



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PAMPA GRANDE –
TUMBES, 2018.**

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

PRESENTADO POR:

Br: ERICKA RUJEL FARFAN

ASESOR

Mg. KARINA MARLENY TORREL PÁEZ

**TUMBES – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

*Al Jehová Dios,
Por permitir mi existencia y
a mis hijos y esposo
Por su amor y apoyo incondicional*

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarme cada día más.

Al Mg: Karina Marleny Torrel Paez maestra y amiga, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me supo transmitir en el desarrollo de mi formación profesional.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	x
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la situación problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la Investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación de la Investigación....	5
1.4.1. Importancia de la investigación	5
1.4.2. Viabilidad de la investigación	6
1.5 Limitaciones del estudio	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Definición de términos básicos.....	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	22
3.2. Variables y definición operacional.....	22
Operacionalización de la variable	24

CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. Diseño metodológico	25
4.2. Diseño muestral.....	26
4.3. Técnicas de recolección de datos	27
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	29
4.5. Aspectos éticos.....	30
CAPÍTULO V: RESULTADOS.....	31
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS	52

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla 1: Asociación de la edad con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	34
Tabla N° 02: Asociación del estado civil con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	34
Tabla N° 03: Asociación del nivel educativo con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	35
Tabla N° 04: Asociación de la funcionalidad familiar con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	36
Tabla N° 05: Asociación del nivel socioeconómico con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	46

GRÁFICOS

Gráfico N° 01: Edad de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	28
Gráfico N° 02: Estado civil de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	29
Gráfico N° 03: Nivel de instrucción de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	29
Gráfico N° 04: Nivel socioeconómico de las gestantes atendidas el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	30
Gráfico N° 05: Funcionamiento familiar de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	30
Gráfico N° 06: Edad de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	31
Gráfico N° 07: Estado civil de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	31
Gráfico N° 08: Nivel de instrucción de las no gestantes atendidas en C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	32
Gráfico N° 9: Nivel socioeconómico de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.....	32
Gráfico N° 10: Funcionamiento familiar de las gestantes atendidas en el C.S. pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.	33

RESUMEN

Hay más de 500 mil nacimientos por año, 20% de estos se producen en adolescentes. Generalmente 3 de cada 10 sexualmente activas ya son madres o están gestando. Más del 50% de las adolescentes gestantes no deseaban tener a sus hijos. El presente estudio se centró en determinar los factores socio demográficos y de entorno familiar que se relacionan al embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018, se trató de un estudio prospectivo transversal, analítico no experimental, la muestra estuvo compuesta por 30 gestantes adolescentes y 43 adolescentes no gestantes. Se utilizó el test de Apgar Familiar y la Ficha socioeconómica Única (FUS) a fin de establecer funcionalidad familiar y nivel socioeconómico. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial (chi cuadrado y Rho de Spearman). Se concluye que Los estratos socioeconómicos y la disfuncionalidad familiar se encuentran asociados al embarazo en adolescentes que acudieron al Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018. Las adolescentes embarazadas provienen de hogares de estratos socioeconómicos más bajos que las adolescentes no embarazadas ($p < 0.05$). Las adolescentes embarazadas provienen de hogares disfuncionales en comparación a las adolescentes no embarazadas ($p < 0.05$).

Palabras clave: Nivel socioeconómico, funcionalidad familiar, embarazo adolescente.

ABSTRACT

There are more than 500 thousand births per year, 20% of these occur in adolescents. Generally 3 out of 10 sexually active are already mothers or are pregnant. More than 50% of pregnant adolescents did not want to have their children. The present study focused on determining the sociodemographic and family environment factors that relate to pregnancy in adolescents who attend the Pampa Grande Health Center in the period March - May 2018, it was a prospective cross-sectional, non-experimental analytical study, the sample consisted of 30 adolescent pregnant women and 43 non-pregnant adolescents. The Apgar Familiar test and the Unique Socioeconomic Record (FUS) were used to establish family functionality and socioeconomic status. The statistical analysis was descriptive and inferential (chi square and Sperman's Rho). We conclude that socioeconomic strata and family dysfunction are associated with pregnancy in adolescents who attended the Pampa Grande Health Center in the period March - May 2018. Pregnant adolescents come from households from lower socio-economic strata than non-pregnant adolescents ($p < 0.05$). Pregnant adolescents come from dysfunctional homes compared to non-pregnant adolescents ($p < 0.05$).

Key words: Socioeconomic level, family functionality, adolescent pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los diez y diecinueve años ⁽¹⁾. En el Perú este grupo representa alrededor de 3.300 000 peruanos, lo que representa casi el 13 % de la población ⁽²⁾.

En el ámbito nacional estudios indican que el inicio de la vida sexual de los adolescentes es entre los trece a catorce años en varones y a los quince años en mujeres. Asimismo, siendo aproximadamente el porcentaje de madres adolescentes cerca del 30% en el quintil más pobre de la población adolescente, y es menor del 5% en el quintil más rico, lo cual representa una brecha enorme ⁽²⁾.

La presente investigación pretende establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y familiares con la gestación en adolescentes, lo que significa que la variable factores socio demográficos en sus dimensiones: sociales, demográficos, económicos y del entorno familiar se asocian a la gestación de las adolescentes; esto permitirá determinar la existencia de algún tipo de relación con alguno de los factores planteados, y en base a los alcances científicos de esta investigación implementar futuras acciones y/o planes que aborden la problemática encontrada.

El trabajo de investigación enfoca concretamente el área de la sexualidad del adolescente, porque forma parte de la salud del ser humano, puesto que se ha podido observar que muchos de los problemas de salud en los adolescentes están significativamente ligados al tema de la sexualidad, de esta manera se busca identificar factores de riesgos a fin de abordarlos, y evitar embarazos no planeados.

El diseño de la investigación corresponde a los estudios no experimentales transversales correlacionales y estará comprendido en cinco capítulos: Capítulo I: El problema de investigación; en el que se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, Capítulo II: Marco teórico; antecedentes, base teórica y definición operacional de términos, hipótesis y variables, Capítulo III Metodología que incluye el nivel, tipo y método de estudio, descripción del área, población, técnica e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas, Capítulo IV donde se describen los resultados encontrados; en el Capítulo V se discuten los resultados encontrados; finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Gómez ⁽³⁾, citando a la OMS, reporta que hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo; más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, además existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables en menores de 25 años, más de la mitad de casos nuevos de infección por VIH (más de 7000 por día) ocurre en jóvenes, la violación e incesto ocurre en el 7 al 34% de las niñas, el 10% de los partos acontece en adolescentes, la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años, cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.

De acuerdo al Banco mundial ⁽⁴⁾, la pobreza, una educación deficiente, la desigualdad y la poca capacidad de decisión y control sobre sus propios planes de vida ponen a las niñas de América Latina y el Caribe en mayor riesgo ante el embarazo adolescente y la maternidad temprana. Este lado del continente americano posee la tercera tasa más alta de fertilidad adolescente (72 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad), por debajo sólo de África subsahariana y el sur de Asia. Mientras que en los últimos años la reducción anual de la tasa de fertilidad adolescente fue de 2.7% en el sur de Asia y de 1.6% a nivel mundial, el decrecimiento en América Latina fue de 1.25%.

López Calva, citado por el Banco Mundial,⁽⁴⁾ reporta que las tasas de fertilidad adolescente están directamente relacionadas con condiciones de pobreza y con factores asociados a la desigualdad. Los adolescentes que tienen más educación, viven en zonas urbanas y provienen de familias con mayores recursos tienen una menor probabilidad de quedar embarazadas. La falta de

capacidad y libertad de una mujer para elegir efectivamente metas y tomar decisiones libres acerca de sus planes de vida constituye un factor de riesgo en esta población.

Por otro lado, Rodríguez ⁽⁵⁾ informa que el 21% de la población peruana es adolescente y el inicio de las relaciones sexuales ocurre en promedio entre los 13 y 14 años para los hombres y los 15 años en las mujeres; para el año 2014, 13.7% de las adolescentes peruanas estaban embarazadas o ya eran madres en el país. De los 500 mil nacimientos al año, 20% de estos ocurre en adolescentes. Generalmente 3 de cada 10 adolescentes sexualmente activas ya son madres o están gestando. Más del 50% de las adolescentes gestantes no deseaban tener a sus hijos. Según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES – 2016 ⁽⁶⁾, en el periodo 2015-2016 la prevalencia de embarazos en adolescentes es del 12.7%, haciendo un total de 11247 mujeres. Los departamentos con mayor cantidad de casos son: Loreto (30.6%), Ucayali (26.7%), San Martín (23.5%) y Tumbes (18.4%). En la región Tumbes, del 18.4%, 12.3% ya son madres y el 6.1% es su primer embarazo.

El embarazo adolescente es un problema social, económico y de salud pública de gran magnitud y graves implicancias, tanto para los adolescentes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Las adolescentes que asumen la maternidad tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro, amenazas de aborto, infecciones vaginales, sangrados, pre-eclampsia, eclampsia, anemia e incluso presentar otras complicaciones que podrían llevarla a la muerte. Entre las consecuencias sociales originadas se encuentra el rechazo por parte de la familia, existe también conflictos de autoaceptación como mujer, por los cambios corporales, las nuevas funciones y sensaciones que experimenta; en muchos casos la adolescente embarazada está aún en el colegio y tiene que abandonar sus estudios para trabajar, o dejar de asistir por los prejuicios, presiones de sus compañeros, profesores y/o padres de familia que no comprenden esta situación. Las responsabilidades aumentan y los sueños, planes de las y los adolescentes que esperan un hijo/a,

pueden quedar postergados ⁽⁵⁾.

Las adolescentes que acuden al C. S. de Pampa Grande no escapan a esta realidad, el tema propuesto es de interés del investigador puesto que se ha observado una frecuencia considerable de gestantes en este grupo etareo, las cuales en ocasiones truncan su desarrollo personal para asumir la responsabilidad de este nuevo ser, a su vez sienten el rechazo de la sociedad e incluso ponen en riesgo su vida, puesto que el alumbramiento se ve complicado por la inmadurez de su anatomía. Considerando, lo antes mencionado, es que se realizó la presente investigación, con el propósito de determinar los principales factores riesgo asociados a embarazo en adolescentes que acuden al centro de salud de Pampa Grande en Tumbes durante el año 2018, con el fin de reorientar las actividades y/o acciones de salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigidas a los/las adolescentes de este sector, que permitan hacer conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de los embarazos en la población afectada.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Determinar las características sociodemográficas de las adolescentes gestantes y no gestantes que acuden al C. S. Pampa Grande en el periodo marzo –mayo 2018.

1.3.2.2 Determinar el nivel socioeconómico de las adolescentes gestantes y no gestantes que acuden al C. S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

1.3.2.3 Determinar el funcionamiento familiar de las adolescentes gestantes y no gestantes que acuden al C. S. Pampa Grande en el periodo marzo –mayo 2018.

1.3.2.4 Asociar las características sociodemográficas con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

1.3.2.5 Asociar los factores familiares con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

1.3.2.6 Asociar el nivel socioeconómico con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

1.4 Justificación del estudio

1.4.1 Importancia de la investigación

El problema planteado es trascendente, puesto que, como se ha evidenciado al plantear nuestro problema de investigación, Tumbes a nivel nacional es la cuarta región con mayor prevalencia de embarazos

adolescentes, sólo por debajo de departamentos de la selva, lugares donde el patrón cultural y la costumbre hace que la vida reproductiva inicie en periodos más tempranos. La prevalencia en Tumbes es del 18.4%, siendo el promedio nacional de 12.7%.

