

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA, 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Erika Mariela Paxi Pari

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL
DE LIMA, 2015**

TESIS

Presentada por:


BACH. ERIKA MARIELA PAXI PARI

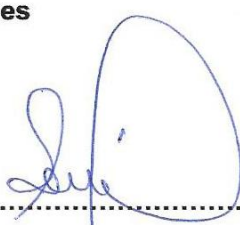
Para optar por el título profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobada por *Unanimidad* ante el siguiente Jurado


.....
Dra. Iris Paredes Gonzales
Presidente


.....
Mgr. Edith Godoy Gonzales
Secretaria


.....
Dr. Luis Choque Mamani
Vocal

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por darme la vida y porque siempre me ilumina en mi camino.

A mi familia por estar siempre conmigo en los momentos malos y buenos que Dios me los bendiga hoy siempre.

A la Dra. Rina Álvarez Becerra, docente de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, asesora de tesis, por su generosa comprensión y apoyo en la elaboración esta investigación.

A todas las personas que de una u otra forma, colaboraron con la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios, por darme sabiduría y fortaleza, por mostrarme el propósito de mi vida y sobre todo porque siempre ha sido mi guía y nunca me he sentido sola en este mundo.

A mis queridos padres por darme la dicha de ser su hija por su amor, paciencia y cuidados y el apoyo que me brindan día a día y a mi hermano por la paciencia y apoyo que me ha brindado.

CONTENIDO

	Pág
AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICO.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Objetivos.....	7
1.4. Hipótesis.....	8
1.5. Justificación de la investigación.....	9

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	12
2.2. Base teórica.....	19
2.3. Definición de términos.....	24

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación.....	27
3.2 Diseño de la investigación	27
3.3 Ámbito de estudio	27
3.4 Población y muestra	28
3.5 Operacionalización de variables.....	29
3.6 Instrumento de recolección de datos	34
3.7 Métodos, técnicas y procedimiento de recolección.....	38
3.8 Procesamiento y análisis estadístico.....	41

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 Análisis descriptivo.....	44
4.2 Prueba de hipótesis.....	58
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

	PAG.
TABLA 1. Grupo de adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	44
TABLA 2. Edad de adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	46
TABLA 3. Grado de instrucción de adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	48
TABLA 4. Adolescentes según consumo de alcohol del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	50

TABLA 5. Adolescentes según consumo de tabaco del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	52
--	----

TABLA 6. Adolescentes según clima familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	54
---	----

TABLA 7. Adolescentes según nivel de autoestima del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	56
--	----

TABLA 8. Regresión logística según consumo de alcohol.....	58
TABLA 9. Regresión logística según consumo de tabaco.....	60
TABLA 10. Regresión logística según consumo clima familiar.....	62
TABLA 11. Regresión logística según consumo nivel de autoestima.....	64
TABLA 12. Regresión logística general.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Grupo de adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	45
GRÁFICO 2. Edad de adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	47
GRÁFICO 3. Grado de instrucción del instituto nacional materno perinatal de lima 2015.....	49

GRÁFICO 4. Adolescentes según consumo de alcohol del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	51
GRÁFICO 5. Adolescentes según consumo de tabaco del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	53
GRÁFICO 6. Adolescentes según clima familiar Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima 2015.....	55
GRÁFICO 7. Adolescentes según nivel de autoestima del Instituto Materno Perinatal de lima 2015.....	57

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia, se perfila como un importante problema de Salud Pública para Perú, frente a este problema se plantea desarrollar estrategias de intervención suficientes y apropiadas para prevenirlo. Se realizó una investigación no experimental, analítico, prospectivo y de corte transversal. La muestra constituida por 336 adolescentes embarazadas que acudieron al Instituto Materno Perinatal de Lima durante el año 2015. Los resultados fueron: en el consumo de alcohol, 100 % adolescentes embarazadas, solo 65,18 % no consumió alcohol, de las que si consumieron alcohol con un 27,08 % sin riesgo de consumo. En cuando al consumo de tabaco, el 83,03 % no consumió tabaco, seguido de las que si consumieron tabaco con un 7,14 % muy baja. El clima familiar, presento una familia normo funcional con un 47,32 %, seguido con un 43,45 % una familia disfuncional leve. En el nivel de autoestima, presento una autoestima normal con un 52,38 %, seguido con un 28,86 % autoestima buena.

Palabras clave: *embarazo en adolescente, alcohol, tabaco, clima familiar, autoestima.*

ABSTRACT

The pregnancy in the adolescence is outlined as an important problem of Public Health for Peru, in front of this problem it is proposed to develop intervention strategies sufficient and appropriate to prevent it. Non experimental, analytical, prospective and cross-sectional research were conducted. The study population consisted of 336 pregnant adolescents who attended the Maternal Perinatal Institute of Lima during the year 2015. The results were: in alcohol consumption, 100% pregnant adolescents, only 65,18% did not consume alcohol, of those who consumed alcohol with 27,08% without risk of consumption. As for tobacco consumption, 83,03% did not use tobacco, followed by those who consumed tobacco with a very low 7, 14%. The family climate, presented a normal functional family with 47,32%, followed with a 43,45% a mild dysfunctional family. At the self-esteem level, I presented a normal self-esteem with 52,38%, followed with a 28.86% good self-esteem.

Keywords: *Pregnancy in adolescence, alcohol, tobacco, family climate, self-esteem.*

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia, se perfila como un importante problema de Salud Pública para el Perú, ya que se observa un aumento en su prevalencia, frente a este problema se plantea desarrollar estrategias de intervención suficiente y apropiada para prevenirlo.

La adolescencia es definida por la organización Mundial de la Salud, como la etapa comprendida entre los 10 a 19 años de edad (1), es considerada como un período de la vida libre de problemas, pero su adelantada maduración sexual, los lleva a la búsqueda de relaciones sexuales tempranas, como inicio de su vida sexual activa que desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, los expone a disímiles problemas de Salud Pública a nivel mundial (2).

Una seria preocupación para varios países, como Bangladesh, Guinea, Mali, Mozambique, Níger y Chad, 1 joven de cada 10 es madre antes de los 15 años (3), lo que nos indica que muchas de las adolescentes cada vez están teniendo relaciones coitales a más temprana edad (4).

En el Perú ha venido creciendo el número total gestantes adolescentes, en la cual 12 y 13 % de embarazo en las adolescentes es 15 a 19 años, según las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (5). Al parecer se mantiene en la actualidad a pesar de tratarse de una realidad ya conocida desde hace un buen número de años (6).

Asimismo el embarazo en las adolescentes, tiene como consecuencias la muerte, que es ocasionada por las complicaciones durante el embarazo, y en el niño la alta mortalidad durante el primer año de vida, se vincula con la falta de preparación de la madre para suplir sus necesidades (7).

En el presente trabajo de investigación, destaca factores como: consumo de alcohol, consumo de tabaco, clima familiar y la autoestima, la cual se relacionan con el embarazo en las adolescentes. Pretendemos que el presente estudio contribuya a solucionar este problema, pues permitirá identificar factores vinculados con la ocurrencia de embarazos en las adolescentes, que requieren acciones más intensas y específicas; así como formular estrategias para reducir el riesgo de un nuevo embarazo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

Actualmente el embarazo en las adolescentes, se ha convertido en una seria preocupación para varios países ,en Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año, un 62,8 % de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850,000 adolescentes resultan embarazadas cada año. Colombia tiene una de las mayores tasas de embarazo adolescente de América Latina, donde 1 de cada 5 adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada, lo cual significa un obstáculo para el desarrollo individual y social del país (8).Y en otros países la ocurrencia de un embarazo precoz tiene mucha relación, en la convivencia de las adolescentes embarazadas con sus padres (9).

En el Perú en las últimas décadas ha venido creciendo el número total de las gestantes adolescentes, en la cual 12 y 13 % de embarazo en las adolescentes es 15 a 19 años, según las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática, oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado (5). En departamento de Lima según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2012 la tasa de madres adolescentes embarazadas por primera vez, de edades entre 15 y 19 años es de 7,7 %. En el 2013, el porcentaje aumentó a 10,6 % la tasa de embarazos en las adolescentes (10); la cual aún sigue siendo el problema, para esto se ha hechos estrategias pero aún sigue siendo escasa para poder controlar este caso elevado.

El embarazo en las adolescentes se ha vinculado con múltiples determinantes sociales (bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el

acceso a servicios de SSR), políticos (insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, falta de políticas públicas de SSR para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes), individuales (inicio cada vez más temprano del ejercicio de la actividad sexual y bajas tasas de planificación familiar) y de los medios de comunicación (“erotización” de los medios de comunicación) (8). Todas estas causas se concentran sobre todo en los grupos más pobres, razón por la cual el embarazo en las adolescentes es un resultado más de la exclusión social en la que superviven, tanto estos, como sus familias.

Asimismo, las consecuencias del embarazo en las adolescentes, se identifica que a nivel social, las adolescentes embarazadas sufren de discriminación y vergüenza social, pero tal vez la consecuencia más grave se relaciona con la muerte de estas jóvenes madres y la de sus hijos. En las adolescentes embarazadas, la muerte es ocasionada por las complicaciones durante el embarazo, y

en el niño la alta mortalidad durante el primer año de vida se vincula con la falta de preparación de la madre para suplir sus necesidades (7).

Las razones de mortalidad maternas (RMM) en adolescentes, son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva del Perú, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según el reciente estudio de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (5).

Lo expuesto amerita, investigar entre los factores que están vinculados con el embarazo en las adolescentes como: consumos de alcohol, consumo de tabaco, falta de comunicación con los padres, baja autoestima.

1.2. Formulación del problema:

¿Qué factores se asocian al embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015?

- **Problemas Específicos**

- A. ¿Se asocia el consumo de alcohol al embarazo en adolescentes?
- B. ¿Se asocia el consumo de tabaco al embarazo en adolescentes?
- C. ¿Se asocia el clima familiar al embarazo en adolescentes?
- D. ¿Se asocia la autoestima al embarazo en adolescentes?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores que se asocian al embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

1.3.2 Objetivos específicos:

- A. Determina si el consumo de alcohol está asociada al embarazo en adolescentes.
- B. Determinar si el consumo de tabaco está asociada al embarazo en adolescentes.
- C. Determinar si el clima familiar está asociado al embarazo en adolescentes.
- D. Determinar si la autoestima está asociada al embarazo en adolescentes.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

H1: Existe relación entre los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

H0: No existe relación entre los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

1.4.2 Hipótesis específicas:

- A. El consumo de alcohol se asocia con el embarazo en adolescentes.
- B. El consumo de tabaco se asocia con el embarazo en adolescentes.
- C. El clima familiar se asocia con el embarazo en adolescentes.
- D. La baja autoestima se asocia con el embarazo en adolescentes.

