2	72	82.8	87	100.0
Evitó viajes o ejercicios bruscos	36	41.4	51	58.6	87	100.0

Realizó caminatas o ejercicios respiratorios	6	6.9	81	93.1	87	100.0
Media	14	16	68	83		
DE	9	10	19	10		

Nota. Elaboración propia

El promedio de 14% de las adolescentes no han presentado conductas sexuales de riesgo (acudieron a la consulta para el control pre natal, usaron prendas sueltas, cuidaron su peso, no consumieron cigarrillos, ni alcohol, cuidaron su alimentación, evitaron la automedicación, consumieron complementos vitamínicos, evitaron contacto con sustancias tóxicas, el estrés se realizaron los exámenes de laboratorio, acudieron a aplicarse las vacunas, tuvieron cuidado dental, evitaron los viajes o ejercicios bruscos y realizaron caminatas o ejercicios respiratorios)

Tabla 4. Educación sexual en las adolescentes

Educación sexual	recibió		no recibió		total	
	n	%	n	%	n	%
Búsqueda de información por su cuenta	10	11	17	19.5	27	30.5
La falta de información sexual, embarazo	1	1	12	13.8	13	14.8
La abstinencia sexual previene el embarazo	0	0	11	12.7	11	12.7
Protección durante la relación sexual	8	9.8	5	5.7	13	15.5
Riesgos del cambio frecuente de pareja	5	5.7	18	20.8	23	26.5
Total	24	27.5	63	72.5	87	100
Promedio	4.8	7	12.6	14.5		
DS	4.324	4.98	5.224	6.0386		

Nota. Elaboración propia

El promedio del 7% de adolescentes recibieron educación sexual acerca de la búsqueda de información por su propia cuenta, repercusión de la falta de información sexual y el embarazo, la abstinencia sexual como medida preventiva del embarazo, los métodos anticonceptivos durante la relación sexual y los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual.

Segunda variable: embarazo adolescente

Tabla 5. Características sociodemográficas de las adolescentes

Edad	n	%	Procedencia	n	%	Estado conyugal	n	%
10 – 14	16	18.4	selva	16	18.4	soltera	64	73.6
15 – 16	51	58.6	costa	65	74.7	casada	5	.7
17 – 19	20	23.0	sierra	6	6.8	conviviente	18	20.7
total	87	100.0	total	87	100.0	total	87	100.0
Religión	n	%	Grado de estudios	n	%	Actividad laboral	n	%
católica	46	52.9	primaria	35	40.2	estudiante	37	42.5
no católica	23	26.4	secundaria	52	59.8	su casa	40	45.0
ateo	19	21.9				trabaja	10	11.5
total	87	100.0	total	87	100.0	total	87	100.0

Nota. Elaboración propia

Las características de las 87 adolescentes atendidas en el Hospital de Puente Piedra, el 59% tienen de 15 a 16 años de edad, el 75% proceden de la costa, el 74% solteras, el 53% no se realizaron el aborto por profesar la religión católica, el 60% estudiaron hasta la secundaria, del 45% al embarazarse dejaron de estudiar, el 56% la pareja tienen educación secundaria quien asume los gastos de la casa, y tiene trabajo independiente, esta situación no permite adecuadas relaciones familiares en el 65% de ellas.

Tabla 6. Características sociodemográficas de la pareja

Instrucción de la pareja	n	%	asume gastos en la casa	n	%
primaria	34	39.1	la pareja	54	62.1
secundaria	49	56.3	los padres	23	26.4
Superior/técnico	4	4.6	ella	10	11.5
total	87	100.0	total	87	100.0
ocupación de pareja	n	%	relaciones familiares	n	%
independiente	52	59.8	buena	13	14.9
dependiente	33	37.9	regular	57	64.6
no trabaja	2	2.3	deficiente	17	19.5
total	87	100.0	total	87	100.0

Nota. Elaboración propia

Las características de la pareja, el 56% estudiaron hasta la secundaria, el 54% asume los gastos en la casa, el 52% cuentan con trabajo independiente y para el 64% las relaciones familiares son regulares.

Tabla 7. Creencias sobre el embarazo de la adolescente

Creencias sobre embarazo	adecuadas		inadecuadas		total	
	n	%	n	%	n	%
Riesgo al embarazarse	3	3.4	30	34	33	37.4
inicio precoz de sexualidad	2	2.2	31	36	33	38.2
Consecuencias en la madre y RN	4	4.4	17	20	21	24.4
Total	9	10	78	90	87	100

Nota. Elaboración propia

El 90% de adolescentes tienen la creencia que, el embarazo no es riesgoso, la primera relación sexual precoz no implica embarazo y la adolescente embarazada no corre peligro ni complicaciones para ella y el niño, mientras que el 3.4% considera al embarazo riesgo para la adolescente, el 2,2% cree que la sexualidad no debe iniciarse precozmente y el 4.4% el embarazo trae consecuencias para la madre y el recién nacido.

4.2 Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

Prueba no paramétrica chi cuadrado para la significación de los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo de las adolescentes

Determinantes de la salud reproductiva		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Creencias	n	8	8	16
	%	9.2%	9.2%	18.4%
Afecciones ginecológicas	n	10	55	65
	%	11.5%	63.2%	74.7%
Conductas sexuales de riesgo	n	1	4	5
	%	1.1%	4.6%	5.7%
Educación sexual	n	0	1	1
	%	0.0%	1.1%	1.1%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 9.309 gl = 3, p = 0.025 SIGNIFICATIVO

Siendo el valor P menor o igual que α , se rechaza la hipótesis nula por existir asociación entre los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo de las adolescentes

Hipótesis específica 1

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las afecciones ginecológicas (abortos) y el embarazo en las adolescentes

Abortos		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
sí	n	6	40	46
	%	6.9%	46.0%	52.9%
No	n	4	19	23
	%	4.6%	21.8%	26.4%
No sabe	n	9	9	18
	%	10.3%	10.3%	20.7%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 10.714 gl = 2, p = 0.005 SIGNIFICATIVO

Se aprecia el valor P menor a α , por lo que se rechaza la hipótesis nula porque existe asociación entre los abortos y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 2

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las afecciones ginecológicas (hemorragia vaginal) y el embarazo en las adolescentes

Hemorragia vaginal		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
si	n	15	20	35
	%	17.2%	23.0%	40.2%
no	n	4	48	52
	%	4.6%	55.2%	59.8%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 15.155 gl = 1, p = 0.000 SIGNIFICATIVO

Siendo el valor P menor a α , se rechaza la hipótesis nula y se confirma la asociación entre la hemorragia vaginal y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 3

