

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

NIVEL EDUCATIVO Y SU RELACIÓN CON LA
ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2013

TESIS

PRESENTADA POR:

MARLENI MARY AYMA JIMÉNEZ

Para optar el Grado Académico de:

MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*)
CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

TACNA - PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA


ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**NIVEL EDUCATIVO Y SU RELACIÓN CON LA
ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA, 2013**

Tesis sustentada y aprobada el 30 de julio del 2015, estando el jurado calificador integrado por:


PRESIDENTE:


Dra. Rina María Álvarez Becerra

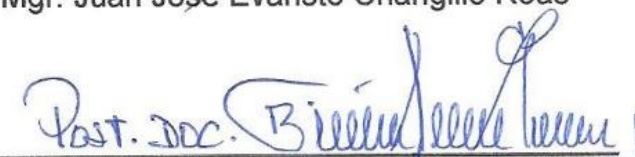
SECRETARIO:


Mgr. Nery Rafael Bernabé

MIEMBRO

: 
Mgr. Juan José Evaristo Changlío Roas

ASESOR

: 
Mgr. Américo Chaparro Guerra
1.

AGRADECIMIENTO

A mis padres el agradecimiento eterno por haber logrado en mí el amor por la educación.

A Rina Álvarez Becerra, como maestra y guía en mi camino hacia el logro de mis metas académicas.

A mis hermanos por su amor reflejado en su apoyo invaluable en el camino de mis progresos.

DEDICATORIA

*A Dios en quien tengo siempre plena fe
de continuar y en su nombre dedico esta
pequeña obra.*

*A mis padres, mis hermanos y amistades quienes me
acompañaron siempre para que se cumplan mis metas.*

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1. Problema principal	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	4
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
1.5. HIPÓTESIS	6
1.5.1. Hipótesis general	6
1.5.2. Hipótesis específicas:	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	8

2.2. BASES TEÓRICAS.....	15
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	23
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	26
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	26
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	28
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.5.1. Instrumento para medir la variable competencia procedimental: ...	30
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	34
4.1. RESULTADOS.....	34
4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS	81
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	96
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS.....	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Grupos etéreos según grupo de estudio de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	34
Tabla 2.	Grupo de estudio según zona de procedencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	38
Tabla 3.	Grupo de estudio según distrito de procedencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	40
Tabla 4.	Grupo de estudio según tiempo de vivencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	43
Tabla 5.	Grupo de estudio según nivel de escolaridad de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	46
Tabla 6.	Grupo de estudio según idioma o dialecto que habla habitualmente las adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	49

Tabla 7.	Grupo de estudio según conocimiento del momento de la fecundación, de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	52
Tabla 8.	Grupo de estudio según conocimiento sobre anticoncepción, de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	54
Tabla 9.	Embarazadas adolescentes por deseos de embarazarse según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	57
Tabla 10.	Embarazadas adolescentes por primer control prenatal según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	59
Tabla 11.	Embarazadas adolescentes por antecedentes de aborto o nacido muerto según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	61
Tabla 12.	Embarazadas adolescentes por antecedentes de aborto o nacido muerto según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	63
Tabla 13.	Embarazadas adolescentes por edad de primera relación sexual según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	65

Tabla 14.	Embarazadas adolescentes por uso de condón en su primera relación sexual según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	67
Tabla 15.	Embarazadas adolescentes por edad de la pareja según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013	69
Tabla 16.	Embarazadas adolescentes por tiempo de espera antes de tener otro hijo según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	71
Tabla 17.	Embarazadas adolescentes por preferencia futura de uso de método anticonceptivo según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	73
Tabla 18.	Embarazadas adolescentes por preferencia futura de tipo de método anticonceptivo según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	75
Tabla 19.	Embarazadas adolescentes por realización de algún trabajo según nivel educativo, Hipólito unanue de Tacna, 2013.	77
Tabla 20.	Embarazadas adolescentes por tipo de trabajo que realizaba según nivel educativo, Hipólito Unanue de Tacna, 2013.	79

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Grupos etáreos según grupo de estudio de las 36
adolescentes atendidas en el hospital Hipólito
Unanue de Tacna, 2013.
- Figura 2. Grupos etáreos según grupo de estudio de las 37
adolescentes atendidas en el hospital Hipólito
Unanue de Tacna, 2013.
- Figura 3. Grupo de estudio según zona de procedencia en las 39
adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito
Unanue de Tacna, 2013.
- Figura 4. Grupo de estudio según distrito de procedencia en 42
las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito
Unanue de Tacna, 2013.
- Figura 5. Grupo de estudio según tiempo de vivencia en las 45
adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito
Unanue de Tacna, 2013.
- Figura 6. Grupo de estudio según nivel de escolaridad de las 48
adolescentes atendidas en el hospital Hipólito
Unanue de Tacna, 2013.

- Figura 7. Grupo de estudio según idioma o dialecto que habla 51
habitualmente de las adolescentes atendidas en el
Hospital Hipólito unanue de Tacna, 2013.
- Figura 8. Grupo de estudio según conocimiento del momento 53
de la fecundación, de las adolescentes atendidas en
el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.
- Figura 9. Grupo de estudio según conocimiento sobre 56
anticoncepción, de las adolescentes atendidas en el
Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

RESUMEN

El problema de investigación se centró en determinar cómo se asocian la variable nivel educativo y el embarazo en la adolescencia. El objeto de estudio fueron las adolescentes de 12 a 19 años que se atendieron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. El diseño de investigación fue no experimental, transversal, y relacional. La población de estudio estuvo conformada por 195 mujeres adolescentes de 12 a 19 años. Se utilizó un instrumento de recolección de datos, los que fueron cumplimentados por las mujeres en un periodo de cinco meses. Se ha concluido que el nivel de escolaridad y el embarazo en adolescentes se relacionan significativamente. (P=0,025)

Palabras clave: *Embarazo en la adolescencia, nivel educativo.*

ABSTRACT

The research problem was to determine how the educational level variable and associated pregnancy in adolescence. The object of study was adolescents aged 12 to 19 who were treated at the Hipolito Unanue Hospital of Tacna. The research design was non-experimental, cross, and relational. The study population consisted of 195 female adolescents 12 to 19 years. An instrument of data collection, which was filled by women in a five-month period, was used. It was concluded that the level of education and teen pregnancy are significantly related. ($P = 0,025$)

Keywords: Teenage pregnancy, educational level

INTRODUCCIÓN

La estructura de la presente investigación está ordenada en base a seis capítulos: el primero constituido por el problema de investigación, el segundo presenta el marco teórico. El tercer capítulo contiene el marco metodológico, el cuarto trata de los resultados y la discusión de investigación. Finalmente, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las adolescentes embarazadas son actualmente un problema en Salud Pública, constituye un elevado riesgo en la salud de la madre adolescente (anemia, hipertensión gestacional, aumento de la mortalidad), como para el hijo (bajo peso al nacer, prematurez, mortalidad perinatal), que se ha asociado a mayor estrés durante el embarazo, dieta deficiente, cuidado generalmente tardío y limitado, enfermedades y traumatismos durante la gestación, factores que no solo responden a la inmadurez biológica, sino que dependen de variables socioeducativas relacionadas a la pobreza, las que a su vez también determinan la distribución de las consecuencias socioeconómicas y psicológicas.

Así también la asociación entre las condiciones de vida desfavorables de la embarazada y el elevado riesgo perinatal, condiciones que se describen en términos de ingreso, vivienda, educación formal y frecuente migración rural urbana que determina la pérdida parcial o total del apoyo familiar y del limitado uso de los servicios de control prenatal por parte de la adolescente embarazada.

Nivel educativo y su relación con la adolescente embarazada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna ha adquirido mucha importancia, debido al incremento de jóvenes involucrados en comportamientos como son: deserción escolar, así como la gran incidencia de embarazos en adolescentes en el que se experimenta a temprana edad agresiones como son las violaciones, el embarazo no deseado, casos que diariamente comprobamos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De todo lo expuesto se plantea el problema de investigación siguiente:

1.2.1. Problema principal

¿Existe alguna relación entre el nivel educativo y el embarazo en adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Qué características socio reproductivas según el nivel educativo presentan las adolescentes embarazadas?
- b) ¿Se relaciona el nivel de escolaridad con el embarazo en adolescentes?

- c) ¿Se relaciona el nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos con el embarazo en adolescentes?
- d) ¿Se relaciona el nivel educativo en términos de conocimiento del momento de la fecundación con el embarazo en adolescentes?
- e) ¿Se relaciona el nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción con el embarazo en adolescentes?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es un problema actual que repercute en la calidad de vida de la adolescente, en el aspecto orgánico son más frecuentes los abortos, en el ámbito psicológico el truncamiento de sus metas como terminar su educación, la deserción escolar es elevada teniendo impacto social laboral pues su inserción laboral es difícil conllevando a reducidos ingresos y a un nivel de pobreza para la adolescente y su hijo.

La ciudad de Tacna no cuenta con un estudio actualizado sobre nivel educativo y su relación con la adolescente embarazada, mediante su conocimiento y análisis servirá para proponer que se implementen programas en Salud Reproductiva en las instituciones educativas en primer

orden en el ámbito local, luego nacional; manejándolo como estrategia para propiciar que la adolescente maneje su sexualidad responsablemente, logrando reducir paulatinamente el número de embarazos en adolescentes, por consiguiente, disminuir la mortalidad materna infantil y por ende, la adolescente tendrá más oportunidades de gozar de buena salud y lograr su realización personal.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar si existe alguna relación entre el nivel educativo y el embarazo en adolescentes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Identificar las características socio reproductivas según el nivel educativo de las adolescentes embarazadas.
- b) Determinar si el nivel de escolaridad se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.
- c) Determinar si el nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

- d) Determinar si el nivel educativo en términos de conocimiento del momento de la fecundación se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.
- e) Determinar si el nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

El nivel educativo y el embarazo en adolescentes se relacionan significativamente.

1.5.2. Hipótesis específicas:

- H₁: El nivel de escolaridad se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.
- H₂: El nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.
- H₃: El nivel educativo en términos de conocimiento del momento de la fecundación se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

H₄: El nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio “Características de la gestante adolescente que se atiende en el Instituto Materno Infantil Bogotá”, 1985. Presenta un perfil de las adolescentes embarazadas que acuden al Instituto Materno Infantil de Bogotá, utilizando un método descriptivo, a un grupo de 108 adolescentes entre 14 y 18 años que permitió obtener datos sobre: características generales, socioeconómicas y psicológicas, y sobre riesgo perinatal. Con base al primer parámetro se encontró que el 85 % de la población del estudio era de procedencia urbana, el 54 % solteras, y el 38 % vivían en unión libre; el 6 % tiene bachillerato completo, el 80 % tiene como ocupación hogar y solo el 13 % está trabajando formalmente. El 89 % es económicamente dependiente de otra persona. El peso en relación a la talla no pudo considerarse como factor de riesgo, como tampoco la paridad, el aborto o la cesárea, mientras que sí lo fueron la prematurez de la iniciación de las relaciones sexuales, el consumo de cigarrillo y en proporciones menores la inasistencia o la asistencia tardía al control prenatal. (Giraldo, 1985)

Estudio sobre “Factores socioculturales que influyen en las adolescentes embarazadas que consultan en centros de salud U.I.M.I.S.T y H.U.R.G.V.” 1988. Estudio descriptivo transversal realizado en una población de 113 mujeres embarazadas entre los 12 y los 20 años de edad; se analizaron los datos de una encuesta aplicada, que describe sus características personales, de pareja, familiares y socioeconómicas. El mayor grupo de las adolescentes embarazadas se encontró en el rango de edad de 16-17 años (65,2 %), Solo el 14,15 % tenía vínculo de pareja establecido, pero habían iniciado relaciones sexuales entre 6 meses y un año antes de la concepción que en el 84,07 % fue deseada por la madre que tenía algún conocimiento sobre métodos anticonceptivos pero no los utilizaba. La escolaridad de las madres adolescentes, en general correspondió a la esperada para la edad, la mayor parte no percibía ingresos económicos o eran muy bajos. (Blanco, 1988)

Estudio sobre “Características epidemiológicas de la adolescente embarazada en República Dominicana” 1991. El análisis de las características del embarazo de 130 adolescentes menores de veinte años, parte de un total de 621 embarazadas, mostró una tendencia a mayor frecuencia de bajo peso al nacer en menores de 16 años y mayor riesgo de parto prematuros, de enfermedad hipertensiva del embarazo, infección

urinaria, anemia, natimortalidad y mortalidad particularmente en menores de 17 años, no encontrando diferencia significativa estadísticamente entre las características biosociales de los grupos menores de 20 años y de 20 a 35 años con excepción de la primiparidad y el intervalo íntergenésico menor de dos años, sin embargo, en el grupo de adolescentes hubo más madres solteras y más baja escolaridad, con menor número de embarazadas con estudios secundarios, menos empleo, mayor ruralidad, mayor proporción de talla baja y una menor potencialidad de accesibilidad y asistencia a servicios de atención médica calificada. (Aliaga, 2001)

Estudio referente a “Características sociales de las adolescentes embarazadas del Instituto Materno Perinatal en Lima” (1994), nos informa que la mayoría procede de hogares uniparentales, familia numerosa marcado analfabetismo en los progenitores y sus padres discuten frecuentemente. El antecedente de madre, amiga o familiar embarazada en la adolescencia fluctúa de 62 % a 90 %. Recibieron control prenatal en un 65,42 % en forma tardía. El 45 % de los que conocía el método anticonceptivo no lo usaron, la mayoría trabajaban como empleadas del hogar y ambulantes al momento de salir embarazada. (Aliaga, 1994)

Estudio realizado sobre “Factores de riesgo y características de la gestación en la adolescencia y su hijo,” Hospital Infantil Colombia. 1995. Los

riesgos biológicos, sociales y psicológicos de la gestación en adolescentes aumentan la morbilidad y mortalidad materno fetal. Prospectivamente, se tomaron 161 adolescentes embarazadas, las cuales se dividieron en dos grupos de acuerdo a si tuvieron control prenatal en la institución o no; según su edad, en menores de 16 años y mayores de 17 años. La asociación entre hipertensión inducida por el embarazo y adolescencia fue más alta en nuestras pacientes que la reportada por la literatura. Así mismo, fue mayor entre las adolescentes no controladas por este servicio. En cuanto al tipo de parto, el índice de cesáreas es el mismo que el de las pacientes adultas en esta institución; sin embargo, la indicación para las adolescentes en el 76 por ciento fue la desproporción céfalo pélvica de causa materna. Con la adecuación de la dieta a las pacientes controladas por nuestro servicio, obtuvimos una menor tasa de anemia durante el embarazo, lo cual sugiere que es de vital importancia un adecuado control prenatal específico y multidisciplinario para adolescentes (Escobar, 1995).