1.5. Justificación de la investigación

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo,

debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad (7).

El inicio de las investigaciones sobre el desarrollo personal de las adolescentes embarazadas en región de Lima, en el 2012 la tasa de madres adolescentes embarazadas por primera vez, entre 15 y 19 años, fue de 7,7 % y en el 2013, el porcentaje aumentó a 10,6 % (10), es un aspecto que se enmarca en la grave problemática social, que en la actualidad aqueja a la sociedad. Son incalculables las consecuencias reflejadas en los indicadores de salud reproductiva, en donde los de mayor daño biológicos, psicológicos, sociales. La alta morbilidad materna adolescentes de nuestro país, son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según lo muestra el reciente estudio de la Dirección

General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (5).

En la actualidad al Instituto Materno Perinatal de Lima acuden gestantes de nivel socioeconómico media y bajo, que un gran porcentaje de adolescentes presentan complicaciones maternas perinatales, ya que las gestantes adolescentes no están preparadas física y psicológicamente.

Así esta investigación permitirá a la institución determinar y analizar más a fondo sobre los principales factores asociados al embarazo en las adolescentes, ya que es un problema que preocupa mucho para el país porque se ha convertido un problema social y económico. Así como también servirá al profesional de obstetricia para poder intervenir en algunos aspectos sobre la problemática, sobre el aumento de embarazos en las adolescentes en el país, así poder realizar plan nacional estratégico para la prevención del embarazo en las adolescentes junto con el Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

En el ámbito internacional

Rojas LP, Claros N, La Paz (2014), realizaron un estudio “Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia”, la muestra fue, 22 casos y 22 controles en la cual los resultados fueron: tipo familiar, fue nuclear para 14 (63,64 %) y 12 (54,55 %) casos y controles respectivamente. Estratificando los cinco tipos de tipo familiar en dos estratos: nuclear (nuclear y extendida) y otro (padre o madre soltero, adoptiva, otra), observamos que el 16 (72,73 %) y 15 (68.18 %) pertenecían al tipo nuclear respectivamente. De la misma manera, la funcionalidad familiar medida por el APGAR-familiar no mostró diferencia, 10 (45,45 %) de casos provenían de una familia funcional, 5 (22,73 %) pertenecían a una familia con disfuncionalidad leve y 7 (31,82 %) a

una familia con disfuncionalidad severa; de los controles, la mitad pertenecían a familias funcionales, y 5 (22,73 %) y 6 (27,27 %) a familias con disfuncionalidad leve y severa respectivamente. Concluyendo el grado de funcionalidad familiar y al tipo familiar, muestran una similitud entre los casos y controles, siendo casi un 50 para ambos grupos familias funcionales que pertenecen al tipo de familia nuclear que comprende a los padres, hermanos y otro familiar, esto permitió suponer que la disfunción familiar no está asociada directamente con el embarazo en la adolescencia (11).

Uchoa L, Ferreira C., Brasil (2013), realizaron un estudio “Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas”, cuyo resultados fueron: la muestra se constituyó de adolescentes embarazadas con edad entre 13 y 19 años la prevalencia de consumo de bebida alcohólica en algún momento de la vida entre las adolescentes fue de 73,8 %, con la edad de inicio del uso en promedio de 14,20 y la prevalencia de uso de alcohol por adolescentes durante el embarazo fue 32,4 %. Se destaca que entre las adolescentes que afirmaron haber usado alcohol en algún momento en la vida, hubo continuidad de ese hábito durante el embarazo en 43,9 %. La muestra de 256

adolescentes embarazadas que usaron alcohol en el embarazo actual, según la zona en que fueron clasificadas en el AUDIT. Se puede verificar que 36,1 % presentaron uso de riesgo, 27,7 % posible dependencia, 25,3 % uso nocivo y 10,8 % bajo riesgo. Concluyendo el estudio muestra alta prevalencia de uso de alcohol en adolescentes embarazadas (12).

Castaño G, Arango E, Morales S, Rodríguez A, Montoya C., Colombia (2013), realizaron un estudio “Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas “ a estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín, entre los 14 y 17 años, con una muestra de 955 estudiantes el 62,4 % de los adolescentes que han consumido una sustancia psicoactiva han tenido relaciones sexuales y el 29,4 % que habiendo consumido alcohol y otras drogas no lo han hecho. El alcohol es la droga más usada con un 79,8 %, las prácticas sexuales más frecuentes bajo el efecto de sustancias psicoactivas son las exploratorias (manoseo, caricias) un 71,02 %, seguida de la penetrativa vaginal (63,67 %), el sexo oral (45,30 %) y la masturbación (19,59 %). De los adolescentes que tienen prácticas sexuales bajo el efecto de las

drogas, el 12,47 % no han usado métodos de protección y las consecuencias más significativas han sido las infecciones de transmisión sexual 2,0 % y el embarazo no deseado 2,8 % por consiguiente constata lo evidenciado sobre la frecuente asociación entre el consumo de drogas y las prácticas sexuales en adolescentes lo que conlleva muchas veces embarazos no deseado (13).

González JC, Salamanca JP, Quiroz RM, Hernández AM, Hernández AD, Quesada B., Colombia (2011), realizaron un estudio " Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana", los resultados fueron: el 13 % de los jóvenes no puede hablar (casi nunca) con confianza con la mamá y 33 % con el papá. Un 37 % nunca ha hablado de planificación con padres, un 2 % (168) jóvenes son golpeados y un 23 % lo son de manera ocasional; (638) 23 % perciben ocasionalmente castigo emocional por parte de sus padres y 444 afirman que lo hacen con frecuencia 6 % (14).

Santander S, Zubarew T, Santelices L, Argollo P, Cerda J, Bórquez M., Chile (2011), realizaron un estudio “Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos” en la cual un total de 815 adolescentes consumieron sustancias, según sexo, la tasa más alta corresponde al consumo de tabaco 36,0 %, seguida por el consumo de alcohol 26,6 % y marihuana 24,2 %. La prevalencia de consumo de tabaco y alcohol según rangos de edad (menor de 13 años, 13-16 años y mayores de 16 años) fue más alta a edades mayores, siendo para tabaco 13,8 %, 32,2 % y 50,2 % y para alcohol 10,0 %, 25,8 % y 35,7 %, respectivamente (15).

Ceballos GA, Camargo k, Jiménez I, Requena K., Colombia (2011), realizaron un estudio “Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta” en la cual observó que el 31,82 % presentó autoestima baja, el 59,09 % reflejó autoestima normal y el 9,09 % mostró autoestima alta, concluyendo se evidencia un 32 % de autoestima baja en las adolescentes embarazadas encuestadas (16).

Alarcón R, Coello J, Cabrera J; Monier G., Santiago de Cuba (2009), se realizó un estudio “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia” , los resultados fueron 60 % de las adolescentes estudiadas recibieron una educación familiar inadecuada , mientras que en los controles, se observó con un 37,3 %, la relación entre la convivencia de los adolescentes con sus padres y la ocurrencia de embarazo precoz, se observó que el 36,0 % de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7 %, la relación con los padres el 68 % de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad a diferencia de los controles donde esta característica se observó en el 60 %. Concluye el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que se asocian al embarazo en las adolescentes (9).

En el ámbito nacional

Avila Tunquipa JM, Morales Mamani YA., Puno(2015),se realizó un estudio “Factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Vallecito Puno 2015” la muestra fue de 55 gestantes adolescentes del 100 % de adolescentes encuestadas los resultados fueron : el 64 % pertenece a una familia funcional, el 36 % pertenece a una familia disfuncional, el 73 % de adolescentes se encuentra en una edad clasificada como tardía, de los cuales el 47 % pertenece a una familia funcional y el 25 % restante pertenece a una familia disfuncional, el 24 % de adolescentes se encuentra en una edad clasificada como intermedia de los cuales el 16 % pertenece a una familia funcional y solo el 7 % pertenece a una familia disfuncional, el 4 % de adolescentes se encuentra en edad precoz y pertenece a una familia disfuncional (17).

En el ámbito local

Cutipa I.,Tacna (2013) realizaron el estudio “Factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociados al embarazo en adolescentes que acuden al C.S Metropolitano-

Tacna, Julio a Diciembre 2012”, la muestra fue de 33 adolescentes de 10 a 19 años, los resultados fueron: en el clima familiar de las 100 % de las adolescentes embarazadas, un 54,55 % tienen una familia fundacional ,seguido de una familia funcional moderada con un 33,33 %,familia disfuncional grave 12,12 % y en el factor de autoestima, con un 48,8 % autoestima baja ,seguido 33,33 % autoestima media y un 18,18 % autoestima elevada. Concluyendo que la baja autoestima se asocia con el embarazo y el clima familiar no se asocia (18).

2.2 Base teórica

2.2.1 Factores:

Tener prácticas sexuales no protegidas y el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes adolescente, son dos de las mayores preocupaciones de la salud pública en la actualidad (13). El alcohol es una droga lícita y su consumo es aceptado socialmente en mayores de edad; sin embargo, llama la atención la cantidad de adolescentes que consumen alcohol (19), la que más influye en la conducta sexual de los adolescentes por lo tanto tiene importantes repercusiones en

la salud pública, debido al peligro de contraer VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y al incremento de los embarazos no deseados (13), detrimento de la salud física y psicológica; deterioro de las funciones cognitivas y alteraciones emocionales (19). Aumento del uso de alcohol por mujeres, también se verifica el inicio cada vez más precoz de este uso, muchas veces asociado a un comportamiento de riesgo en el aspecto del ejercicio de la sexualidad, exponiendo a las adolescentes a un eventual embarazo precoz y no planificado (11).

El consumo de tabaco provoca una mortalidad mucho mayor que la que se atribuye al uso de alcohol y drogas ilegales, las personas fuman en gran parte por ser una adicción socialmente adquirida y aceptada (20). El fumar se convierte en un hábito que tiene que generalmente su inicio en la adolescencia, una edad donde intervienen múltiples factores como el biológico, psicológico y social (21), situación que culmina en el hecho que en la adultez más de la mitad de sus componentes posee hábito tabáquico (22).

El clima familiar es la buena relación que hay en una familia, en la cual hay padres que tienen una buena comunicación con sus hijos, a veces temen que se les diga a sus hijos cosas que los anime a tener relaciones sexuales, aunque, por lo general, con esas actitudes reflejan que sólo quieren lo mejor para sus hijos (23) , pero hay padres que no tienen una buena comunicación con sus hijos, debido que muchas veces son comerciantes, puesto a esto que los adolescentes se sienten incomprendidos o sienten carencia de amor por parte de sus padres, muchas veces quedan embarazadas.