Los investigadores ⁽⁷⁾ y la sociedad en general han tratado de comprender las razones que propician un alto porcentaje de embarazos adolescentes no deseados, aun cuando diversas instituciones como la escuela, la iglesia y la familia, tratan de infundir en sus adolescentes una ideología de postergación de la actividad sexual, por lo menos hasta que los adolescentes hayan concluido sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos.

Desde el punto de vista práctico, los resultados van a permitir abordar el problema, estableciendo medidas preventivas, ya que los embarazos en adolescentes tiene un mayor riesgo de complicación tanto para la madre como para el feto, a partir de ello, proponer recomendaciones que coadyuven a los actores sociales decisivos con alternativas de solución en la problemática del embarazo adolescente; por lo que desde las implicancias prácticas la investigación representa en una primera aproximación un gran recurso de apoyo a la salud pública, con el objeto de que los directivos tomen disposición de los resultados y enrumben estrategias centrales que contribuyan a la inducción de cambios y transformaciones a nivel de la población adolescente .

Por todas estas consideraciones, el desarrollo del tema propuesto es importante y se justifica, ya que servirá como base útil para el conocimiento de este problema en nuestro medio.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

Existieron las facilidades de la coordinación del servicio de enfermeros del Centro de Salud Pampa Grande, así como de la unidad de la mujer y del adolescente para la realización el trabajo de investigación, las pacientes

previamente recibieron una sesión educativa para explicar el objetivo del estudio y las características del mismo. Todos los materiales y recursos requeridos para la investigación fueron ofertados por el investigador no representando gasto alguno a la institución, siendo los permisos conseguidos oportunamente.

1.5 Limitaciones del estudio

El presente trabajo constituye un primer acercamiento a la realidad que estamos investigando, al ser un trabajo observacional relacional pretende determinar los factores de riesgo con el embarazo adolescente, sin embargo, el presente estudio no encontrará relaciones causales por no ser experimental.

Dentro de las posibles limitaciones de nuestra investigación podríamos tener la falta de colaboración de las pacientes, los cuales en reiteradas oportunidades son reacias a proporcionar información; más aún cuando en su condición de gestantes muchas de ellas no se encuentran cómodas, puesto que en muchos casos sufren la crítica y rechazo de la sociedad, por tal motivo el presente trabajo requerirá del trabajo de disuasión y persuasión por parte de los investigadores a fin que los pacientes accedan a participar del mismo.

Finalmente, podemos mencionar que el diseño de la presente investigación limita sus resultados en la medida que los datos obtenidos son válidos sólo para la muestra de estudio no pudiendo extenderse a otras realidades similares sin el control de las variables del estudio.

En cuanto el acceso a material bibliográfico en la ciudad de Tumbes, no existe en todo el departamento una biblioteca con la suficiente información requerida, además que de por sí no existen investigaciones en la región respecto al tema específico que estamos tratando, por lo que el presente trabajo marcará el punto de partida para dichas investigaciones.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

Carvajal R., Valencia H., y Rodríguez R ⁽⁸⁾. (Colombia, 2017). Tuvieron como objetivo identificar los principales factores asociados al embarazo en una cohorte de 316 mujeres adolescentes escolarizadas entre 13 y 19 años. En la primera medición las adolescentes no debían estar en embarazo. Se aplicó un cuestionario basado en un modelo teórico que involucró varios niveles y constructos. Seis meses después se hacía test de embarazo. Se realizó análisis de regresión múltiple logística para buscar factores de riesgo y protectores en relación al evento embarazo. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 14.5 años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. El estudio concluye que los factores de riesgo y protectores de un embarazo temprano no sólo están en el nivel individual, sino que abarcan también el ámbito de los pares y la familia de la adolescente, al igual que de los servicios de salud.

Rodríguez N, Cala A, Nápoles J, et al ⁽⁹⁾. (Cuba, 2017). Realizaron un estudio de casos y controles para identificar factores de riesgo, del embarazo en la adolescencia. Las embarazadas adolescentes captadas durante el año (42 casos) y el duplo de adolescentes que nunca estuvieron embarazadas, seleccionadas dos por cada caso (86 controles). Se analizaron variables de conocimientos.

La información obtenida de una encuesta previamente validada. Resultaron factores de riesgo para el embarazo el tener sus primeras relaciones sexuales entre 15 y 19 años y no poseer conocimiento sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia. En su gran mayoría las adolescentes conocían la edad óptima para embarazarse y no consideran el aborto como método anticonceptivo.

Choque Y, Choque M, Pérez E, et al ⁽¹⁰⁾ (Bolivia, 2014).

Presentan su tesis que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes. El estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y tuvo como instrumento la encuesta, la muestra fue por conveniencia y estuvo conformada por 10 gestantes. Los factores de riesgo identificados en la dimensión personal fueron la edad, las patologías, el estado nutricional y el estado civil y como factores de protección aparecieron la capacitación, el apoyo de pares o la familia, aceptar el embarazo y los controles prenatales.

Ramírez J, Gómez C, Villarreal J, et al ⁽¹¹⁾. (México, 2013).

El objetivo del estudio fue determinar la magnitud y la interrelación de los factores de riesgo y de protección, para embarazo en adolescentes mexicanas. Se estudiaron 494 primigestas de dos hospitales de los Servicios de Salud de Nuevo León y, 494 adolescentes no embarazadas. Se aplicó una encuesta y se estimó la razón de momios (rM) con iC 95%. Se realizó regresión logística, con embarazo o no como variable dependiente. El estudio concluye que los factores independientes que representan protección son: el empleo, estar estudiando, tener una familia nuclear y funcional, pertenecer a una religión y el haber recibido información sobre sexualidad⁹.

Arana C, Martínez R, y Rosales C ⁽¹²⁾. (Argentina, 2013).

Presentan su tesis cuyo objetivo era determinar los factores de riesgo que se consideran en relación al aumento de los embarazos en las adolescentes, de un hospital de Mendoza. La muestra estuvo constituida por 60 gestantes adolescentes, a quienes se les aplicó una encuesta. Los resultados indican que el embarazo provoca deserción escolar, las gestantes adolescentes dependen económicamente de los padres, finalmente las autoras destacan que los embarazos adolescentes ocurren por una deficiente comunicación entre profesores, padres de familia y adolescentes, además hay mucha falta de información segura y distorsionada por parte de amigos y entorno social de los jóvenes.

Gonzáles J, Salamanca J, Quiroz R, et al ⁽¹³⁾ (Colombia, 2012).

Tesis con el objetivo de estimar los factores intervinientes para el embarazo en población adolescente escolarizada. El estudio fue observacional transversal con 7068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá. Al estudiar los factores de riesgo se encontró que, no haber recibido información sobre planificación vs. (Versus) entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4). Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95 % 2,3-25,8). No planificó en primera relación (OR de 3,9 IC 95 % de 2,2–7). No se encontraron como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro. El estudio concluye que el embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas.

A nivel nacional

Herrera R., Rojas A.⁽¹⁴⁾ (Juliaca, 2016). El objetivo de la investigación fue determinar los factores asociados a embarazo en

adolescentes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. La investigación fue transversal, correlacional y la muestra fue 151 madres adolescentes. La etapa tardía de la adolescencia es la de mayor ocurrencia de embarazos (79%), los factores personales de la adolescente fueron edad de 17 a 19 años, ausencia de proyecto de vida (47%), educación sexual brindada por docentes (34%) y paternidad responsable informada por ninguno (51%); los factores socioculturales fueron secundaria incompleta (44%), conviviente (59%), de ocupación ama de casa (66%), vive con la pareja (55%), consumo de bebidas alcohólicas (62%) y medios de comunicación televisivos (51%); los factores económicos encontrados fueron dependencia económica de la pareja.

Quispe Y.⁽¹⁵⁾ (Lima, 2015). El objetivo de su tesis fue establecer los factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital San Bartolomé. El estudio fue analítico de casos y controles. La muestra estuvo conformada en total por 194 adolescentes divididos en dos grupos: 97 adolescentes con reincidencia de embarazo (grupo caso) y 97 adolescentes con un solo embarazo que culminó en parto (grupo control). Para el grupo caso se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple y para el grupo control un muestreo por conveniencia. El estado civil soltera, el consumo de tabaco, la menarquia precoz, el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, el tener de 3 a más parejas sexuales, el no usar métodos anticonceptivos, la conducta sexual de riesgo, el embarazo no planificado, parto por cesárea, antecedente de violencia física, el cambio de pareja y la edad menor de 19 años de la pareja son factores de riesgo para la reincidencia de embarazo.

López L y Luna S.⁽¹⁶⁾ (Lima, 2014). Tuvieron como objetivo determinar los factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho. El estudio fue descriptivo transversal y participaron 384 gestantes adolescentes. Los resultados indican que la edad de mayor prevalencia es de 19 años, con 22.7%. El estado civil de soltera fue de 59.6%. En su mayoría, las adolescentes son amas de casa (43%). En cuanto a los factores familiares en antecedentes de embarazo en adolescencia, se halló que en el 12% de los casos la madre también estuvo embarazada a su edad. Los factores sociales indican que en el 62.5% de los casos el ingreso familiar fue de 600 a 1000 soles. El estudio concluye que los factores asociados al embarazo en adolescentes son: la edad, solteras con secundaria completa, de ocupación ama de casa y cuyo inicio de relaciones sexuales es 15 años.

Rodríguez A, Ruiz D, y Soplín R.⁽⁵⁾ (Iquitos, 2014). Tuvieron como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes. La muestra estuvo constituida por 96 adolescentes gestantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario sobre factores de riesgo, nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes y el test de Apgar. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y la visita domiciliaria. Entre los hallazgos relevantes se encontró que el nivel de conocimiento sobre embarazo de las gestantes estuvo asociada a la menarquía, edad de inicio de actividad sexual, la presencia de los padres, la presión del grupo y la relación familiar. El antecedente de embarazo no estuvo asociado al nivel de conocimiento.

Osorio R.⁽¹⁷⁾ (Lima, 2014). El objetivo de su tesis fue determinar los principales factores características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se empleó un cuestionario validado. Se entrevistó a 100 pacientes adolescentes gestantes. El 90% se encuentran entre los 14 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 64% provienen de familias desintegradas, 75% tienen grado de instrucción secundaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 82% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

A nivel regional

Ordoñez L, Panta T. ⁽¹⁸⁾ (Tumbes, 2005). Realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores socioculturales que influyen en las actitudes relacionadas al embarazo no deseado en adolescentes que acudieron a los servicios de ginecoobstetricia en el hospital regional. El estudio fue no experimental, descriptivo, correlacional transversal. La muestra estuvo compuesta por 92 gestantes adolescentes. Los resultados mostraron que el 41% tenía entre 17 a 19 años, el 26% y 24% tenían secundaria completa e incompleta, respectivamente. El 46% fueron convivientes, 56% amas de casa, 55% católicas, 30% residieron en zonas urbanas y 32% tuvieron grado de conocimiento deficiente, los mismos que presentaron una actitud indiferente frente al embarazo no deseado. Se concluye que los factores socioculturales influyen en las actitudes que muestran los adolescentes frente al embarazo no deseado.