Estudio referente a “Factores socioculturales que influyen en las actitudes de las primigestas adolescentes frente el embarazo” Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. Perú 1997. Se utilizó el método descriptivo de corte transversal. Se exploró los factores que influyen en las actitudes de las primigestas adolescentes frente al embarazo. Para ello se elaboró una encuesta y se recolectó información, siendo esta aplicada a

116 primigestas adolescentes entre 15 y 19 años. Según los resultados obtenidos la mayoría de ellas presentaron actitud de indiferencia, siendo factores determinantes el grado de instrucción, el estado civil y el nivel de conocimiento. (Aguirre, 1995)

Estudio sobre “Factores de riesgo de la vida personal y familiar, asociados a embarazos a destiempo” (1998), estudio caso control de adolescentes embarazadas y no embarazadas en el Policlínico de José Martí de Santiago de Cuba, halló que gran parte de las adolescentes había recibido una educación inadecuada por parte de los padres a diferencia de los controles. La mayoría no utilizaba los métodos anticonceptivos aunque los conocía, existía poca comunicación entre ellas y sus progenitoras, en más de la mitad de los casos, así como falta de apoyo de su pareja en aproximadamente un tercio de las gestantes. (Leiva, 1998)

Estudio referente a “Embarazo en adolescentes: incidencia y características clínico epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas de parto, en el C.S. Acobamba”. Huancavelica. 1998. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de gestantes adolescentes. Se encontró una incidencia del 16 %, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15 a 19 años). La mayoría provenía de zonas rurales, con estudios primarios y unión inestable con sus parejas. El 70 % presentó su menarquía

entre los 12 y 14 años y un 20 % inicio su actividad sexual antes de los 15 años. El 15 % ya había estado embarazada previamente. El 40 % nunca recibió control prenatal y las que sí lo hicieron empezaron tardíamente, especialmente en el tercer trimestre. Se presentó 40 por ciento de complicaciones durante el embarazo y parto, ninguna en el puerperio. Se concluye que existe un deficiente grado de instrucción general, inicio temprano de relaciones sexuales y uso escaso o nulo de metodología anticonceptiva se relaciona con una alta incidencia de embarazos en adolescentes; el trabajo de parto prolongado, desgarros perineales, productos con peso bajo al nacer y prematuridad con frecuentes en adolescentes.(Villón, 1998)

Estudio sobre “Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas: maternidad Hospital San Juan de Dios” 1999. Chile. Se estudió un grupo de 82 madres adolescentes controladas en el Policlínico de Adolescencia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios. La información obtenida a través de entrevistas semiestructuradas permite concluir que se trata de un grupo muy vulnerable, debido a su edad temprana, su inicio precoz de relaciones sexuales, su soltería, su escolaridad incompleta, la falta de apoyo económico y afectivo de la pareja y sus familias de origen disgregadas y disfuncionales. No se pesquisaron factores de riesgo biológicos asociados al embarazo. El porcentaje de partos por cesárea fue

significativamente inferior comparados con el grupo de madres de la población general. (Michea, 1999)

Estudio sobre "Caracterización de la gestante adolescente: características demográficas y condiciones obstétricas de la madre adolescente en el hospital materno infantil docente "Julio Trigo López. Cuba 2001. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo de estudio se conformó por todos los productos de embarazos de madres adolescentes de menos de 20 años de edad con independencia del peso del mismo o la edad gestacional al momento del nacimiento. Se estudió a 206 madres adolescentes. La edad promedio fue de 17, 5 años. La frecuencia de bajo peso al inicio de la gestación fue muy similar a la del peso normal y se encontró que el 40 por ciento de los partos fueron por cesárea. Los resultados alcanzados permiten confirmar que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgo capaces de influir en el recién nacido (Fernández, 2001).

Realizaron un estudio sobre "Características de sexualidad y salud reproductiva en adolescentes del distrito de Ica" (2001), estudio descriptivo, hallando que la información y opinión sobre sexualidad y salud reproductiva son deficientes, lo que origina que sus actitudes y comportamientos las

coloquen en situaciones de riesgo de su salud reproductiva, participando en la mortalidad materna. (Gutiérrez, 2001)

Se realizó un estudio "Características de la adolescente embarazada atendida en el Hospital Regional de Ica" (2005), es un estudio descriptivo en 127 gestantes y/o madres adolescentes los resultados indicaron: sobre la edad promedio de embarazo fue de 17 años, en el 69,5 % ya habían formado uniones estables, el 60 % no concluyó la secundaria y el 10,5 % solo la primaria, el 16 % consumen alcohol hasta embriagarse, el 43 % provenía de hogares destruidos sin figura paterna, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos eran aceptable, sin embargo, fueron usados solo en el 30 %. (Campos, 2005)

2.2. BASES TEÓRICAS

La OMS define como adolescencia al "periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fina sus límites entre los 10-19 años (Sphiguelman, 2001).

La adolescencia tiene características diferentes en cada contexto social. El medio sociocultural hace que la crisis sea más o menos problemática y duradera en cada caso, el adolescente que inicia una

carrera superior no es igual que el adolescente aprendiz de un oficio o que el adolescente que se incorpora tempranamente a las tareas agrícolas en las que se ocupan sus padres, este último salta de la infancia a la edad adulta sin haber tenido tiempo de reconocerse y de identificarse como persona.

Las experiencias de tipo social obtenidas en el intercambio dentro del grupo de iguales favorecen la formación de la identidad personal y el aumento de la autoestima.(Castillo, 2000)

A las adolescentes les llega actualmente (sobre todo a través de la televisión), mensajes continuos desde el ámbito de la cultura del sexo trivial y banal. Se les presenta el sexo como algo independiente o separado de la persona, del amor, de los sentimientos, de la norma moral, de la libertad responsable y solidaria. Es el mensaje de “liberación sexual”, dicha cultura influye en el comportamiento de los adolescentes: la precocidad en la iniciación sexual creciente, con efectos preocupantes en la población. Aumento de embarazos no deseados, madres solteras, abortos, SIDA, ETS.

Es importante regenerar la cultura del sexo, empezando por reconocer que la actual cultura del sexo trivial, no defiende y eleva el sexo,

sino que lo degrada. Origina un reduccionismo del amor que se denomina erotismo. En el erotismo se prescinde del amor, para quedarse con el sexo.

La sexualidad tiene función beneficiosas en el desarrollo personal dar a ello es necesario integrar la sexualidad con el encuentro personal, lo que no se da, si el otro es visto como mero objeto de placer para la propia satisfacción. (Castro, 1995)

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras.

A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes, a la hora de elegir un amigo es selectivo deben tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos, esto la mayoría de veces trae como consecuencia la mutua atracción.

La adolescencia trae cambios en la esfera física, psicológica, social y afectiva lo que da características especiales a estos jóvenes. Haciéndolos más vulnerables a las distintas situaciones de la vida. Y una de estas circunstancias de mucha fragilidad lo constituye el embarazo. (Issler, 2001)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes” (Sphiguelman, 2001)

Una de las causas del embarazo en la adolescencia, es que mantiene relaciones sexuales, sin las medidas preventivas adecuadas. El porqué los adolescentes practican el sexo, y por qué lo hacen sin métodos anticonceptivos, es porque hoy en día crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales manifiestan que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

El riesgo de la adolescente de quedar embarazada incluye: Los tempranos contactos sexuales; el uso temprano de alcohol y otras drogas, incluyendo el tabaco; la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos; la carencia de interés en la escuela (el salirse de las escuelas), familia o actividades comunitarias; vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes; crecer en condiciones empobrecidas; haber sido víctima de ataque o abuso sexual. (Parra, 2001)

La salud sexual y reproductiva, partimos de la definición de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994, que

considera clave para el bienestar integral y el desarrollo, la salud sexual y reproductiva, es decir, gozar de una vida sexual sin riesgos y satisfactoria, y de la libertad y capacidad para reproducirse, lo que supone acceso universal a información, educación y servicios de atención integral de la salud. Sin embargo, la responsabilidad del Gobierno y la sociedad civil de crear las condiciones que garanticen el derecho a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes dista mucho de responder de manera efectiva a las necesidades y demandas de esta población. Requerimos, pues, conocer de manera lo más precisa posible cuál es la realidad de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes en el país.(Naciones Unidas,1994).

La sexualidad adolescente es vista como un problema en sí, los enfoques son más represivos y moralistas que formativos y subrayan más el tratamiento que la prevención, estando lejos de reconocer la salud sexual y reproductiva de las personas como un derecho a lo largo de su ciclo de vida y de reconocer en la juventud el derecho a la ciudadanía, la autodeterminación, la libertad en responsabilidad y no daño. Igualmente, la sexualidad se conceptúa como inextricablemente ligada a la reproducción, enfatizando acciones en relación a, por ejemplo, disminuir la mortalidad materna adolescente sin darle el debido peso a las raíces estructurales económicas, culturales, sociales, incluyendo la violencia, de las que un

embarazo adolescente suele derivar. No se adopta un enfoque integral que permita ver que la violencia sexual, la discriminación de las minorías sexuales, las muertes por aborto inducido en condiciones de riesgo y clandestinidad, el embarazo temprano no deseado y la vulnerabilidad a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual no son problemas de salud pública que un Ministerio de Salud pueda resolver, sino que requiere de políticas y programas integrales que atraviesan los sectores de Salud, Educación, Mujer, Justicia, Trabajo y que requieren de trabajar no sólo con él o la joven o adolescente, sino con la familia, los educadores, los proveedores de salud, los pares, los medios de comunicación, la sociedad en pleno y, siempre, tomando en cuenta el interés superior de los adolescente.(Raguz, M., 2001.)

Aquellas adolescentes que son madres tienden a tener más hijos e hijos más seguidos que sus pares no madres, a tener menor educación, capacitación e ingreso en el futuro y a estar en uniones inestables, quedando en mayor desprotección legal y pasando a engrosar los hogares monoparentales dirigido por mujeres y en extrema pobreza. En América Latina, entre 20 % y 40 % de las mujeres se casan tempranamente, usualmente en asociación con un embarazo temprano y con inicio sexual temprano y desprotegido. En Perú sólo 7,5 % de las madres adolescentes están casadas o en unión consensual. Se puede ver que el embarazo

adolescente, en especial, el no deseado, impacta el bienestar, desarrollo u proyecto de vida del joven y, en especial, de la joven y afecta su medio familiar y a la sociedad en pleno. Una encuesta nacional a niños, niñas y adolescentes en el país reveló que 60 % creía que el embarazo adolescente es la razón por la cual las adolescentes desertan su escolaridad. Cerca de un tercio de las deserciones escolares en las adolescentes se asocia con embarazo o unión.

El embarazo temprano significa mayores riesgos prenatales, perinatales y postnatales. Las complicaciones del embarazo son la causa más común de muerte en las adolescentes, especialmente en los países en desarrollo que concentran el 99 % de las muertes maternas, muchas de ellas, prevenibles. Perú tiene una de las más altas tasas de mortalidad materna en la región (después de Bolivia, en América del Sur) y, especialmente, de mortalidad materna adolescente, que, según las ENDES 2000 es de 21 %. La mortalidad materna adolescente es el doble de la mortalidad materna en mujeres jóvenes de 20 a 24 años. Esta mortalidad materna se debe al escaso control prenatal, deficiencias nutricionales, obstrucciones del parto, hemorragias, infecciones postparto (muchas asociadas a aborto inducido). Las adolescentes embarazadas, particularmente las más pobres, se encuentran en mayor riesgo de complicaciones del embarazo y, por ende, muerte o daño. Más de un tercio

de las adolescentes madres reportan haber tenido el parto sin atención médica o de partera.

Las complicaciones del embarazo adolescente, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA, ocupan los primeros lugares entre las causas de enfermedad y muerte de las mujeres en edad reproductiva, siendo las adolescentes y las jóvenes uno de los grupos más susceptibles, debido a su vulnerabilidad biológica y psico-social, a las inequidades económicas que enfrentan y a las condiciones socioculturales de su entorno, que se ven acentuadas cuando no hay un rol activo y responsable de los varones en el enfrentamiento de estas situaciones, debido entre otros aspectos, a su formación sexual inducida hacia patrones machistas, aún predominantes. En esta situación, la mayoría de jóvenes no conoce la existencia de servicios, desconfía de ellos, o tienen limitaciones socioculturales o económicas para acceder oportunamente a la atención por profesionales de la salud (prevención de embarazo no deseado, controles prenatales, prevención de ETS/VIH SIDA, atención de la violencia contra la mujer).

Dada su situación demográfica y social, la población juvenil continuará presionando y demandando servicios sociales de salud y educación principalmente, así como mantendrá su demanda por una mejor

y mayor participación económica, política, social y cultural. De ahí, la preocupación por priorizar y ampliar las oportunidades de desarrollo social y personal de este grupo poblacional, garantizándoles la vigencia del ejercicio y goce de sus derechos. Los marcos internacionales de derechos humanos, infancia y juventud (Raguz, M., 2001) como la Convención del Niño, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo -CIPD- de El Cairo 1994, la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 1995, Cairo+5, Beijing+5, el Plan de Acción de la Cumbre Mundial de la Infancia y la Convención de los Derechos del Niño 1990, así como la Cumbre de la Infancia del 2002, enfatizan la responsabilidad de los gobiernos y la sociedad civil con relación a la salud integral, la participación ciudadana y el desarrollo de jóvenes y adolescentes. La salud integral supone un completo bienestar físico, mental y social y es un derecho humano reconocido para todas las personas, sin discriminación alguna.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adolescencia: Etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales, va de la adquisición de los caracteres sexuales secundarios hasta la adquisición de la madurez reproductiva y mental. Adquisición de la

identidad sexual, de la independencia, y de la inserción en la sociedad (OMS, 2001).

Adolescencia temprana (10-13 años): Biológicamente, es el periodo de peri pubertad, con grandes cambios corporales y funcionales como la amenorrea; psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Adolescencia media (14-16 años): Es la adolescencia propiamente dicha cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus pares

Adolescencia tardía (17-19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Embarazo: Estado de la mujer durante el desarrollo en su seno del huevo fecundado generalmente incluye el periodo comprendido entre la fecundación y la expulsión y la extracción del feto.

Aborto: Detención del embarazo, espontáneo o provocado, antes que el feto este lo suficientemente desarrollado para que se pueda sobrevivir, normalmente antes de 20 semana de gestación.

Métodos anticonceptivos: Conjunto de métodos utilizados para el control de la reproducción entre los más conocidos los métodos naturales, los de barrera, la contracepción hormonal, espermicidas el dispositivo intrauterino y la anticoncepción quirúrgica.

Riesgo: es mayor posibilidad de sufrir daño.

Daño: Es la consecuencia a la que se llega como resultado a una mayor exposición.

Factor de riesgo: Es una característica que cuando está presente expone a la persona a una posibilidad mayor de sufrir daño.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es un estudio cuantitativo, por lo que presenta un alto grado de estructuración y genera información numérica para realizar el análisis estadístico (Polit, Hungle ,1997).

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación, según Hernández, se utilizó un diseño no experimental, transversal, y correlacional causal porque, no se manipulan variables, se describen los hechos tal como se presentan y se establece la relación entre variables (Hernández, Fernández, 1994)

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

- La población blanco fueron las 603 adolescentes embarazadas de 12 a 19 años que se atendieron en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Tamaño de muestra. Se utilizó la siguiente ecuación para estimar el tamaño de la muestra:

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

Donde:

Z : Valor crítico de la distribución normal estándar

p : Probabilidad de éxito

q : Probabilidad de fracaso

N : Población

ε : Error permitido (7%)

Considerando un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia del 5 % ($\alpha=0,05$), se tiene:

$$n = 94 + 2 = 96 \text{ embarazadas}$$

Donde:

$$Z = 1,96$$

$$p = 0,17$$

$$q = 0,83$$

$$N = 603$$

$$\varepsilon = 0,07$$

- El tipo de muestreo fue aleatorio sistemático
- Criterios de inclusión: Embarazadas adolescentes que tengan disponibilidad para participar en el estudio.

- Criterios de exclusión: Mujeres que no den su consentimiento o que tengan algún problema de discernimiento que no les permita contestar el cuestionario.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- **Variable independiente**
Nivel educativo
- **Variable dependiente:**
Embarazo

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Variable independiente	Nivel de escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> - Sin escolaridad - Inicial - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior no universitario - Superior universitario 	Ordinal
	Lenguas habladas	<ul style="list-style-type: none"> - Alóctonas: Español - Autóctonas: Quechua Aimara Otra 	Nominal
	Conocimiento sobre momento de la fecundación.	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce - No conoce 	Nominal
	Nivel de conocimiento sobre anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo (Percentil 25) - Medio (Percentil 25 al 50) - Alto (Percentil 75) 	Ordinal
Variable dependiente Embarazo	Período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Nominal
Otras variables Variables	Reproductivas	<ul style="list-style-type: none"> - Decisión de embarazarse - Primer control prenatal - Antecedentes de aborto o nacido muerto - Razones por las que no usó el método anticonceptivo 	Nominal
	Características socio reproductivas de las embarazadas	Nupcialidad	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil actual - Edad de primera relación coital. - Uso de condón en la primera relación coital. - Perfil de edad de la pareja.