Relación de los padres con los adolescentes:

Relación adecuada: si existieron relaciones armónicas entre padres e hijos en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar y una buena comunicación entre sus integrantes que garantizaran un desarrollo integral. Los jóvenes en esta condición forman el grupo no expuesto (12).

Relación inadecuada: cuando la población estudiada no mantiene esta relación con sus padres, constituye el grupo expuesto (12).

La autoestima es la forma en la que cada ser se valora y por ende confía en sí mismo; por esto su importancia es crucial en la toma de decisiones de cada individuo (24). La Baja autoestima en el adolescente expresa el temor al rechazo de las amistades al manifestar discrepancias con el grupo que tiene conductas de riesgo, y miedo a perder la pareja frente a la negación de mantener actividad sexual o exigir uso de preservativos " a lo mejor... se va a enojar conmigo"(25), tal es el caso la decisión de quedar en embarazo a determinada edad.

2.2.2 Embarazo en adolescentes:

La adolescencia, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años (9).

Dado que el embarazo en adolescentes han sido motivo de múltiples investigaciones (26), Según el Centro de Información sobre Fecundidad Adolescente en Washington 1300000 adolescentes conciben anualmente en el mundo(27).Ya que ,inician relaciones sexuales cada vez a más temprana edad debido que a que, se relacionan factores, dentro de ellos se citan: la mala comunicación con los padres, influencia de los grupos de amigos(28), inicio cada vez más precoz de la vida sexual, poco conocimiento sobre el uso de anticonceptivos (29), baja autoestima, abuso de sustancias psicoactivas , familia disfuncional (30), padre ausente y carencias afectivas, madre con embarazo en la adolescencia , uso de drogas (25),a causa de esto ,son múltiples los impactos de embarazos en las adolescentes, sobre todo si no fue resultado de una decisión libre e informada(5).Por todo esto, las adolescentes son un sector de la población que tiene un riesgo reproductivo elevado, y si está asociado un embarazo, el riesgo es superior(29),por lo tanto, afectar gravemente el futuro de la joven: ser madre soltera, ceder al hijo en adopción, tener un hijo indeseado y

a veces maltratado, abandonar la escuela, aceptar un matrimonio forzado o tener un aborto provocado (30).

2.3 Definición de términos

- **Adolescencia:** la OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 Y 19 años de edad (31).
- **Adolescencia Temprana:**(10 a 13 años) biológicamente, es el período peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente e adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia, física (32).
- **Adolescencia media :**(14 a 16 años) es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas

omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (32).

- **Adolescencia tardía:** (17 a 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 (32).
- **Embarazo:** Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (33).
- **Embarazo adolescente:** "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (32).
- **Autoestima:** la evaluación global de la propia autovalía (34).
- **Conducta:** acción que un individuo organismo ejecuta (35).
- **Pubertad en las mujeres:** la pubertad se inicia como promedio alrededor de dos años antes en las niñas que en

los niños y en ellas uno de los indicadores más importantes es la primera menstruación o menarquía.(36)

- **Nivel socioeconómico:** posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos que posee. (37)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

Tipo de investigación no experimental, que pretenden “descubrir” una hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto (38).

3.2 Diseño de la investigación:

Esta es un diseño investigación analítico, prospectivo y de corte transversal, indago sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio (39).

3.3 Ámbito de estudio:

El presente estudio se realizó en el Instituto Materno Perinatal de Lima durante el año 2015.

3.4 Población y muestra:

- Población: estuvo conformada por 2648 gestantes adolescentes que acudieron al Instituto Materno Perinatal de Lima hospitalizadas en el servicio “A” de adolescentes en la cual cumplieron los criterios de inclusión.
- Muestra: estuvo conformada por 336 gestantes adolescentes que acudieron al servicio “A” del Instituto Materno Perinatal de Lima año 2015, la muestra se obtuvo aleatoriamente utilizando la formula finita (anexo N°1).
- **Criterios de inclusión:**
 - ✓ Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad
 - ✓ Adolescentes no embarazadas de 10 a 19 años de edad
 - ✓ Adolescentes que deseen colaborar
- **Criterios de exclusión:**
 - ✓ Adolescentes de 10 a 19 años que no deseen colaborar
 - ✓ Mujeres menor de 10 años y mayor de 19 años

3.5 Operacionalización de variables

Variable de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Unidad /Categoría	Escala
VARIABLE INDEPENDIENTE	Comprende características sociales como, consumo de sustancias psicoactivas, clima familiar; psicológico como el nivel de autoestima.	<p>TEST AUDIT:</p> <p>Es el resultado del test AUDIT dependencia alcohólica alcoholemia la cual cada respuesta está evaluada con puntos. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo.</p> <p>puntuación : Mayor 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol.</p> <p>Menor de 8 sin riesgo de consumo</p> <p>8 y 15 puntos: consumo de riesgo</p> <p>16 y 19 puntos: consumo perjudicial</p> <p>20 Puntos o más:</p>	<p>TEST AUDIT:</p> <p>¿Con que frecuencia consumes bebidas alcohólicas?</p> <p>¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?</p> <p>¿Con que frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>¿Con que frecuencia en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>¿Con que frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?</p> <p>¿Con que frecuencia, en el curso del último año, has necesitado</p>	<p>TEST AUDIT:</p> <p>(0) Nunca. (1) Una o menos veces al mes. (2) 2 a 4 veces al mes. (3) 2 a 3 veces por semana. (4) 4 o más veces por semana.</p> <p>(0)1ó2. (1)3ó4. (2)5ó6. (3)7a9. (4)10 o más.</p> <p>(1)Menos de una vez/mes (2)mensualmente (3)semanalmente (4)a diario o casi a diario</p>	Nominal

		<p>dependencia</p> <p>TEST FAGESTROM:</p> <p>El resultado del test sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina.</p> <p>Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10</p> <p>Rangos de dependencia:</p> <p>0 -1 Dependencia muy baja 2- 3 Dependencia baja 4-5 Dependencia moderada 6 -7 Dependencia alta 8-10 Dependencia muy alta</p>	<p>beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?</p> <p>Tú o alguna otra persona ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?</p> <p>¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?</p>	<p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año</p>	
		<p>APGAR FAMILIAR:</p> <p>el resultado del APGAR familiar nos muestra el nivel de funcionamiento</p>	<p>TEST FAGESTROM:</p> <p>¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?</p> <p>¿Encuentra dificultad para no</p>	<p>TEST FAGESTROM:</p> <p>(3)Menos de 5 min (2)6_30min (1)31_60min (0)Mas de 60 min</p> <p>(1)Si (0)No</p> <p>(1)El primero (0)otros</p> <p>(3)más de 30 (2)21_30 (1)11_20 (0)Menos de 10</p> <p>(1)Si (0)no</p>	

		<p>de la unidad familiar de forma global</p> <p>puntuación:</p> <p>Normo funcional: 7 - 10 Disfuncional leve: 4 - 6 Disfuncional grave:0-3</p>	<p>fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?</p> <p>¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?</p> <p>¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?</p> <p>¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?</p> <p>¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?</p>	<p>APGAR FAMILIAR:</p> <p>Casi nunca(0) A veces (1) Casi siempre (2)</p>	
		<p>TEST DE ROSENBERG :</p> <p>El resultado de La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40 que determina tipo de autoestima.</p> <p>Puntuación :</p> <p>0 y 25 : autoestima baja</p> <p>26y29: autoestima normal</p> <p>30 y40:autoestima buena, incluso excesiva</p>	<p>APGAR FAMILIAR:</p> <p>Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo le perturba.</p> <p>Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos.</p> <p>Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida.</p>	<p>TEST ROSENBERG :</p> <p>(4)Muy de acuerdo (3) De acuerdo (2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo</p>	

			<p>Esta de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...</p> <p>Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasa juntos.</p>		
			<p>TEST DE ROSENBERG :</p> <p>Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.</p> <p>Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.</p> <p>Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.</p> <p>Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.</p> <p>En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.</p> <p>Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso</p>		

			<p>En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.</p> <p>Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.</p> <p>Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.</p> <p>A menudo creo que no soy una buena persona.</p>		
VARIABLES ALEATORIA		<p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p>	<p>10 a 19 años</p> <p>Primaria incompleta Primaria completa Secundaria completa Secundaria incompleta Superior incompleto</p>		<p>razón</p> <p>Nominal</p>
VARIABLE DEPENDIENTE EMBARAZO	Gestación, preñez; estado de una mujer encinta; período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto.	Latido cardiaco fetales	Signo de certeza de embarazo	<p>Si</p> <p>No</p>	Nominal

3.6 Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO DE AUDIT (ANEXO N° 2) FICHA TÉCNICA

Autores: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Aplicación: individual

Dimensión: diez ítems:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10.

Público objetivo: individuo hacia el consumo de alcohol

Finalidad: Evaluar la dependencia del consumo de alcohol que presenta un individuo

Ponderación:

La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos como máximo.

Puntuación: Mayor 8, puede ser síntoma de padecer algún problema relacionado con el alcohol.

- Menor 8 :SIN RIESGO DE CONSUMO
- Entre 8 y 15 puntos: CONSUMO DE RIESGO
- Entre 16 y 19 puntos: CONSUMO PERJUDICIAL
- 20 Puntos o más: DEPENDENCIA

CUESTIONARIO DE FAGERSTRÖM (ANEXO N° 3)

FICHA TÉCNICA

Autores: Fagerstrom y Schneider

Aplicación: individual

Dimensión: seis ítems: 1, 2, 3, 4, 5,6.

Público objetivo: Población general fumadora

Finalidad: evaluar el grado de dependencia a la nicotina de una persona

Ponderación:

- 0 – 1: Dependencia MUY BAJA
- 2 – 3 :Dependencia BAJA
- 4 _ 5 :Dependencia MODERADA
- 6 – 7 :Dependencia ALTA
- 8 – 10:Dependencia MUY ALTA

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR (ANEXO N° 4)

FICHA TÉCNICA

Autores: Gabriel Smilkstein

Aplicación: individual

Dimensión: cinco ítems: 1, 2, 3, 4, 5.

