



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA.**

TESIS

**FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BRAVO SEGOVIA, MAYRA ISABEL.

ASESOR: Mg. PACHECO CANTALICIO ISABEL

**LIMA – PERÚ
ABRIL, 2018**

Dedicado a mis padres por su apoyo incondicional.

Aquellas personas que forman parte de mi historia de vida.

Agradezco a mi asesora Mg. Isabel Pacheco Cantalicio por su apoyo en la realización de esta investigación.

A las Obstetras de los servicios del Hospital Nacional Sergio E. Bernales por sus enseñanzas y el apoyo en la aplicación del instrumento de investigación.

A las gestantes adolescentes y sus apoderados por su consentimiento de participación en la investigación.

Y a todas las personas que se esfuerzan cada día por hacer realidad todos sus sueños.

RESUMEN

“FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017”

Objetivo: Determinar los factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

Método y Material: El estudio es descriptivo correlacional, transversal, cuantitativo aplicando un muestreo de 126 gestantes adolescentes de 12 a 17 años, se aplicó un cuestionario.

Resultados: Los datos generales de las gestantes adolescentes encuestadas en este estudio la mayoría es entre 15 a 17 años (88.89%) y tienen secundaria incompleta (47.61%). Son los factores protectores asociados al embarazo adolescente porque cuenta con el valor P menor < 0.005 son: los factores protectores personales asociados son: el contar con acceso a servicios de salud (0.005), la autoestima (0.051). Los factores protectores familiares asociados son: la comunicación con la madre (0.000), entorno familiar (0.000). Los factores protectores sociales asociados son: las políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva (0.018), el modelo de atención integral del adolescente (0.000), el servicio diferenciado (0.049) y el uso adecuado de las redes sociales (0.000).

Conclusiones: Son factores protectores asociados al embarazo adolescente son: contar con acceso a servicios de salud, la autoestima, la comunicación con la madre, entorno familiar, las políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva, el modelo de atención integral del adolescente, el servicio diferenciado y el uso adecuado de las redes sociales de las gestantes adolescentes.

ABSTRACT

“PROTECTIVE FACTORS ASSOCIATED WITH PREGNANCY IN TEENS OF 12 TO 17 YEARS LEADING TO NATIONAL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES IN THE YEAR 2017”

Objective: To determine the protective factors associated with pregnancy in adolescents aged 12 to 17 who attend the Sergio E. Bernales National Hospital in 2017.

Method and Material: The study is descriptive, quantitative applying a sample of 126 pregnant women aged 12 to 17 years, a questionnaire was applied.

Results: The general data of pregnant adolescents surveyed in this study, the majority is between 15 to 17 years (88.89%) and have incomplete secondary (47.61%). They are the protective factors associated with teenage pregnancy because it has the P value less <0.005 are: the associated personal protective factors are: having access to health services (0.005), self-esteem (0.051). The associated family protective factors are: communication with the mother (0.000), family environment (0.000). The associated social protective factors are: public policies in favor of sexual and reproductive health (0.018), the adolescent's integral care model (0.000), the differentiated service (0.049) and the adequate use of social networks (0.000).

Conclusions: Protective factors associated with adolescent pregnancy are: having access to health services, self-esteem, communication with the mother, family environment, public policies in favor of sexual and reproductive health, the adolescent's comprehensive care model, differentiated service and the proper use of social networks of pregnant teenagers.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESÚMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2 Delimitación de la investigación.....	13
1.3 Formulación del problema.....	13
1.3.1 Problema principal.....	13
1.3.2 Problemas secundarios	13
1.4 Objetivos de la investigación	14
1.4.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
1.5 Hipótesis	14
1.5.1 Hipótesis	14
1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores.....	14
1.6 Diseño de la Investigación.....	16
1.6.1 Tipo de investigación.....	16
1.6.2 Nivel de investigación.....	16
1.6.3 Método	16
1.7 Población y Muestra	16
1.7.1 Población	16

1.7.2 Muestra	16
1.8 Técnicas e Instrumentos	17
1.8.1 Técnicas	17
1.8.2 Instrumentos	17
1.9 Justificación de la investigación	21
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Fundamentos teóricos de la investigación	24
2.1.1 Antecedentes	24
2.1.2 Bases Teóricas	31
2.1.3 Definición de Términos Básicos	42
CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
3.1 Presentación de Resultados.....	45
3.2 Interpretación, análisis de resultados.....	65
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones.....	67
4.2 Recomendaciones.....	69
FUENTES DE INFORMACIÓN	70
ANEXOS	
Matriz de Consistencia	77
Consentimiento Informado	78
Instrumento de recolección de datos	79
Juicio de Expertos	85
Autorización Institucional	88