	Preferencias de fecundidad	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de espera para tener un segundo hijo. - Preferencia de uso de algún método en el futuro. - Preferencia por método anticonceptivo. 	Nominal
	Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Realización del trabajo durante el embarazo - Tipo de trabajo realizado 	Nominal

Fuente: Elaboración propia

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para recoger los datos fue un cuestionario estructurado:

3.5.1. Instrumento para medir la variable competencia procedimental:

a) Ficha técnica

Autor : Marleni Mary Ayma Jiménez
 Año : 2013
 Tiempo de administración : 10 – 15 minutos
 Ámbito de aplicación : Embarazadas y no embarazadas
 Tipo de instrumento : Instrumento lógico: Test
 Método de validación : Método *Delphi*
 Finalidad : Medir el nivel educativo y las características socio reproductivas de las embarazadas adolescentes.

b) Estructura del cuestionario

Dimensión	Ítems	
	Número ítems	Identidad Item
Datos socio demográficos	3	1 al 3
Nivel educativo	4	4 al 7
<i>Características reproductivas :</i>		
Reproductivas	3	8 al 10
Nupcialidad	4	11 al 15
Preferencias de fecundidad	3	16 al 18
Trabajo	3	19 al 21
TOTAL ÍTEMS	20	

c) Categorías para la variable empírica “nivel de conocimientos sobre anticoncepción”

PUNTUACIÓN	CATEGORÍA
< Percentil 25	Bajo
Entre percentil 25 y 50	Medio
>Percentil 25	Alto

- **Validación del instrumento**

Se realizó una prueba piloto del cuestionario, para lo cual se aplicó a una muestra de 20 mujeres cumpliendo los mismos criterios de inclusión y exclusión en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2013.

El criterio de validez del instrumento tiene que ver con la validez del contenido y la validez de construcción. La validez establece relación del instrumento con las variables que pretende medir y, la validez de construcción relaciona los ítems del cuestionario aplicado; con los basamentos teóricos y los objetivos de la investigación para que exista consistencia y coherencia técnica. Ese proceso de validación se vincula a las variables entre sí y la hipótesis de la investigación (Figuera, 2007, p.35).

Determinar la validez del instrumento implicó someterlo a la evaluación de un panel de expertos, antes de la aplicación para la revisión y sugerencias, en orden a mejorar el instrumento en cuanto a su coherencia, suficiencia, claridad y relevancia, lo que permitió verificar si la construcción y el contenido del instrumento se ajustaba al estudio planteado.

- **Procedimiento de recolección de datos:**

Se cursó una solicitud al Director del Hospital, solicitándole la autorización para proceder a recoger la información y encuestar a las embarazadas. Posteriormente, se procedió a informar a las embarazadas adolescentes y en algunos casos a sus progenitoras, sobre el propósito del cuestionario el carácter confidencial de sus revelaciones y la utilidad de los datos recolectados. Luego se procedió a encuestar a las adolescentes en horarios de mañana, tarde y noche, durante los siete días de la semana.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados a través del cuestionario, fueron procesados y tabulados haciendo uso del programa estadístico *PAWS* versión 18, y vaciados en tablas y figuras.

Se utilizaron herramientas estadísticas pertinentes para el tipo de investigación; tales como frecuencias y porcentajes. Además de pruebas no paramétricas, como la “JI” cuadrado para contrastar las hipótesis. Finalmente, se utilizó una prueba de regresión logística para ingresar todas las variables de estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1.

GRUPOS ETÁREOS SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Grupo de estudio	Grupo de edad (Años)	n	%
Embarazadas	De 10 a 14	12	12,50
	De 15 a 19	84	87,50
	Total	96	100,00
	Media: 17,11 ± 1,806	Mediana: 17	Mínimo : 13
No embarazadas	De 10 a 14	14	14,14
	De 15 a 19	85	85,86
	Total	99	100,00
	Media: 15,94 ± 1,683	Mediana: 16	Mínimo : 11

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En la tabla 1 y en las Figuras 1 y 2 se aprecia la distribución de la variable edad. Se tiene que en el grupo de adolescentes embarazadas, la mayoría tiene entre 15 a 19 años de edad (87,50 %), la diferencia tenía entre 10 a 14 años. En el grupo de no embarazadas se encontró una proporción similar de adolescentes con edades entre 15 a 19 años (85,86 %). Sin embargo, el promedio de edad fue superior (aunque discretamente) en el grupo de embarazadas (17 años) frente al grupo de no embarazadas (16 años). La mediana fue de 17 en el grupo de embarazadas y de 16 en el grupo de comparación. La edad mínima fue de 13 años en el grupo de embarazadas y de 11 en el grupo de no embarazadas y el máximo de 19 años para ambos grupos.

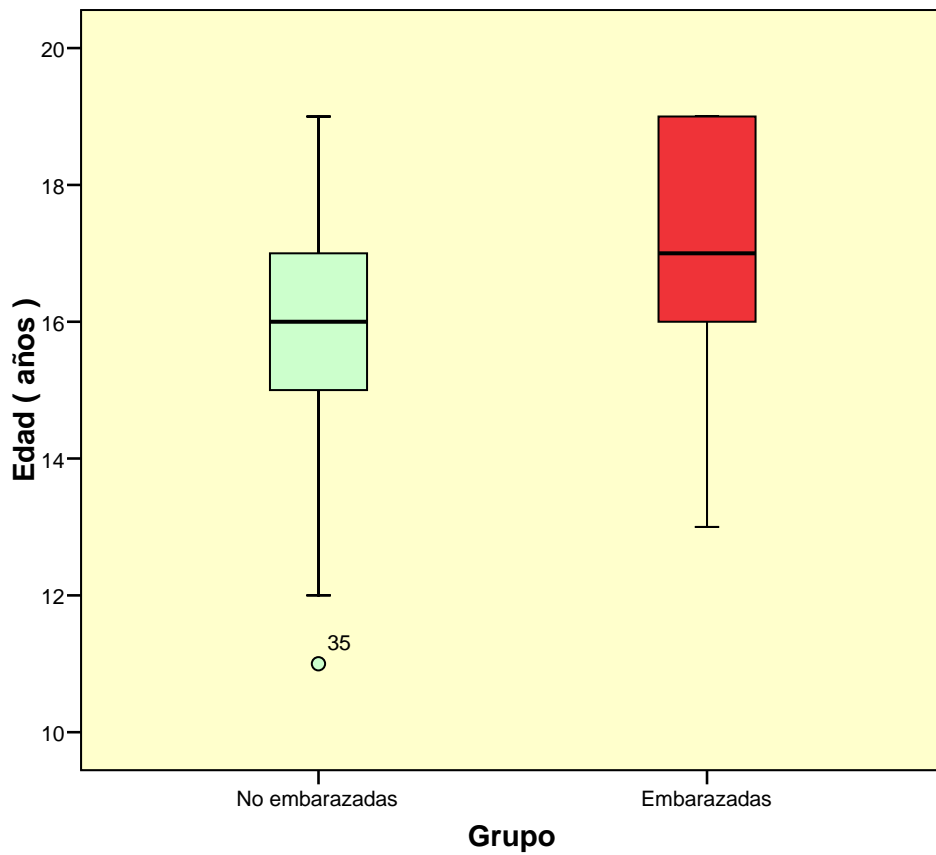


Figura 1. Grupos etáreos según grupo de estudio de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: Tabla 1

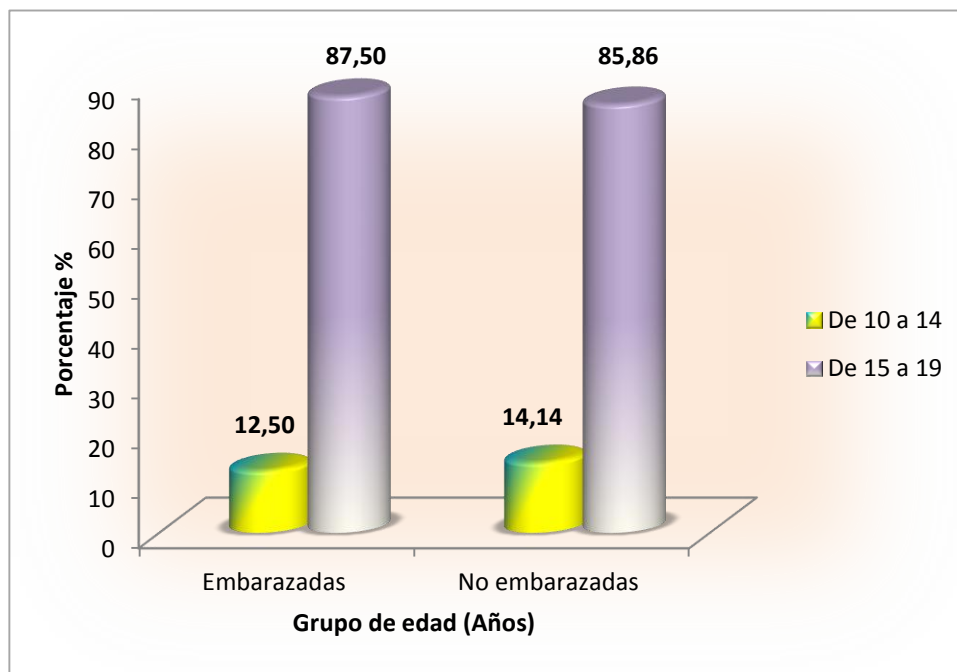


Figura 2. Grupos etáreos según grupo de estudio de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: tabla 1

Tabla 2.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.

Grupo de estudio	Zona de procedencia	n	%
Embarazadas	Urbano	85	88,54
	Urbano-Marginal	10	10,42
	Rural	1	1,04
	Total	96	100,00
No embarazadas	Urbano	91	91,92
	Urbano-Marginal	6	6,06
	Rural	2	2,02
	Total	99	100,00

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla 2 y en la Figura 3 que en el grupo de embarazadas, la mayoría procedía de la zona urbana (88,54 %), sólo un 10,42 % de la zona urbana marginal y una adolescente de la zona rural.

En el caso de las adolescentes no embarazadas, casi las tres terceras partes (91,92 %) procede la zona urbana, un 6 % de la zona urbano – marginal y dos adolescentes de la zona rural.

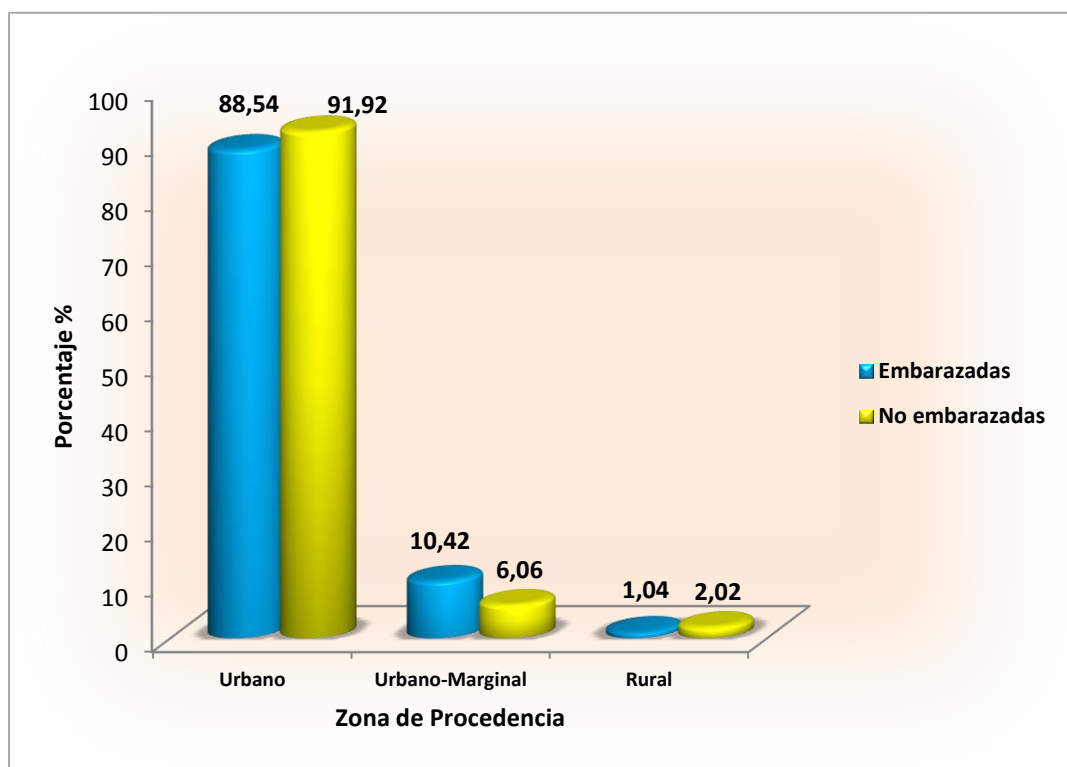


Figura 3. Grupo de estudio según zona de procedencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: tabla 2

Tabla 3.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN DISTRITO DE PROCEDENCIA EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.

Grupo de estudio	Distrito de procedencia	n	%
Embarazadas	Distrito de Tacna	26	27,08
	Distrito de Ciudad Nueva	53	55,21
	Distrito de Alto Alianza	7	7,29
	Distrito de Gregorio Albarracín	7	7,29
	Distrito de Pocollay	3	3,13
	Total	96	100,00
	No embarazadas	Distrito de Tacna	27
Distrito de Ciudad Nueva		34	34,34
Distrito de Alto Alianza		13	13,13
Distrito de Gregorio Albarracín		17	17,17
Distrito de Pocollay		6	6,06
Distrito de Tarata		2	2,02
Total		99	100,00

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Se aprecia en la tabla 3 y en la Figura 4 la distribución de las adolescentes embarazadas y no embarazadas según el distrito de procedencia. En ambos casos, mayormente, proceden del distrito de Ciudad Nueva, aunque en el grupo de embarazadas la proporción es mayor (más de la mitad, con un 55,21 %), mientras que en el grupo de no embarazadas alcanza un poco más de un tercio (34,34%). Una proporción similar de 27 % en ambos grupos procedían del distrito de Tacna. La diferencia en ambos grupos, se distribuyen en los distritos de Alto Alianza, Gregorio Albarracín, Pocollay y en el grupo de no embarazadas hubieron dos adolescentes que provenían del distrito de Tarata.