Público objetivo: miembros de la familia

Finalidad: Evidenciar el estado funcional de la familia y cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

Ponderación:

- NORMO FUNCIONAL: 7 - 10
- DISFUNCIONAL LEVE: 4 – 6
- DISFUNCIONAL GRAVE: 0– 3

CUESTIONARIO DE ROSENBERG (ANEXO N° 5)

FICHA TÉCNICA

Autores: Dr. Rosenberg

Aplicación: individual

Dimensión: diez ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Público objetivo: adolescentes

Finalidad: evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma

Ponderación:

- 0 y 25: AUTOESTIMA BAJA
- 26 y 29: AUTOESTIMA NORMAL
- 30 y 40: AUTOESTIMA BUENA, INCLUSO EXCESIVA

3.7 Métodos, técnicas y procedimiento de recolección

3.7.1 Métodos

El método de la encuesta, es una técnica de investigación que se efectúa mediante la elaboración de cuestionarios o entrevistas a una población (grupal o individual,) con el propósito de recabar información de diferentes variantes de la realidad o para sugerir una hipótesis (44).

3.7.2 Técnica:

- a) La técnica estadística: estadística, media moda, mediana, mínimo, desviación estándar, varianza y tabla de frecuencia con sus respectivos gráficos, Software: IBMSPSS VS 20.Statistics y Microsoft office Excel.

- b) Para contrastación de hipótesis se utilizó el estadístico de Chi cuadrado.

3.7.3 Procedimiento de recolección de datos

- Se solicitó autorización para ejecutar el presente trabajo de investigación al director del Instituto Materno Perinatal de Lima.

- Se coordinó con la obstetra jefa del servicio y el personal que elabora en el servicio A” de adolescencia en hospitalización, simultáneamente se le informo sobre los objetivos y fines del estudio.
- Se solicitó la participación de las gestantes adolescentes embarazadas mediante el consentimiento informado.
- Durante el día se aplicaron unos cuestionarios, todo esto dependiendo de demanda de adolescentes que estaban hospitalizadas .El tiempo de duración de cada encuesta era de 15 a 25 minutos.
- La entrevista a las gestantes embarazadas se realizaron durante la tarde en horario factible para el hospital.
- Cuando los entrevistados terminaban el cuestionario se resolvían las dudas que tenían.
- Se encuestaron adolescente del colegio Nacional de República de Nuestras Señora de Guadalupe.

Procedimiento

- **Aspectos éticos**

En todo el proceso de la investigación se tuvo en cuenta estos principios

PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA: "No dañar", de la ética médica tradicional, en cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal (45).

PRINCIPIO DE JUSTICIA: en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad (45).

PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA: prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros (46).

PRINCIPIO DE AUTONOMIA: aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento

informado, el cual consta de dos elementos fundamentales:
la información y el consentimiento (45).

3.8 Procesamiento y análisis estadístico

Para el análisis de datos obtenidos y teniendo en cuenta las variables de estudio, se utilizó.

- Porcentajes
- Cuadros estadísticos
- Representaciones graficas
- Conclusiones obtenidas del trabajo

Análisis estadístico

Se utilizó estadística no paramétrico, para el análisis univariado se usara tablas de frecuencia, mientras que para el análisis bivariado, se utilizara tablas de contingencia. para la prueba de hipótesis se aplicara el estadístico de chi cuadrado de independencia , ya que se pretenden establecer la asociación de dos variables cualitativas (este test contrasta dos hipótesis, una hipótesis nula o hipótesis de independencia de las variables (h_0) y una hipótesis alternativa o hipótesis de asociación de las variables (h_1)) χ^2 compara los resultados observados con resultados teóricos, estos últimos calculados bajo el supuesto que las variables fuesen

independientes entre sí, es decir, bajo el supuesto que h_0 fuese verdadera.). Si los resultados observados difieren significativamente de los resultados teóricos, es decir, difieren de h_0 , es posible rechazar h_0 y afirmar que h_1 es verdadera, concluyendo que las variables están asociadas. (47)

Se estimara la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente alfa de cron Bach, usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento (48).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

**GRUPO DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA 2015.**

GRUPO	Nº	%
Embarazo	336	50,00
No embarazo	336	50,00
TOTAL	672	100,00

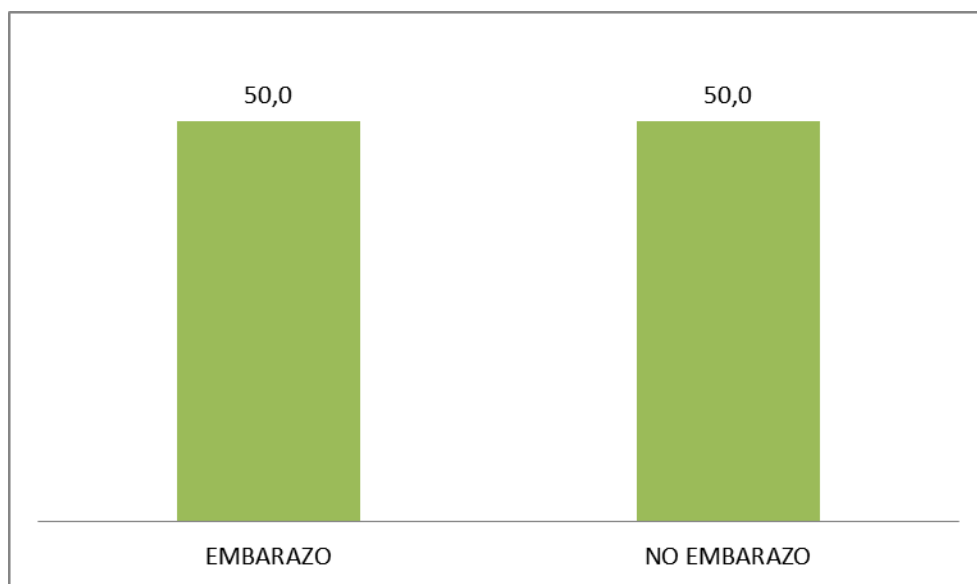
Fuente: Encuesta aplicada

Interpretacion:

En la Tabla y Gráfico 1, se observa un grupo de adolescentes embarazadas con un 50 % y de las adolescentes no embarazadas con un 50 %.

GRÁFICO 1

GRUPO DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

**EDAD DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA 2015.**

EDAD	GRUPO			
	EMBARAZO		NO EMBARAZO	
	Nº	%	Nº	%
De 12 a 14 años	6	1,79	0	0,00
De 15 a 17 años	191	56,84	329	97,92
De 18 a 19 años	139	41,37	7	2,08
TOTAL	336	100,00	336	100,00

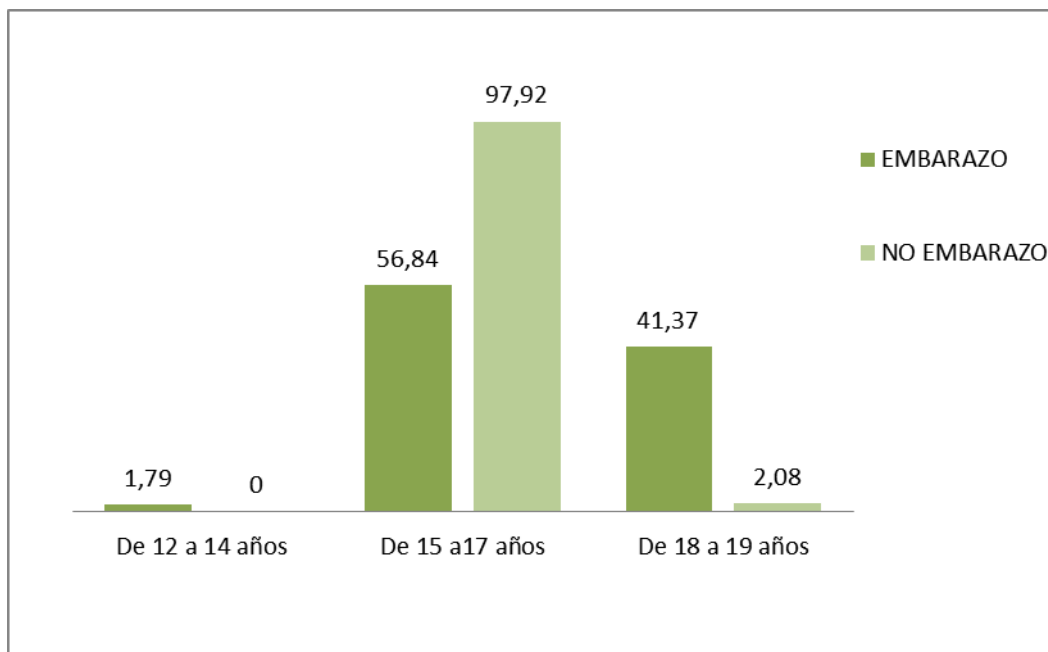
Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 2, se observa que el grupo de las embarazadas presentan edades de 15 a 17 años con un 56,84 % y en las no embarazadas el 97,92 % edades de 15 a 17 años, seguido de un 41,37 % edades de 18 a 19 años en las embarazadas y con respecto al grupo de las no embarazadas solo un 2,08 % edades de 18 a 19 años.

GRÁFICO 2

EDAD DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 2

TABLA 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	GRUPO			
	EMBARAZO		NO EMBARAZO	
	Nº	%	Nº	%
Primaria completa	7	2,08	0	0,00
Secundaria completa	83	24,70	0	0,00
Secundaria incompleta	197	58,63	100	100,00
Superior incompleto	49	14,58	0	0,00
TOTAL	336	100,00	336	100,00

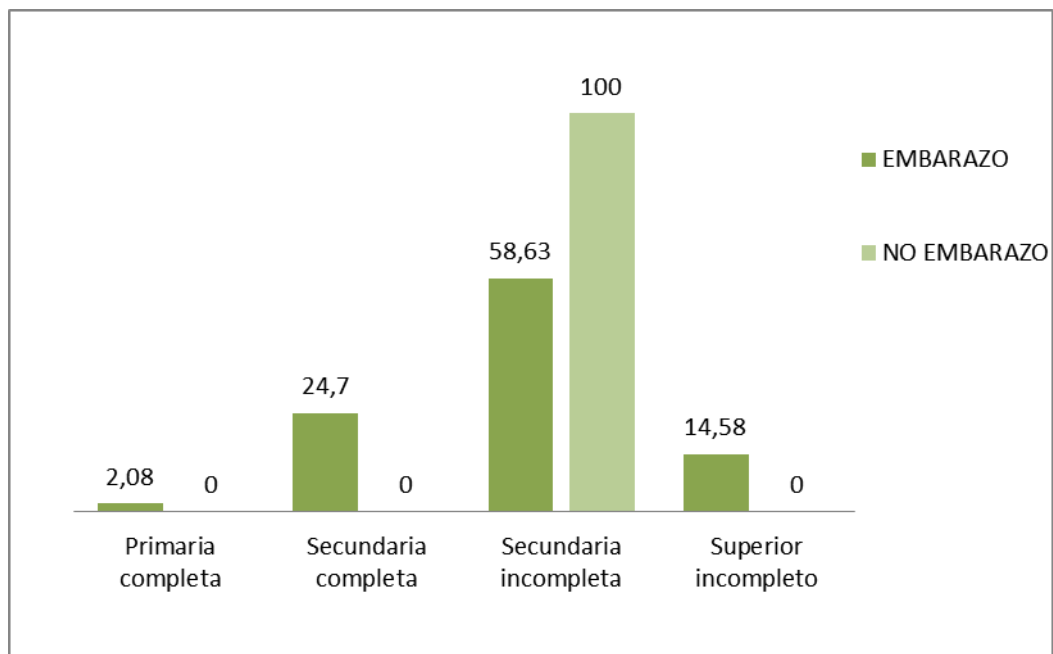
Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 3, se observa que el 58,63 % de adolescentes embarazadas tienen secundaria incompleta, paralelamente en la no embarazadas el 100,0 % tienen secundaria incompleta, seguidamente el 24,70 % de las embarazadas han culminado la secundaria.