2.2 Bases teóricas

Desde el objeto de estudio de la disciplina, epistemológicamente enfermería es una disciplina eminentemente social; por lo que desde esta perspectiva las bases de sustentación teórica científica para la presente investigación corresponden a la teoría de Madeleine Leininger; quien aplica los elementos tetraparadigmáticos (persona, salud, cuidado y entorno) y representa a su vez, a través de su modelo del sol naciente las diversidades culturales y el contexto en el cual se desarrolla el adolescente; siendo estos: estructura cultural y social (factores tecnológicos, factores religiosos, familia y factores sociales, valores culturales y modo de vida, factores políticos y legales, factores económicos, factores educacionales); estos factores van a influir sobre el sistema profesional, popular y de la enfermería; por tanto representan un ente determinante para que el adolescente decida sus acciones a seguir⁽¹⁹⁾.

Según Madeleine, las personas que precisan cuidados, tienden a recurrir a cuidadores cercanos (generalmente no profesionales), tales como miembros de la familia o amigos y solo si la situación empeora recurren a los cuidados profesionales; en caso de los adolescentes cuando tienen dudas respecto al inicio de su actividad sexual en primera opción recurren a los amigos, luego los padres y solo cuando se presentan problema como un embarazo recurren a profesionales de la salud⁽¹⁹⁾.

Una de las principales predicciones que hace en su teoría es que la salud y el bienestar pueden predecirse mediante la epistemología de los cuidados. A través de sus estudios de campo identificó y realizó algunos enunciados⁽²⁰⁾:

- Las adolescentes buscan que les brinden cuidados de enfermería de acuerdo a sus valores y conductas aprendidas en su comunidad. Al realizarse estudios sobre los cuidados, creencias y valores pueden descubrirse y predecirse los signos de salud o bienestar de los pacientes.

- Las diferencias interculturales en las creencias sobre los cuidados y los valores del adolescente reflejan diferencias identificables en la práctica de los cuidados de enfermería.

Según el modelo del Sol Naciente considera a los adolescentes inseparables de su cultura y su estructura social, lo cual influye significativamente en su modo de vida, para experimentar conductas aprendidas que pueden ser favorables o no favorables en la toma de decisiones ⁽²¹⁾.

El modelo del sol naciente simboliza “la salida del sol (cuidados)”. La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y factores sobre la visión del mundo que influyen en los cuidados y la salud, a través del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen sobre los sistemas populares, profesionales y de la enfermería, que se encuentran en la mitad inferior del modelo. Las dos mitades juntas constituyen el sol completo, que representa el universo que los enfermeros deben tener en cuenta para poder apreciar los cuidados humanos y la salud.

Según Leininger, el subsistema de la enfermería puede actuar como puente entre los sistemas de salud comunitaria y personal mediante tres tipos de acciones cuidadoras de enfermería: la preservación del cuidado cultural, la acomodación del cuidado cultural y la remodelación cultural. Este modelo considera a los adolescentes inseparables de su cultura y su estructura social, lo cual influye significativamente en su modo de vida, para experimentar conductas aprendidas que pueden ser favorables o no favorables en la toma de decisiones; estos a su vez constituyen un pilar básico de la teoría de Leininger ⁽¹⁹⁾.

Los factores de riesgo para los adolescentes se agrupan en individuales, psicosociales, sociales, culturales y educativos; sin embargo, se debe mencionar que la congruencia estos factores produce el embarazo, es decir que es multicausal.

Factores individuales

En estos factores se encuentran: La dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia ⁽²²⁾.

Factores psicosociales

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familias. Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz.

En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia ⁽²³⁾. Dentro de las causas psicológicas se mencionan: Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido, utilizan el embarazo como un medio para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente, otra causa es castigar a los padres por su incomprensión y para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil, finalmente sólo para agradar al novio.

Según Rodríguez ⁽²⁴⁾, la familia tiene una enorme influencia sobre las conductas de las muchachas y es un canal principal para su formación y habilitación como sujetos responsables. Cuando las familias preparan

adecuadamente a sus hijos es mucho más probable que las conductas sexuales estén asignadas por la responsabilidad. En algunos casos esta responsabilidad puede llevar a que se postergue la primera relación sexual, mientras que en otros significa adoptar precauciones para evitar problemas de salud y embarazos no deseados.

La calidad de interacción del adolescente con la familia es uno de los factores protectores más importantes para el inicio de la actividad sexual precoz como para otras conductas de riesgo. La frecuencia de inicio precoz de actividad sexual se correlaciona con el antecedente de embarazo adolescente de la madre, divorcios y nuevos matrimonios de la madre. Las familias disfuncionales en su estructura dinámica, es decir con situaciones de inestabilidad en el hogar, pueden limitar el pleno equilibrio seguridad y desarrollo del adolescente sometiéndolo a un mayor riesgo de relaciones sexuales tempranas o un embarazo.

Dentro de las características de las familias disfuncionales podemos mencionar: desarticulación, incongruencia o ausencia de roles (mujer, hombre, padre, madre, hijo etc.), abandono de la figura significativa (padre, madre, tío, abuelo, etc.), promiscuidad por hacinamiento (incesto, violación), presencia de un caso de embarazo precoz dentro del hogar (madre, hermana), como modelaje o factor que propicia cambios en la dinámica familiar; inadecuada comunicación entre los adolescentes, y los adultos significantes (padres, maestros, etc.).

Se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes o con amigas o hermanas embarazadas en la adolescencia, se embarazan a la misma edad. La adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá ⁽²⁵⁾.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida

saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia ⁽²²⁾.

La disfunción familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres ⁽²⁰⁾.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz ⁽²⁰⁾.

Las amistades en la adolescencia juegan un rol importante en el desarrollo del sujeto, las adolescentes pueden verse presionadas a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidas de su grupo de pares. Algunas jóvenes quedan embarazadas porque no vislumbran otra alternativa para su existencia y carecen de mayores aspiraciones, además de encontrar en las relaciones sexuales un apoyo y correspondencia emocionales que las ayuda a afirmar su femineidad. También idealizan y exigen demasiado de la maternidad, considerándola como una oportunidad para definirse a sí mismas. Así, su embarazo se convierte en una forma de "escapar" al proceso de maduración en la adolescencia.

Cuando los adolescentes no resuelven sus dudas con sus padres, lo más común es que platicuen con sus compañeros de escuela, amigos o que investiguen por su propia cuenta acerca de temas sobre relaciones sexuales²⁰. Los medios de comunicación también forman parte del problema, puesto que existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, de igual forma que al inicio precoz de relaciones sexuales. El mensaje que se trasmite a través del cine, televisión y radio es unidireccional y se encuentra cargado de erotismo y violencia, se propician actitudes, conductas y estilos de vida donde la responsabilidad, respeto, libertad y amor pierden su real valor en el contexto de las relaciones humanas.

Factores culturales

En los factores culturales entran a tallar las controversias entre el sistema de valores del adolescente y el de sus padres; cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía, y a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas⁽²⁶⁾.

También las creencias tienen un papel preponderante a nivel cultural, es común que entre adolescentes circulen mitos, tales como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración. La persistencia de mitos, tabúes y creencias en los adolescentes es más notoria dentro del grupo, propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles⁽²⁶⁾.

Tener hijos es una gran realización para las personas y una experiencia maravillosa si hay condiciones adecuadas para ello. Sin embargo, cuidar un bebé significa una gran responsabilidad de tiempo y dinero. Generalmente los adolescentes no tienen esas condiciones y deben sacrificar mucho tiempo para

asegurar a su bebé lo que necesita, esto les resta tiempo para realizar sus actividades lo cual no siempre da tranquilidad y sensación de satisfacción ⁽²⁶⁾.

Otro de los mitos es que entre más hijos/as tiene un hombre más hombre es; al respecto se debe manifestar que: la masculinidad no se expresa por el número de hijos que un hombre tiene, ser un hombre valioso implica ser responsable, estar consciente de sus derechos, pero también de sus obligaciones y respetar a las demás personas. Tener bebés y no estar preparado para atenderlos, ni dispuestos a darles el cariño y la atención que merecen no es ser un hombre valioso, es ser irresponsable ⁽²⁶⁾.

Factor educativo

Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo a las características socioculturales de las diversas poblaciones. Así, por ejemplo, existen poblaciones en que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado, y por el contrario su no ocurrencia es rechazada; esta situación que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas no van a incidir negativamente en aspectos tales como aumento en la tasa de abortos; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima, por su componente religioso y conservador.

Adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud, es el período comprendido entre los 10 y 19 años ⁽²⁷⁾. Es la etapa de la vida de todo ser humano, donde se sufre de cambios físicos, hormonales y de carácter, en algunos casos es tardía hasta los 21 años el joven experimenta diversidad de cambios que lo

confunden pues su entorno lo considera confuso, y es la etapa en que los seres queridos le tienen que demostrar comprensión, amor y apoyo.

El comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de la OPS ⁽²⁸⁾ define “A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada a los doce o trece años debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo, sino que depende de factores psicosociales más amplios y complejos, originados principalmente en el seno familiar”.

Embarazo

Es un estado en el cual la mujer, por la posibilidad que le brinda su sistema reproductivo puede albergar dentro de su útero, rodeado de líquido amniótico, que está contenido en el saco amniótico, a un nuevo ser, producto de la fecundación del óvulo por parte de un espermatozoide masculino. También se puede decir que se denomina embarazo al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.

El embarazo es la etapa de la mujer en que un nuevo ser se está formando en toda su estructura física dentro de su útero transmitiéndole todo lo que el feto necesita como alimento, protección, seguridad, calor, amor. El cual inicia desde la implantación en el útero hasta cuando llega a su fin, siendo esta las 40 semanas, terminando en el momento del parto, aunque no se llegue a la totalidad de semanas de gestación. Pues este se puede interrumpir en cualquier momento de esta etapa, considerándose como aborto antes de las 22 semanas, o parto después de las 22 semanas de gestación.

2.3 Definición de términos

Embarazo en adolescentes: es el que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz ⁽²⁷⁾.

Nivel socioeconómico: es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Para determinar este atributo se estudian distintas variables relacionadas con la vivienda, el nivel de hacinamiento, los ingresos medios, la educación y el trabajo del jefe de hogar. A partir de esto se clasifican los hogares en cinco grupos de mayor a menor pobreza: bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto.

Familia: es un núcleo compuesto por personas unidas por parentesco o relaciones de afecto.

Disfunción familiar: Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Nivel educativo: es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psico-físico social y cultural. Los niveles de educación son: inicial, educación general básica, polimodal y superior no universitario.

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis principal

Existen factores de riesgo que se asocian al embarazo en adolescentes, tales como las características sociodemográficas, el funcionamiento familiar y el nivel socioeconómico.

Hipótesis derivadas

- Existen factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo) que predisponen a la adolescente a embarazarse prematuramente.
- La disfunción familiar representa un factor de riesgo para embarazo prematuro en adolescentes.
- El nivel socioeconómico de las adolescentes constituye un factor de riesgo para embarazo precoz.

3.2 Variables y definición operacional

- Factores de riesgo
- Embarazo en adolescentes

Definición conceptual de la variable

Factores de riesgo en adolescentes: Son todos aquellos aspectos que están en el contexto e influyen de forma negativa o positiva en los adolescentes.

Embarazo en adolescentes: Condición de gestación en mujeres de 11 a 19 años.

Definición operacional de la variable:

Factores de riesgo en adolescentes: Para el presente estudio se consideraron como factores de riesgo: El Factor sociodemográfico, nivel económico, factores familiares.

Para el factor sociodemográfico se empleará un cuestionario con preguntas directas respecto de: centro educativo, edad, estado civil, nivel educativo y número de embarazo.