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa más compleja de desarrollo del ser humano, donde intervienen diversos cambios físicos, psicológicos y sociales, conducentes a la madurez intelectual y sexual, las y los adolescentes piensan que sexualidad es empezar a tener relaciones sexuales, sin información, tampoco protección, sin responsabilidades lleva a una grave problemática a nivel mundial y nacional que es el embarazo adolescente.

En la actualidad, según Fondo de Población de las Naciones Unidas en el 2013 “existen más de 600 millones de niñas en el mundo, más de 500 millones de ellas en países en desarrollo. Ellas están dando forma al presente y al futuro de la humanidad. Las oportunidades y opciones que las niñas tienen en la adolescencia les permitirán comenzar sus vidas de adultas como ciudadanas empoderadas y activas”.

Así como lo indica la Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología que “entre el 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años. Asimismo, 13% de las adolescentes en Nicaragua y 10% en República Dominicana se casaron antes de cumplir los 15 años”.

La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según región. Mientras que el 30,6% de las adolescentes de Loreto ya tenían una hija o hijo o estaban embarazadas; en Arequipa y Moquegua solo el 6,3% y 6,8%, respectivamente, estaban en la misma situación. Otras regiones que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas con la primera hija/o, además de Loreto, fueron Ucayali (26,7%), San Martín (23,5%) y Amazonas (19,9%). Por el contrario las regiones con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con la primera hija/o, además de Arequipa y Moquegua fueron Tacna (8,2%) y Cusco (9,6%).

Y qué pasa en nuestro país sobre el embarazo en las adolescentes, así como lo indica la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2016, INEI: “La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años ha descendido 0,5 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,7% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,1% ya eran madres y el 2,6% estaban gestando por primera vez”.

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, lugar donde se realizó esta investigación, presenta 924 atenciones a gestantes adolescentes de 12 a 17 años durante el año.

Así es la realidad de nuestro país ante este problema de salud pública que es el embarazo adolescente, por eso la gran importancia que es promover una educación sobre factores protectores para favorecer el desarrollo de la adolescente y así reducir la vulnerabilidad específica.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La adolescencia es una etapa del ser humano de diversos cambios físicos, sociales y psicológicos hacen que las y los adolescentes tomen decisiones de iniciar precozmente tener relaciones sexuales, así conlleva al aumento de embarazos en adolescente, siendo un problema de salud pública a nivel de Perú y todo el mundo.

En la actualidad, según Fondo de Población de las Naciones Unidas en el 2013 “existen más de 600 millones de niñas en el mundo, más de 500 millones de ellas en países en desarrollo. Ellas están dando forma al presente y al futuro de la humanidad. Las oportunidades y opciones que las niñas tienen en la adolescencia les permitirán comenzar sus vidas de adultas como ciudadanas empoderadas y activas”. (1)

Por ello a nivel mundial representando “Del 15 al 25% del total de embarazos, a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente”. (2)

En diversos países de Latinoamérica las tasas de fecundidad en adolescencia cada día va en aumento incluyendo países desarrollados y en desarrollo, así muestran en el año 2012 “México y Panamá son las

más altas, sobre 85 por 1000 y con tendencia al aumento. En Argentina, la tasa de fecundidad para el grupo 10 a 14 años es de 1.74 por 1000 (aproximadamente 3 000 nacimientos al año). En Chile la tasa es de 1.36 por 1000 mujeres de 10 a 14 años. En el resto de los países casi llega a 3 por 1000 mujeres de 10 a 14 años y Panamá sobrepasa el indicador de 3 por 1000. La tendencia es mantenida casi con una leve propensión al aumento”. (3)

Es una etapa por lo cual se educa insuficiente y no sobre la realidad actual por múltiples cambios los adolescentes muestran interés sobre sexualidad, enamoramiento y así por primera vez tienen relaciones sexuales sin haber cumplido una edad suficiente para asumir consecuencias como un embarazo no deseado.