GRÁFICO 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE ADOLESCENTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

ADOLESCENTES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.

CONSUMO DE ALCOHOL	GRUPO			
	EMBARAZO		NO EMBARAZO	
	Nº	%	Nº	%
Sin riesgo de consumo	91	27,08	21	6,25
Consumo de riesgo	19	5,65	0	0,00
Consumo perjudicial	4	1,19	0	0,00
Dependencia	3	0,89	0	0,00
No consumo	219	65,18	315	93,75
TOTAL	336	100,00	336	100,00

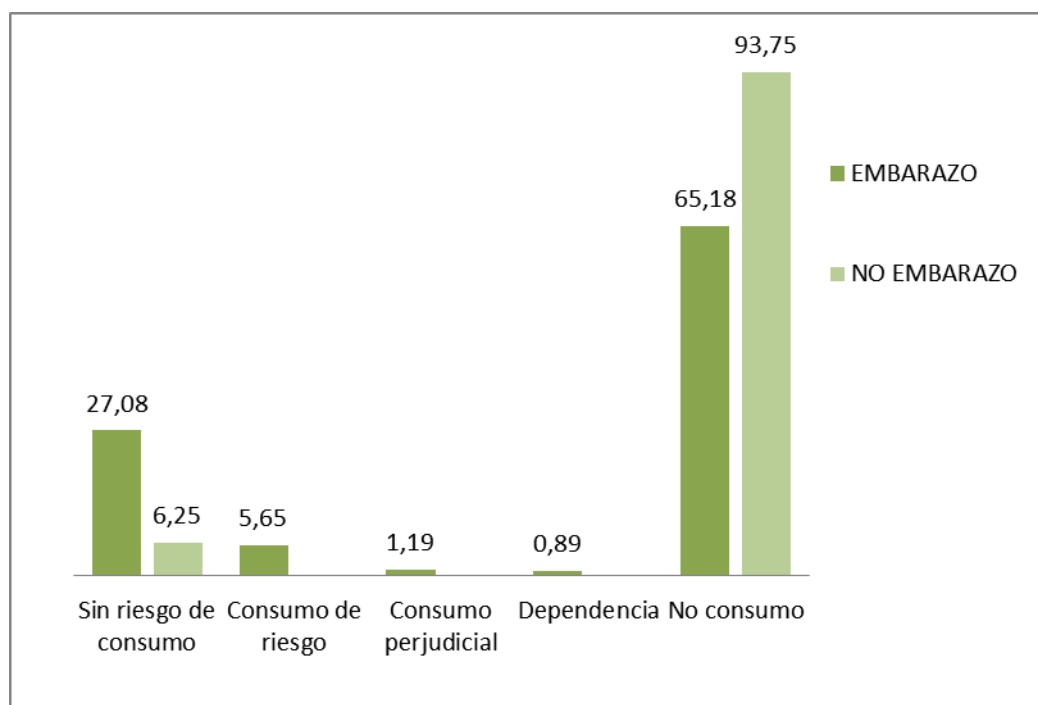
Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 4, se observa que en las embarazadas el 65,18 % no consumió alcohol y en las no embarazadas con un 93,75 %, mientras de las que si consumieron alcohol en las embarazadas con un 27,08 % sin riesgo de consumo y con respecto de las no embarazadas solo un 6,25 % sin riesgo de consumo.

GRÁFICO 4

ADOLESCENTES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

**ADOLESCENTES SEGÚN CONSUMO DE TABACO DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.**

CONSUMO DE TABACO	GRUPO			
	EMBARAZO		NO EMBARAZO	
	Nº	%	Nº	%
Muy baja	24	7,14	0	0,0
Baja	15	4,46	0	0,00
Moderada	18	5,35	8	2,38
No consumo	279	83,03	328	97,61
TOTAL	336	100,00	336	100,00

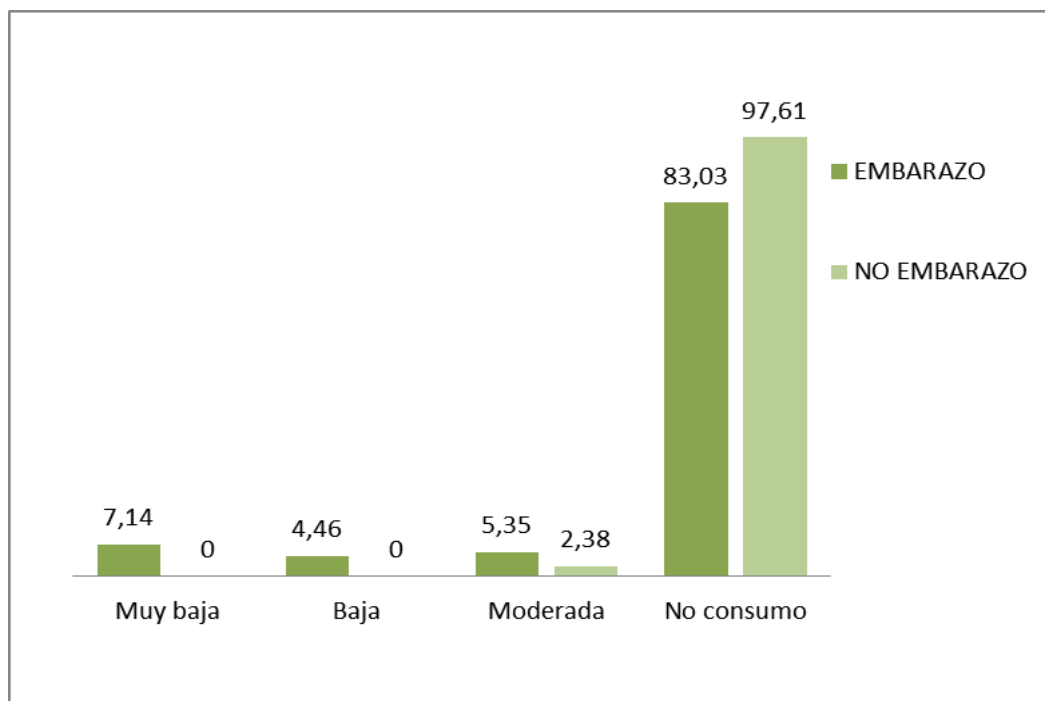
Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 5, se observa que en el grupo de las embarazadas el 83,03 % no consumió tabaco y en las no embarazadas con un 97,61 %, mientras de las que si consumieron tabaco en las embarazadas con un 7,14 % muy baja y con respecto de las no embarazadas solo un 2,38 % moderada.

GRÁFICO 5

ADOLESCENTES SEGÚN CONSUMO DE TABACO DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

**ADOLESCENTES SEGÚN CLIMA FAMILIAR DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.**

CLIMA FAMILIAR	GRUPO			
	EMBARAZO		NO EMBARAZO	
	Nº	%	Nº	%
Familia disfuncional grave	31	9,22	43	12,79
Familia disfuncional leve	146	43,45	136	40,47
Familia normo funcional	159	47,32	157	46,72
TOTAL	336	100,00	336	100,00

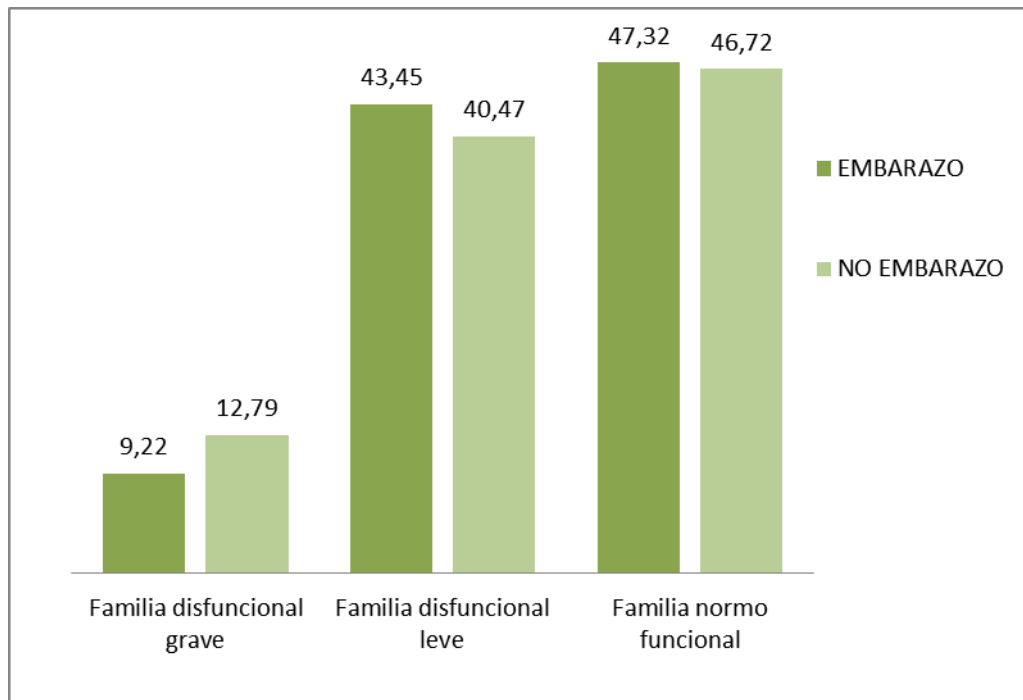
Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 6, se observa que en el grupo de las embarazadas presentan una familia normo funcional con un 47,32 % y las no embarazadas con un 46,72 %, seguida con un 43,45 % una familia disfuncional leve en las embarazadas y en las no embarazadas con un 40,47 % familia disfuncional leve.