Para el nivel económico se empleará la ficha socioeconómica única (FUS) aplicada por el Sistema de focalización de hogares (SISFOH), que tiene a cargo el proceso de determinación de la clasificación socioeconómica, requisito que es exigido para acceder a las intervenciones públicas focalizadas como pensión 65, Beca 18 así como el Sistema integral de salud (SIS), las clasificaciones socioeconómicas son en 7 niveles: Del nivel SISFOH 1 al 2 son considerados “pobres extremos”, del SISFOH 3 al 5 son “pobres no extremos”, del SISFOH 6 al SISFOH 7 son “no pobres”.

Para los factores familiares se utilizará el cuestionario Apgar familiar que clasifica a las familias como: altamente funcionales, moderadamente funcionales y familias severamente disfuncionales.

Embarazo en adolescentes: Para el presente estudio se preguntará a la adolescente si se encuentra gestando, además de ser afirmativa su respuesta se corroborará en la historia clínica correspondiente.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA	INSTRUMENTO	VALOR
Factores de riesgo (Independiente)	Factores sociodemográficos	Edad	Ordinal	Cuestionario	12-15 años 16-19 años
		Estado civil	Nominal		Casado Conviviente Soltera
		Nivel educativo	Ordinal		Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	Factores socioeconómicos	Calidad de vida	Ordinal	SISFOH Ficha socioeconómica Única (FUS)	Pobres extremos
		Gastos en servicios básicos.			Pobres no Extremos
		Sueldos y salarios.			No pobres
Factores familiares	-Adaptabilidad -Participación -Crecimiento -Afecto -Resolución	Ordinal	Escala de Apgar familiar	Disfunción grave Disfunción moderada Familia funcional	
Embarazo en adolescentes (Dependiente)	-----	Controles prenatales.	Nominal	Observación Cuestionario.	No tiene embarazo Tiene embarazo.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

De acuerdo a la clasificación de J. Supo⁽²⁸⁾ nuestro estudio es de tipo:

- Según la intervención del investigador es *observacional*, ya que no hay intervención del observador, sólo nos limitaremos a describir la asociación de las variables de estudio sin manipulación de las mismas.
- Según la planificación de los datos es *prospectivo*, cuando los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito para la investigación, es el investigador quien realiza las mediciones (datos primarios)
- Según el número de veces en que se mide la variable de estudio es *transversal*, ya que la variable será medida una sola vez.
- Según el número de variables de interés es un estudio analítico, el análisis estadístico en bivariado porque busca asociar los factores de riesgo con el embarazo en adolescentes.

El nivel de investigación es RELACIONAL, ya que solo utiliza la estadística inferencial para determinar la asociación entre dos o más variables de interés.

4.2 Diseño muestral

Población:

La población de estudio estuvo constituida por todas las adolescentes que acudieron al Centro de Salud Pampa Grande, durante el periodo marzo 2018 – mayo 2018.

Muestra: Estuvo constituida por dos grupos:

- Adolescentes embarazadas que acudieron al control prenatal del Centro de salud Pampa Grande y,
- Adolescentes no embarazadas que acudieron al programa del adolescente del referido centro de salud.

Para obtener la muestra de los dos grupos utilizamos el siguiente algoritmo para proporciones en poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Dónde:

N: Población total. $N_1 = 50$ $N_2 = 100$

Z: Nivel de confiabilidad al 95% = 1.96

P: proporción de embarazo: $p_1: 95\%$ $p_2: 5\%$

Q: $1-p$

D: error: 5%

Por ende:

$n_1 = 30$ adolescentes embarazadas y $n_2 = 43$ adolescentes no embarazadas

Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años que acudieron a los consultorios externos del servicio de Control Prenatal del Centro de salud Pampa Grande.
- Adolescentes no embarazadas de 12 a 19 años que acudieron a los consultorios externos del servicio de Salud del adolescente del Centro de salud de Pampa Grande.

Criterio de exclusión

- Adolescentes que se nieguen a brindar el consentimiento.
- Adolescentes sin pleno uso de sus facultades mentales.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Se realizaron los trámites administrativos para obtener la autorización del Centro de Pampa Grande, luego de ello se iniciaron las coordinaciones con los profesionales responsables de la unidad de la mujer y con la unidad del adolescente a fin que permitiesen la aplicación del mismo.

La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Fueron 2 los cuestionarios administrados: la ficha socioeconómica única (Anexo 3) y el cuestionario Apgar familiar (Anexo 4)

Ficha socioeconómica Única es el instrumento por medio del cual se recogen las características socioeconómicas del hogar. La ficha cuenta con tres secciones: características de la vivienda, características del hogar y características de los miembros del hogar.

La Metodología de Cálculo del Índice de Focalización de Hogares que permite establecer la elegibilidad de las personas. Esta condición se determina, evaluando la información acerca de la calidad de vida de persona (IFH); sus ingresos laborales como trabajador asalariado que corresponde a lo registrado por la planilla pública y privada; y el gasto en servicios básicos.

El Algoritmo permite transformar, mediante un procedimiento matemático, las características socioeconómicas del hogar en un índice, cuyos valores más bajos identifican a las familias con menor calidad de vida y sus valores más altos los de mayor bienestar.

En el Perú se ha establecido 7 niveles socioeconómicos de los hogares. Los grupos relevantes son los cinco primeros, pues para tener los menores errores de focalización posible la intervención debería darse a todos los hogares que tengan a lo más un nivel de SISFOH 5. Estos 7 niveles se determinan a partir de los dos puntos de corte antes discutido. Con el primer punto de corte se divide a la población en dos grupos del mismo tamaño, constituyendo con ello

los niveles SISFOH 1 y SISFOH 2; mientras que la población ubicada entre el primer y segundo umbral se divide en tres partes del mismo tamaño constituyendo con ello los niveles SISFOH3, SISFOH4 y SISFOH5 (Anexo 8).

Obtenida la información se ingresa al aplicativo de consulta online del SISFOH a fin de determinar el nivel socioeconómico de la persona evaluada.

El Cuestionario de Apgar familiar es un instrumento que muestra cómo se perciben los miembros de la familia, es decir el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Ficha socioeconómica Única (FUS)

Fiabilidad: La media de la fiabilidad de esta prueba en estudios previos por el método paralelo es de 0.92. En el presente estudio se realizó una prueba piloto en el 50% de la muestra, mediante el método paralelo y la kappa de Cohen, a fin de determinar la confiabilidad en nuestra población de estudio, siendo los valores obtenidos de 0.934 y 0.873 respectivamente (Anexo 5).

Validez: La Nueva Ficha Socioeconómica Única 2013 (FUS 2013), aprobada por Resolución Ministerial N° 066-2013-MIDIS y vigente a partir del 16 de marzo del 2013 para todo el territorio nacional, es un instrumento que por su naturaleza y uso oficial es válido.

Test Apgar familiar

Fiabilidad: La media de la fiabilidad de esta prueba en estudios previos por el método alfa de Crombach es de 0.75 y por el método paralelo

0.84. En el presente estudio se realizó una prueba piloto en el 50% de la muestra, mediante ambas pruebas estadísticas a fin de determinar la confiabilidad en nuestra población de estudio, obteniendo como resultados 0.72 y 0.87 respectivamente (Anexo 7).

Validez: El test de Apgar familiar es ampliamente usado en estudios a nivel nacional e internacional y ha demostrado medir con sensibilidad y especificidad la funcionalidad familiar. En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar). La validez de este instrumento en el país obedece a la NTS N°034-MINSA/DGSP-V.02, Norma técnica de salud para la atención integral de salud para la etapa de vida adolescente aprobada con R.M. 973-2012/MINSA, por ende se trata de un instrumento que por su naturaleza y uso oficial es válido.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Finalizado el trabajo de campo, los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS/PC versión 20, con el que se realizaron los siguientes análisis: distribución de frecuencias en variables cualitativas; para analizar la relación de dependencia o independencia entre dos variables cualitativas o factores, se realizaron tablas de contingencia (es una tabla de doble entrada, donde en cada casilla figura el número de casos o individuos que poseen un nivel de uno de los factores o características analizadas y otro nivel del otro factor analizado), la prueba estadística para estimar diferencias entre dos variables fue la chi –cuadrado y para la asociación se utilizó la prueba Rho de Spearman. La presentación de los datos se realizó en tablas o en gráficos.

4.5 Aspectos éticos

Durante el desarrollo de la investigación científica se cumplirán en todo momento los principios de científicidad que postula GOZZER y que son:

Confidencialidad: los secretos expuestos por los participantes en el estudio de investigación no serán públicos, se mantendrá en reserva toda información a fin de no ser divulgados por otro medio que no sea el presente trabajo de investigación.

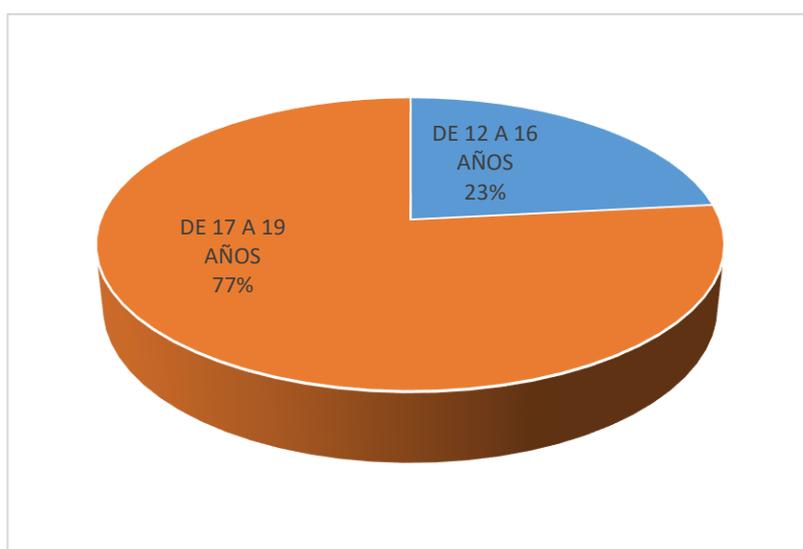
Credibilidad: La confianza de la información que se obtendrá durante la técnica documental se apegará a la verdad.