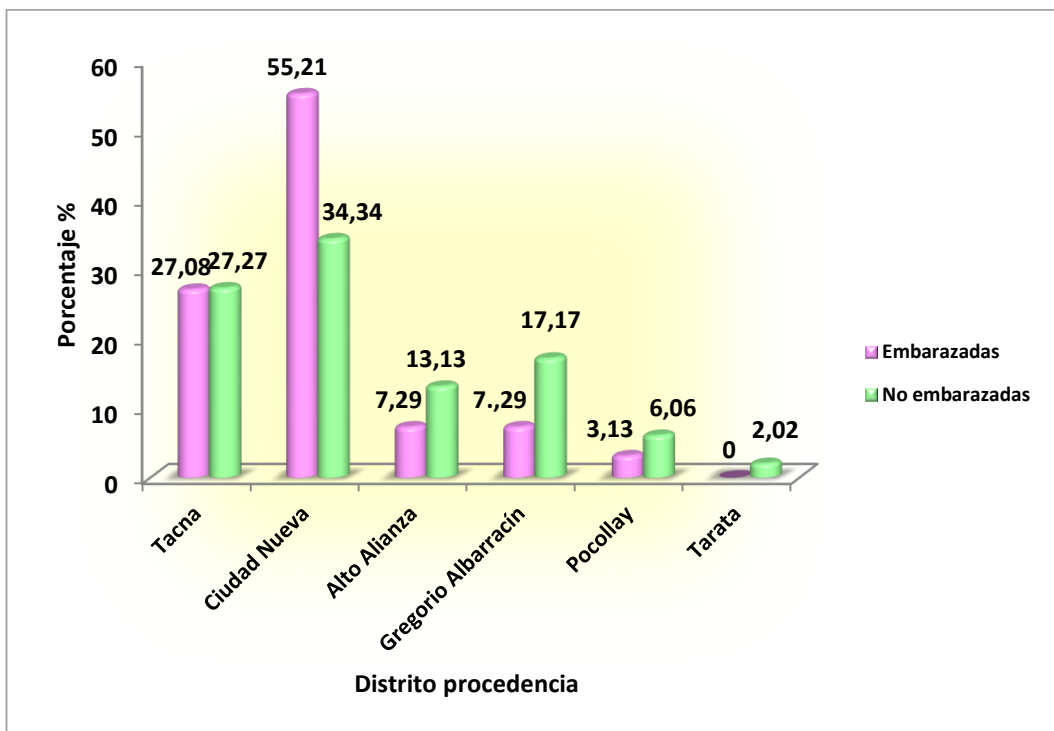


Figura 04. Grupo de estudio según distrito de procedencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: tabla 3

Tabla 4.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE VIVENCIA EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.

Grupo de estudio	Tiempo de vivencia	n	%
Embarazadas	Años (15 a menos)	34	35,42
	Siempre	58	60,42
	Visitante	4	4,17
	Total	96	100,00
No embarazadas	Años (15 a menos)	21	21,21
	Siempre	71	71,72
	Visitante	7	7,07
	Total	99	100,00

Fuente: tabla 3

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla 4 y en la Figura 5, que casi las dos terceras partes de las adolescentes embarazadas (60,42 %) siempre han vivido en la región Tacna, y una proporción un poco más elevada (71,72 %) de las no embarazadas también refirieron que siempre han vivido en esta

región. Un poco más de un tercio de las embarazadas (35,42 %) y un poco más de la quinta parte de las no embarazadas (21,21 %) refiere haber vivido de un tiempo de 15 años o menos. Cuatro adolescentes embarazadas y siete no embarazadas eran visitantes.

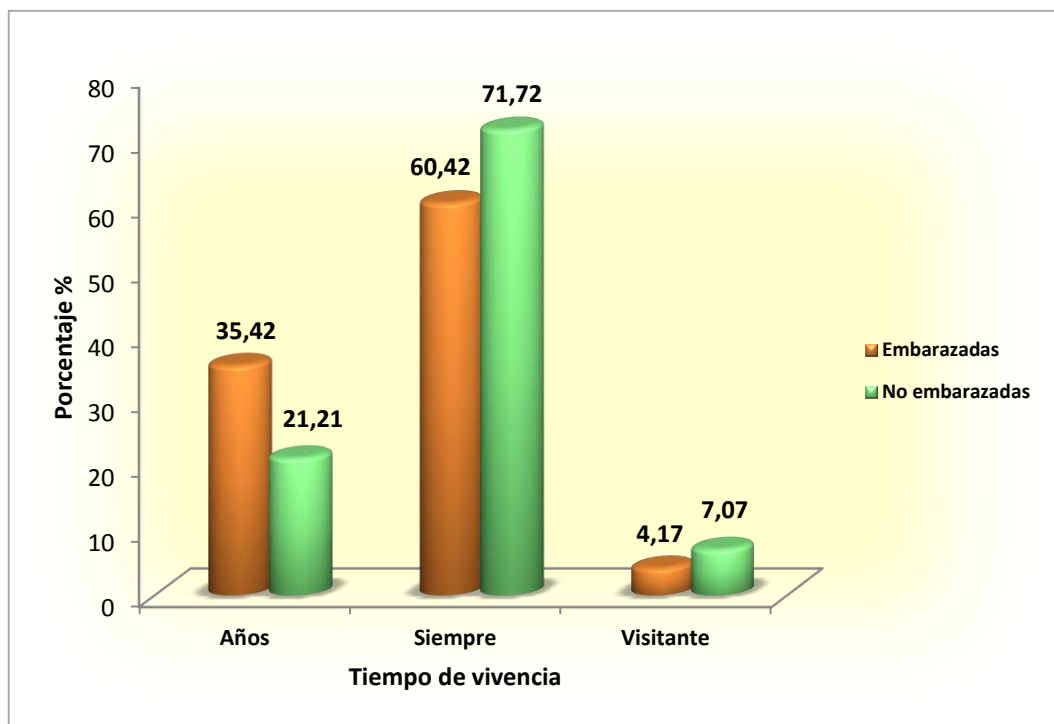


Figura 5. Grupo de estudio según tiempo de vivencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: tabla 4

Tabla 5.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.

¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó?	Adolescentes				Total	
	Embarazadas		No embarazadas		n	%
	n	%	n	%		
Sin escolaridad	1	100,00	0	0,00	1	100,00
Primaria incompleta	1	25,00	3	75,00	4	100,00
Primaria completa	8	80,00	2	20,00	10	100,00
Secundaria incompleta	39	40,63	57	59,38	96	100,00
Secundaria completa	33	61,11	21	38,89	54	100,00
Superior no universitario	10	40,00	15	60,00	25	100,00
Superior universitario	4	80,00	1	20,00	5	100,00
Total	96	49,23	99	50,77	195	100,00

Fuente: *cuestionario*

INTERPRETACIÓN

Se aprecia en la tabla 5 y en la Figura 6, que en el grupo de embarazadas, una adolescente no tenía escolaridad. De las adolescentes con primaria *incompleta*, el 75 % eran adolescentes no embarazadas y el 25 % embarazadas. En la categoría de *primaria completa*, el 80 % eran adolescentes embarazadas y la diferencia no embarazadas.

En el caso de las adolescentes con secundaria *incompleta*, el 40,63 % estaban embarazadas y la diferencia no. Con *secundaria completa*, el 61,11 % embarazada, la diferencia no. Mientras que para las que tenían *estudios superiores no universitarios*, el 60 % fueron adolescentes no embarazadas y la diferencia embarazadas. De las cinco adolescentes que tenían *estudio superior universitario incompleto*, cuatro estaban embarazadas y una no embarazada.

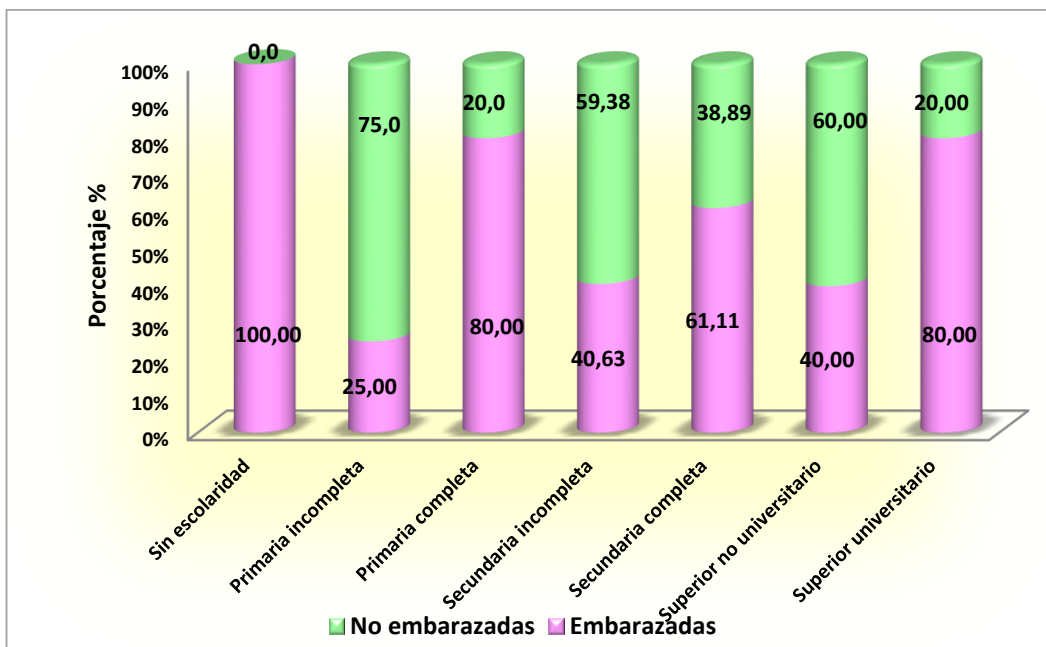


Figura 6. Grupo de estudio según nivel de escolaridad de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013

Fuente: tabla 5

TABLA 6.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN IDIOMA O DIALECTO QUE HABLA HABITUALMENTE DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

¿Qué idioma o dialecto habla habitualmente en su hogar?	Adolescentes				Total	
	Embarazadas		No embarazadas		Adolescentes	
	n	%	n	%	n	%
Castellano	39	35,14	72	64,86	111	100,00
Castellano y otra lengua aborigen	1	33,33	2	66,67	3	100,00
Castellano y aimara	48	68,57	22	31,43	70	100,00
Castellano y quechua	8	72,73	3	27,27	11	100,00
Total	96	49,23	99	50,77	195	100,00

Fuente: *cuestionario*

INTERPRETACIÓN

Respecto a las adolescentes que hablaban idiomas o dialectos habitualmente, se observó según la tabla 6 y Figura 7, que mayormente las no embarazadas sólo hablaban *castellano* (64,86%), la diferencia 35,114 % corresponde a las embarazadas.

Un tercio de las embarazadas y dos tercios de las adolescentes no embarazadas, hablan castellano y otra lengua aborigen.

De otro lado, un poco más de dos tercios (68,57 %) de las adolescentes embarazadas y casi un tercio de las no embarazadas (31,43 %) hablan castellano y aimara. Y, de las adolescentes que hablan castellano y quechua, la mayoría son embarazadas (72,73%), la diferencia no lo está.

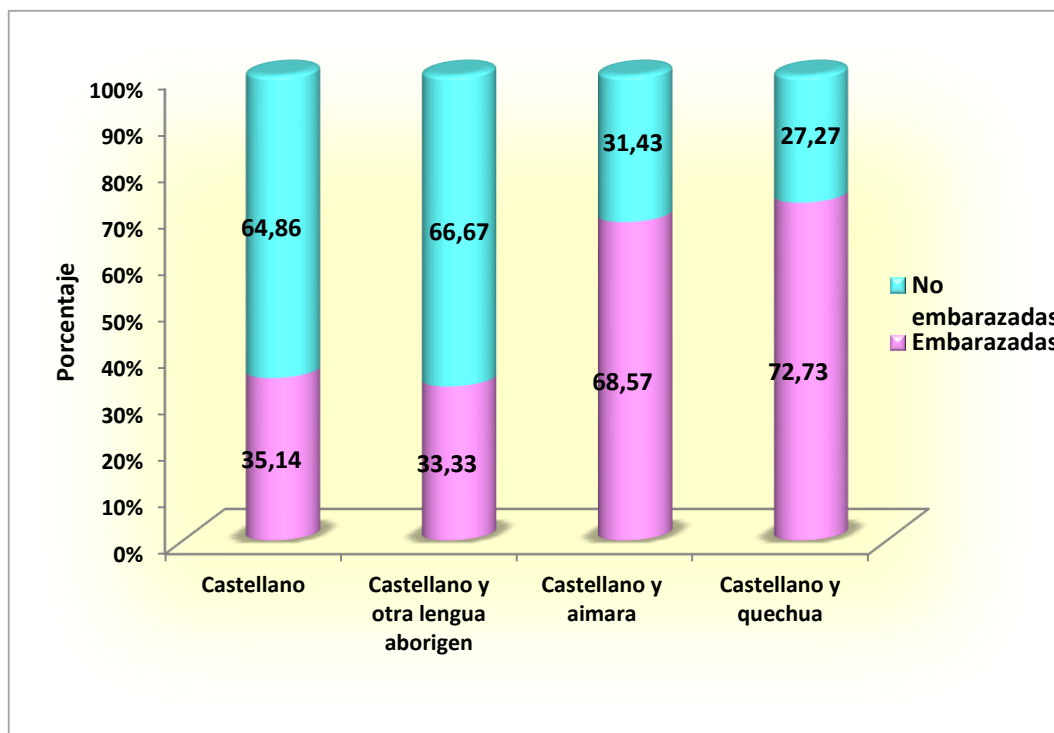


Figura 7. Grupo de estudio según idioma o dialecto que habla habitualmente de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: tabla 6

TABLA 7.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO DEL MOMENTO DE LA FECUNDACIÓN, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Conocimiento del momento de la fecundación	Adolescentes				Total	
	Embarazadas		No embarazadas		n	%
	n	%	n	%		
Conoce	10	41,67	14	58,33	24	100,00
No conoce	86	50,29	85	49,71	171	100,00
Total	96	49,23	99	50,77	195	100,00

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En cuanto al conocimiento sobre el momento en que se produce la fecundación, según se aprecia en la tabla 7 y en la Figura 8, de las adolescentes *que conocen*, la mayoría son no embarazadas (58,33 %) y el 41,67 % son embarazadas. Las adolescentes que *no conocen* en qué momento del ciclo ovárico se engendra, prácticamente la mitad son las embarazadas (50,29 %), la diferencia corresponde a las no embarazadas.

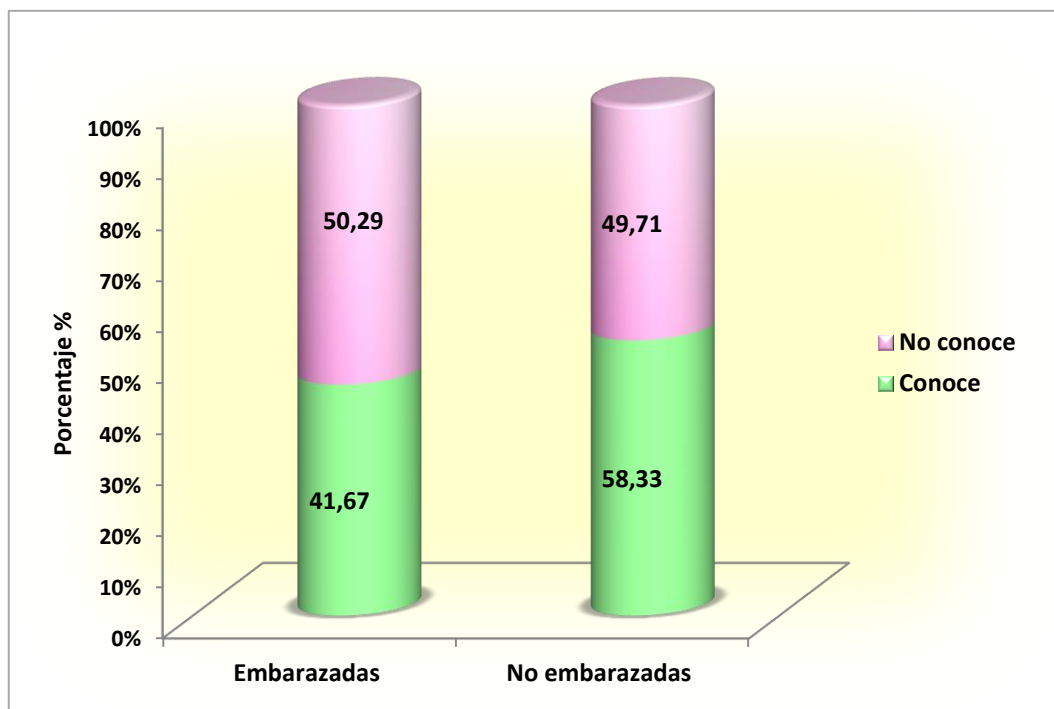


Figura 8. Grupo de estudio según conocimiento del momento de la fecundación, de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013.