GRÁFICO 6

ADOLESCENTES SEGÚN CLIMA FAMILIAR DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

**ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.**

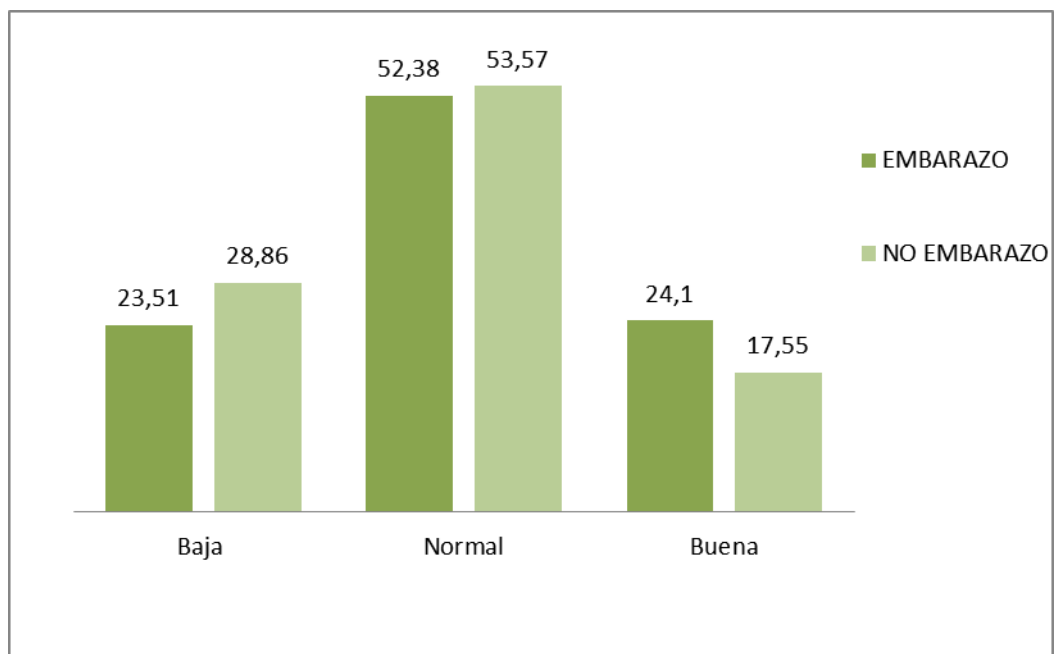
NIVEL DE AUTOESTIMA	GRUPO			
	EMBARAZO		NO EMBARAZO	
	Nº	%	Nº	%
Baja	79	23,51	97	28,86
Normal	176	52,38	180	53,57
Buena	81	24,10	59	17,55
TOTAL	336	100,00	336	100,00

Fuente: Cuestionario

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 7, se observa que en el grupo de las embarazadas presentan una autoestima normal con un 52,38 % y las no embarazadas con un 53,57 %, seguida con un 24,10 % una autoestima buena en las embarazadas y las no embarazadas con un 28,86 % una autoestima baja.

GRÁFICO 7
ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA 2015.



Fuente: Tabla 7

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Primera Hipótesis específica

- **Ho:** El consumo de alcohol no se asocia con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

- **H1:** El consumo de alcohol si se asocia con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

TABLA 8

REGRESIÓN LOGÍSTICA SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL

CONSUMO DE ALCOHOL	GRUPO				Total	
	EMBARAZO		NO EMBARAZO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin riesgo de consumo	91	27,08	21	3,10	112	16,66
Consumo de riesgo	19	5,65	0	0,00	19	2,82
Consumo perjudicial	4	1,19	0	0,00	4	0,59
Dependencia	3	0,89	0	0,00	3	0,44
No consumo	219	65,18	315	93,75	534	79,46
TOTAL	336	100,00	336	100,00	672	100,00

$\chi^2 = 87,00 \quad P = ,000 < 0,05$

Interpretación:

En la Tabla 8, se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables consumo de alcohol y embarazo en adolescentes .La prueba resulto significativa porque la probabilidad es menor a 0,05 (P: ,000), por lo que se sostiene que el consumo de alcohol si se asocia con el embarazo en adolescentes.

Segunda Hipótesis específica

- **Ho:** El consumo de tabaco no se asocia con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.
- **H1:** El consumo de tabaco si se asocia con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

TABLA 9

REGRESIÓN LOGÍSTICA SEGÚN CONSUMO DE TABACO

CONSUMO DE TABACO	GRUPO				Total	
	EMBARAZO		NO EMBARAZO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy baja	24	7,14	0	0,00	24	3,57
Baja	15	4,46	0	0,00	15	2,23
Moderada	18	5,35	8	2,38	26	3,86
No consumo	279	83,03	328	97,61	607	90,32
TOTAL	336	100,00	336	100,00	672	100,00

$$X^2 = 46,802 \quad P = ,000 < 0,05$$

Interpretación:

En la Tabla 9, se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables consumo de tabaco y embarazo en adolescentes .La prueba resulto significativa porque la probabilidad es menor a 0,05 (P: ,000), por lo que se sostiene que el consumo de tabaco si se asocia con el embarazo en adolescentes.

Tercera Hipótesis específica

- **Ho:** El clima familiar no se asocia con el embarazo adolescente que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.
- **H1:** El clima familiar si se asocia con el embarazo adolescente que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

TABLA 10

REGRESIÓN LOGÍSTICA SEGÚN CLIMA FAMILIAR

CLIMA FAMILIAR	GRUPO				Total	
	EMBARAZO		NO EMBARAZO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Familia disfuncional grave	31	9,22	43	12,79	74	11,01
Familia disfuncional leve	146	43,45	136	40,47	282	41,96
Familia normo funcional	159	47,32	157	46,72	316	47,02
TOTAL	336	100,00	336	100,00	672	100,00

$$X^2= 2,313 \quad P= ,315 > 0,05$$

Interpretación:

En la Tabla 10, se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables clima familiar y embarazo en adolescentes.

La prueba resultó no significativa porque la probabilidad es mayor a 0,05 (P: ,315), por lo que se sostiene que el clima familiar no se asocia con el embarazo en adolescentes.

Cuarta Hipótesis específica

- **Ho:** La autoestima no se asocia con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.
- **H1:** La autoestima si se asocia con el embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

TABLA 11

REGRESIÓN LOGÍSTICA SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA

NIVEL DE AUTOESTIMA	GRUPO				Total	
	EMBARAZO		NO EMBARAZO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	79	23,51	97	28,86	176	26,19
Normal	176	52,38	180	53,57	356	52,97
Buena	81	24,10	59	17,55	140	20,83
TOTAL	336	100,00	336	100,00	672	100,00

$$X^2=5,343 \quad P= ,069 > 0,05$$

Interpretación:

En la Tabla 11, se presenta la prueba de hipótesis para contrastar la relación entre las variables nivel de autoestima y embarazo en adolescentes. La prueba resultó no significativa porque la probabilidad es mayor a 0,05 (P: ,069), por lo que se sostiene que el nivel de autoestima no se asocia con el embarazo en adolescentes.

Hipótesis general

- **H1:** Existe relación entre los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.
- **Ho:** No existe relación entre los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ,2015.

TABLA 12

REGRESIÓN LOGÍSTICA GENERAL

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
AUDIT			31,771	4	,000	
AUDIT(1)	-1,532	,272	31,771	1	,000	,216
AUDIT(2)	-21,277	8895,372	,000	1	,998	,000
AUDIT(3)	-2,034	23117,448	,000	1	1,000	,131
AUDIT(4)	-21,583	23205,422	,000	1	,999	,000
FAGERST			,750	3	,861	
FAGERST(1)	-20,650	7873,762	,000	1	,998	,000
FAGERST(2)	-19,509	11425,747	,000	1	,999	,000
FAGERST(3)	-,416	,481	,750	1	,387	,659
APGAR			2,665	2	,264	
APGAR(1)	,464	,288	2,605	1	,107	1,591
APGAR(2)	,041	,180	,051	1	,822	1,041
ROSENBERG			1,704	2	,426	
ROSENBERG(1)	,326	,249	1,704	1	,192	1,385
ROSENBERG(2)	,185	,222	,691	1	,406	1,203
Constante	,155	,207	,561	1	,454	1,167

Interpretación:

El análisis multivariado en la Tabla 12, se muestra la existencia de una asociación significativa entre el consumo de alcohol y tabaco con el embarazo en adolescentes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el estudio realizado en la Tabla y Gráfico 4, se observa que en el grupo de las embarazadas el 65,18 % no consumió alcohol y en las no embarazadas con un 93,75 %, mientras de las que si consumieron alcohol en las embarazadas con un 27,08 % sin riesgo de consumo y con respecto de las no embarazadas solo un 3,1 % sin riesgo de consumo, por lo tanto la variable de consumo de alcohol si se asocia con el embarazo en adolescentes porque la probabilidad es menor 0,05. Estos resultados son diferentes con Ochoa L, Ferreira C, que el 36,1 % presentaron uso de riesgo, 27,7 % posible dependencia, 25,3 % uso nocivo y 10,8 % bajo riesgo. Se destaca que entre las adolescentes que afirmaron haber usado alcohol en algún momento en la vida (12).

En la Tabla y Gráfico 5, se observa que en el grupo de las embarazadas el 83,03 % no consumió tabaco y en las no embarazadas con un 97,61 %, mientras de las que si consumieron tabaco en las embarazadas con un 7,14 % muy baja y con respecto de las no embarazadas solo un 2,38 % moderada, la prueba resulto significativa

porque la probabilidad es menor a 0,05. Teniendo en cuenta con el estudio realizado por Santander S y sus colaboradores, cuyos resultados son semejantes en cuando al consumo de sustancias psicoactivas la tasa más alta corresponde al consumo de tabaco con un 36,0 % y según rangos de edad (menor de 13 años, 13-16 años y mayores de 16 años) fue más alta a edades mayores, siendo para tabaco 13,8 %, 32,2 % y 50,2 % (15).