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las afecciones ginecológicas (infecciones de transmisión sexual) y el embarazo en las adolescentes

Infecciones de transmisión sexual		Embarazo adolescente		Total
		si	no	
si	n	13	22	35
	%	14.9%	25.3%	40.2%
no	n	6	44	50
	%	6.9%	50.6%	57.5%
No sabe	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 8.197 gl = 2, p = 0.017 SIGNIFICATIVO

El valor P es menor a α , y se confirma la asociación entre las infecciones de transmisión sexual y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 4

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre el abuso sexual y el embarazo en las adolescentes

Abuso sexual		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
pareja	n	13	21	34
	%	14.9%	24.1%	39.1%
familiares	n	4	45	49
	%	4.6%	51.7%	56.3%
desconocidos	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Técnico	n	2	0	2
	%	2.3%	0.0%	2.3%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 18.440 gl = 3, p = 0.000 SIGNIFICATIVO

Se decide rechazar la hipótesis nula debido a que el valor P es menor α , y se confirma la asociación entre el abuso sexual y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 5

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre la conducta sexual de riesgo (control pre natal) y el embarazo en las adolescentes

Control pre natal		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Hospital	n	12	40	52
	%	13.8%	46.0%	59.8%
Privado	n	5	28	33
	%	5.7%	32.2%	37.9%
En casa	n	2	0	2
	%	2.3%	0.0%	2.3%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 8.069 gl = 2, p = 0.018 SIGNIFICATIVO

Siendo el valor P menor a α , se rechaza la H_0 , confirmando la asociación entre el control pre natal y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 6

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre la conducta sexual de riesgo (consumo de alcohol) y el embarazo en las adolescentes

Consumo de alcohol		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Siempre	n	3	10	13
	%	3.4%	11.5%	14.9%
Ocasionalmente	n	8	49	57
	%	9.2%	56.3%	65.5%
Presión amigos	n	7	9	16
	%	8.0%	10.3%	18.4%
No consume	n	1	0	1
	%	1.1%	0.0%	1.1%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 10.124 gl = 3, p = 0.018 SIGNIFICATIVO

Teniendo el valor P menor a α , se rechazar la H_0 y se confirma la asociación entre el consumo de alcohol y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 7

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre la conducta sexual de riesgo (exámenes de laboratorio) y el embarazo en las adolescentes

Exámenes de laboratorio		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Hospital	n	26	26	52
	%	29.9%	29.9%	59.8%
Privado	n	24	9	33
	%	27.6%	10.3%	37.9%
No se realiza	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Total	n	50	37	87
	%	57.5%	42.5%	100.0%

chi cuadrado = 7.033 gl = 2, p = 0.030 SIGNIFICATIVO

El valor P es menor que α , se confirma la asociación entre los exámenes de laboratorio y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 8

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre la educación sexual y embarazo en las adolescentes.

Educación sexual		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Información de maestros y medios	n	5	32	37
	%	5.7%	36.8%	42.5%
Riesgos del cambio frecuente de pareja	n	2	37	39
	%	2.3%	42.5%	44.8%
Abstinencia sexual	n	1	9	10
	%	1.1%	10.3%	11.5%
Infecciones de transmisión sexual	n	1	0	1
	%	1.1%	0.0%	1.1%
Total	n	9	78	87
	%	10.3%	89.7%	100.0%

chi cuadrado = 10.213 gl = 3, p = 0.017 SIGNIFICATIVO

Se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la asociación entre la educación sexual y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 9

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las características sociodemográficas (edad) y embarazo en las adolescentes

Edad		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
10 – 14 años	n	4	12	16
	%	4.6%	13.8%	18.4%
15 – 16 años	n	2	49	51
	%	2.3%	56.3%	58.6%
17 – 19 años	n	6	14	20
	%	6.9%	16.1%	23.0%
Total	n	12	75	87
	%	13.8%	86.2%	100.0%

chi cuadrado = 10.288 gl = 2, p = 0.006 SIGNIFICATIVO

El valor P es menor a α , y se confirma la asociación entre la edad y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 10

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las características sociodemográficas (procedencia) y embarazo en las adolescentes

Procedencia		Embarazo adolescente		
		Si	No	Total
Selva	n	9	7	16
	%	10.3%	8.0%	18.4%
Costa	n	8	57	65
	%	9.2%	65.5%	74.7%
Sierra	n	1	4	5
	%	1.1%	4.6%	5.7%
Extranjero	n	1	0	1
	%	1.1%	0.0%	1.1%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 18.147 gl = 3, p = 0.000 SIGNIFICATIVO

Observamos P y nos permite confirmar la asociación entre la procedencia y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 11

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las características sociodemográficas (escolaridad) y embarazo en las adolescentes

Escolaridad		Embarazo adolescente		
		Si	No	Total
Primaria	n	13	22	35
	%	14.9%	25.3%	40.2%
Secundaria	n	6	46	52
	%	6.9%	52.9%	59.8%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 8.034 gl = 1, p = 0.005 SIGNIFICATIVO

Siendo P menor a α , se confirma la asociación entre la escolaridad y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 12

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las características sociodemográficas (instrucción de los padres) y embarazo en las adolescentes

Instrucción de los padres		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Primaria	n	15	20	35
	%	17.2%	23.0%	40.2%
Secundaria	n	4	46	50
	%	4.6%	52.9%	57.5%
Superior	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 15.227 gl = 2, p = 0.000 SIGNIFICATIVO

El valor P menor a α , se acepta la asociación entre la instrucción de los padres y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 13

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las características sociodemográficas (instrucción de la pareja) y embarazo en las adolescentes

Instrucción de la pareja		Embarazo adolescente		Total
		Si	No	
Primaria	n	15	19	34
	%	17.2%	21.8%	39.1%
Secundaria	n	4	45	49
	%	4.6%	51.7%	56.3%
Superior	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Técnico	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 16.373 gl = 3, p = 0.001 SIGNIFICATIVO

Siendo P menor a α , se confirma la asociación entre la instrucción de la pareja y el embarazo en las adolescentes.