Fuente: tabla 7

TABLA 8.

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN, DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.

Nivel	Adolescentes				Total	
	Embarazadas		No embarazadas		n	%
	n	%	n	%		
Nivel bajo (0 - 5)	12	26,67	33	73,33	45	100,00
Nivel medio (6 - 9)	66	55,00	54	45,00	120	100,00
Nivel alto (10 - 11)	18	60,00	12	40,00	30	100,00
Total	96	49,23	99	50,77	195	100,00

Fuente: *cuestionario*

INTERPRETACIÓN

En cuanto al conocimiento sobre anticoncepción, se observa en la tabla 8 y en la Figura 9, que de las adolescentes *con un nivel bajo*, la mayoría son no embarazadas (73,33 %) y prácticamente la cuarta parte (26,67 %) son embarazadas. Las adolescentes que presentan un nivel *medio de conocimientos sobre anticoncepción*, más de la mitad son adolescentes embarazadas (55 %), la diferencia corresponde a las no embarazadas. Mientras que de las adolescentes que *presentan un nivel*

alto de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, casi las dos terceras partes (60 %) corresponden a las embarazadas, la diferencia a las adolescentes no embarazadas.

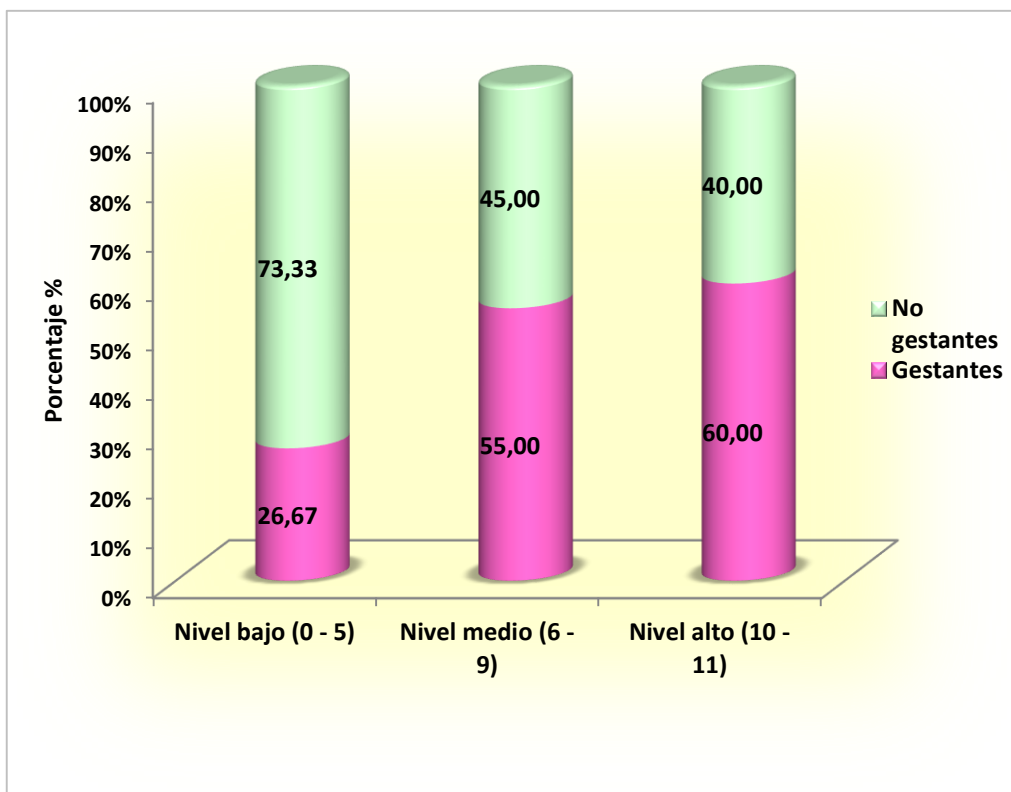


Figura 9. Grupo de estudio según conocimiento sobre anticoncepción, de las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2013

Fuente: tabla 8

TABLA 9.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR DESEOS DE EMBARAZARSE SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	Cuando se embarazó ¿Usted, quería quedar embarazada?						Total	
	En ese momento		Quería esperar		No quería tener hijos		n=96	%
	n= 19	%	n= 72	%	n= 5	%		
Grado de estudios								
Sin escolaridad	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	2	10,53	6	8,33	0	0,00	8	8,33
Secundaria incompleta	5	26,32	30	41,67	4	80,00	39	40,63
Secundaria completa	7	36,84	26	36,11	0	0,00	33	34,38
Superior no universitario	3	15,79	6	8,33	1	20,00	10	10,42
Superior universitario	2	10,52	2	2,78	0	0,00	4	4,17
Idioma								
Castellano	10	52,63	28	38,89	1	20,00	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	1	1,39	0	0,00	1	1,04
Castellano y aimara	7	36,84	37	51,39	4	80,00	48	50,00
Castellano y quechua	2	10,53	6	8,33	0	0,00	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación								
Sabe	1	5,26	8	11,11	1	20,00	10	10,42
No sabe	18	94,74	64	88,89	4	80,00	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos								
Nivel bajo (0 - 5)	4	21,05	8	11,11	0	0,00	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	10	52,63	53	73,61	3	60,00	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	5	26,32	11	15,28	2	40,00	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En la tabla 9 se observa que cuando se interroga si *quería quedar embarazada*, de las embarazadas que respondieron que “*en ese momento quería quedar embarazada*”, un poco más de un tercio tenía secundaria completa (36,84 %), hablaban idioma castellano (52,63 %), mayormente no tenían conocimiento sobre el momento de la fecundación (94,74 %) y más de la mitad (52,63 %) tenían un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos.

Respecto a las que respondieron que “*querían esperar*” la mayoría tenía secundaria incompleta (41,67 %); hablaban castellano y aimara (51,39 %), mayormente no tienen conocimiento sobre el momento de la fecundación (88,89 %) y mayoritariamente tienen un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (73,61 %).

En relación a las cinco adolescentes embarazadas que manifestaron que “*no querían tener hijos*”, el 80 % tenía secundaria incompleta, habla castellano y aimara, no tienen conocimiento sobre el momento de la fecundación y tienen un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (60 %).

TABLA 10.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR PRIMER CONTROL PRENATAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	Primer Control Prenatal						Total	
	Antes de los 3 meses		3 a 7 meses		8 a 10 meses		n=96	%
	n= 43	%	n= 52	%	n= 1	%		
Grado de estudios								
Sin escolaridad	0	0,00	1	1,92	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	0	0,00	1	1,92	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	1	2,33	7	13,46	0	0,00	8	8,33
Secundaria incompleta	19	44,19	20	38,46	0	0,00	39	40,63
Secundaria completa	15	34,88	17	32,69	1	100,00	33	34,38
Superior no universitario	5	11,63	5	9,62	0	0,00	10	10,42
Superior universitario	3	6,98	1	1,92	0	0,00	4	4,17
Idioma								
Castellano	20	46,51	19	36,54	0	0,00	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	1	1,92	0	0,00	1	1,04
Castellano y aimara	22	51,16	25	48,08	1	100,00	48	50,00
Castellano y quechua	1	2,33	7	13,46	0	0,00	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación								
Sabe	3	6,98	7	13,46	0	0,00	10	10,42
No sabe	40	93,02	45	86,54	1	100,00	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos								
Nivel bajo (0 - 5)	6	13,95	6	11,54	0	0,00	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	28	65,12	38	73,08	0	0,00	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	9	20,93	8	15,38	1	100,00	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Se aprecia en la tabla 10 el tiempo en que la embarazada adolescente se realizó el primer control prenatal, encontrándose que para la categoría

“primer control prenatal antes de los tres meses”, un poco menos de la mitad (44,19 %) tiene secundaria incompleta, más de la mitad (51,16 %) habla castellano y aimara ; casi las tres terceras partes (93,02 %) no tiene conocimientos sobre el momento de la fecundación y prácticamente las dos terceras partes tiene un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (65,12 %).

De las adolescentes que se realizaron el primer control prenatal entre los 3 a 7 meses, mayormente tenían secundaria incompleta (38,46 %), hablan castellano y aimara (48,08 %), no tenían conocimiento sobre el momento de la fecundación (86,54 %) y presentaban un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (73,08 %). Cabe resaltar que sólo una embarazada realizó su primer control al final del embarazo entre los 8 a 10 meses, y tenía secundaria completa, hablaba castellano y aimara, no tenía conocimiento sobre el momento de la fecundación, pero tenía un nivel alto de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

TABLA 11.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR ANTECEDENTES DE ABORTO O NACIDO MUERTO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	¿Ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en aborto o nacido muerto?				Total	
	Si		No		n= 96	%
	n= 12	%	n=84	%		
Grado de estudios						
Sin escolaridad	0	0,00	1	1,19	1	1,04
Primaria incompleta	0	0,00	1	1,19	1	1,04
Primaria completa	1	8,33	7	8,33	8	8,33
Secundaria incompleta	3	25,00	36	42,86	39	40,63
Secundaria completa	6	50,00	27	32,14	33	34,38
Superior no universitario	2	16,67	8	9,52	10	10,42
Superior universitario	0	0,00	4	4,76	4	4,17
Idioma						
Castellano	7	58,33	32	38,10	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	1	1,19	1	1,04
Castellano y aimara	4	33,33	44	52,38	48	50,00
Castellano y quechua	1	8,33	7	8,33	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación						
Sabe	2	16,67	8	9,52	10	10,42
No sabe	10	83,33	76	90,48	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos						
Nivel bajo (0 - 5)	1	8,33	11	13,10	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	9	75,00	57	67,86	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	2	16,67	16	19,05	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En la tabla 11 se aprecia que del total de embarazadas encuestadas, la mayoría no tenía antecedentes de aborto o nacido muerto, de las cuáles la mayoría tenía secundaria incompleta (42,86 %); habla castellano y

aimara (52,38 %); no conocían sobre el momento de la fecundación (90,48 %) y tenían un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (67,86 %).

De las doce embarazadas adolescentes con antecedentes de aborto o nacido muerto, el 50 % tenía secundaria completa, el 58 % hablaba sólo el idioma castellano, la mayoría no tenía conocimientos sobre el momento de la fecundación (83,33 %) y presentaban un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (75 %).

TABLA 12.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR ESTADO CIVIL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	Actualmente ¿cuál es su estado civil?							
	Casada		Conviviente		No en unión		Total	
	n=9	%	n=49	%	n=38	%	n=96	%
Grado de estudios								
Sin escolaridad	0	0,00	0	0,00	1	2,63	1	1,04
Primaria incompleta	0	0,00	1	2,04	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	0	0,00	4	8,16	4	10,53	8	8,33
Secundaria incompleta	1	11,11	15	30,61	23	60,53	39	40,63
Secundaria completa	5	55,56	23	46,94	5	13,16	33	34,38
Superior no universitario	3	33,33	3	6,12	4	10,53	10	10,42
Superior universitario	0	0,00	3	6,12	1	2,63	4	4,17
Idioma								
Castellano	6	66,67	23	46,94	10	26,32	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	0	0,00	1	2,63	1	1,04
Castellano y aimara	3	33,33	23	46,94	22	57,89	48	50,00
Castellano y quechua	0	0,00	3	6,12	5	13,16	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación								
Sabe	0	0,00	5	10,20	5	13,16	10	10,42
No sabe	9	100,00	44	89,80	33	86,84	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos								
Nivel bajo (0 - 5)	3	33,33	4	8,16	5	13,16	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	5	55,56	33	67,35	28	73,68	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	1	11,11	12	24,49	5	13,16	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla 12, que la mayoría de las embarazadas adolescentes, presentaron un estado civil de *convivencia*, de las cuales casi la mitad tenía secundaria completa (46,94 %) y en igual proporción (46,94 %) hablaban el idioma castellano y castellano y aimara; la mayoría no tenía conocimientos sobre el momento de la fecundación (89,80 %) y un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (67,35 %).

Sólo nueve embarazadas estaban *casadas*, de las cuales más de la mitad tenían secundaria completa (55,56 %); hablan sólo el idioma castellano (66,67%), todas no tenían conocimientos sobre el momento de la fecundación (100%) y más de la mitad (55,56 %) presentaban un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos.

De las treinta y ocho embarazadas adolescentes que tenían la condición civil de *no en unión*, más de la mitad tenían secundaria incompleta (60,53 %), hablaban castellano y aimara (57,89 %), mayormente no tenían conocimientos sobre el momento de la anticoncepción (57,89 %) y tenían un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos (73,68 %).

TABLA 13.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	Edad en la primera relación sexual				Total	
	12 a 14 años		15 a 19 años		n=96	%
	n=38	%	n=58	%		
Grado de estudios						
Sin escolaridad	1	2,63	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	1	2,63	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	5	13,16	3	5,17	8	8,33
Secundaria incompleta	23	60,53	16	27,59	39	40,63
Secundaria completa	7	18,42	26	44,83	33	34,38
Superior no universitario	1	2,63	9	15,52	10	10,42
Superior universitario	0	0,00	4	6,90	4	4,17
Idioma						
Castellano	12	31,58	27	46,55	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	1	2,63	0	0,00	1	1,04
Castellano y aimara	21	55,26	27	46,55	48	50,00
Castellano y quechua	4	10,53	4	6,90	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación						
Sabe	5	13,16	5	8,62	10	10,42
No sabe	33	86,84	53	91,38	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos						
Nivel bajo (0 - 5)	5	13,16	7	12,07	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	30	78,95	36	62,07	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	3	7,89	15	25,86	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En cuanto al conocimiento a la edad de la primera relación sexual y nivel educativo, en la tabla 13 se evidencia que la mayoría tuvo su primera relación sexual entre los 15 a 19 años de edad, de las cuáles la mayoría

tenía secundaria completa (44,83 %); en igual proporción hablaban castellano y castellano y aimara (46,55 %) , no tenían conocimiento sobre el momento de la fecundación (91,38 %) y presentaban un nivel medio de conocimientos sobre métodos anticonceptivos (62,07 %).

Respecto a las embarazos que tuvieron la primera relación sexual precozmente entre los 12 a 14 años, la mayoría tenía secundaria incompleta (60,53 %); hablan castellano y aimara (55,26 %); no tenían conocimientos sobre el momento de la fecundación (86,84 %) y su nivel de conocimientos en temas de anticoncepción es medio (78,95 %).

TABLA 14.
EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR USO DE CONDÓN EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	Uso de condón en su primera relación sexual					
	Si		No		Total	
	n=41	%	n=55	%	n=96	%
Grado de estudios						
Sin escolaridad	0	0,00	1	1,82	1	1,04
Primaria incompleta	1	2,44	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	2	4,88	6	10,91	8	8,33
Secundaria incompleta	15	36,59	24	43,64	39	40,63
Secundaria completa	16	39,02	17	30,91	33	34,38
Superior no universitario	6	14,63	4	7,27	10	10,42
Superior universitario	1	2,44	3	5,45	4	4,17
Idioma						
Castellano	22	53,66	17	30,91	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	1	1,82	1	1,04
Castellano y aimara	17	41,46	31	56,36	48	50,00
Castellano y quechua	2	4,88	6	10,91	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación						
Sabe	5	12,20	5	9,09	10	10,42
No sabe	36	87,80	50	90,91	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos						
Nivel bajo (0 - 5)	2	4,88	10	18,18	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	33	80,49	33	60,00	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	6	14,63	12	21,82	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Respecto al uso del condón en su primera relación sexual, la mayoría de las adolescentes no usaron condón, de las cuáles, según se observa en la tabla 14, la mayoría tenía secundaria incompleta, habla castellano y

aimara (56,36%), no conoce sobre la fecundación (90,91%) y tiene un nivel medio sobre anticoncepción (60%).