Así lo indica la Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología que “entre el 10 y 12% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Colombia reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los 15 años. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64.8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años. Asimismo, 13% de las adolescentes en Nicaragua y 10% en República Dominicana se casaron antes de cumplir los 15 años”. (3)

Nuestro país Perú no está ajeno a esta realidad problemática, que en la mayoría de casos puede resultar ser traumático porque se establece ser madre o padre y continuar siendo adolescente. Se necesita ser controlado por los padres de las gestantes adolescentes pero si contamos que hay problemas familiares o con el enamorado, el futuro de la madre adolescente se verá en riesgo social porque quedará sola con un hijo, sin estudiar, sin apoyo económico. Y ahora sí se vuelve un gran problema de salud que involucra al estado y profesionales de salud.

Las tasas de fecundidad de Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2016, INEI: “La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años ha descendido 0,5 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,7% ya estuvo alguna vez

embarazada, de estas el 10,1% ya eran madres y el 2,6% estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año 2012. Al igual que en la Encuesta del 2012, los resultados del 2015-2016 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,8% entre las de 15 años hasta el 26,0% en las de 19 años de edad. ⁽⁵⁾

Según el ámbito geográfico, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2016 indica que “Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,7%) y en las residentes de la Selva (23,3%); y, los menores porcentajes en el área urbana (9,8%) y en Lima Metropolitana (6,7%).”⁽⁵⁾

“La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según región. Mientras que el 30,6% de las adolescentes de Loreto ya tenían una hija o hijo o estaban embarazadas; en Arequipa y Moquegua solo el 6,3% y 6,8%, respectivamente, estaban en la misma situación. Otras regiones que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas con la primera hija/o, además de Loreto, fueron Ucayali (26,7%), San Martín (23,5%) y Amazonas (19,9%). Por el contrario las regiones con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con la primera hija/o, además de Arequipa y Moquegua fueron Tacna (8,2%) y Cusco (9,6%).” ⁽⁵⁾

Según informa el Ministerio de Salud en el año 2013, los nacidos vivos de madres adolescentes por departamento, provincia y distritos de Lima, hubo 10 884 nacidos vivos de madres adolescentes en Lima Departamento, 9 330 nacidos vivos de madres adolescentes en Lima Provincia, y en distritos el mayor porcentaje con 1 200 nacidos vivos de madres adolescentes en San Juan de Lurigancho, en segundo con 677 nacidos vivos de madres adolescentes en San Martín de Porres, en tercero con 656 nacidos vivos de madres adolescentes en Ate Vitarte. En el distrito Comas se presentó en el año 2013, 591 nacidos vivos de madres adolescentes según el Instituto Nacional de Estadística e

Informática. (6)

El embarazo en adolescente constituye a un tema de reconocida importancia en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud, por lo cual este estudio de investigación determinó aquellos factores protectores a este evento en un grupo de adolescentes gestantes en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el distrito de Comas y así aportó a dicha información.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Temporal: La investigación se realizó en el año 2017.

1.2.2 Delimitación Geográfica: La investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales es un establecimiento de salud de nivel III, ubicado en la Av. Túpac Amaru nº 8 000.

1.2.3 Delimitación Social: La investigación se incorporó la población de gestantes adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?

1.3.2 Problema Secundario

- ¿Cuáles son los factores protectores personales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?
- ¿Cuáles son los factores protectores familiares asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?
- ¿Cuáles son los factores protectores sociales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar los factores protectores personales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.
- Determinar los factores protectores familiares asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.
- Determinar los factores protectores sociales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis

Existe factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Factores Protectores asociados al Embarazo en Adolescentes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS.	FACTOR PROTECTOR PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> -Plan de Vida. -Acceso a servicios de salud. -Acceso a fuentes de información sobre sexualidad. -Habilidades Sociales. - Autoestima -Recreación del Adolescente.
	FACTOR PROTECTOR FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> -Parentalidad. -Comunicación con la madre. -Entorno Familiar. -Control de comportamiento. -Solución de conflictos.
	FACTOR PROTECTOR SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Políticas públicas a favor de la SS y SR. -Patrones culturales de la comunidad. -Modelo de Atención Integral del Adolescente. -Servicios diferenciados. -Instituciones Educativas saludables. -Redes Sociales

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

Prospectivo: porque los datos se recogen a medida que se va realizando el instrumento que es el cuestionario.

Transversal: es describir la variable y su frecuencia, la asociación de los factores protectores y el embarazo adolescente.