Hipótesis específica 14

Prueba no paramétrica chi cuadrado para establecer la asociación estadística entre las características sociodemográficas (ocupación de la pareja) y embarazo en las adolescentes

Ocupación de pareja		Embarazo adolescente		
		Si	No	Total
Independiente	n	17	35	52
	%	19.5%	40.2%	59.8%
Dependiente	n	2	31	33
	%	2.3%	35.6%	37.9%
No trabaja	n	0	2	2
	%	0.0%	2.3%	2.3%
Total	n	19	68	87
	%	21.8%	78.2%	100.0%

chi cuadrado = 8.960 gl = 2, p = 0.011 SIGNIFICATIVO

Siendo P menor a α , se confirma la asociación entre la ocupación de la pareja y el embarazo en las adolescentes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

La hipótesis general de la investigación demostró mediante el chi cuadrado = 9.309 gl = 3, $p = 0.025$, la asociación significativa entre los determinantes de la salud reproductiva y el embarazo en 87 adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018, asumiendo que, los determinantes de la salud reproductiva están caracterizados por tres dimensiones: afecciones ginecológicas, conductas sexuales y nivel de conocimiento sobre educación sexual (Viada y Batista, 2015)

Las hipótesis específicas, demostraron la asociación significativa entre los abortos y el embarazo (chi cuadrado = 10.714 gl = 2, $p = 0.005$), entre la hemorragia vaginal y el embarazo (chi cuadrado = 15.155 gl = 1, $p = 0.000$), entre las infecciones de transmisión sexual y el embarazo (chi cuadrado = 8.197 gl = 2, $p = 0.017$), entre el abuso sexual y el embarazo (chi cuadrado = 18.440 gl = 3, $p = 0.000$), entre el control pre natal y el embarazo (chi cuadrado = 8.069 gl = 2, $p = 0.018$), consumo de alcohol y el embarazo (chi cuadrado = 10.124 gl = 3, $p = 0.018$), los exámenes de laboratorio y el embarazo (chi cuadrado = 7.033 gl = 2, $p = 0.030$) educación sexual y el embarazo (chi cuadrado = 10.213 gl = 3, $p = 0.017$), edad y el embarazo (chi cuadrado = 10.288 gl = 2, $p = 0.006$), procedencia y el embarazo (chi cuadrado = 18.147 gl = 3, $p = 0.000$), escolaridad y el embarazo (chi cuadrado = 8.034 gl = 1, $p = 0.005$), instrucción de los padres y el embarazo (chi cuadrado = 15.227 gl = 2, $p = 0.000$), instrucción de la pareja y el embarazo (chi cuadrado = 16.373 gl = 3, $p = 0.001$), ocupación de la pareja y el embarazo (chi cuadrado = 8.960 gl = 2, $p = 0.011$)

Los componentes de los determinantes de la salud reproductiva

Antecedentes patológicos de la adolescente

Luego de la revisión de la sintomatología ginecológica y el examen físico de mamas, genitales externos y caracteres sexuales secundarios, solo el promedio de 12.5% de adolescentes embarazadas presentaron antecedentes patológicos resumidos en: embarazos previos, secreción de pezones, hemorragia vaginal, abortos, intento suicida, ciclos irregulares de la menstruación, prurito de pezones, hematuria, flujo patológico

prurito genital, dismenorrea, abuso sexual (violación) y no usaron los métodos anticonceptivos. Aun con estos antecedentes, al someterse al trabajo de partos tuvieron recién nacidos con el peso, la talla y el apgar del recién nacido coherentes con la edad gestacional. Sin embargo, no deja de constituirse como un serio problema de salud pública como lo es en Cuba, una "patología social" y si continua en ascenso jamás se lograra la adecuada salud sexual y reproductiva (Quintero, 2016).

Conductas sexuales de riesgo

El promedio de 14% las adolescentes no han presentado conductas sexuales de riesgo porque acudieron a la consulta para el control pre natal, usaron prendas sueltas, cuidaron su peso, no consumieron cigarrillos, ni alcohol, cuidaron su alimentación, evitaron la automedicación, consumieron complementos vitamínicos, evitaron contacto con sustancias toxica, el estrés se realizaron los exámenes de laboratorio, acudieron a aplicarse las vacunas, tuvieron cuidado dental, evitaron los viajes o ejercicios bruscos y realizaron caminatas o ejercicios respiratorios, coincide con (García L. , 2016), (Folch et al., 2015). No coincide con (Royuela et al., 2015), (García C. , 2014), (Ríos, 2016).

Educación sexual

El promedio del 7% de adolescentes recibieron educación sexual acerca de la búsqueda de información por su propia cuenta, repercusión de la falta de información sexual y el embarazo, la abstinencia sexual como medida preventiva del embarazo, los métodos anticonceptivos durante la relación sexual y los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual, concordante con (Barrientos y Tobar, 2011) y (Rojas et al., 2016).

Se mantienen las barreras para la adecuada educación sexual a las adolescentes y sus parejas acerca de las infecciones de transmisión sexual que, se transmiten fundamentalmente a través de las relaciones sexuales desprotegidas sin uso del condón o preservativo, con penetración de la vía vaginal, anal u oral, y representan mundialmente un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales (Vidal et al., 2017), la infección por *Chlamydia trachomatis* entre los adolescentes y el aumento de la tasa de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), constituye mundialmente la causa de enfermedad más importante en hombres de 15 a más años y la segunda causa, la mortalidad materna mujeres jóvenes de países en vías de desarrollo. (OMS, 2016), la falta de información en las adolescentes, configura una alta inseguridad, agudizado por la vergüenza y temor a sus padres para preguntar sobre las relaciones

sexuales, genera un despertar sexual no controlado, equivocado, por la inmadurez mental, fisiológica y terminando en consecuencias que provocan daños a su salud. (Vargas, 2014) y (Alfonso y Figueroa, 2017)

Embarazo adolescente

Las características de las 87 adolescentes atendidas en el Hospital de Puente Piedra, el 59% tienen de 15 a 16 años de edad, el 75% proceden de la costa, el 74% solteras, el 53% no se realizaron el aborto por profesar la religión católica, el 60% estudiaron hasta la secundaria, del 45% al embarazarse dejaron de estudiar, el 56% la pareja tienen educación secundaria quien asume los gastos de la casa, y tiene trabajo independiente, esta situación no permite adecuadas relaciones familiares en el 65% de ellas.

Las características sociodemográficas de las adolescentes son similares en las investigaciones de (Escoto, 2016), (Gómez y Montoya, 2014), (Acosta y Cárdenas, 2012), (Quimbayo et al., 2012), (Mendoza y Arias, 2012), (Montoya, 2017), (Gómez y Gonzáles, 2014), (Luparello, 2014). No coincide con (Royo, 2018).