Confirmabilidad: a partir de este criterio cualquier otro investigador quien examine los datos puede llegar a conclusiones o resultados similares a los del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. Los resultados se ajustarán a lo hallado en las radiografías eliminando cualquier prejuicio del investigador.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Una vez realizado el trabajo de campo se obtuvieron los siguientes resultados:

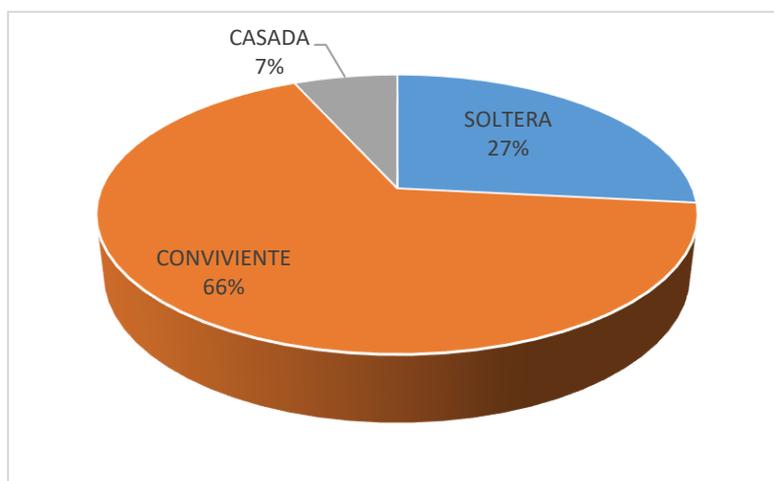
Gráfico N° 01: Edad de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Del total de adolescentes gestantes entrevistadas (n= 30), el 23% tenía entre 12 y 16 años y el 77% tenía entre 17 a 19 años. (Gráfico N° 01)

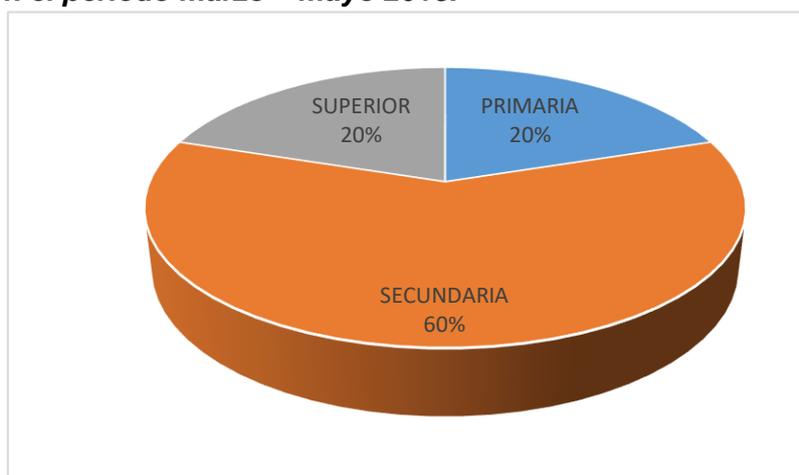
Gráfico N° 02: Estado civil de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Del total de adolescentes entrevistadas (n= 30), el 66% refiere ser conviviente, y el 27% es soltera, sólo el 7% de las gestantes tiene vínculo matrimonial. (Gráfico N° 02)

Gráfico N° 03: Nivel de instrucción de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Del total de adolescentes entrevistadas (n= 30), el 60% refiere ser tener secundaria, tanto las gestantes con educación superior como las que poseen educación primaria registraron el 20% respectivamente. (Gráfico N° 03)

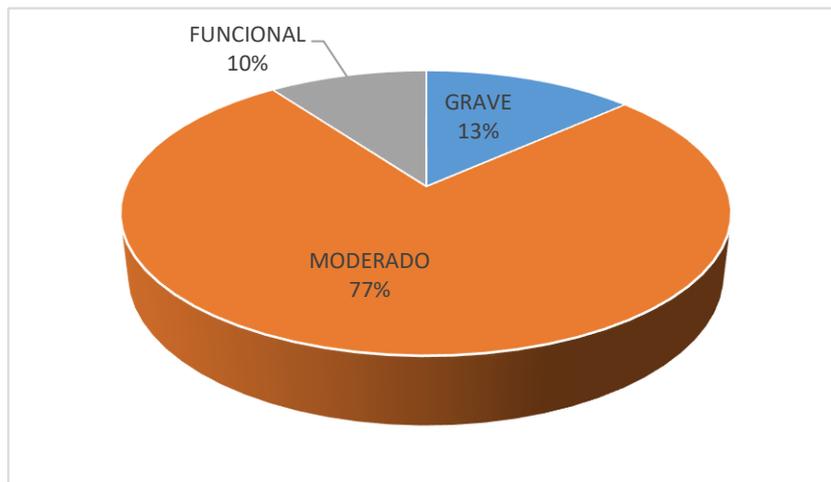
Gráfico N° 04: Nivel socioeconómico de las gestantes atendidas el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

No hubo gestantes en categoría no pobres; el 77% de las mismas se encontraron en la categoría pobre no extremo y el 23% son pobres extremos. (Gráfico N° 04)

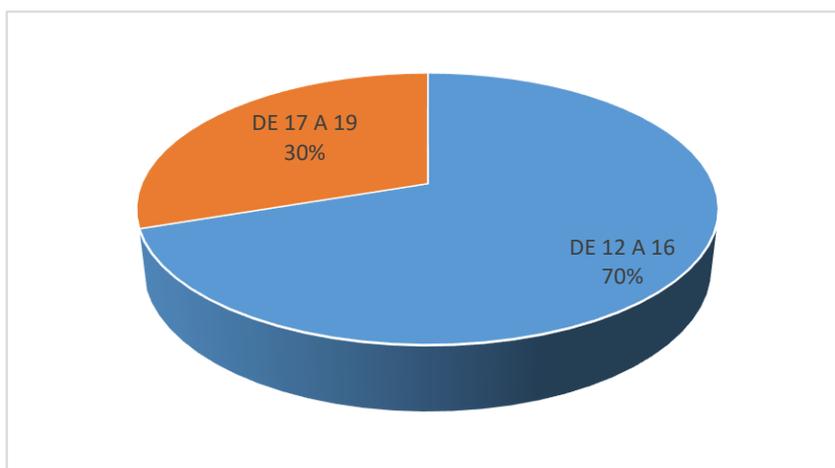
Gráfico N° 05: Funcionamiento familiar de las gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

De las gestantes encuestadas el 13% mostró disfunción familiar grave y el 77% disfunción familiar moderada, sólo el 10% de las gestantes pertenece a familias funcionales. (Gráfico N° 05)

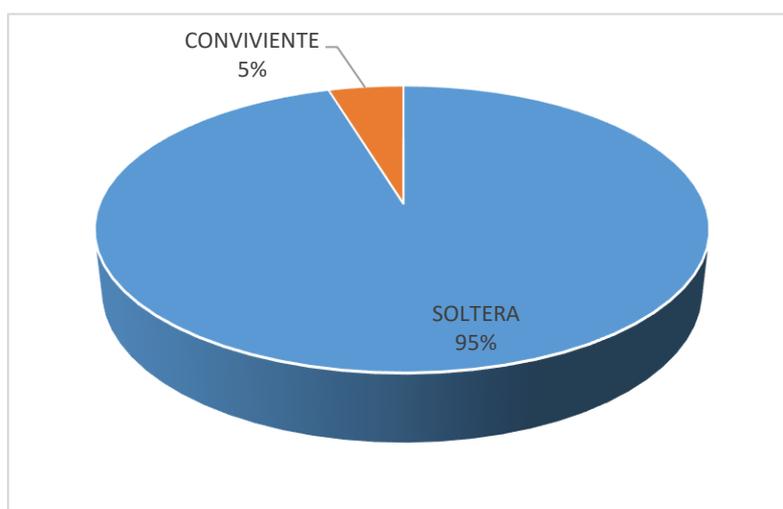
Gráfico N° 06: Edad de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Por otro lado, en el grupo de las no gestantes; del total de adolescentes entrevistadas (n= 43), el 70% tenía entre 12 y 16 años y el 30% tuvo entre 17 a 19 años. (Gráfico N° 06)

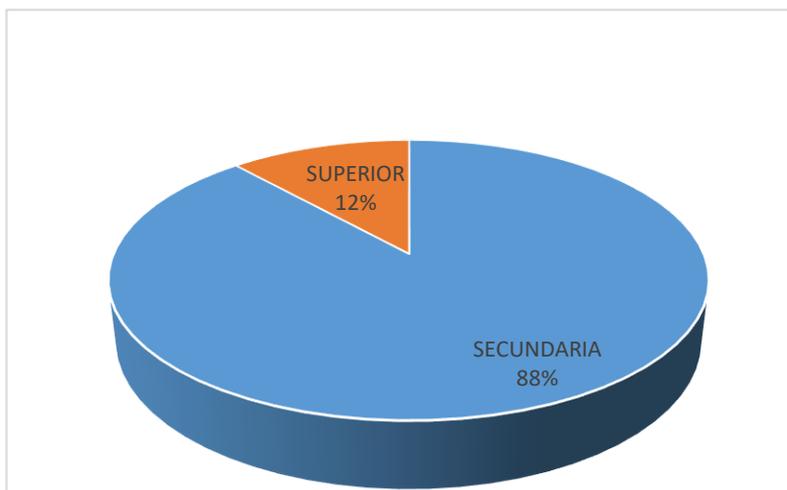
Gráfico N° 07: Estado civil de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

El estado civil de las no gestantes fue registrado en su mayoría como solteras (95%) y las restantes como convivientes. (Gráfico N° 07)

Gráfico N° 08: Nivel de instrucción de las no gestantes atendidas en C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Del total de adolescentes no gestantes entrevistadas (n= 43), el 88% refiere tener secundaria completa y el 12% educación superior; no hubo adolescentes no gestantes iletradas o con sólo primaria. (Gráfico N° 08)

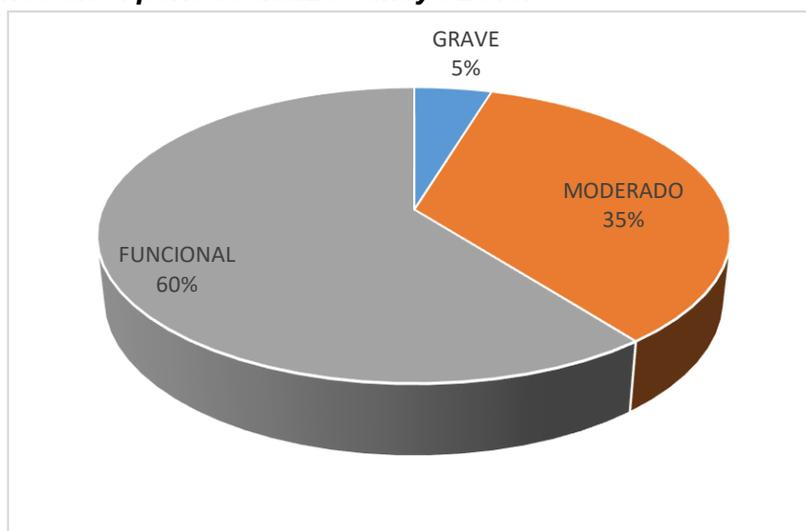
Gráfico N° 9: Nivel socioeconómico de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

De las no gestantes encuestadas, el 95% pertenece al pobre no extremo y el 5% restante al estrato pobre extremo, no hubo adolescentes en el estrato no pobre. (Gráfico N° 9)

Gráfico N° 10: Funcionamiento familiar de las no gestantes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.



Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

De las no gestantes encuestadas, el 60% posee un hogar funcional y el 5% proviene de un hogar con disfuncionalidad grave. (Gráfico N° 10)

Tabla N° 01: Asociación de la edad con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

		EMBARAZO		Total	Rho Spearman
		NO	SI		
EDAD ORDINAL	DE 12 A 16	30	7	37	Rho = 0.457
		81%	19%	100%	
	DE 17 A 19	13	23	36	p-valor Rho =
		36%	64%	100%	4.83E-5
Total		43	30	73	p-valor X ² =
		59%	41%	100%	9.85E-5

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Al comparar el grupo de adolescentes gestantes con aquellas que no presentan tal condición se pudo observar que el 81% de las adolescentes entre 12 a 16 años no se encuentran embarazadas; por otro lado, en las adolescentes de 17 a 19 años el 64% está embarazada. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$) y alto grado de asociación ($Rho = 0.457$). (Tabla 1).

Tabla N° 02: Asociación del estado civil con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

ESTADO_CIVIL	EMBARAZO		Total	Rho
	NO	SI		Spearman
SOLTERA	41	8	49	
	84%	16%	100%	Rho = 0.718
CONVIVIENTE	2	20	22	
	9%	91%	100%	p-valor Rho =
CASADA	0	2	2	8.55E-13
	0%	100%	100%	p-valor X ² =
Total	43	30	73	6.08E-9
	59%	41%	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Al comparar el grupo de adolescentes gestantes con aquellas que no presentan tal condición se pudo observar que el 84% de las adolescentes solteras no se encuentran embarazadas; por otro lado, el 91% y el 100% de las convivientes y casadas si se encuentran embarazadas. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$) y muy alto grado de asociación ($Rho = 0.718$). (Tabla 2).