1.6.2 Nivel de Investigación

Descriptivo Correlacional: Porque busca detallar la situación y asociar los factores protectores con el embarazo adolescente.

1.6.3 Método

Cuantitativo: porque utiliza el cuestionario donde es valorado con numeraciones para establecer resultados.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

El Hospital Nacional Sergio E. Bernales atendió a 924 gestantes adolescentes de 12 a 17 años en el periodo del año 2016.

1.7.2 Muestra

Formula:

$$n = \frac{z^2 p \cdot q}{e^2}$$

Donde:

Z: Nivel de confiabilidad

P: Éxito

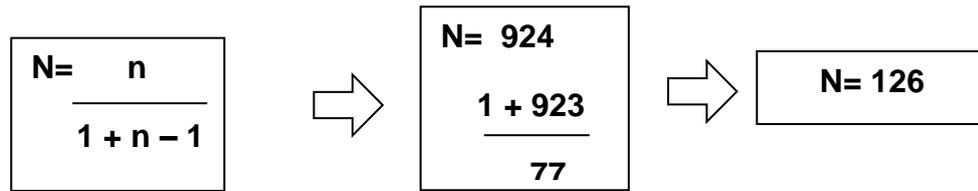
Q: Fracaso

E: Error

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.05}{0.05^2}$$



$$n = 924 \text{ (población)}$$



La muestra fue de 126 gestantes adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Sergio E. Bernales.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La técnica que se utilizó es la siguiente:

a.- La entrevista / Cuestionario.- Se usó de la entrevista para entablar contacto y confianza para que colaboren con la aplicación de los instrumentos de medición que fue un cuestionario.

1.8.2 Instrumentos

Se elaboró y se aplicó un instrumento que contenga en sus ítems aquellos que serán considerados factores protectores del embarazo en adolescentes, el instrumento es un cuestionario con 42 preguntas con opciones para marcar,

En la dimensión factores personales se consideró 16 ítems de los cuales 2 ítems fueron tomados del instrumento de habilidades sociales validado por el Ministerio de Salud de Perú.

En la dimensión Factores Protectores Familiares se consideró 14 ítems.

En la dimensión Factores Protectores Sociales, se consideró 12 ítems.

Se estableció criterios de evaluación, siendo aplicado luego a una muestra piloto de 15 adolescentes, para así poder saber si el mismo era confiable, por lo cual se sometió dichos datos a tratamiento estadístico, usando el coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson, obteniendo los siguientes resultados:

R= 0,61 lo que indica confiabilidad aceptable.

Calificación:

Para proceder a la puntuación del instrumento se analizó ítems por ítems el significado que el puntaje por indicadores implica.

1.- Factores Protectores Personales: Estos factores son calificados de la siguiente manera:

-Plan de Vida Consta de 3 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 3 - 4 pts = no cuenta con un plan de vida. 4 - 6 pts = cuenta con un plan de vida.
- Acceso a servicios de salud Consta con 4 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 4 - 6 pts = no accedió a servicios de salud. 7 - 8 pts = accedió a servicios de salud.
- Acceso a fuentes de información Consta con 4 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto. Preguntas con varias alternativas: *3 - 7 fuentes de info = 2 pts. 1 - 2 fuentes de info=1pt *3 - 5 opciones = 2 pts. 1 - 2 opciones = 1 pt.	Evaluación total del indicador: 4 - 5 puntos = no cuenta con acceso a la información. 6 - 8 puntos = cuenta con acceso a la información.
- Habilidades Sociales Consta de 8 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 0 - 8 puntos = no posee habilidades sociales. 9 - 16 puntos = posee habilidades

		sociales.
- Autoestima: Consta de 4 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 0 – 4 puntos= no posee buena autoestima. 5 – 8 puntos = posee buena autoestima.
- Recreación del Adolescente Consta de 3 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 3 – 4 puntos = no tiene tiempos de recreación. 5 – 6 puntos = tiene tiempos de recreación.

2.- Factores Protectores Familiares: Estos factores son calificados de la siguiente manera:

-Parentalidad Consta de 6 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 6 – 7 puntos = parentalidad no favorable. 8 – 12 puntos = parentalidad favorable.
- Comunicación con la madre Consta con 3 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 1 – 3 puntos = comunicación no favorable. 4 – 6 puntos = comunicación favorable.
- Entorno Familiar Consta con 1 pregunta calificada:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 2 puntos = entorno familiar favorable. 1 punto = entorno familiar no favorable.
- Control de Comportamiento Consta de 3 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 4-5 puntos=no cuenta con control de comportamiento. 6-8 puntos =cuenta con control de comportamiento.
- Solución de Conflictos Consta de 1 pregunta calificada:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 2 puntos = con apoyo en solución de conflictos. 1 punto= sin apoyo en solución de conflictos.