El 90% de adolescentes tienen la creencia que, el embarazo no es riesgoso, la primera relación sexual precoz no implica embarazo y la adolescente embarazada no corre peligro ni complicaciones para ella y el niño. Estas creencias negativas se sustentan en los constructos de la teoría del comportamiento planeado sistematizado (Barra, 1987) y que probablemente por la corta edad no concuerdan las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado, conforme sostiene (Bandura, 1994) en su teoría de la autoeficacia, motivo por el que no coinciden con (Castillo, C. y Gonzáles, S., 2015), (Mora, A. y Hernández, M., 2015), (Urviola, 2018), (Padilla, 2015).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

El 12.5% presentaron antecedentes patológicos embarazos previos, secreción de pezones, hemorragia vaginal, abortos, intento suicida, ciclos irregulares de la menstruación, prurito de pezones, hematuria, flujo patológico prurito genital, dismenorrea, abuso sexual (violación) y no usaron los métodos anticonceptivos. El peso, talla y Apgar del recién nacido se encuentran en términos normales, el peso y talla de la adolescente, varían de acuerdo a la edad gestacional, con alguna variabilidad conducente al sobrepeso.

El promedio de 14% las adolescentes no han presentado conductas sexuales de riesgo porque acudieron a la consulta para el control pre natal, usaron prendas sueltas, cuidaron su peso, no consumieron cigarrillos, ni alcohol, cuidaron su alimentación, evitaron la automedicación, consumieron complementos vitamínicos, evitaron contacto con sustancias toxica, el estrés se realizaron los exámenes de laboratorio, acudieron a aplicarse las vacunas, tuvieron cuidado dental, evitaron los viajes o ejercicios bruscos y realizaron caminatas o ejercicios respiratorios,

El promedio del 7% de adolescentes recibieron educación sexual acerca de la búsqueda de información por su propia cuenta, repercusión de la falta de información sexual y el embarazo, la abstinencia sexual como medida preventiva del embarazo, los métodos anticonceptivos durante la relación sexual y los riesgos del cambio frecuente de pareja sexual

Las características de las 87 adolescentes atendidas en el Hospital de Puente Piedra, el 59% tienen de 15 a 16 años de edad, el 75% proceden de la costa, el 74% solteras, el 53% no se realizaron el aborto por profesar la religión católica, el 60% estudiaron hasta la secundaria, del 45% al embarazarse dejaron de estudiar, el 56% la pareja tienen educación secundaria quien asume los gastos de la casa, y tiene trabajo independiente, esta situación no permite adecuadas relaciones familiares en el 65%.

La asociación entre los determinantes de la salud reproductiva con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018, se comprobó con la prueba estadística del chi cuadrado.

6.2 Recomendaciones

Establecer mecanismos para evitar el embarazo precoz, creando conciencia para el uso de métodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos: implante anticonceptivo, dispositivo intrauterino (DIU), progestina inyectable, anillo vaginal anticonceptivo, parche anticonceptivo, píldora anticonceptiva, condón masculino, condón femenino (bolsa vaginal), método del ritmo y espermicida.

Incorporar a los padres y adolescentes en el programa Saludable Mente, para educar a los hijos fuera del machismo, trabajar en la modificación de los patrones de relación históricos que hay entre varones y mujeres, adultos y niños, a fin de generar cambios concretos en las formas de crianza, desarrollar una cultura de la solidaridad y respeto desde edades muy tempranas, promover el autocuidado entre los niños y las niñas, enseñarles a recibir afecto, pero también a distinguir contactos físicos que pudieran ser peligrosos, la importancia que cada miembro de la familia tenga su propio espacio para dormir, para reducir las posibilidades de una tentativa de violación, sobre todo de padres a hijos.

Proponer a los directivos del Hospital el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra, la implementación del centro de acompañamiento multidisciplinario a las adolescentes embarazadas para el control pre natal, fomento de hábitos saludables en su alimentación, recreación, y el no consumo de sustancias nocivas (cigarrillos, bebidas alcohólicas, drogas ilícitas) con el objetivo de garantizar un parto seguro y un recién nacido sano.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima, Perú. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- MINSA. (2010). Nuestro compromiso es brindar atención de salud integral para los adolescentes. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16929>
- MINSA. (2014). Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013-2021. *Salud nueva actitud*. Lima. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3033.PDF>
- MINSA. (2017). SITUACIÓN DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL PERÚ. *Documento técnico(1)*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- MINSA. (2018). Ministerios y Sociedad Civil fortalecen trabajo conjunto para prevenir embarazos en adolescentes. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=28473>
- MINSA. (2018). Reseña histórica del hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Puente Piedra, Perú. Obtenido de <http://www.hcllh.gob.pe/resena-historica/>
- National Library of Medicine. (2017). *Enfermedades de transmisión sexual*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
- OMS. (3 de 8 de 2016). Infecciones de transmisión sexual. Obtenido de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organizacion Mundial de la Salud. (2003). Salud reproductiva. Obtenido de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). Salud del Adolescente. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177%3A%3Asalud-del-adolescente&catid=2442%3Aadolescent-health-program&Itemid=2428&lang=es
- Municipalidad de Santiago. (2016). 100 Preguntas Sobre Sexualidad Adolescente. Santiago de Chile: Proyecto Financiado por el Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/100-Preguntas-Sobre-Sexualidad-Adolescente.pdf>

UNFPA. (2014). El Estado de la Población Mundial 2013. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Obtenido de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

UNICEF - UDELAR. (2003). NUEVAS FORMAS DE FAMILIA PERSPECTIVAS NACIONALES E INTERNACIONALES. Uruguay. Obtenido de http://files.unicef.org/uruguay/spanish/libro_familia.pdf

UNICEF. (2011). *ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2011*. Obtenido de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

UNICEF Perú. (2013). *Adolescencia*. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm

7.2 Fuentes bibliográficas

Aiken, L. (2003). *Test psicologicos y de evaluación* (Vol. undecima edicion). México: Pearson Educacion. Obtenido de http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/1.pdf

Bandura, A. (1994). *Enciclopedia del comportamiento del ser humano comportamiento* (Vol. Vol. 4). San Diego: Nueva York: Academic Press. Obtenido de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>

Barra, E. (2003). Modelos de la conducta sexual. Universidad de Concepción. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/255172814_Modelos_de_la_conducta_sexual

Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, C. (2010). *Metodologia de la investigación* (Quinta ed.). México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Hernández, R.; Fernández, C.y Baptista,M. (2014). *Metodologia de la investigacion* (Sexta ed.). Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

7.3 Fuentes hemerográficas

Acosta, M. y Cárdenas, V. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 371- 374. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745496006.pdf>

Ajzen, I. (1991). La teoría del comportamiento planificado. *Comportamiento Organizacional y Procesos de Decisión Humana*, 50(2), 179-211. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T>