Las adolescentes que usaron condón, mayormente tenían estudios secundarios completos (39,02 %), hablaban sólo castellano (53,66 %), no sabían sobre el momento en que ocurría la fecundación (87,80 %) y su nivel de conocimientos en anticoncepción es medio (80,49 %).

TABLA 15.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR EDAD DE LA PAREJA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	¿Cuántos años le llevada a usted su pareja?							
	10 o más años		Menos de 10 años		Mayor, no sabe cuántos años		Total	
	n=52	%	n=42	%	n=2	%	n=96	%
Grado de estudios								
Sin escolaridad	1	1,92	0	0,00	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	1	1,92	0	0,00	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	4	7,69	4	9,52	0	0,00	8	8,33
Secundaria incompleta	24	46,15	15	35,71	0	0,00	39	40,63
Secundaria completa	17	32,69	14	33,33	2	100,00	33	34,38
Superior no universitario	4	7,69	6	14,29	0	0,00	10	10,42
Superior universitario	1	1,92	3	7,14	0	0,00	4	4,17
Idioma								
Castellano	20	38,46	18	42,86	1	50,00	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	1	1,92	0	0,00	0	0,00	1	1,04
Castellano y aimara	27	51,92	20	47,62	1	50,00	48	50,00
Castellano y quechua	4	7,69	4	9,52	0	0,00	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación								
Sabe	4	7,69	6	14,29	0	0,00	10	10,42
No sabe	48	92,31	36	85,71	2	100,00	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos								
Nivel bajo (0 - 5)	8	15,38	4	9,52	0	0,00	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	38	73,08	27	64,29	1	50,00	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	6	11,54	11	26,19	1	50,00	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En cuanto a la edad de la pareja, se observa en la tabla 15 que la mayoría de las embarazadas adolescentes, manifestaron que su pareja les llevaba 10 años o más, de las cuales mayormente tenían secundaria

incompleta (46,15%), hablan castellano y aimara (51,92 %) no tienen conocimiento sobre el momento de la fecundación (92,31 %) y su nivel de conocimientos en anticoncepción es medio.

Y de las adolescentes, cuya pareja tiene menos de diez años, la mayoría tiene secundaria incompleta (35,71 %), hablan castellano y aimara (47,62 %), no tienen conocimientos sobre el momento de la fecundación (85,71 %) y su nivel de conocimientos en temas de anticoncepción es medio (64,29 %).

TABLA 16.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR TIEMPO DE ESPERA ANTES DE TENER OTRO HIJO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.

Nivel educativo	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?					
	Más de 2 años		Menos de 2 años		Total	
	n=92	%	n=4	%	n=96	%
Grado de estudios						
Sin escolaridad	1	1,09	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	1	1,09	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	8	8,70	0	0,00	8	8,33
Secundaria incompleta	38	41,30	1	25,00	39	40,63
Secundaria completa	30	32,61	3	75,00	33	34,38
Superior no universitario	10	10,87	0	0,00	10	10,42
Superior universitario	4	4,35	0	0,00	4	4,17
Idioma						
Castellano	36	39,13	3	75,00	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	1	1,09	0	0,00	1	1,04
Castellano y aimara	48	52,17	0	0,00	48	50,00
Castellano y quechua	7	7,61	1	25,00	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación						
Sabe	9	9,78	1	25,00	10	10,42
No sabe	83	90,22	3	75,00	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos						
Nivel bajo (0 - 5)	12	13,04	0	0,00	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	66	71,74	0	0,00	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	14	15,22	4	100,00	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En la tabla 16, se aprecia que cuando se les pregunta a las encuestadas, ¿cuánto tiempo les gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?, la mayoría manifiesta *más de dos años*, de las cuales la mayoría

tiene secundaria incompleta (41,32 %), hablan castellano y aimara (52,17 %), no tienen conocimiento sobre el momento de la fecundación (90,22 %) y tienen un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos. Se debe subrayar que sólo cuatro adolescentes manifestaron que desearían esperar *menos de dos años*, las que en su mayoría presentaban estudios secundarios completos, hablaban sólo castellano (75 %), no conocían sobre el momento de la fecundación (75%) y su nivel de conocimientos en anticoncepción es medio (71,74 %).

TABLA 17.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR PREFERENCIA FUTURA DE USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	¿Ud., cree que en el futuro, usará algún método para evitar quedar embarazada?					
	Si		No sabe		Total	
	n=94	%	n=2	%	n=96	%
Grado de estudios						
Sin escolaridad	1	1,06	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	1	1,06	0	0,00	1	1,04
Primaria completa	8	8,51	0	0,00	8	8,33
Secundaria incompleta	39	41,49	0	0,00	39	40,63
Secundaria completa	31	32,98	2	100,00	33	34,38
Superior no universitario	10	10,64	0	0,00	10	10,42
Superior universitario	4	4,26	0	0,00	4	4,17
Idioma						
Castellano	38	40,43	1	50,00	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	1	1,06	0	0,00	1	1,04
Castellano y aimara	47	50,00	1	50,00	48	50,00
Castellano y quechua	8	8,51	0	0,00	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación						
Sabe	10	10,64	0	0,00	10	10,42
No sabe	84	89,36	2	100,00	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos						
Nivel bajo (0 - 5)	11	11,70	1	50,00	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	65	69,15	1	50,00	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	18	19,15	0	0,00	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

En la tabla 17 se aprecia que cuando se les pregunta si *en el futuro usarán algún método anticonceptivo*, mayoritariamente dicen que sí lo van a usar, de las cuales la mayoría tiene estudios secundarios incompletos

(41,49 %), hablan castellano y aimara (50 %); no tienen conocimiento sobre el momento de la fecundación y su nivel de conocimientos en anticoncepción es medio (69,15 %). Sólo dos adolescentes declararon que no sabían si en el futuro usarían algún método anticonceptivo.

TABLA 18.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR PREFERENCIA FUTURA DE TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel de educación	¿Qué método preferiría usar?																	
	Píldora		DIU		Inyección		Condón		Abstinencia periódica		Retiro (coito interruptus)		Anticonceptivo Oral de Emergencia		Collar del ciclo		No sabe/ Insegura	
	n=6	%	n=5	%	n=57	%	n=4	%	n=2	%	n=3	%	n=2	%	n=1	%	n=16	%
Grado de estudios																		
Sin escolaridad	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Primaria incompleta	0	0,00	0	0,00	1	1,75	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Primaria completa	1	16,67	0	0,00	7	12,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Secundaria incompleta	2	33,33	2	40,00	25	43,86	1	25,00	1	50,00	2	66,67	1	50,00	0	0,00	5	31,25
Secundaria completa	2	33,33	3	60,00	18	31,58	2	50,00	1	50,00	1	33,33	1	50,00	0	0,00	5	31,25
Superior no universitario	1	16,67	0	0,00	5	8,77	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	25,00
Superior universitario	0	0,00	0	0,00	1	1,75	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	2	12,50
Idioma																		
Castellano	4	66,67	2	40,00	26	45,61	0	0,00	0	0,00	1	3,33	2	100,00	0	0,00	4	25,00
Castellano y otra lengua aborigen	1	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Castellano y aimara	1	16,67	3	60,00	24	42,11	3	75,00	2	100,00	2	66,67	0	0,00	1	100,00	12	75,00
Castellano y quechua	0	0,00	0	0,00	7	12,28	1	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conocimiento sobre fecundación																		
Sabe	0	0,00	0	0,00	8	14,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	12,50
No sabe	6	100,00	5	100,00	49	85,96	4	100,00	2	100,00	3	100,00	2	100,00	1	100,00	14	87,50
Conocimiento sobre anticonceptivos																		
Nivel bajo (0 - 5)	1	16,67	1	20,00	7	12,28	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	2	12,50
Nivel medio (6 - 9)	4	66,67	4	80,00	40	70,18	4	100,00	2	100,00	2	66,67	2	100,00	0	0,00	8	50,00
Nivel alto (10 - 11)	1	16,67	0	0,00	10	17,54	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	6	37,50

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Respecto a la preferencia futura de algún tipo de método, en la tabla 18 se observa que la mayoría declara que prefería usar el inyectable, teniendo este grupo de embarazadas mayormente el siguiente perfil: tienen secundaria incompleta (43,85 %); hablan el idioma castellano (45,61 %), no conocen sobre el momento de la fecundación (85,96 %) y su nivel de conocimiento en métodos anticonceptivos es medio (70,18 %).

El segundo lugar de preferencia lo ocupan las píldoras y el perfil de las adolescentes embarazadas en este grupo, es que un tercio en cada caso tiene secundaria incompleta y completa respectivamente, en su mayoría hablan el idioma castellano (66,67 %), ninguna conocía sobre el momento de la fecundación (100 %) y las dos terceras partes tiene un nivel medio sobre anticoncepción (66,67 %).

TABLA 19.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR REALIZACIÓN DE ALGÚN TRABAJO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel educativo	¿Además del trabajo del hogar, durante su actual gestación ¿Ud. ha realizado algún trabajo?					
	Si		No		Total	
	n=44	%	N=52	%	n=96	%
Grado de estudios						
Sin escolaridad	1	2,27	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	0	0,00	1	1,92	1	1,04
Primaria completa	2	4,55	6	11,54	8	8,33
Secundaria incompleta	20	45,45	19	36,54	39	40,63
Secundaria completa	14	31,82	19	36,54	33	34,38
Superior no universitario	6	13,64	4	7,69	10	10,42
Superior universitario	1	2,27	3	5,77	4	4,17
Idioma						
Castellano	15	34,09	24	46,15	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	1	1,92	1	1,04
Castellano y aimara	24	54,55	24	46,15	48	50,00
Castellano y quechua	5	11,36	3	5,77	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación						
Sabe	8	18,18	2	3,85	10	10,42
No sabe	36	81,82	50	96,15	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos						
Nivel bajo (0 - 5)	4	9,09	8	15,38	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	30	68,18	36	69,23	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	10	22,73	8	15,38	18	18,75

Fuente: cuestionario

INTERPRETACIÓN

Es de observar en la tabla 19, que más de la mitad de las encuestadas durante su gestación no realizó ningún trabajo. Sin embargo, de las que trabajaron, la mayoría tenía secundaria incompleta (45,45 %); hablaban

castellano y aimara (54,55 %); no saben sobre el momento de la fecundación (81,82 %) y tenían un nivel medio de conocimientos en anticoncepción (68,18 %).

TABLA 20.

EMBARAZADAS ADOLESCENTES POR TIPO DE TRABAJO QUE REALIZABA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013

Nivel de educación	¿Qué clase de trabajo principalmente hace o hacía usted?								Total	
	Comercio ambulatorio		Trabajo dependiente		Trabajo Independiente		No trabajó ni trabaja actualmente		n=96	%
	n=4	%	n=29	%	n=11	%	n=52	%		
Grado de estudios										
Sin escolaridad	0	0,00	0	0,00	1	9,09	0	0,00	1	1,04
Primaria incompleta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,92	1	1,04
Primaria completa	0	0,00	1	3,45	1	9,09	6	11,54	8	8,33
Secundaria incompleta	2	50,00	14	48,28	4	36,36	19	36,54	39	40,63
Secundaria completa	1	25,00	9	31,03	4	36,36	19	36,54	33	34,38
Superior no universitario	1	25,00	4	13,79	1	9,09	4	7,69	10	10,42
Superior universitario	0	0,00	1	3,45	0	0,00	3	5,77	4	4,17
Idioma										
Castellano	1	25,00	11	37,93	3	27,27	24	46,15	39	40,63
Castellano y otra lengua aborigen	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,92	1	1,04
Castellano y aimara	3	75,00	16	55,17	5	45,45	24	46,15	48	50,00
Castellano y quechua	0	0,00	2	6,90	3	27,27	3	5,77	8	8,33
Conocimiento sobre Momento de la fecundación										
Sabe	2	50,00	4	13,79	2	18,18	2	3,85	10	10,42
No sabe	2	50,00	25	86,21	9	81,82	50	96,15	86	89,58
Conocimiento sobre anticonceptivos										
Nivel bajo (0 - 5)	2	50,00	2	6,90	0	0,00	8	15,38	12	12,50
Nivel medio (6 - 9)	2	50,00	18	62,07	9	81,82	37	71,15	66	68,75
Nivel alto (10 - 11)	0	0,00	9	31,03	2	18,18	7	13,46	18	18,75

Fuente: Cuestionario

INTERPRETACIÓN

En relación al tipo de trabajo que realizaban las embarazadas adolescentes, según se observa en la tabla 20, la mayoría realizó algún trabajo dependiente, de las cuales la mayoría tenía estudios secundarios incompletos, hablan castellano y aimara, no conocen sobre la fecundación (86,21 %) y su nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos es medio (62,07 %). De las que realizaban comercio ambulatorio, la mitad tenían secundaria incompleta, no tenían conocimiento sobre anticoncepción ni sobre el momento de la fecundación (50 %), mientras que la mayoría hablan castellano y aimara (75 %).

Del total de adolescentes embarazadas que realizaban un trabajo independiente, una proporción similar de 36,96 % tenía secundaria completa e incompleta respectivamente; la mayoría habla castellano y aimara (45,45 %); no conoce sobre fecundación en un 81,82 % y su nivel de conocimientos en anticonceptivos es medio (81,82 %).

4.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

- **PRUEBA DE HIPÓTESIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

PRIMERA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA:

El nivel de escolaridad se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

Hipótesis estadística:

H₀: El nivel de escolaridad es independiente del embarazo en adolescentes.

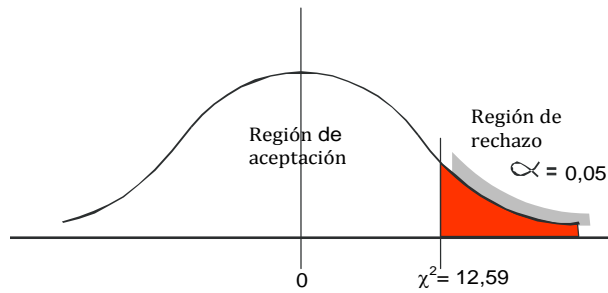
H₁: El nivel de escolaridad es dependiente del embarazo en adolescentes.

Prueba:

$$gl = 6; \alpha = 0,05$$

Chi-cuadrado teórico:

$$\chi^2_{(6; 0.05)} = 12,59$$



• **Matriz de operaciones auxiliares**

		Adolescentes		Total
		Embarazadas	No embarazadas	
Sin escolaridad	Recuento	1	0	1
	Frecuencia esperada	0,5	0,5	1,0
Primaria incompleta	Recuento	1	3	4
	Frecuencia esperada	2,0	2,0	4,0
Primaria completa	Recuento	8	2	10
	Frecuencia esperada	4,9	5,1	10,0
Secundaria incompleta	Recuento	39	57	96
	Frecuencia esperada	47,3	48,7	96,0
Secundaria completa	Recuento	33	21	54
	Frecuencia esperada	26,6	27,4	54,0
Superior no universitario	Recuento	10	15	25
	Frecuencia esperada	12,3	12,7	25,0
Superior universitario	Recuento	4	1	5
	Frecuencia esperada	2,5	2,5	5,0
Total	Recuento	96	99	195
	Frecuencia esperada	96,0	99,0	195,0

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Resumen

Chi cuadrado calculado: $\chi^2_c = 14,399$ ($P = 0,025 < 0,05$)

Medida de asociación Coeficiente de contingencia: $C = 0,262$
 ($P = 0,025 < 0,05$)

Decisión:

Como $\chi^2_c = 14,399 > \chi^2_t = 12,59$, entonces, el estadístico calculado (con $P = 0,025 < 0,05$) se encuentra en la región de rechazo, en consecuencia se rechaza la H_0 y se acepta H_1 , y se afirma que existe evidencia a favor de una asociación entre el nivel de escolaridad y el embarazo en adolescentes, para un nivel un nivel de significancia de 5 %.