Tabla N° 03: Asociación del nivel educativo con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

		EMBARAZO		Total	Rho
		NO	SI		Spearman
NIVEL_EDUCATIVO	PRIMARIA	0	6	6	Rho = -0.107
		0%	100%	100%	
	SECUNDARIA	38	18	56	p-valor Rho =0.313
		68%	32%	100%	p-valor X ² =
	SUPERIOR	5	6	11	0.004
		45%	55%	100%	
Total		43	30	73	
		59%	41%	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Al comparar el grupo de adolescentes gestantes con aquellas que no presentan tal condición se pudo observar que el 68% de las que tienen educación secundaria, así como el 45% de las adolescentes que cuentan con educación superior no se encuentran embarazadas; por otro lado, el 100% de las adolescentes que cuentan sólo con educación primaria se encuentran embarazadas. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$), sin embargo, la asociación entre embarazo y el grado de instrucción es muy baja o poco importante (Rho = -0.107). (Tabla 3).

Tabla N° 04: Asociación de los factores familiares con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

		EMBARAZO		Total	Rho
		NO	SI		Spearman
FAMILIAR	GRAVE	2	4	6	Rho = -0.492
		33%	67%	100%	
	MODERADO	15	23	38	p-valor
		39%	61%	100%	Rho =9.61E-6
	FUNCIONALIDAD	26	3	29	p-valor X ² =
		90%	10%	100%	7.96E-5
Total		43	30	73	
		59%	41%	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Al comparar el grupo de adolescentes gestantes con aquellas que no presentan tal condición se pudo observar que, el 67% de las adolescentes que provienen de hogares con disfuncionalidad grave se encuentran embarazadas, de igual manera el 60.5% de las adolescentes que provienen de hogares con disfuncionalidad moderada también se encuentran gestando; por otro lado, sólo el 10% de las adolescentes, cuyo hogar es funcional se encuentran embarazadas. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$), y alta asociación entre funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes (Rho = -0.492). (Tabla 4).

Tabla N° 05: Asociación del nivel socioeconómico con el embarazo en adolescentes atendidas en el C.S. Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.

		EMBARAZO		Total	Rho
		NO	SI		Spearman
NSE	POBRE EXTREMO	2	7	9	Rho = -0.280
		22%	78%	100%	p-valor
	POBRE NO EXTREMO	41	23	64	Rho =0.017
		64%	36%	100%	p-valor X ² =
Total		43	30	73	0.017
		59%	41%	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado a la muestra del presente estudio.

Al comparar el grupo de adolescentes gestantes con aquellas que no presentan tal condición se pudo observar que, el 78% de las adolescentes con pobreza extrema se encuentran embarazada; por otro lado, sólo el 36% de los pobres no extremos se encuentran en esta condición. Existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$), y asociación entre funcionalidad familiar y embarazo en adolescentes ($Rho = -0.28$). (Tabla 5).

CAPÍTULO V. DISCUSION

En el presente estudio postuló la hipótesis que existen factores de riesgo que se asocian al embarazo en adolescentes, tales como las características sociodemográficas, el funcionamiento familiar y el nivel socioeconómico; además se especificó que existen factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel educativo) que predisponen a la adolescente a embarazarse prematuramente; asimismo, que la disfunción familiar al igual que el nivel socioeconómico constituyen factores de riesgo para el embarazo prematuro en adolescentes del centro de salud de Pampa Grande.

Las hipótesis han quedado plenamente demostradas, puesto que nuestros resultados indican que existe una asociación entre el embarazo en adolescentes y el nivel socioeconómico así como la gestación en adolescentes y la funcionalidad familiar; dichos resultados son congruentes con lo encontrado por Ordoñez en Tumbes ⁽¹⁸⁾; el autor manifiesta que los factores socioculturales influyen en las actitudes que muestran los adolescentes frente al embarazo no deseado, además que existen factores de relación intrafamiliar y nivel sociodemográfico, los que son de mayor predisposición a la ocurrencia de embarazo en adolescentes.

Lo anteriormente señalado tiene correspondencia con nuestros hallazgos, puesto que en nuestro estudio pudimos determinar que conforme la edad avanza, también avanza la probabilidad de estar embarazada ($p < 0.05$), otro aspecto sociodemográfico constituye el estado civil, pudimos apreciar en nuestro estudio que las convivientes y las casadas, por obvias razones, en su mayoría se encuentran embarazadas, siendo las solteras el grupo que menos presenta esta condición ($p < 0.05$).

Otro alcance de la presente investigación es el porcentaje de futuras madres solteras que alcanzó el 16%; finalmente, pudimos observar que las

adolescentes con menor grado de instrucción son más propensas a embarazarse tempranamente ($p < 0.05$), sin embargo pese a las diferencias significativas la asociación entre ambas variables no se pudo determinar ($Rho = -0.107$), esto se debería a que en nuestra muestra la cantidad de adolescentes con grado de instrucción primaria o superior fue insuficiente para obtener cálculos estadísticos más precisos.

Respecto de los factores sociodemográficos podemos ver que en nuestra muestra el porcentaje de adolescentes embarazadas entre 12 y 16 años es del 23% del total, sin embargo en Colombia, Carvajal ⁽⁸⁾, encontró que dicho porcentaje era sólo del 10%, esto quiere decir que en nuestro país existe un inicio de relaciones sexuales a más temprana edad y también que existe una falta de educación sexual para prevenir embarazos no deseados, tal afirmación es corroborada por el hecho que el 100 % de las gestantes de este grupo etáreo no desearon su embarazo y sólo el 3% de las adolescentes entre 16 y 19 años si lo hicieron. En otro estudio Altamirano et al,⁽²⁹⁾ de la Fundación FUNIDES en Nicaragua encuentra que el 30% de las adolescentes embarazadas tienen entre 12 y 15 años, en este país el problema es aún más grave.

Otro aspecto importante a destacar es la educación de las adolescentes, teniendo como premisa que la educación secundaria, en nuestro país, culmina a los 16 años aproximadamente; y habiendo observado en el estudio que el 23% de adolescentes embarazadas es menor a los 16 años, podemos inferir que un porcentaje de ellas aun no acaba la educación secundaria, tampoco la primaria, incluso algunas de ellas manifestaron que el hecho de salir embarazadas y ser solteras evitaría que culminen sus estudios.

Se pudo observar que el porcentaje de adolescentes que se encuentran cursando una carrera universitaria es mínimo, en ambos grupos, al respecto debemos manifestar que si bien es cierto que la universidad cristaliza los anhelos de los jóvenes de hacerse profesionales, ello requiere de la

dedicación, el esfuerzo y de elecciones adecuadas dentro del entorno universitario, puesto que un gran porcentaje de las entrevistadas embarazadas que se encuentran cursando estudios superiores manifiestan que es precisamente en las reuniones sociales de la universidad donde conocieron al padre de su futuro hijo y que el embarazo no fue planificado.

Las diferencias estadísticas en cuanto a embarazo y nivel educativo fueron significativas; cuanto mayor es el nivel de instrucción, menor la probabilidad de un embarazo adolescente, esto quiere decir que ya sea como coadyuvante o como consecuencia del embarazo las adolescentes ven frustrado su desarrollo intelectual y profesional.

Un punto importante en nuestro estudio fue asociar el nivel socioeconómico al embarazo en adolescentes, logramos establecer que las adolescentes embarazadas pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos en comparación a las adolescentes no embarazadas ($p < 0.05$), esto quiere decir que la pobreza es un factor involucrado en el embarazo a adolescentes, habría que realizar estudios para establecer específicamente qué aspectos de dicha pobreza son los que se involucran con el embarazo a las adolescentes.

Algunas adolescentes refieren que ven el buscar una pareja como una vía para abandonar el hogar y buscar nuevas alternativas de desarrollo, sin embargo en muchos casos dichas esperanzas se ven frustradas, toda vez que el supuesto benefactor termina abandonándolas y/o estableciendo una relación con ellas (convivencia), en las cuáles en muchos casos existe violencia familiar, ya que comparten el domicilio con los familiares de su pareja, y lógicamente esto hace de su realidad un círculo vicioso a repetir con sus menores hijos.

En esta misma línea de ideas nos encontramos con la funcionalidad familiar que fue el otro aspecto estudiado en nuestra tesis; pudimos determinar que existe un porcentaje considerable de adolescentes embarazadas que ven a sus hogares como disfuncionales ya sea en grado grave o moderado (90%), sin

embargo, en la otra vereda de adolescentes no embarazadas el porcentaje se reduce al 40%, las diferencias son muy significativas ($p < 0.05$).

Uno de los determinantes de la disfunción familiar fueron las familias desintegradas, en donde la figura paterna es la ausente, cabe recordar que un ambiente familiar desintegrado y conflictivo lleva a la adolescente a tomar la decisión de iniciar precozmente la actividad sexual, además de buscar compañía grata, y ve la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida esta situación nos lleva a afirmar nuestra hipótesis que la funcionalidad familiar es importante para que los adolescentes se sientan conformes en el ámbito familiar y no busquen escapar de su hogar.

También es importante la adecuada comunicación entre padres e hijos lo que asegurará que tomen las mejores decisiones en cuanto a su sexualidad y su desarrollo educativo, de tal manera que pospongan la paternidad hasta cuando se encuentren en las condiciones ideales de ejercerla con responsabilidad.

CONCLUSIONES

1. El nivel socioeconómico y los factores familiares, así como los factores sociodemográficos (el grado de instrucción y el estado civil) constituyen factores de riesgo para embarazo en adolescentes atendidas en el centro de Salud Pampa Grande de Tumbes en el año 2018.
2. Las características sociodemográficas de las adolescentes son: El 23% de las adolescentes gestantes se encuentre entre los 12 y 16 años. El 100% de las adolescentes del centro de salud, cuyo grado de instrucción alcanzado fue sólo primaria, se encuentran embarazadas. Sólo el 9% de las adolescentes que mantienen vínculo de convivencia con su pareja, aún no se encuentran gestando y el porcentaje de futuras madres solteras es del 16%.
3. El nivel socioeconómico de las adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pampa Grande es pobre extremo y pobre no extremo. La pobreza extrema en las adolescentes gestantes es del 23% y en las no gestantes del 5%. Existen diferencias significativas a nivel estadístico ($p < 0.05$).
4. El funcionamiento familiar de las gestantes atendidas en el C.S. de Pampa Grande es moderado en el 77%; por otro lado, en el grupo de no gestantes, el 60% proviene de hogares funcionales. Las diferencias entre ambos grupos son altamente significativas, sólo el 10% de las gestantes proviene de hogares funcionales. ($p < 0.05$).
5. Existe asociación altamente significativa entre el embarazo adolescente y los factores sociodemográficos; tales como, la edad ($Rho = 0.457$), el estado civil ($Rho = 0.718$) y el nivel educativo ($Rho = 0.313$). La mayor parte de las gestantes se encontraba en el grupo entre los 17 a 19 años;

todas las adolescentes no gestantes han culminado la primaria a diferencia del 20% de las gestantes que no han podido superar este nivel educativo.

6. Existe asociación altamente significativa ($Rho = -0.492$) entre el embarazo adolescente y el funcionamiento familiar. El 90% de las adolescentes embarazadas provienen de hogares disfuncionales en comparación a las adolescentes no embarazadas cuya disfuncionalidad familiar alcanza el 40%. A mayor funcionalidad familiar, menor prevalencia de embarazos adolescentes ($p < 0.05$).