- Alfonso, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Rev Ciencias Médicas*, 21(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
- Álvarez, G. y Delgado, J. (2015). Diseño de Estudios Epidemiológicos. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 32(1), 26-34. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
- Barra, E. (1987). MODELOS DE LA CONDUCTA SEXUAL. *El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg*, 19(1). Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80519101>
- Castillo, C. y Gonzáles, S. (2015). Creencias y prácticas de la sexualidad en adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia - 2014. *Revista Latinoamericana de ciencias Sociales y Desarrollo Humano*, 3(2). Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/viewArticle/7068/8145>
- Cataño, D., Alberto, S. y Portilla, N. (2011). *Autoestima y sexualidad en adolescentes*. Universidad Tecnológica de Pereira., Colombia. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v10n16/v10n16a05.pdf>
- Dávila, O. (diciembre de 2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*(21), 83-104. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/195/19502103.pdf>
- Folch, C., Álvarez, J. y Casabona, J. (2015). DETERMINANTES DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN JOVENES DE CATALUÑA. *Rev Esp Salud Pública*, 89, 471-485. Obtenido de http://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol89/vol89_5/RS895C_CF.pdf
- Gómez, C. y Montoya, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev. salud pública*, 16(3), 394-406. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
- Ibarra, L. (2003). ADOLESCENCIA Y MATERNIDAD. IMPACTO PSICOLÓGICO EN LA MUJER. *REVISTA CUBANA DE PSICOLOGIA*, 20(1). Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/06.pdf>
- León, P., Minassian, M. y Borgoño, R. (2008). Embarazo adolescente. (U. d. Chile, Ed.) *Revista Pediatría Electrónica*, 5(1). Obtenido de <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/5.html>
- Lozano, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. *Última década*, 22(40). Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362014000100002
- Mendoza, W., y Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3). Obtenido de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300017

- Montoya, J., Hernández, A., Mendoza, O., Cárdenas, R. y Villasis, M. (2012). Alteraciones menstruales en adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 69(1), 63-76. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n1/v69n1a10.pdf>
- Mora, A. y Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol Reprod Hum.*, 29(2), 76-82. Obtenido de https://ac.els-cdn.com/S0187533715000175/1-s2.0-S0187533715000175-main.pdf?_tid=fa5d5465-1465-4ab1-a256-64d731abc3d1&acdnat=1534889221_88d8d86b7b1b569b133967a0913a0376
- Mora, A. y Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76-82. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
- Moral, J. y Garza, D. (2016). Validación Local de una Escala de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes. (U. A. León, Ed.) *Revista Internacional de Psicología*, 15(2). Obtenido de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/226>
- Moreno, C., Mesa, N., y Chaparro, Z. (2015). CONVERTIRSE EN MADRE DURANTE LA ADOLESCENCIA: ACTIVACIÓN DEL ROL MATERNO EN EL CONTROL PRENATAL. *Rev Cuidarte*, 6(2), 1041-53. Obtenido de <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/162/463>
- Pradenas, E. (2014). Infecciones cervico vaginales y embarazo. (U. d. Condes., Ed.) *REV. MED. CLIN. CONDES*, 25(6), 925-935. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-cervico-vaginales-embarazo-S0716864014706406>
- Quimbayo, L.; Fandiño, V. y Jaimes, M. (2012). Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes. *Rev Cuidarte*, 3(1), 308-19. Obtenido de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/26>
- Quintero, P. (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 42(3), 262-273. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n3/gin02316.pdf>
- Reyes, D. y González, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana* (17), 98-123. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/2933/293331474004.pdf>
- Rodríguez, M. y Hernández, I. (2014). Trastornos menstruales de la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(3). Obtenido de <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/07-17%20Trastornos%20menstruales%20de%20la%20adolescencia.pdf>

- Rojas, M., Méndez, R. y Montero, L. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia promoc. salud*, 21(1), 52-62. Obtenido de DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.6
- Royuela, P., Rodríguez, L., Marugán, J. y Carbajosa, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 127-136. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300004
- Vargas, E., Henao, J. y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1), 49-63. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810106.pdf>
- Viada, E. y Batista, J. (2015). Caracterización de la salud reproductiva de adolescentes. *Correo Científico Médico*, 19 (1), 76-84. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000100008
- Vidal, E. y Hernández, B. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. *Rev haban cienc méd*, 16(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400014

7.4 Fuentes electrónicas

- Barrientos, L y Tobar, V. (2011). *Determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapán*. Tesis para Maestro en Salud Pública, Universidad de El Salvador. Obtenido de <https://www.google.com.pe/search?q=Determinantes+sociales+de+la+salud+relacionadas+con+el+embarazo+en+la+adolescencia+en+el+%C3%A1rea+geogr%C3%A1fica+de+responsabilidad+de+la+unidad+de+salud+la+Hachadura+Municipio+de+San+Francisco+Men%C3%A9ndez+Departamen>
- Carballo, S. (2017). *Conductas sexuales de riesgo y Creencias en salud en jóvenes universitarios*. Tesis de Grado Enfermería, Universidad de La Laguna. , España. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5322/Conductas%20sexuales%20de%20riesgo%20y%20Creencias%20en%20salud%20en%20jóvenes%20universitarios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Cárdenas, J. (9 de octubre de 2013). *Qué es la correlación bivariada y cómo analizarla*. Obtenido de Networkianos. Blog de Sociología: <http://networkianos.com/que-es-la-correlacion-bivariada-y-como/>
- Centeno, N. (2013). DEFINICIONES DE DIVERSOS AUTORES SOBRE EL TERMINO INSTRUCCIÓN Y DISEÑO INSTRUCCIONAL. Obtenido de <http://bicentenariomisio.blogspot.com/>
- CLAP/SMR/OMS/OPS. (2010). Historia Clínica del Adolescente. *Publicación CLAP/SMR(1579)*. Obtenido de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=192-sistema-informatico-del-adolescente-sia-1&Itemid=219&lang=es
- Carrera, M. (2021). *TESIS NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO PRECOZ EN LOS ALUMNOS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO GAVILAN PALMA 2021*. Tesis para optar el título profesional, UNiversidad Nacional José F. Sánchez Carrión, Lima, Huacho. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unjpsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/4640/CARRERA%20GARC%c3%8cA%2c%20MARI%20ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- DeConceptos.com. (2018). Concepto de estado civil. Obtenido de <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>
- encolombia. (2018). *Adolescencia Temprana, Media, Tardía*. Obtenido de <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-4/ecmg4-enfoqueintegral1/>
- Escoto, E. (2016). *Características socioeconómicas y demográficas del embarazo adolescente en Honduras, periodo 2005-2006 – 2011-2012*. Tesis para Maestro en Demografía y Desarrollo, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa. Obtenido de <https://mdd.unah.edu.hn/assets/Uploads/Caracteristicas-socioeconomicas-y-demograficas-del-embarazo-adolescente-en-Honduras-Periodo-2005-2008-2011-2012.pdf>
- Fescina, R. (2010). Guías para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. *Publicación Científica CLAP/SMR (1573)*. Obtenido de