- **PRUEBA DE HIPÓTESIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE NIVEL EDUCATIVO EN TÉRMINOS DE HABLAR IDIOMAS O DIALECTOS Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

SEGUNDA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA:

El nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

Hipótesis estadística:

H₀: El nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos es independiente del embarazo en adolescentes.

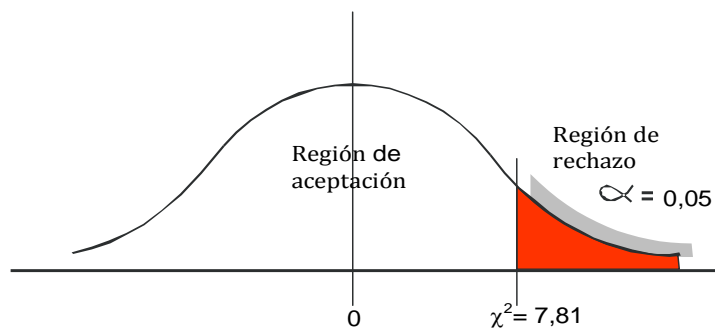
H₁: El nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos es dependiente del embarazo en adolescentes.

Prueba:

$$gl = 3; \alpha = 0,05$$

Chi-cuadrado teórico:

$$\chi^2_{(3;0,05)} = 7,81$$



- **Matriz de operaciones auxiliares.**

		Adolescentes		Total
		Embarazadas	No embarazadas	
Recuento		39	72	111
Frecuencia esperada		54,6	56,4	111,0
Recuento		1	2	3
Frecuencia esperada		1,5	1,5	3,0
Recuento		48	22	70
Frecuencia esperada		34,5	35,5	70,0
Recuento		8	3	11
Frecuencia esperada		5,4	5,6	11,0
Recuento		96	99	195
Frecuencia esperada		96,0	99,0	195,0

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Resumen

Chi cuadrado calculado: $\chi^2_c = 22,033$ ($P = 0,001 < 0,05$)

Medida de asociación Coeficiente de Contingencia: $C = 0,319$
($P = 0,001 < 0,05$)

Decisión:

Como $\chi^2_c = 22,033 > \chi^2_t = 7,81$, entonces, el estadístico calculado (con $P = 0,001 < 0,05$) se encuentra en la región de rechazo, en consecuencia se rechaza la H_0 y se acepta H_1 , y se afirma que existe evidencia a favor de una asociación entre el nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos y el embarazo en adolescentes, para un nivel un nivel de significancia de 5 %.

- **PRUEBA DE HIPÓTESIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE NIVEL EDUCATIVO EN TÉRMINOS DE CONOCIMIENTO DEL MOMENTO DE LA FECUNDACIÓN Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

TERCERA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA:

El nivel educativo en términos del conocimiento del momento de la fecundación se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

Hipótesis estadística:

H₀: El nivel educativo en términos del conocimiento del momento de la fecundación es independiente del embarazo en adolescentes.

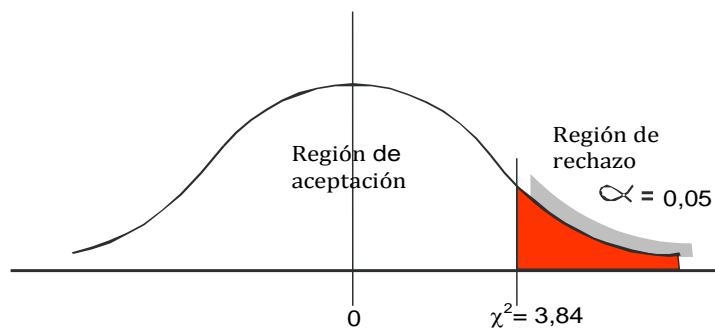
H₁: El nivel educativo en términos del conocimiento del momento de la fecundación es dependiente del embarazo en adolescentes.

Prueba:

$$gl = 1; \alpha = 0,05$$

Chi-cuadrado teórico:

$$\chi^2_{(1; 0,05)} = 3,84$$



- **Matriz de operaciones auxiliares**

	Adolescentes		Total
	Embarazadas	No embarazadas	
Recuento	10	14	24
Frecuencia esperada	11,8	12,2	24,0
Recuento	86	85	171
Frecuencia esperada	84,2	86,8	171,0
Recuento	96	99	195
Frecuencia esperada	96,0	99,0	195,0

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Resumen

Chi cuadrado calculado: $\chi^2_c = 0,627$ ($P = 0,429 < 0,05$)

Decisión:

Como $\chi^2_c = 0,627 < \chi^2_t = 3,84$, entonces, el estadístico calculado (con $P = 0,429 > 0,05$) se encuentra en la región de no rechazo, en consecuencia no se rechaza la H_0 , ya que no existe evidencia a favor de una asociación entre el nivel educativo en términos del conocimiento del momento de la fecundación y el embarazo en adolescentes.

- **PRUEBA DE HIPÓTESIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE EL NIVEL EDUCATIVO EN TÉRMINOS DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

CUARTA HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA:

El nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

Hipótesis estadística:

H₀: El nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción es independiente del embarazo en adolescentes.

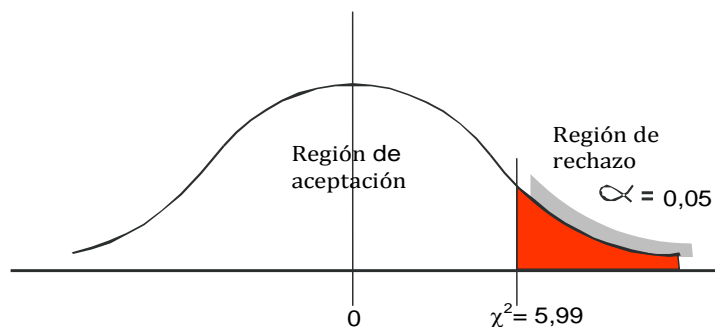
H₁ El nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción es dependiente del embarazo en adolescentes.

Prueba:

$$gl = 2; \alpha = 0,05$$

Chi-cuadrado teórico:

$$\chi^2_{(2; 0,05)} = 5,99$$



- **Matriz de operaciones auxiliares.**

		Adolescentes		Total
		Embarazadas	No embarazadas	
Nivel bajo (0 - 5)	Recuento	12	33	45
	Frecuencia esperada	22,2	22,8	45,0
Nivel medio (6 - 9)	Recuento	66	54	120
	Frecuencia esperada	59,1	60,9	120,0
Nivel alto (10 - 11)	Recuento	18	12	30
	Frecuencia esperada	14,8	15,2	30,0
Total	Recuento	96	99	195
	Frecuencia esperada	96,0	99,0	195,0

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Resumen

Chi cuadrado calculado: $\chi^2_c = 12,157$ ($P = 0,002 < 0,05$)

Medida de asociación Coeficiente de Contingencia: $C = 0,242$
 ($P = 0,002 < 0,05$)

Decisión:

Como $\chi^2_c = 12,157 > \chi^2_t = 5,99$, entonces, el estadístico calculado (con $P = 0,002 < 0,05$) se encuentra en la región de rechazo, en consecuencia se rechaza la H_0 y se acepta H_1 , y se afirma que existe evidencia a favor de una asociación entre el nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción y el embarazo en adolescentes, para un nivel un nivel de significancia de 5 %.

- **PRUEBA DE HIPÓTESIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE NIVEL EDUCATIVO Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

HIPÓTESIS GENERAL

El nivel educativo se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes.

Hipótesis estadísticas:

$$H_0 = B_1 = B_2 = B_k = 0 \quad \alpha$$

$$H_0 = B_i \neq 0 \text{ para algún } i$$

Tabla 21.

Análisis de regresión logística

Nivel educativo	β	Wald	Sig.	Exp(β)	I.C. 95,0% para EXP(β)	
					Inferior	Superior
Superior universitario	---	5,645	0,464	---	---	---
Sin escolaridad	19,010	0,000	1,000	2E+01	0,000	---
Primaria incompleta	-1,892	1,152	0,283	0,151	0,005	4,775
Primaria completa	-0,277	0,037	0,847	0,758	0,046	12,622
Secundaria incompleta	-1,597	1,805	0,179	0,203	0,020	2,080
Secundaria completa	-1,013	0,717	0,397	0,363	0,035	3,786
Superior no universitario	-1,536	1,561	0,212	0,215	0,019	2,396
Castellano	---	15,866	0,001	---	----	----
Castellano y otra lengua aborigen	-0,353	0,078	0,780	0,703	0,059	8,355
Castellano y aimara	1,315	14,338	0,000	3,725	1,886	7,357
Castellano y quechua	1,230	2,638	0,104	3,421	0,775	15,097
No conoce el momento de fecundación	0,297	0,372	0,542	1,345	0,519	3,490
Conoce el momento de fecundación	---	5,819	0,055	----	----	----
Nivel bajo (0 - 5)	-1,198	4,300	0,038	0,302	0,097	0,936
Nivel medio (6 - 9)	-0,271	0,327	0,568	0,763	0,302	1,929
Constante	0,936	0,579	0,447	2,551	----	----

Fuente: Elaboración propia

INTERPRETACIÓN

En la Tabla 9 se puede apreciar el análisis multivariado. El modelo incluye muchas variables predictoras y sólo una variable dependiente dicotómica (embarazada y no embarazada). Se aprecia con un Sig. o valor $p < 0,001$ que la variable realmente predictora del embarazo en adolescente fue la categoría castellano y aimara con cerca de 4 veces más probabilidad de riesgo con referencia a las adolescentes que sólo hablan el castellano. (Con IC 1,886 a 7,357). Esto quiere decir que en la lengua castellana y aimara presenta mayor asociación con respecto a otras lenguas hablantes.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Los hallazgos revelan que la mayoría de las embarazadas adolescentes tenían edades entre 15 y 19 años de edad (87,50 %), resultados coincidentes con los de Arias (1985) en un estudio en Bogotá, quien encontró que las adolescentes tenían edades entre 14 y 18 años, al igual que Blanco y Espinoza (1988), quienes encontraron que la mayoría (65,5 %) tenía entre 16 y 17 años. Respecto a la procedencia, el 91,92 % procedía de la zona urbana, igualmente Arias (1985) encuentra que la mayoría (85 %) era de la zona urbana.

Es necesario resaltar los hallazgos de una investigación reciente en Colombia que reporta que la comunidad indígena Tule, la más antigua de la región de Urabá, se caracteriza por la matrilinealidad y todavía conserva rituales relativos a la transición de la niñez a la adultez, lo cual incide en que las jóvenes no tengan relaciones sexuales o embarazos a edades tempranas. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Universidad de Antioquia (2008).

En algunas sociedades occidentales el período cronológico puede ser mucho mayor e incluir noción de “moratoria social”, que según Margulis, “alude a un plazo que la sociedad concede generalmente a los jóvenes de los sectores sociales medios y altos, en el cual los compromisos que les corresponderían como adultos se suspenden hasta tanto complementen su etapa educacional y alcancen una mayor estabilidad económica” (López y Findling 2005). En todo caso, para los fines de este diagnóstico se enfatiza la diversidad en la concepción y construcción de la adolescencia, también al interior de las categorías denominadas “occidental” y “no occidental”. Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Universidad de Antioquia (2008).

Por ende “hablar del fin de la adolescencia en términos de edad es posible únicamente si se menciona también el ambiente sociocultural”; “los criterios para fijar en qué momento se ha alcanzado la edad adulta, la madurez, la autodeterminación y la independencia dependen de la definición que cada medio social dé a cada uno de esos términos” (Muuss 2003). Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Universidad de Antioquia (2008).

Se encontró que la mayoría de las embarazadas adolescentes, provenían del distrito de Ciudad Nueva, el cual alberga un alto porcentaje

de población migrante de la zona de Juliaca y Puno, asentados y dedicados en su gran mayoría al comercio.

Respecto al nivel de escolaridad, en el grupo de embarazadas, la mayoría tenía secundaria completa, mientras que Arias (1985 %) reporta una proporción menor (6%). Dos tercios de las embarazadas hablan castellano y aimara, y del total de encuestadas que hablan castellano y otra lengua aborigen, un tercio son embarazadas adolescentes. Se evidencia, que la mayoría de las embarazadas adolescentes poseen no sólo la cultura occidental sino la cultura aimara, no sólo porque sus padres o la familia son aimaras en muchos casos, y le transmiten ese legado cultural a los hijos. En tal sentido, para una mejor comprensión de los hallazgos, es necesario mencionar que la cosmovisión aimara del embarazo es diferente a la occidental, por ejemplo, las diferenciaciones sobre género en la cultura aimara se definen en torno al ciclo vital de las personas y al rol social que cumplen. Por ejemplo, las mujeres aimaras, tienen una fuerte presencia en todas las actividades asociadas con la fertilidad, como son la siembra, la cosecha, la alimentación y el pastoreo de animales. "Lo femenino es fundamentalmente pensado como generativo y fértil". (Gavilán, 2002). A su vez, la capacidad reproductiva de la mujer aimara es tan altamente valorada que, aunque surjan embarazos no previstos o fuera del matrimonio, éstos no constituyen un problema social. Consecuentemente,

los hijos representan siempre un valor. Por otra parte, durante el período prenatal las futuras madres continúan ejerciendo sus actividades cotidianas hasta el momento de dar a luz e, incluso, recomiendan hacer el mayor número de actividades para asegurar un parto más fácil y rápido, creencias que se contraponen a las recomendaciones occidentales de evitar el esfuerzo físico que ponga en peligro el término del embarazo. La percepción de éste es totalmente distinta a la que existe en la cultura [peruana]: las mujeres aimaras dan a luz solas, sin ayuda médica, excepto por las parteras; el conocimiento sobre la salud puerperal es algo que manejan todas y no está restringido a alguna categoría social en particular. (Valdebenito et al, 2006).

Asimismo, se encontró que el nivel educativo se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes con un bajo nivel de escolaridad, predominando el nivel de primaria incompleta, lo que es concordante con lo hallado por Aliaga (2001) y con Villón (1998) que reportan que las embarazadas adolescentes tenían primaria incompleta. Así también Michea (1999) informa que es un grupo vulnerable y que su escolaridad incompleta.

También se encontró que el nivel educativo en términos de hablar idiomas dialectos se relaciona significativamente con el embarazo en

adolescentes, siendo el castellano y aimara una variable predictora para embarazo en adolescentes, no se tiene resultados de investigaciones a efectos de comparar.

En la sociedad occidental la visión dominante es de discontinuidad y las etapas de desarrollo se diferencian fuertemente a través de instituciones sociales organizadas alrededor de las mismas, como los grados escolares, ciclos de enseñanza, marcos legales y de política. El paso de una etapa a otra se espera que conlleve cambios de conducta socialmente esperados. En contraposición, en sociedades no occidentales se superpone generalmente una visión de continuidad, en la que ningún cambio fundamental se produce en la adolescencia.

Lo que cambia de manera continua y progresiva a lo largo de la vida es el nivel de responsabilidad, así como la cantidad y calidad del trabajo asignado a las personas. En otros casos se concibe un período de adolescencia muy breve, que toca su fin con los rituales de iniciación, después de los cuales se alcanza la adultez.

Se encontró que el nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes, lo que coincide con Aliaga (1994) quien informa que el 45 % de adolescentes embarazadas que no conocía el método anticonceptivo,

no lo usaron; asimismo, se encontró que la mayoría de embarazadas adolescentes no conocía los métodos anticonceptivos y no lo usaron, lo que coincide con lo hallado por Leiva (1998) menciona que la mayoría no usó los métodos anticonceptivos, y Villón (1998) informa, el uso escaso o nulo de metodología anticonceptiva está relacionada a la alta incidencia de embarazo en adolescentes.