7. Existe asociación significativa ($Rho = -0.280$) entre el embarazo adolescente y el nivel socioeconómico. Las adolescentes embarazadas provienen de hogares de estratos socioeconómicos más bajos que las adolescentes no embarazadas. A mayor estrato socioeconómico, menor prevalencia de embarazos adolescentes ($p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios a nivel regional que profundicen la problemática abordada de asociación entre nivel socio económico y embarazo en adolescentes, con el objetivo de brindar oportunidades a estas adolescentes, a través de orientación psicológica profesional, a fin que dispongan de alternativas de desarrollo personal y profesional y con ello, orientar respecto a que ese es el camino correcto para salir de la situación en la que se encuentran, dejando de lado la creencia de que una pareja sentimental les ayudará en este proceso.
2. Se recomienda reforzar en todas las instituciones educativas públicas y privadas la escuela para padres, de tal manera que los progenitores entiendan que un adecuado funcionamiento familiar incide en las opciones que sus hijos tomen respecto de su desarrollo emocional, personal y profesional.
3. Se recomienda a la Dirección Regional de Salud de Tumbes realizar alianzas estratégicas con otras instituciones (Centro de Emergencia Mujer, Instituto de Medicina Legal), las cuales poseen registros de la casuística (relatos de las situaciones vividas) y denuncias por violencia física y psicológica de madres gestantes adolescentes y/o madres adolescentes frente a sus cónyuges, así como falta a la asistencia familiar de los mismos; con esta información se logre elaborar sesiones educativas de impacto, que permita en las adolescentes percibir la situación real a la que se enfrentarán en caso que obtengan un embarazo no deseado.
4. A los directivos del centro de salud de Pampa Grande se recomienda promover los trabajos de investigación enfocados a las gestantes adolescentes, recabar datos estadísticos de este grupo vulnerable y plantear estrategias de salud pública, incidiendo en promoción y prevención en salud, así como en la ayuda psicológica y tratamiento oportuno de la población adolescente en riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud México2018 [08 febrero 2018]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. INEI. Estado de la niñez y la adolescencia Trimestre abril, mayo, junio. Informe técnico N° 3 Setiembre 2018 Lima2018 [30 setiembre 2018]. Available from: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adolescencia-8436/1/>
3. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2010.
4. BANCO-MUNDIAL. ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes Guatemala2013 [08 febrero 2018]. Available from: www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/12/12/lac-poverty-education-teenage-pregnancy.
5. Rodríguez A, Ruiz D, Soplín R. Factores de riesgo y nivel de conocimiento sobre embarazo en adolescentes gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa Punchana, 2014. Iquitos-Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
6. INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 [09 febrero 2018]. Available from:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html.

7. Sánchez T. Embarazo en adolescentes, caso del Hospital obstétrico Pachuca. México2010.

8. Carvajal R, Valencia H, Rodríguez R. Factores asociados con embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revsal*. 2017;49(2).

9. Rodríguez N, Cala Á, Nápoles J, Milán Y, Aguilar M. Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente. *Rev Inf Cient*. 2017;96(1):29-37.

10. Choque Y, Choque M, Pérez E, Márquez K. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes que acuden al centro de salud candua, municipio Monte agudo enero a julio 2012. Sucre_Bolivia: Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca; 2014.

11. Ramírez-Aranda J, Gómez-Gómez C, Villarreal-Pérez J, García-Elizondo F, Rodríguez-Rodríguez I, Rosas-Herrera C, et al. Factores de protección y riesgo de embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria*. 2013;15(59):64-72.

12. Arana C, Martinez R, Rosales C. Factores que predisponen los embarazos en adolescentes. Mendoza-Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2013.

13. Gonzáles-Quiñones J, Salamanca-Preciado J, Quiroz-Rivera R, Hernández-Pardo Á, Hernández-Rojas A, Núñez BQ. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev salud pública*. 2012;14(3):404-16.

14. Herrera R, Rojas A. Factores asociados a embarazos en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2016. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2016.
15. Quispe Y. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño "San Bartolomé" durante el año 2014. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
16. López L, Luna S. Factores asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Hospital San Juan de Lurigancho. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2014.
17. Osorio R. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de apoyo María Auxiliadora, 2013. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
18. Ordoñez L, Esteban T. Factores socioculturales y actitudes relacionadas al embarazo no deseado en adolescentes en el hospital de la región Tumbes. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2005.
19. Leno D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de antropología*. 2006;22(32):1-14.
20. García B. Proceso de atención de enfermería a través del modelo del sol naciente. Logroño: Universidad de la Rioja; 2015.
21. Raile-Alligood M, Marriner-Tomey A. Modelos y Teorías en enfermería. 7 ed. España: S.A. Elsevier; 2011.
22. Merino E, Inostroza E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de la unidad de

salud Alta Vista, enero a junio 2010. El Salvador: Universidad del Salvador; 2011.

23. Lugo A, Nelvia V. El mundo afectivo d la adolescente embarazada. Educ enferm. 2002; 20(1):10-22.

24. Rodríguez J. Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. Revista de la CEPAL. 2005; 86(145).

25. García G. Embarazo adolescente y obreza, una relación compleja. Iztapalapa Revista de Ciencias sociales y humanidades. 2014;77(35):13-53.

26. Lewis J. Antropología simplificada. New York: Selector; 1985.

27. Silber T, Munist M. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: Organización panamericana de la Salud; 1997.

28. Supo J. Tipos de Investigación Arequipa2012 [19 febrero 2017]. Available from: <http://bioestadistico.com/tipos-de-investigación>.

29. Altamirano A, Pacheco C, Huelva L, et al. Embarazo adolescente en Nicaragua Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua. Nicaragua: FUNIDES; 2016.

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA PARA ASEGURAR LA COHERENCIA DEL PROYECTO DE TESIS

Título: FACTORES DE RIESGO Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PAMPA GRANDE – TUMBES, 2018

Autor: Bch.Ericka Rujel Farfán.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes que acuden al Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018</p> <p>Objetivos específicos Asociar las características sociodemográficas con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.</p> <p>Asociar la disfunción familiar con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.</p> <p>Asociar el nivel socioeconómico con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Pampa Grande en el periodo marzo – mayo 2018.</p>	<p>Los factores sociodemográficos, socioeconómico y familiares, predisponen el embarazo en adolescentes que acuden al centro de Salud Pampa Grande</p>	<p>Variables</p> <ul style="list-style-type: none"> •Factores de riesgo •Embarazo en adolescentes

**PARA LA OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (RELACIONADO CON EL MARCO
TEÓRICO)**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Esquema del Marco Teórico
Factores de riesgo	Son todos aquellos aspectos que están en el contexto e influyen de forma negativa o positiva en los adolescentes.	<p>Para el presente estudio se consideraron como factores de riesgo: El Factor sociodemográfico, nivel económico, factores familiares.</p> <p>Para el factor sociodemográfico se empleará un cuestionario con preguntas directas respecto de: centro educativo, edad, estado civil, nivel educativo y número de embarazo.</p> <p>Para el nivel económico se empleará la ficha socioeconómica única (FUS) aplicada por el Sistema de focalización de hogares (SISFOH), que tiene a cargo el proceso de determinación de la clasificación socioeconómica, requisito que es exigido para acceder a las intervenciones públicas focalizadas como pensión 65, Beca 18 así como el Sistema integral de salud (SIS), las clasificaciones socioeconómicas son en 7 niveles: Del nivel SISFOH 1 al 2 son considerados “pobres extremos”, del SISFOH 3 al 5 son “pobres no extremos”, del SISFOH 6 al SISFOH 7 son “no pobres”.</p> <p>Para los factores familiares de utilizará el cuestionario Apgar familiar que clasifica a las familias como: altamente funcionales, moderadamente funcionales y familias severamente disfuncionales.</p>	Ordinal	<p>ADOLESCENCIA</p> <p>FACTORES DE RIESGO:</p> <p>Individuales, socioeconómicos, familiares.</p> <p>Embarazo adolescente</p>
Embarazo en adolescentes	Condición de gestación en mujeres de 11 a 19 años.	Para el presente estudio se preguntará a la adolescente si se encuentra gestando, además de ser afirmativa su respuesta se corroborará en la historia clínica correspondiente.	Nominal	