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=54-continuo-aps-2&category_slug=publicaciones&Itemid=219&lang=es

- Flores, F. y Leyva, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *salud pública de méxico*, 45(5). Obtenido de <http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wp-content/uploads/2015/08/Representaci%C3%B3n-social-del-SIDA-en-j%C3%B3venes-estudiantes-de-la-ciudad-de-M%C3%A9xico-2.pdf>
- Flores, X. y Guevara, W. (2013). *DISEÑO DE UNA CAMPAÑA PARA UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES DE 12- 15 AÑOS, PARA SU VALIDACIÓN EN UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE QUITO*. Licenciado/a en Comunicación Social, UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA, Quito. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4937/6/UPS-QT03685.pdf>
- Freire, L. (2015). *Estrategia educativa para disminuir los embarazos no deseados, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes de la unidad educativa América de Ambato*. Tesis para título profesional, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/496>
- García, C. (2014). *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes entre 13 y 20 años en 6 barrios de Managua, Nicaragua, durante el período 2011 – 2013*. Tesis para master en Salud Pública, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/7688/>
- García, L. (2016). *CONDUCTA SEXUAL DE RIESGO EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES COLEGIO PUBLICO MIGUEL DE CERVANTES. MANAGUA SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2015*. Tesis para Especialista en Ginecología, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, Nicaragua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/1457/1/76178.pdf>
- Gestion. (2 de 7 de 2018). Municipio de Lima no aceptará pedido "radical" de eliminar peaje antiguo en Puente Piedra. Obtenido de <https://gestion.pe/noticias/lima-norte>
- Gómez, M, y Gonzáles, S. (2014). *Factores determinantes del embarazo en la adolescencia en colombia: revisión sistemática de la literatura*. Universidad de

- Santander, Colombia. Obtenido de
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/75/1/Factores%20determinantes%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia%20en%20Colombia,%20Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20de%20la%20literatura.pdf>
- Laguna, C. (2001). *Correlación y Regresión lineal*. España: Instituto Aragonés de Ciencias de la salud. Obtenido de <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M2T04.pdf>
- Larios, A. (2002). *PREVALENCIA DE FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES*. Tesis Maestría en Ciencias de Enfermería, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, México. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/1116/1/1080116255.PDF>
- Linares, K. y Noguera, J. (2015). *PROGRAMA PREVENTIVO PARA LA DISMINUCIÓN DEL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD DIRIGIDO A LOS Y LAS ADOLESCENTES DEL "INSTITUTO DE FORMACIÓN MÁXIMO TALENTO"*. Tesis para título profesional, UNIVERSIDAD DE CARABOBO, Venezuela. Obtenido de <https://www.google.com.pe/search?q=UNiversidad+de+carabobo&oq=UNiversidad+de+carabobo&aqs=chrome..69i57j0l5.6945j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Lolas, F. y Quezada, A. (2003). *PAUTAS ÉTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SUJETOS HUMANOS: nuevas perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS*. Obtenido de https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&alias=82-pautas-eticas-de-investigacion-en-sujetos-humanos-nuevas-perspectivas&category_slug=documentos-tecnicos&Itemid=1145
- Luparello, R. (2014). *Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando*. Tesis Maestra en Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Obtenido de http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf

- Mondragón, D. (2016). Embarazo en Mujeres Adolescentes. Mexico: Fundación Rafael Preciado Hernández A. C. Obtenido de <http://promocionpoliticadelamujer.mx/wp-content/uploads/2016/03/Embarazo-en-Mujeres-Adolescentes.pdf>
- Mondragón, J. (2013). Observatorio laboral para la educación. Colombia. Obtenido de <http://www.graduadoscolombia.edu.co/html/1732/article-145083.html>
- Montoya, L. (2017). *Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la comunidad nativa Wawain Imazaamazonas*. Tesis para optar el grado académico de Maestro en salud sexual y reproductiva, Universidad San Martín de Porres, Lima. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2689/3/montoya_lla.pdf
- Padilla, M. (2015). *Factores que limitan el acceso de los adolescentes al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva de la ciudad de Yurimaguas, 2015*. Tesis de Maestra en Gestión Pública, Yurimaguas. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/1520/padilla_cm.pdf?sequence=1
- Paredes, N. (2018). Minsa: el embarazo adolescente es un problema de salud pública. *La Republica*. Obtenido de <https://larepublica.pe/sociedad/1200856-minsa-el-embarazo-adolescente-es-un-problema-de-salud-publica>
- Patiño, A. (2014). *Estudio de causas de morbilidad en embarazadas adolescentes comparada con no adolescentes agosto 2012 a julio 2013 Hospital Juan XXIII*. Tesis para Magíster en Medicina Tropical y Salud Internacional, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia. Obtenido de <http://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/10442/TMT027.pdf?sequence=>
- Peru21. (24 de 06 de 2018). Cada día quedan embarazadas 4 adolescentes menores de 15 años en Perú. Obtenido de <https://peru21.pe/peru/inei-dia-quedan-embarazadas-4-adolescentes-menores-15-anos-peru-411389>
- Plan y UNICEF. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Colombia. Obtenido de [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)

- Red de Apoyo por la Justicia y la Paz. (2011). Desarrollo adolescente y derechos humanos. Obtenido de https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Desarrollo_Adolescente_y_DDHH_F.pdf
- Reyes, L. (2007). *La teoría de la acción razonada, implicaciones para el estudio de las actitudes*. Obtenido de INED Universidad Pedagógica de Durango: http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf
- Rico, M. y Trucco, D. (2014). Adolescentes. Derecho a la educación y al bienestar futuro. *CEPAL - Serie Políticas Sociales*(190). Obtenido de <http://flacso.redelivre.org.br/files/2014/10/1140.pdf>
- Ríos, C. (2016). *Morbi-mortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray. IV. Essalud. Trujillo*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1825/TEISIS%20%20DE%20DOCTORADO%20-%20CECILIO%20ISAAC%20RIOS%20CANALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rodriguez, A.,Ruiz,D. y Soplin,R. (2014). *FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENTES GESTANTES,PUESTO DE SALUD I-2 MASUSA PUNCHANA, 2014*. Tesis para título profesional, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, Iquitos. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3558/Alexia_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Royo, M. (2018). *Determinantes del embarazo en adolescentes. explicando las causas de las causas*. Colombia: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Obtenido de http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/06/INTERACTIVO_Informe-determinantes-sociales-embarazo-adolescente_27-junio.pdf
- Sedlak, A. (2010). Introducción a la encuesta de la Juventud en Residencial Colocación. (D. d. Justicia, Ed.) *Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la*