En la Tabla y Gráfico 6, se observa que en el grupo de las embarazadas presentan una familia normo funcional con un 47,32 % y las no embarazadas con un 46,72 %, seguida con un 43,45 % una familia disfuncional leve en las embarazadas y en las no embarazadas con un 40,47 % familia disfuncional leve, la prueba resulto no significativa porque la probabilidad es mayor a 0,05 por lo que se sostiene que el clima familiar no se asocia con el embarazo en adolescentes. Estos resultados son semejantes a los de Rojas LP, Claros N, la funcionalidad familiar medida por el APGAR mostro que 45,45 % de casos provenían de una familia funcional, 22,73 % pertenecían a una familia con disfuncionalidad leve y 31,82 % a una familia con disfuncionalidad severa; de los controles, la mitad pertenecían a familias funcionales, y 22,73 % y 27,27 % a familias con disfuncionalidad leve y severa respectivamente (11).

En la Tabla y Gráfico 7, se observa que en el grupo de las embarazadas presentan una autoestima normal con un 52,38 % y las no embarazadas con un 53,57 %, seguida con un 24,10 % una autoestima buena en las embarazadas y las no embarazadas con un 28,86 % una autoestima baja, la prueba resulto no significativa porque la probabilidad es mayor a 0,05 por lo que se sostiene que la autoestima no se asocia con el embarazo en adolescencia. Teniendo en cuenta los estudios realizados por Ceballos GA, Camargo k, Jiménez I, Requena K son casi similares con los resultados encontrados, que el 31,82 % presentó autoestima baja, el 59,09 % reflejó autoestima normal y el 9,09 % mostró autoestima alta (14).

CONCLUSIONES

Presente trabajo se extraen las siguientes conclusiones:

1. En cuando al consumo de alcohol, se observa que en las embarazadas el 65,18 % no consumió alcohol y en las no embarazadas con un 93,75 %, mientras de las que si consumieron alcohol en las embarazadas con un 27,08 % sin riesgo de consumo y con respecto de las no embarazadas solo un 6,25 % sin riesgo de consumo, por lo tanto la variable de consumo de alcohol si se asocia con el embarazo en adolescentes.
2. En el consumo de tabaco, se observa que en el grupo de las embarazadas el 83,03 % no consumió tabaco y en las no embarazadas con un 97,61 %, mientras de las que si consumieron tabaco en las embarazadas con un 7,14 % muy baja y con respecto de las no embarazadas solo un 2,38 % moderada, en la cual la variable consumo de tabaco si se asocia con el embarazo en adolescentes.

3. El clima familiar, se observa que en el grupo de las embarazadas presentan una familia normo funcional con un 47,32 % y las no embarazadas con un 46,72 %, seguida con un 43,45 % una familia disfuncional leve en las embarazadas y en las no embarazadas con un 40,47 % familia disfuncional leve, en la cual la variable clima familiar no se asocia con el embarazo en adolescentes.

4. El nivel de autoestima, se observa que las embarazadas presento una autoestima normal con un 52,38 % y las no embarazadas con un 53,57 %, seguida con un 24,10 % una autoestima buena en las embarazadas y las no embarazadas con un 28,86 % una autoestima baja, en la cual la variable del nivel de autoestima no se asocia al embarazo en adolescentes.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al MINISTERIO DE SALUD –Dirección Regional de Salud de Lima, difundir y sensibilizar a todo el personal obstetra para mayor involucramiento en el trabajo en adolescentes. Implementar un consultorio exclusivamente para adolescentes en los Centros de Salud, que brinde la confianza y confidencialidad a los adolescentes, para que así puedan tener una salud sexual responsable y segura. Lograr cumplir con los objetivos de desarrollo sostenible, en garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades (salud infantil y salud materna).
2. Se le recomienda al MINISTERIO DE EDUCACIÓN, implementar cursos sobre educación sexual en todos los niveles, dentro del plan curricular de estudios de los centros educativos. Incluir al profesional obstetra en todas las labores de educación sexual. También programar talleres sobre educación sexual y reproductiva en los tres niveles: docentes, padres de familia y estudiantes, a fin concientizar, educar y poder disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes en nuestro país.

3. El profesional obstetra, debe coordinar con las municipalidades para que pueda promover la gestión de participación y promoción del trabajo con la familia y comunidad para lograr una familia y comunidad saludable.

4. Se recomienda al Instituto Materno Perinatal de Lima, capacitar al personal obstetra para que adopte una actitud responsable y consciente, para brindar una adecuada atención especializada a este grupo de población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BENDEZÚ G, ESPINOZA D, BENDEZÚ G, TORRES JS, HUAMÁN RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2016 Ene-Mar [citado 06 Dic 2016]; 62(1).Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S23051322016000100002&script=sci_arttext
2. VAILLANT M, CARIDAD T, MACKENSIE Y. Prevención del embarazo en adolescentes.Rev Cub Enfermer [Internet]. 2012 Abr-Jun[citado 06 Dic 2016] ;28(2).Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008
3. CASTAÑO G, ARANGO E, MORALES S, RODRÍGUEZ A, MONTOYA C. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. Rev Cub Pediatr[en línea]. 2013Ene-Mar; [citado 03 Jun 2016]; 85(1)Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol85_1_13/pedsu113.htm
4. SÁNCHEZ MENESES MC, DÁVILA MENDOZA R, PONCE ROSAS ER. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud.At Fam [Internet].2015 Abr–Jun

[citado en 03 Jun 2016]; 22(2):35-38.Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X>

5. MENDOZA W, SUBIRÍA G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Perú Med Exp Salud Pública.[en línea].2013[citado 03 jun 2016]; 30:3. Disponible en :
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300017&script=sci_arttext
6. FERNÁNDEZ ARATA M. El embarazo adolescente: Un problema psicosocial que se mantiene vigente en el Perú.Rev Cult.[en línea].2015 [citado 03 Jun 2016]; 29: 59-87:Disponible en :
http://www.revistacultura.com.pe/wpcontent/uploads/2015/12/RCU_29_el-embarazo-adolescente-un-problema-psicosocial-que-se-mantiene-vigente-en-el-peru.pdf
7. NOGUERA N, ALVARADO H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería.Rev Colomb de Enfer.[en línea].2012 [citado 06 Dic 2016];39(1).Disponible en:

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf

8. SÁNCHEZ VALENCIA YA, MENDOZA TASCÓN LA, GRISALES LÓPEZ MB, CEBALLOS MOLINA LY, BUSTAMENTE FARFAN JC, MURIEL CASTAÑEDA E. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol. [en línea].2013 [citado 04 Jun 2016];78(4).Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005

9. ALARCÓN R, COELLO J; CABRERA J; MONIER G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cub Enfer [en línea].2009 Ene-Jun [citado 04 jun 2016]; 25(1):1-2.Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100007

- 10.El comercio.pe [Internet].Perú: El comercio; 2015 [actualizado 10 Abr 2015; citado 04 Jun 2016]. Disponible en:

http://elcomercio.pe/lima/ciudad/embarazos-adolescentes-aumentaron-lima-noticia1803228?ref=flujo_tags__202012&ft=nota_20&e=titulo

11. ROJAS LP, CLAROS N .Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Rev Med La Paz.[en línea].2014; [citado 2 Dic 2016]; 20(1):09. Disponible en :

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004

12. UCHOA L, FERREIRA C. Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas. Rev. Latino Am Enfer. [Internet].2013 Jun-Feb [citado 16 Jun 2016]; 21:1 Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/es_v21n1a20.pdf

13. CASTAÑO G, ARANGO E, MORALES S, RODRÍGUEZ A, MONTOYA C. Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. Rev Cub Pediatr [en línea]. 2013; [citado 14 jun 2016]; 85:1. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475312013000100005&script=sci_arttext

14. GONZÁLEZ JC, SALAMANCA JP, QUIROZ RM, HERNÁNDEZ AM, HERNÁNDEZ AD, QUESADA B. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev salud pública*. [en línea]. 2012; [citado 14 jun 2016]; 14(3):404-416. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a04.pdf>

15. SANTANDER S, ZUBAREW T, SANTELICES L, ARGOLLO P, CERDA J, BÓRQUEZ M. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Rev méd Chile*. [en línea]. 2008; [citado 14 jun 2016]; 136:3. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872008000300006&script=sci_arttext

16. CEBALLOS GA, CAMARGO K, JIMÉNEZ I, REQUENA K. Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta. *Rev psicol univ Antioquia*. [en línea]. 2011 Jun; [citado 14 jun 2016]; 3:1. Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S214548922011000100003

17. AVILA TUNQUIPA JM, MORALES MAMANI YA. Factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Vallecito Puno 2015 [tesis en línea] Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez; 2015[citado 2 Dic 2016]. 79 p .Disponible en:

<http://190.116.50.20:8080/xmlui/bitstream/handle/UANCV/160/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. CUTIPA L. Factores sociales, clima familiar y nivel de autoestima asociados al embarazo en adolescentes que acuden al C.S Metropolitano-Tacna, Julio a Diciembre 2012[Tesis].Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman.Facultad Ciencias de la Salud; 2013.

19. SALDIVIA C, VIZCARRA B. Consumo de drogas y violencia en el noviazgo en estudiantes Universitarios del Sur de Chile. Ter Psicol. [en línea].2012 Jul [citado 20 Jun]; 30(2).Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200004

20. CHEESMAN SS, SUÁREZ N. Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Rev Cub Salud Pública. [en línea].2015 [citado 20 Jun]; 41(1).Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100003
- 21.BETANCUR A, ZAMBRANO R. Prevalencia del consumo de tabaco en una muestra de adolescentes escolarizados del municipio de Ebéjico, departamento de Antioquia, Colombia.Liber [en línea].2014 Ene [citado 20 Jun]; 20(1).Disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272014000100012&script=sci_arttext
- 22.GONZALEZ L, BERGER K.Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores.Cienc Enferm. [en línea].2002 Dic [citado 20 Jun 2016]; 8(2).Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532002000200004&script=sci_arttext
- 23.NUÑEZ H, ROJAS A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas

pobres. Rev. Costa Ric. Salud pública. [en línea].1999[citado 20 Jun 2016]; 8:14.Disponible en :

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291999000100003

24.CATAÑO D, ALBERTO S, PORTILLA ND, RAMÍREZ HD. Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. Investigaciones Andina.[en línea].[citado 20 Jun 2016]; 16(10):108.Disponible en :

<http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v10n16/v10n16a05.pdf>

25.BAEZA B, PÓO AM, VÁSQUEZ O, MUÑOZ S, VALLEJOS C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena Región. Rev Chil Obstet Ginecol.[en línea].2007[citado 20 Jun]; 72(2):76-81.Disponible en :http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262007000200002&script=sci_arttext

26.VIGIL P, ARIAS T, LEZCANO G, CABALLERO LC, CHONG JG, MENDIETA A, BRAVO R, NAVARRO E, URRIOLOLA C. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez.[en línea].2007[citado 20 Jun];67(2).Disponible en :

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322007000200002&script=sci_arttext