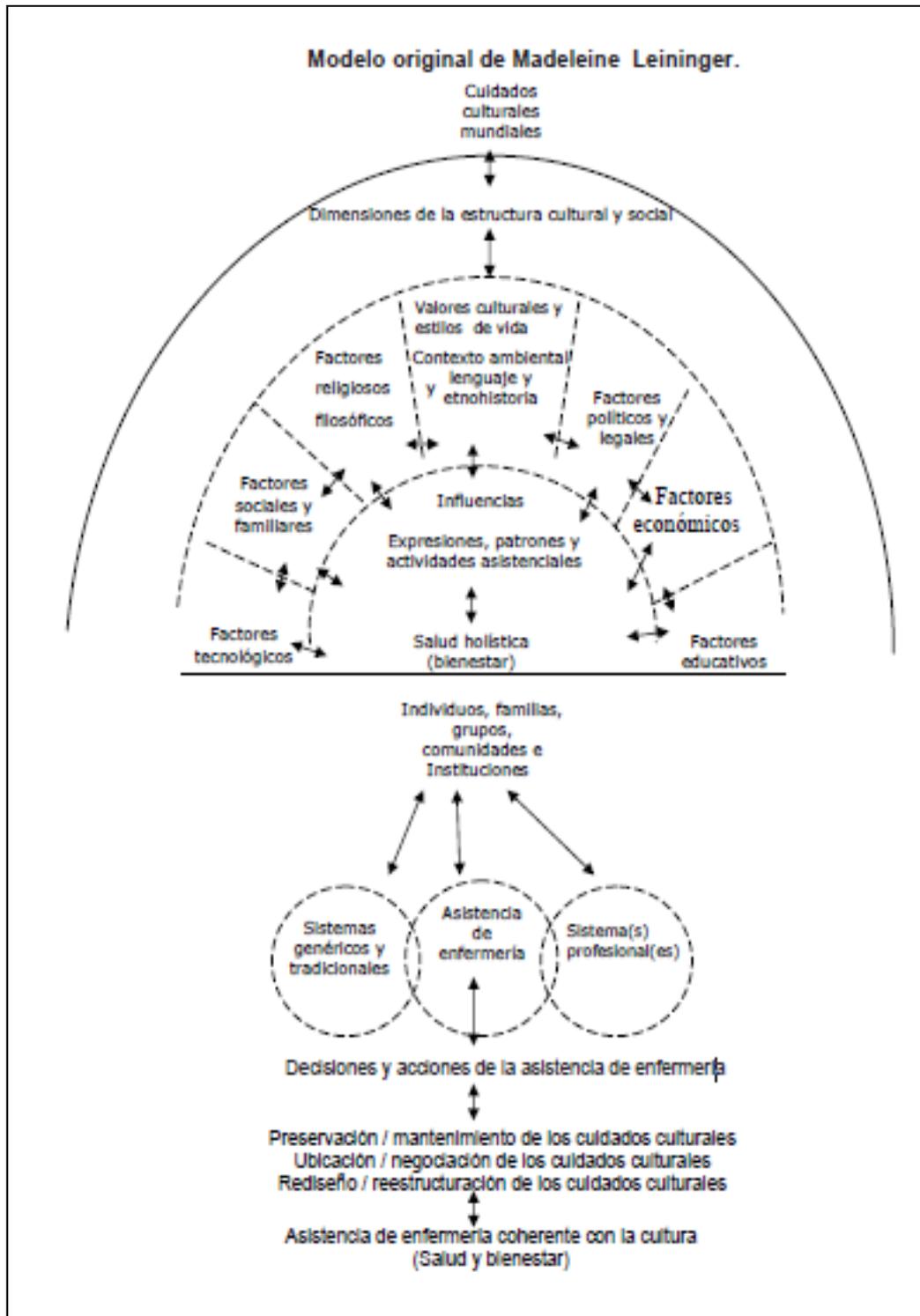
DISEÑO METODOLÓGICO

Metodología de la Investigación	Ámbito de la Investigación	Técnicas	Criterios de rigurosidad en la Investigación
TIPO: Observacional Prospectivo Transversal Analítico.	<p>Población:</p> <p>La población de estudio estuvo constituida por todas las adolescentes que acudirán al Centro de Salud Pampa Grande, durante el periodo marzo 20184 – mayo 2018.</p> <p>Muestra: Estuvo constituida por dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes embarazadas que acudieron al control prenatal del Centro de salud Pampa Grande y, - Adolescentes no embarazadas que acudieron al programa del adolescente del referido centro de salud. <p>Para obtener la muestra de los dos grupos utilizamos el siguiente algoritmo para proporciones en poblaciones finitas:</p> <p>Dónde:</p> <p>N: Población total. N1 = 50</p> <p>Z: Nivel de confiabilidad al 95% = 1.96</p> <p>P: proporción de embarazo: p1: 95% p2: 5%</p> <p>Q: 1-p</p> <p>D: error: 5%</p> <p>Por ende:</p> <p>n1 = 30 adolescentes embarazadas</p>	<p>La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario, el cual consta de cinco secciones: Datos de identificación, Instrucciones, Datos generales, Datos específicos y Agradecimiento.</p> <p>a) Datos demográficos (Anexo 4)</p> <p>b) Ficha socioeconómica Única. (Anexo 5). Instrumento por medio de la cual se recogieron las características socioeconómicas del hogar.</p> <p>La ficha cuenta con tres secciones: características de la vivienda, características del hogar y características de los miembros del hogar.</p> <p>La Metodología de Cálculo del Índice de Focalización de Hogares que permite establecer la elegibilidad de las personas. Esta condición se determina, evaluando la información acerca de la calidad de vida de persona (IFH); sus ingresos laborales como trabajador asalariado que corresponde a lo registrado por la planilla pública y privada; y el gasto en servicios básicos.</p> <p>El Algoritmo que permite transformar, mediante un procedimiento matemático, las características socioeconómicas del hogar en un índice, cuyos valores más bajos identifican a las familias con menor calidad de vida y sus valores más altos los de mayor bienestar.</p> <p>En el Perú se ha establecido 7 niveles socioeconómicos de los hogares. Los grupos relevantes son los cinco primeros, pues para tener los menores errores de focalización posible la intervención debería darse a todos los hogares que tengan a lo más un nivel de SISFOH 5. Estos 7 niveles se determinan a partir de los dos puntos de corte antes discutido. Con el primer punto de corte se divide a la población en dos grupos del mismo tamaño, constituyendo con ello los niveles SISFOH 1 y SISFOH 2; mientras que la población ubicada entre el primer y segundo umbral se divide en tres partes del mismo tamaño constituyendo con ello los niveles SISFOH3, SISFOH4 y SISFOH5.</p> <p>Obtenida la información se ingresará al aplicativo de consulta online del SISFOH a</p>	<p>Ficha socioeconómica Única (FUS)</p> <p>Fiabilidad: La media de la fiabilidad de esta prueba en estudios previos por el método de test – retest es de 0.92. En el presente estudio se realizará una prueba piloto en el 50% de la muestra, mediante el método de test - test a fin de determinar la confiabilidad en nuestra población de estudio.</p> <p>Validez: La Nueva Ficha Socioeconómica Única 2013 (FUS 2013), aprobada por Resolución Ministerial N° 066-2013-MIDIS y vigente a partir del 16 de marzo del 2013 para todo el territorio nacional.</p> <p>Test Apgar familiar</p> <p>Fiabilidad: La media de la fiabilidad de esta prueba en estudios previos por el método de test – retest es de 0.75 y por el método alfa de crombach 0.84. En el presente estudio se realizará una prueba piloto en el 50% de la muestra, mediante ambas pruebas estadísticas a fin de determinar la confiabilidad en nuestra población de estudio.</p>

Criterios de inclusión	fin de determinar el nivel socioeconómico de la persona evaluada.	Validez: El test de Apgar familiar es ampliamente usado en estudios a nivel nacional e internacional y ha demostrado medir con sensibilidad y especificidad la funcionalidad familiar. En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años que acudieron a los consultorios externos del servicio de Control Prenatal del Centro de salud Pampa Grande. • Adolescentes no embarazadas de 12 a 19 años que acudieron a los consultorios externos del servicio de Salud del adolescente del Centro de salud de Pampa Grande. 	c) Cuestionario de Apgar familiar. (Anexo 6)	
Criterio de exclusión		
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes que no brinde su consentimiento informado. • Adolescentes sin pleno uso de sus facultades mentales. 		

ANEXO 2

Modelo del Sol Naciente de los adolescentes y su cultura



ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto voluntariamente participar en la investigación. “FACTORES DE RIESGO Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PAMPA GRANDE 2018”. Realizado por la Bach. en Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Ericka Rujel Farfán, el mismo que cuenta con la autorización de la escuela de enfermería de dicha Universidad. Tengo pleno conocimiento de los objetivos de la investigación y el carácter anónimo y confidencial de la misma, así como el respeto de la posibilidad de retirarme si el caso lo amerita. Sé que los resultados podrán ser difundidos sin precisar nombres.

DNI:

Página 01

V. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Apellido Es el primer renglón registre el apellido paterno y en el segundo el apellido materno, según DNI
Nombre En el tercer renglón registre los nombres apellidos con un apellido, según DNI
Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa) (ddmm) (Mes y año)
Tipo de documento: Indicar sobre una alternativa: **Número de documento** (señalar el número de documento, En el caso de la Partida de Nacimiento, poner solo el número de C.U. de la cédula no-completar)

I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Fecha de nacimiento	Estado civil	Meses	Tipo de Documento		Número de documento		¿Puede ser el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Fecha de nacimiento	Estado civil	Meses	Tipo de Documento		Número de documento		¿Puede ser el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Fecha de nacimiento	Estado civil	Meses	Tipo de Documento		Número de documento		¿Puede ser el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Fecha de nacimiento	Estado civil	Meses	Tipo de Documento		Número de documento		¿Puede ser el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		Fecha de nacimiento	Estado civil	Meses	Tipo de Documento		Número de documento		¿Puede ser el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?	¿Es el jefe de familia?	¿Es el jefe de hogar?

(I) y (II) Relación de Parentesco

1. Jefe
2. Cónyuge
3. Hijo
4. Hermano
5. Hermana
6. Nieto(a)
7. Sobrino(a)
8. Tío(a)
9. Padre
10. Otro

(III) Estado Civil

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Otro

(IV) Seguro de Salud

1. Seguro
2. No seguro
3. Otro

(V) Nivel Educativo

1. Ninguno
2. Inicial
3. Básico
4. Secundario
5. Secundario incompleto
6. Superior primario
7. Superior secundario
8. Otro

(VI) Último año o Grado aprobado

1. Primer año
2. Segundo año
3. Tercer año
4. Cuarto año
5. Quinto año
6. Sexto año
7. Séptimo año
8. Octavo año
9. Nono año
10. Otro

(VII) Ocupación (Aplicar solo si el año es 4)

1. Trabajador independiente
2. Trabajador independiente
3. Trabajador independiente
4. Trabajador independiente
5. Trabajador independiente
6. Trabajador independiente
7. Trabajador independiente
8. Trabajador independiente
9. Trabajador independiente
10. Otro

(VIII) Sector

1. Agrícola
2. Industrial
3. Comercio
4. Servicios
5. Otro

(IX) Tipo de discapacidad

1. No tiene discapacidad
2. Discapacidad física
3. Discapacidad intelectual
4. Discapacidad sensorial
5. Discapacidad psíquica
6. Discapacidad múltiple
7. Otro

(X) Beneficiario de:

1. Seguro de Salud
2. Seguro de Salud
3. Seguro de Salud
4. Seguro de Salud
5. Seguro de Salud
6. Seguro de Salud
7. Seguro de Salud
8. Seguro de Salud
9. Seguro de Salud
10. Otro

ANEXO 6

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Edad:años

Nivel educativo: primaria () secundaria () superior ()

Estado Civil: casada () conviviente () soltera () divorciada () viuda ()

¿Está embarazada? SI () NO ()

	CASI SIEMPRE (2 PUNTOS)	ALGUNAS VECES (1 PUNTO)	NUNCA (0 PUNTOS)
Adaptabilidad ¿Está satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
Crecimiento ¿Encuentra que su familia expresa el afecto y responde sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Afecto ¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución ¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. y su familia pasan juntos?			

PONDERACIÓN: Con la suma de la puntuación se puede obtener las siguientes puntuaciones

Disfunción grave: 00-03

Disfunción moderada: 04- 06

Familia funcional: 07-10

ANEXO 7

PRUEBA PILOTO CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

ADOLESCENTE	ADAPTABILID.	PARTICIPACI	CRECIMIENT	AFECTO	RESOLUCIÓN	SUMA			
1	2	2	3	2	2	11			
2	1	3	3	3	3	13			
3	1	1	1	1	1	5			
4	1	1	2	2	2	8			
5	1	2	3	1	1	8			
6	3	2	3	3	3	14			
7	2	3	2	3	3	13			
8	1	1	1	1	1	5			
9	1	1	3	3	2	10			
10	2	3	3	3	3	14			
11	1	3	2	3	1	10			
12	1	2	3	1	1	8			
13	3	3	3	3	3	15			
14	3	3	3	3	2	14			
15	1	3	3	3	1	11			
16	2	2	1	2	2	9			
17	1	3	3	3	3	13			
18	1	1	1	1	1	5			
19	1	1	2	1	1	6			
20	1	1	3	3	2	10			
21	1	2	1	2	2	8			
22	1	2	1	2	2	8			
23	1	1	1	1	2	6			
24	1	1	1	1	2	6			
25	1	1	1	1	2	6			
26	1	3	1	3	1	9			
27	1	3	1	3	1	9			
28	2	3	3	3	3	14			
29	2	3	3	3	3	14			
30	2	3	3	3	3	14			
31	2	3	3	3	3	14			
32	2	3	3	3	3	14			
33	2	3	3	3	3	14			
34	3	3	3	3	3	15			
35	3	3	3	3	3	15			
36	2	3	3	3	3	14			
PROMEDIO	1.5833333	2.25	2.2777778	2.3611111	2.1388889	11.787			
DESV. STAND	0.7319251	0.8742344	0.9137399	0.8669413	0.8333333				
VARIANZA	0.5357143	0.7642857	0.8349206	0.7515873	0.6944444				
SUMA VAR			3.58						

$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^K S_j^2}{St^2} \right)$

Donde:

- α = Coeficiente de Crombach
- K = N° de ítems utilizados para el c
- S_j^2 = Varianza de cada ítem
- St^2 = Varianza total de los ítems

K	36
SUMA S_j^2	3.58
SUMA St^2	11.7873016
ALFA	0.72

Estadísticos de fiabilidad	
Varianza común	,716
Varianza verdadera	,410
Varianza error	,306
Correlación inter-elementos común	,573
Fiabilidad de la escala	,870
Fiabilidad de la escala (insesgada)	,878

ANEXO 8
CLASIFICACIÓN SISFOH