- Delincuenci*(20531). Obtenido de https://syrp.org/images/Bulletin_Intro_to_SYRP.pdf
- Triglia, A. (2018). *La Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura*. Obtenido de Psicología y mente: <https://psicologiaymente.com/social/bandura-teoria-aprendizaje-cognitivo-social>
- Urviola, R. (2018). *Adolescencia como factor de riesgo en complicaciones maternas y perinatales*. Tesis Magister en Medicina, Universidad de San Agustín, Arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5990/MDMurlare.pdf?sequence=1>
- Vargas, T. (2014). Sexualidad en medios de comunicación. *APROPO*. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Sexualidad%20adolescente%20y%20medios%20de%20comunicaci%C3%B3n%20Vargas%20Vazquez.pdf>
- Villamizar, A. (2011). *Significado de la maternidad para la mujer adolescente*. Tesis Maestría en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/4874/>
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R. y Mc Coy, S. (2013). Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. (B. I. Desarrollo., Ed.) Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20medicion%20comportamiento%20riesgo%20jovenes.pdf>
- Yanchatipán, D. (2015). *Factores de riesgo Psicosocial que producen estados depresivos en adolescentes embarazadas del Hospital Gineco Obstetra Isidro Ayora*. Tesis para título profesional, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. Obtenido de <https://docplayer.es/36993894-Universidad-central-del-ecuador-facultad-de-ciencias-psicologicas-carrera-de-psicologia-clinica.html>

ANEXOS

Anexo 1. Ficha información de la historia clínica

1. Antecedentes familiares

Marcar con una cruz (x) el casillero según corresponde

1. Antecedentes patológicos (de padres, abuelos, hermanos, tíos, primos e hijos):

a	Diabetes	f	Alergia	j	Problemas psicológicos
b	Obesidad	g	Cáncer	k	Alcohol, drogas y otros
c	tuberculosis	h	Hipertensión arterial	l	Madre y/o padre adolescente
d	Judiciales	i	Cardiovasculares	m	Violencia intrafamiliar
e	Otros:				

2. Información de la adolescente: Afecciones ginecológicas

a	Menarca: d /m /18	h	Ultima menstruación: d /m /18	n	VIH/SIDA
b	Embarazos previos	i	Ciclos regulares: <21> 35días	o	Flujo patológico
c	Secreción de pezones	j	Prurito de pezones	p	Prurito genital
d	Hemorragia vaginal	k	Hematuria	q	Dismenorrea
e	Aborto/s	l	Oliguria	r	Abuso sexual
f	Intento suicida	m	Poliuria	s	Uso de MAC
g	ITS: especificar				

3. Datos de la madre y recién nacido

Peso del recién nacido...kg	APGAR:	Talla del RN: cm
Peso de la madre ...kg	IMC.....	Talla madre..... cm

Observaciones:

.....

Fecha de recolección de datos: .../...../201...

Anexo 2. Cuestionario sobre determinantes de la salud reproductiva y embarazo

Presentación:

Estimada adolescente, el objetivo de la investigación, establecer la asociación entre los determinantes de la salud reproductiva con el embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra -2018, motivo por el cual agradezco su participación voluntaria y la información referida por usted será anónima y confidencial.

Instrucciones:

Llenar los espacios en blanco o marcar con una (X) en el casillero según corresponde.

I. Conductas sexuales de riesgo. Marque con una "X" la respuesta que considera correcta

	Conductas sexuales de riesgo	si	no	Algunas veces
1	¿Asistió a consulta de control prenatal durante los primeros 3 meses de su embarazo en alguna unidad médica			
2	¿Asistió a consulta de control prenatal entre 5 y 6 meses?			
3	¿Asistió a consulta de control prenatal entre el séptimo mes?			
4	¿Asistió a consulta de control prenatal entre el octavo mes?			
5	¿Asistió a consulta de control prenatal entre las dos semanas antes del nacimiento del bebé?			
6	¿Cuidó que su peso al final del embarazo estuviera alrededor de los 12 kilos?			
7	¿Evitó fumar durante el embarazo?			
8	¿Evitó consumir alcohol durante el embarazo?			
9	¿Cuidó de que su alimentación tuviera carne (pollo, pescado, res), cereal (frijol, arroz, habas), leche y huevo durante el embarazo?			
10	¿Evitó tomar la automedicación?			
11	¿Tomó los complementos vitamínicos o hierro durante el embarazo?			
12	¿Evitó el uso o contacto de sustancias que pudieran afectar el embarazo? (cloro, ácido muriático, tener, etc.)			
13	¿Procuró estar relajada y tranquila evitando situaciones de estrés durante su embarazo?			
14	¿Siguió todas las indicaciones y recomendaciones por el médico y la enfermera, como acudir a realizarse los exámenes de laboratorio, vacunas y cuidado dental?			
15	¿Evitó viajes o ejercicios bruscos que pusieran en riesgo la vida de su hijo?			
16	¿Realizó caminatas o ejercicios respiratorios que ayudaran al desarrollo del embarazo?			
17	¿Usted hizo preparativos para recibir su bebé en casa: ropa, pañales, un espacio, ¿le buscó nombre?			
18	¿Cuándo sospechó o se dio cuenta que estaba embarazada buscó atención médica?			
19	¿Siguió utilizando prendas ajustadas y zapato alto durante su embarazo			
	Educación sexual			
20	¿Buscó información por su propia cuenta sobre el desarrollo y cuidados de su embarazo?			

21	¿Las adolescentes se embarazan a temprana edad por escasa información sexual de los padres, maestros y profesionales de la salud?			
22	¿Se previene un embarazo adolescente con la abstinencia sexual o relaciones sexuales con protección?			
23	¿Basta una vez la relación sexual sin protección para quedar embarazada?			
24	¿Los métodos anticonceptivos son medidas que permiten evitar el embarazo no deseado?			
25	¿El método del ritmo, el coito interrumpido, el condón, las píldoras son métodos anticonceptivos?			
26	¿Las infecciones de transmisión sexual son la sífilis, la gonorrea, el VIH/SIDA?			
27	¿Se debe cambiar frecuentemente de pareja sexual?			