Esto hace reflexionar sobre la necesidad de implementar adecuados programas de educación sexual, con contenidos claros y adaptados a la realidad de los adolescentes, lo cual necesariamente debe estar acompañado por un adecuado acceso a los métodos anticonceptivos, ya que no cabe duda que para lograr óptimos resultados, tanto en la prevención del embarazo adolescente como en la promoción de conductas sexuales responsables, se requiere una conjunción de ambos elementos.

Issler (2001)

CONCLUSIONES

En este apartado se exponen las conclusiones finales:

1. Las características socio reproductivas según el nivel educativo de las adolescentes embarazadas, principalmente, son las siguientes: a) La mayoría de las adolescentes *“querían esperar un tiempo antes de embarazarse”*, se realizaron su *“primer control prenatal a entre los 3 y 7 meses”*, *“la pareja les lleva 10 o más años”*, *“quieren esperar más de dos años antes de tener otro hijo”* *“manifiesta preferencia por usar algún método anticonceptivo en el futuro”*, *“elegiría como método el inyectable”*, *“no tiene antecedentes de aborto o nacido muerto”*, *“no usó condón en su primera relación coital”*, y según su nivel educativo tienen secundaria incompleta, habla castellano y aimara, no conoce sobre el momento de la fecundación y poseen un nivel medio de conocimientos sobre anticoncepción. De otro lado, respecto a las variables estado civil, la mayoría es *“conviviente”*, y la edad en que tuvieron su *“primera relación sexual fue entre los 15 a 19 años”*, siendo su nivel educativo, en la mayoría, caracterizado por tener secundaria completa, hablan sólo castellano en la primera variable y castellano y aimara para la segunda variable y en ambos no saben sobre el momento de la fecundación y tienen un nivel de conocimientos medio sobre anticonceptivos.

2. El nivel de escolaridad se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes ($P = 0,025$).
3. El nivel educativo en términos de hablar idiomas o dialectos se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes ($P= 0,001$).
4. El nivel educativo en términos de conocimiento del momento de la fecundación no se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes ($P=0,429$).
5. El nivel educativo en términos de conocimiento sobre anticoncepción se relaciona significativamente con el embarazo en adolescentes ($P= 0,002$).
6. El nivel educativo y el embarazo en adolescentes en un análisis multivariado se relacionan significativamente respecto a una sola variable predictora: idioma (castellano y aimara) ($P= 0,001$; $OR= 3,725$).

RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos y resultados encontrados en la presente investigación, se puede efectuar las siguientes recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que el idioma se asocia con el embarazo en adolescentes, se recomienda incorporar el componente de interculturalidad en el diseño de las estrategias de información, educación y comunicación.
- Se recomienda, la adopción de programas de educación sexual integral en las instituciones educativas del nivel primario y secundario en forma permanente por personal especializado, con enfoque de género e interculturalidad.
- Se sugiere realizar investigaciones para elaborar líneas de base en las instituciones primarias y secundarias, para elaborar programas educativos coherentes con la realidad del grupo etáreo de adolescentes y concordante con los lineamientos que establece el Ministerio de Educación del Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre Salvador, N. (1995) *Factores socioculturales que influyen en las actitudes de las primigestas adolescentes frente el embarazo. Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Lima. Perú 1997.
- Alegre Ponce, (1995) *Nuestra sexualidad*. Lima Perú. Lluvia de editores.
- Aliaga Chávez M. (1994) *Características sociales de las adolescentes embarazadas del Instituto Materno Perinatal*. Lima. Perú.
- Blanco G. Patricia; Espinoza G., Luz Marina y col. (1988) *Factores socioculturales que influyen en las adolescentes embarazadas que consultan en centros de salud U.I.M.I.S.T y H.U.R.G.V.* Bucaramanga. Colombia.
- Campos Cabrera, M. (2005) *Características de la Adolescente embarazada en Hospital Regional Ica*.
- Cavero, (1991) *Características epidemiológicas de la adolescente embarazada en República Dominicana*
- Castillo Cevallos, Gerardo. (2000) *El Adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid. España. Editorial Pirámide.
- Castro Espín, M, Cano López A. (1995) *Crecer en la Adolescencia*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.
- Chirinos de Cova MA. (1992) *Embarazo en la Adolescencia*. Revista cubana de Enfermería.

- Clavijo Poticles A. (1992) *Sexualidad en la Adolescencia*. Manual de Psiquiatría para el médico de la familia. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.
- Cuba Díaz, L. (2000) *Estudio de Madre adolescente*. Cuestiones de Población apoyo a los adolescentes.doc
- Dávila Monsivais, A. (2001) *Autoestima y sexualidad*. México.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Universidad de Antioquia (2008).
- Dirección General de Planificación Familiar. México 2001
- Escobar, Angela; Balcazar, Nestor. (1995) *Factores de riesgo y características de la gestación en la adolescencia y su hijo*. Colombia..
- Fernandez, Liliam Susana; Carro Puig, Eugenio y col. (2001) *Caracterización de la gestante adolescente*. Hospital materno infantil docente Julio Trigo Lopez. Cuba.
- Figuera, M.,(2007) *Propuesta de Gerencia Estratégica para el uso de Transgénicos*, Caracas: Eumed. Net.
- Freyre Román Eleodoro. (1997). *La salud del Adolescente. Aspectos médicos y sociales*. Segunda Edición Arequipa-Perú. Editorial. UNSA.1997

Gavilán V. Buscando Vida (2002). *Hacia Una Teoría Aimara de la División del Trabajo por Género*. Chungará. Citado por Valdebenito Carolina, Rodríguez Marilyn, Hidalgo Andrea, Cárdenas Ulises, Lolas Fernando. Salud intercultural impacto en la identidad social de mujeres aimaras.

Giraldo Arias, Gloria Emma y col. (1985). *Características de la gestante adolescente*: Instituto Materno Infantil Bogota.

Greydanus, Mo.(1990). *Adolescent Sexuality and Gynecology*. Lesy Frebirger. Philadelphia.London.

Guitierrez Aures Isable y col. (2001). *Características Sexualidad y Salud Reproductiva en Adolescentes en el distrito de Ica*.

Hernández Sampiere M. (2003). *Metodología de la Investigación*. México Ed. MC Grw Hill Interamericana.

Hernández R, Fernández C. (1994). *Metodología de la Investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.

Hiroshima Palacios de Muñoz. (2002). *Psicología Evolutiva*. Universidad Pedagógica experimental de Caracas. Venezuela.

INEI (2000) *Indicadores sociodemográficos*. Adolescentes embarazadas

Issier R, Juan. (2001). *Embarazo en la adolescencia*. Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina.

- Kaplan, Harold I. (1998). *Desarrollo normal de la adolescencia*. Tratado de Psiquiatría Buenos Aires Argentina ED. Intermédica.
- Mardomingo, María Jesús. (2002). *Psiquiatría para padres y Educadores*. Ciencia y Arte Madrid. Ed. Lancea
- Michea A., Loreto; Millan Klusse, Teresa. (1999) *Estudio sobre "Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas: maternidad Hospital San Juan de Dios"*. Chile.
- Leiva Sorribe, Virginia y Col. (1998). *Factores de riesgo de la vida personal y familiar asociados a embarazo a destiempo*: Policlínico José Martí de Cuba.
- Padilla de Gil, Marina. (1998). *Aspectos Médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia*. El Salvador. Parra Visoso A. Sexualidad en la Adolescencia. Secretaria de la salud.
- Programs The Johns Hopkins Bloomberg - School of Public Health. (2003) *Encuestas a los hombres: Nuevos hallazgos*. The INFO Project Center for Communication.
- POLIT, Denisse; HUNGLE, Bernardette. (1997) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*.
- Shpiguelman Darío. (2001). *Embarazo en la Adolescencia. Aspectos medico sociales*. Argentina.

Villon, Juan; Loyola, Edy y col. (1998). *Embarazo en adolescentes: incidencia y características clínico epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas de parto, en el C.S. Acobamba.* Huancavelica.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nivel educativo y su relación con la adolescente embarazada en el Hospital

Hipólito Unanue de Tacna, 2013

No H.CL..... No FICHA..... FECHA:

EDAD: DOMICILIO:urbano() urbano-marginal () rural ()

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. ¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en el Distrito?	AÑOS..... SIEMPRE.....() VISITANTE()
2. Cuál fue el año o grado de estudios mas alto que aprobó?	grado Sin escolaridad.....() Inicial() Primaria incompleta..... () () Primaria completa.....() () Secundaria incompleta..... () () Secundaria completa..... () () Superior no universitario.....() () Superior universitario.....() ()
3. ¿actualmente está estudiando?	Si() No()
4. ¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA.....() SE CASÓ / SE UNIÓ..... () TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS MAS PEQUEÑOS..... () LA FAMILIA NECESITABA AYUDA EN LA CHACRA O EN LOS NEGOCIOS() NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN..... () ENFERMEDAD..... ()

	NECESITABA GANAR DINERO..... () SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... () NO APROBÓ EXAMEN DE INGRESO..... () NO QUISO ESTUDIAR..... () ESCUELA MUY LEJOS / NO HABÍA ESCUELA.....() OTRA: _____
5.¿Qué edad tenía cuando dejó de estudiar?	Edad en la que dejó de estudiar.....
6.¿Qué idioma o dialecto hablan habitualmente ?	CASTELLANO () QUECHUA () AYMARA () OTRA LENGUA ABORIGEN () Castellano y aymara.....() Castellano y quechua.....() Castellano y otra lengua aborigen.....()
6.¿Cuál es el idioma o lengua materna de su(s):	a. PADRE..... b. ABUELOS PATERNOS..... c. MADRE..... d. Abuelos maternos.....
REPRODUCCION	
7. Cuando quedó embarazada, ¿Usted quería quedar embarazada en ese momento, quería esperar más tiempo, o no quería tener hijos?	EN ESE MOMENTO.....() ESPERAR.....() NO QUERÍA TENER HIJOS..... ()
8. ¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....
9. Ha tenido alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, aborto o nacido muerto?	SÍ..... () NO..... ()

10. para Ud. ¿cuáles son esos días que puede quedar más fácilmente embarazada?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE LA MENSTRUACIÓN..... () DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... () INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE.. TERMINADA LA MENSTRUACIÓN..... () EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL..... () EN CUALQUIER MOMENTO..... () NO SABE..... ()	
ANTICONCEPCIÓN		
11. ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar a (el) (MÉTODO)?	12. ¿Ha usado alguna vez el MÉTODO?	
a. PÍLDORA	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
b. DIU (T DE COBRE)	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
c. INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
d.IMPANTES O NORPLANT	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
E. CONDÓN	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
F. ESPUMA, ÓVULOS	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
G.MÉTODO DE LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA)	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()
H.REGLA,CALENDARIO.BILLINGS	SI.....() NO.....()	SI.....() NO.....()

I.RETIRO (COITOINTERRUMPIDO)	SÍ.....() NO.....()	SÍ.....() NO.....()
J.ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DIA SIGUIENTE)	SÍ.....() NO.....()	SÍ.....() NO.....()
K.COLLAR DEL CICLO	SÍ.....() NO.....()	SÍ.....() NO.....()
13. ¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no usó un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD SEXO POCO FRECUENTE.....() POSTPARTO/LACTANCIA.....() DESEABA HIJOS.....() OPOSICIÓN A USAR ENTREVISTADA SE OPONE.....() MARIDO SE OPONE.....() OTROS SE OPONEN.....() PROHIBICIÓN RELIGIOSA.....() FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCE MÉTODOS.....() RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO PROBLEMAS DE SALUD.....() MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS.....() INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO.....() RAZONES DE ACCESO/COSTO FALTA DE ACCESO/DEMASIADO	

	LEJOS.....() MUY COSTOSO.....() OTRA: _____ (ESPECIFIQUE) NO SABE.....
NUPCIALIDAD	
14. ¿Actualmente Ud. está casada o conviviendo?	SÍ, ACTUALMENTE CASADA..... () SÍ, CONVIVIENDO..... () NO, NO EN UNIÓN..... ()
15. Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual	EDAD EN AÑOS.....
16. ¿en su primera relación sexual usaron condon?	SI..... () NO..... ()
17. ¿Esta persona le llevaba a usted 10 o más años, o menos de 10 años?	10 O MAS AÑOS MAYOR..... () MENOS DE 10 AÑOS..... () MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... ()
PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD	

<p>18. ¿Después del nacimiento del hijo que está esperando ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes del nacimiento de otro hijo?</p>	<p>> de 2 años.....()</p> <p>< de 2 años()</p>
<p>19. ¿Ud. cree que en el futuro usará algún método para evitar quedar embarazada?</p>	<p>SÍ..... ()</p> <p>NO..... ()</p> <p>NO SABE..... ()</p>
<p>20. ¿Qué método preferiría usar?</p>	<p>PÍLDORA..... ()</p> <p>DIU..... ()</p> <p>INYECCIÓN..... ()</p> <p>IMPLANTE O NORPLANT.....()</p> <p>CONDÓN.....()</p> <p>VAGINALES.....()</p> <p>LACTANCIA EXCLUSIVA (MELA).....()</p> <p>ABSTINENCIA PERIÓDICA.....()</p> <p>RETIRO.....()</p> <p>ANTI. ORAL DE EMERGENCIA.....()</p> <p>COLLAR DEL CICLO.....()</p> <p>OTRO: _____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE / INSEGURA.....()</p>
<p>TRABAJO DE MUJER</p>	

21. ¿Además del trabajo del hogar, durante el actual embarazo, Ud. ha realizado algún trabajo?	SI..... () NO..... ()
22. ¿Ud. realiza (realizó) ese trabajo para un familiar, para otro o (trabajó) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR.....() PARA OTROS..... () POR CUENTA PROPIA.....()
23. ¿Cuál es su ocupación, (especifique)

ANEXO 2: VALIDEZ DEL CUESTIONARIO (PRUEBA DE EXPERTOS)**PRUEBA BINOMIAL**

ITEMS	N° DE JUEZ						P
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	1	1	1	1	0,010
2	0	1	1	1	1	1	0,109*
3	0	1	1	1	1	1	0,109*
4	0	1	1	1	1	1	0,109*
5	0	1	1	1	1	1	0,109*
6	1	1	1	1	1	1	0,010
7	1	1	1	1	1	1	0,010
8	1	1	1	1	1	1	0,010
9	1	1	1	1	1	1	0,010
10	1	1	1	1	1	1	0,010
11	1	1	1	1	1	1	0,010
12	1	1	1	1	1	1	0,010
13	1	1	1	1	1	1	0,010
14	1	1	1	1	1	1	0,010
15	1	1	1	1	1	1	0,010
16	1	1	1	1	1	1	0,010
17	1	1	1	1	1	1	0,010
18	1	1	1	1	1	1	0,010
19	0	1	1	1	1	1	0,109*
20	0	1	1	1	1	1	0,109*
20	0	1	1	1	1	1	0,109*

Para determinar la validez de contenido del cuestionario, se utilizó el Método *Delphi*, el cual es un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo. Para ello, se seleccionó a un grupo de expertos a los que se les preguntó su opinión sobre cuestiones de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de cada uno de los ítems. Las estimaciones de los expertos se realizaron en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes. Finalmente, para cada ítem se utilizó la prueba binomial, la cual se interpretó como significativa si la concordancia arrojó un P valor $<0,05$. En 7 de los 21 ítems, la concordancia interevaluadores fue de $P = >0,05$.

INTERPRETACIÓN

Se ha considerado:

- ✓ 0: Si la respuesta es negativa
- ✓ 1: Si la respuesta es positiva

Decisión: Si la $P = < 0,05$, el grado de concordancia es significativo

(*) Las observaciones y sugerencias para estos ítems, fueron consideradas y modificadas en la versión del cuestionario final.