27.LLANES AA, QUEVEDO NV, FERRER I, PAZ A, SARDIÑAS O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. Rev Arch Méd de Camagüey.[en línea].2009 Ene-Feb[citado 20 Jun];13(1).Disponible en :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100009

28.DOBLADO NI; BATISTA I; JUNCO A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cub Obstet Ginecol.[en línea].2010[citado 20 Jun]; 36:3.Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011

29.ALONSO RM, CAMPO A, GONZÁLEZ A, RODRÍGUEZ B, MEDINA L. Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales. Rev Cubana Med Gen Integr.[en línea]. 2005[citado 20 Jun];21(5-6).Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500009

30.ROJAS DP, ALARCÓN MH, CALDERÓN BP. Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. Index Enferm.[en línea].2010 Abr-Sep[citado 20 Jun];19(2-3).Disponible en :

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200012

31.CARREÓN J, MENDOZA H, PÉREZ C,GIL ALFARO I,SOLER E,GONZÁLEZ R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes.Med Fam[Internet].2004[citado 20 Jun];6(3):70-73.disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>

32.SSLER JR . Embarazo en la Adolescencia. Rev de Posg de la Cát Vla Med.[en línea].2001[citado 18 Jun 2016] ;(107):11-23.disponible en:

http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95

33.MENÉNDEZ GR, NAVAS I, HIDALGO RODRÍGUEZ Y, ESPERT CASTELLANOS J.El embarazo y sus complicaciones en la madre

adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol[Internet].2012[citado 20 Jun 2016],38(3).Disponible en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

34.http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/csmunoz2_l/pdfAmont/cs-munoz2_l.pdf

35.ROCA J.Conducta y conducta.Rev Lat de Análisis de comportamiento.[Internet].2007[citado20Jun2016],15:(3).Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274520165003>

36.VÁZQUEZ V,MARTÍNEZ AJ, DÍAZ ME.Menarquía y ciclo menstrual en estudiantes internas y externas de Ciudad de La Habana. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2005[citado 20 Jun];31(4).Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400006

37.DAKDUK S, GONZÁLEZ A, MONTILLA V.Relación de variables sociodemográficas, psicológicas y la condición laboral con el significado del trabajo.rev Interam j psychol[Internet]. Ago 2008[citado 20 Jun 2016];42(2). Disponible en:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S003496902008000200020&script=sci_arttext

38. VEIGA J, FUENTE E, ZIMMERMANN M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med segur trab [Internet]. 2008 Mar [citado 1 Jul 2016];54(210). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

39. HERNÁNDEZ M, GARRIDO F, LÓPEZ S. Diseño de estudios epidemiológicos. Rev Salud Pública Méx [Internet] 2000 Mar-Abr [citado en 1 Jul]; 42(2). Disponible:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000200010

40. SEGUEL F, SANTANDER G, ALEXANDRE O. validez y confiabilidad del test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. Cienc Enferm. [Internet] 2013 [citado en 4 Jul 2016]; 19(1): 23-35. Disponible:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100003

41. TIBURCIO M, MOHEDANO MGR, NATERA G; MARTÍNEZ NA, CARREÑO S, PÉREZ D. Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *rev Adicciones*. [Internet] 2016 [citado en 4 Jul 2016]; 28(1):19-27. Disponible:

<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/786/750>

42. BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA J, LARDELLI P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Rev Aten Prim*. [Internet] 1996 [citado en 4 Jul 2016]; 18(6). Disponible:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>

43. VÁZQUEZ AJ, JIMÉNEZ R, VÁZQUEZ R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apun de Psico. Rev Aten Prim*. [Internet] 2004 [citado en 4 Jul 2016]; 22(2):247-255. Disponible:

https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/14009/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

44.QUISPE DJ, SÁNCHEZ G. Encuestas y entrevistas en investigación científica. Rev Act Clin Med.[Internet] 2011 Jul[citado en 5 Jul 2016]; 10. Disponible:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682011000700009&script=sci_arttext

45.AMARO MC, MARRERO A, VALENCIA ML, CASAS SB, MOYNELO H. Principios básicos de la bioética. Rev Cub Enfer.[Internet] 1996 Ene-Dic[citado en 5 Jul 2016]; 12(1). Disponible:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006

46.SIURANA JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. [Internet] 2010 Mar[citado en 5 Jul 2016]; (22): 121-157 . Disponible:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006

47.CERDA J, VILLARROEL L. Interpretación del test de Chi-cuadrado (X^2) en investigación pediátrica. Rev Chil Pediatr. [en

línea].2007Jul-Dic [citado en 5 Jul 2016]; 78(4): 414-417.Disponible en

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000400010&lng=en

48.CELINA H, CAMPO A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev colomb psiquiatr.[en línea]. 2005 Sep-Dec [citado en 5 Jul 2016]; 34(4).Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009

ANEXOS

ANEXO N°1

FORMULA FINITA PARA HALLAR MUESTRA	MUESTRA
$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$	336

(Según Murray y Larry 2005)

Dónde:

n: Tamaño de muestra

e: Margen de error =0,05

pyq: Probabilidad de éxito y fracaso :50%=0,5

N: Tamaño de la población =2648

Z: Si la seguridad es del 95%=1,96

ANEXO N°2

TEST AUDIT DEPENDENCIA ALCOHÓLICA ALCOHOLEMIA

EDAD:

GRADO:

SEXO: M [] F []

Responder el cuestionario con total sinceridad las preguntas, marcando con una x, en la cual solo puedes elegir una opción. Muchas gracias

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?
Nunca. ()
Una o menos veces al mes. ()
2 a 4 veces al mes. ()
2 ó 3 veces a la semana. ()
4 o más veces a la semana. ()

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?
1 ó 2. ()
3 ó 4. ()
5 ó 6. ()
7 a 9. ()
10 ó más. ()

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
Nunca. ()
Menos de una vez/mes. ()
Mensualmente. ()
Semanalmente. ()
A diario o casi a diario. ()

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?
Nunca. ()
Menos de una vez/mes. ()
Mensualmente. ()
Semanalmente. ()
A diario o casi a diario. ()

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?
Nunca. ()
Menos de una vez/mes. ()
Mensualmente. ()
Semanalmente. ()
A diario o casi a diario. ()
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?
Nunca. ()
Menos de una vez/mes. ()
Mensualmente. ()
Semanalmente. ()
A diario o casi a diario. ()
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
Nunca. ()
Menos de una vez/mes. ()
Mensualmente. ()
Semanalmente. ()
A diario o casi a diario. ()
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?
Nunca. ()
Menos de una vez/mes. ()
Mensualmente. ()
Semanalmente. ()
A diario o casi a diario. ()
9. Tú o alguna otra persona ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?
No. ()
Sí, pero no en el curso del último año. ()
Sí, en el último año. ()

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

No. ()

Sí, pero no en el curso del último año. ()

Sí, en el último año. ()

ANEXO N°3

TEST DE FAGERSTROM

EDAD:

GRADO:

SEXO: M [] F []

Responder el cuestionario con total sinceridad las preguntas, marcando con una x, en la cual solo puedes elegir una opción. Muchas gracias

1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?
Menos de 5 minutos
6-30 minutos
31-60 minutos
Más de 60 minutos
2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios donde está prohibido (cine...)?
Sí
No
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
El primero
Otros
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
Más de 30
21-30
11-20
Menos de 11
5. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?
Sí
No
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
Sí
No

ANEXO N°4

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

EDAD:

GRADO:

SEXO: M [] F []

Responder el cuestionario con total sinceridad las preguntas, marcando con una x, en la cual solo puedes elegir una opción. Muchas gracias

1. Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo le perturba.
Casi nunca ()
A veces ()
Casi siempre ()
2. Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos.
Casi nunca ()
A veces ()
Casi siempre ()
3. Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida.
Casi nunca ()
A veces ()
Casi siempre ()
4. Esta de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...

Casi nunca ()
A veces ()
Casi siempre ()
5. Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos.

Casi nunca ()
A veces ()
Casi siempre ()

ANEXO N°5

TEST DE ROSEMBERG

EDAD:

GRADO:

SEXO: M [] F []

Responder el cuestionario con total sinceridad las preguntas, marcando con una x, en la cual solo puedes elegir una opción. Muchas gracias.

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.

- A. Muy de acuerdo ()
- B. De acuerdo ()
- C. En desacuerdo ()
- D. Muy en desacuerdo ()

2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.

- A. Muy de acuerdo ()
- B. De acuerdo ()
- C. En desacuerdo ()
- D. Muy en desacuerdo ()

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.

- A. Muy de acuerdo ()
- B. De acuerdo ()
- C. En desacuerdo ()
- D. Muy en desacuerdo ()

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

- A. Muy de acuerdo ()
- B. De acuerdo ()
- C. En desacuerdo ()
- D. Muy en desacuerdo ()

5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.

- A. Muy de acuerdo ()
- B. De acuerdo ()
- C. En desacuerdo ()
- D. Muy en desacuerdo ()

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.

- A. Muy de acuerdo ()
- B. De acuerdo ()
- C. En desacuerdo ()

D. Muy en desacuerdo ()

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

A. Muy de acuerdo ()

B. De acuerdo ()

C. En desacuerdo ()

D. Muy en desacuerdo ()

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo

A. Muy de acuerdo ()

B. De acuerdo ()

C. En desacuerdo ()

D. Muy en desacuerdo ()

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

A. Muy de acuerdo ()

B. De acuerdo ()

C. En desacuerdo ()

D. Muy en desacuerdo ()

10. A menudo creo que no soy una buena persona.

A. Muy de acuerdo ()

B. De acuerdo ()

C. En desacuerdo ()

D. Muy en desacuerdo ()

ANEXO N°6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCION: mi nombre es Erika Mariela Paxi Pari, soy interna de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de la Escuela de Obstetricia, en la cual estoy realizando una investigación. Me gustaría que participes en este estudio, para esto necesito que me des tu consentimiento. Por favor, escucha atentamente las informaciones que te voy a leer acerca del estudio para que me digas si estas recuerdo en participar.

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD: en este presente cuestionario hay una serie de preguntas en la cual tu respuesta será completamente confidenciales. Te garantizamos que la información suministrada no será usada con ningún fin diferentes al objetivo de estudio. No tienes que responder las preguntas que no quieras responder Y puedes terminar esta entrevista en el momento que lo desees y si tienes algunas dudas en algunas de las preguntas asme lo saber para resolver esas dudas .A gradecemos tu ayuda a responder esta encuesta la cual tomara cerca de 15 min a 25min.

Firma del entrevistado
(Certificado que el entrevistado ha dado su consentimiento verbalmente)