II. Embarazo adolescente

Marcar con una (X) el casillero cuya respuesta considera correcta

Características sociodemográficas adolescente		a	b	c	d
28	edad	10- 14 años	15-16 años	17-19 años	
29	Procedencia	selva	costa	sierra	extranjero
30	Estado conyugal	soltera	Casada	viuda	conviviente
31	Religión	católica	no católico	no tiene	otra:
32	Grado escolar	primaria	secundaria	superior	técnico
33	Actividad laboral	estudiante	su casa	trabaja	otra:
Características sociodemográficas padres/pareja		a	b	c	d
34	Instrucción de padres	primaria	secundaria	superior	técnico
35	Instrucción de la pareja	primaria	secundaria	superior	técnico
36	Asume gastos en la casa	La pareja	Los padres	Ella	Otras
37	Ocupación de padres /pareja	independiente	dependiente	No trabaja	desconoce
38	Relaciones familiares	buena	regular	deficiente	no hay

Conceptos, creencias sobre embarazo		a	b	c
39	¿Qué es el embarazo?	Ausencia de la menstruación	Relaciones sexuales sin protección	Óvulo fecundado por espermatozoide
40	¿Cree que el embarazo adolescente es por o para?	Atrapar a su pareja	El gobierno lo dispone	Relaciones sexuales sin protección
41	¿Cuándo existe más riesgo de quedar	Una semana antes de la	Durante la menstruación	Una semana después de la

	embarazada?	fecha de la menstruación		menstruación
42	¿Cuándo deben iniciarse las relaciones sexuales?	Cuando se tiene deseo sexual	Cuando hay presión y ofrece dinero la pareja	Cuando se tenga trabajo, mientras cuidarse con condón
43	¿Cuáles son las consecuencias que produce un embarazo?	Aborto, complicaciones para la madre	Deserción escolar, complicaciones para la madre y el niño	Complicaciones para el niño, lograr con éxitos sus estudios
44	¿Qué complicaciones trae el embarazo adolescente en la madre?	Dolores de cabeza y malestar estomacal	Aumento de peso y manchas en la piel	Partos por cesárea, anemia, y hemorragia uterina
45	¿Qué complicaciones trae el embarazo en el recién nacido?	Presión alta y muerte	Náuseas, vómitos y fatiga	Prematuridad, sufrimiento fetal e inmadurez
46	¿Cuáles son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?	Disfunción familiar, baja autoestima	Antecedente embarazo madre adolescente, alcohol y drogas.	Falta de acceso a educación sexual, baja autoestima, problemas económicos

Nota. (Rodríguez, A., Ruiz, D. y Soplín, R., 2014)

Anexo 3. Validez de contenido del cuestionario

El cuestionario fue validado por 6 expertos obteniéndose un coeficiente de Uve de Aiken 0.94 que implica validez fuerte.

Ítem	Experto	Experto	Experto	Experto	Experto	Experto	Total (S)	V Aiken	Validez por ítem
	1	2	3	4	5	6	Sumatoria acuerdos	s/ (n (c-1))	
1	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
2	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
3	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
4	3	3	3	2	3	2	16	0.888	validez aceptable
5	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
6	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
7	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
8	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
9	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
10	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
11	3	3	2	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
12	2	3	3	3	3	3	17	0.944	validez fuerte
13	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
14	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
15	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
16	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
17	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
18	3	3	2	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
19	2	3	3	3	3	3	17	0.944	validez fuerte
20	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
21	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
22	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
23	2	3	2	3	2	3	15	0.833	validez aceptable
24	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
25	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
26	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
27	3	3	3	3	2	2	16	0.888	validez aceptable
28	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte

29	3	3	3	3	2	2	16	0.888	validez aceptable
30	2	3	3	3	3	3	17	0.944	validez fuerte
31	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
32	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
33	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
34	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
35	3	3	3	3	3	2	17	0.944	validez fuerte
36	2	3	2	3	2	3	15	0.833	validez aceptable
37	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
38	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
39	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
40	2	3	2	3	2	3	15	0.833	validez aceptable
41	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
42	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
43	3	3	3	3	3	3	18	1	validez fuerte
44	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
45	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
46	2	3	3	3	3	2	16	0.888	validez aceptable
Validez del instrumento o índice general: $V_c = VI / N$								0.948	validez fuerte

Análisis del cuestionario

Procedimiento:

Aplicando la primera y segunda fórmula para calcular el coeficiente de validez de contenido del instrumento es: 0.948

Anexo 4. Consentimiento informado

Estimada adolescente, la información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación de riesgo mínimo. Por favor leer cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada de la investigación.

Título de la investigación:	Determinantes de la salud reproductiva asociados con el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra- 2018
Persona a cargo del estudio:	Lic. Ketty Gisela Papa Carrera.
Dónde se va a desarrollar el estudio:	Consultorios de Gineco Obstetricia, control pre natal y emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra.

Beneficios de Participar en este estudio: usted se enterará que las afecciones ginecológicas, las conductas sexuales de riesgo y la educación sexual forman parte de los determinantes de la salud reproductiva. Las características sociodemográficas de los padres, de la pareja y las creencias sobre el embarazo adolescente.

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación: Ninguno.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato: los datos se almacenarán en la base de datos con absoluta confidencialidad y anonimato.

Participación Voluntaria: La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria debido a que sus capacidades de entendimiento están suficientemente desarrolladas y puede dar consentimiento independiente. Usted es libre de participar en este estudio, así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ninguna repercusión. (OMS, 2010)

Preguntas y Contactos:

Ketty Gisela Papa Carrera: 925217885

Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión sito en la Avenida Mercedes Indacochea N°600.

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia del consentimiento informado.

Y si mi hija menor acepta participar, autorizo sin problema.

Declaración de la tesista

De manera cuidadosa he explicado a la participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, la adolescente embarazada que lee este consentimiento informado entiende la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en el estudio.

Puente Piedra ... octubre de 2018

Firma adolescente	Huella digital

En caso de ser necesario:

Firma padre/madre/pareja	Huella digital

Elsa Carmen Oscuvilca Tapia
ASESOR

Raymundo Javier Híjar Guzmán
PRESIDENTE

Delia Villafuerte Castro
SECRETARIO

Adriana Castillo Corzo
VOCAL