3.- Factores Protectores Sociales: Estos factores son calificados de la siguiente manera:

- Política públicas a favor de la salud sexual y reproductiva Consta de 2 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 0 – 2 puntos = ausencia de políticas públicas a favor SS Y SR. 3 – 4 puntos = acciones de políticas públicas a favor SS Y SR.
- Patrones Culturales Consta con 1 pregunta calificada:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 2 puntos = patrones culturales favorable. 1 punto = ausencia de patrones culturales.
- Modelo de atención integral Consta con 3 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto. * Alternativa Obstetricia = SI = 2 puntos. AlternativaOtros servicios = NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 3 – 4 puntos = sin acceso al modelo de atención integral. 5 – 6 puntos = acceso al modelo de atención integral.
- Servicios Diferenciados Consta de 2 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 0 – 2 puntos = sin acceso a los servicios diferenciados. 3 – 4 puntos = acceso a los servicios diferenciados.
- Instituciones Educativas saludables Consta de 3 preguntas calificadas:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto.	Evaluación total del indicador: 3 – 4 puntos = I.E sin acciones de salud saludables. 5 – 6 puntos = I.E con acciones de salud saludables.
-Redes Sociales Consta de 1 pregunta calificada:	Alternativa SI = 2 pts. Alternativa NO = 1 punto	Evaluación total del indicador: 2 puntos = uso adecuado de redes sociales. 1 punto = uso inadecuado de redes sociales.

Para la aplicación del instrumento se realizó una solicitud dirigida al director del establecimiento de salud donde otorgó el respectivo permiso para realizar la investigación en dicho establecimiento.

Además se solicitó el consentimiento informado para todas aquellas pacientes que participaron en la investigación.

1.9 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Estamos en pleno siglo XXI donde hay muchos avances en diversos sentidos para el desarrollo del país Perú donde el estado se preocupa más en lo tecnológico y económico, dejando de lado a un problema social que cada año afecta más como las tasas de fecundidad en adolescentes aumenta considerablemente, en los últimos cuatro años se ha incrementado ligeramente en 0.5 puntos porcentuales en el año 2016.

Cada día se producen nacimientos de madres adolescentes, eso está demostrando que el estado ha hecho poco o casi nada para poder disminuir esta incidencia de embarazo, y es necesario preguntarnos por qué la situación no ha cambiado.

Está considerado un problema social cuyo efecto lleva a las oportunidades limitadas de la perspectiva futura de la vida de los adolescentes y las adolescentes embarazadas, de su hijo y de su familia.

Tenemos entendido que los y las adolescentes son el futuro del país donde habitamos, ellos pueden lograr cambios que necesitamos para ser un país desarrollado. Por ende todos los responsables ya sea Ministerio de salud, profesionales de salud, comunidad, escuela y lo más importante que son los padres deben manifestarse para lograr disminuir los embarazos. La mayor parte del día las adolescentes se encuentran más en sus hogares junto a los padres y así como lo indica la constitución política los padres tienen que ayudar atendiendo a su edad y condición y sin perjudicar su atención, dar buenos ejemplos de vida y corregir cuando es debido.

El incumplimiento en el primer nivel de atención al ofertar el modelo de atención integral del adolescente basado en familia y comunidad, se refiere a la falta de personal en el equipo de salud en todos los departamentos del país y así no va a contribuir a la mejora de la

promoción en salud, prevención por ende disminuye la atención al adolescente con la participación de su familia y comunidad, ya que la familia es un eje central que funciona como determinante en la salud de los adolescentes y se debe considerar a este grupo como un sostén de las intervenciones realizadas o por realizar de las autoridades.

El embarazo en cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante y si el hecho que el embarazo en una mujer menor de 18 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Además, cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna.

El embarazo adolescente afecta más en la población de bajos recursos económicos, zonas rurales y bajo nivel de educación, entonces si la adolescente se embaraza no irá a su atención prenatal, no habrá administración de vitaminas, tendrá pensamientos negativos y aumenta los riesgos en patologías que lleva un embarazo, y terminar en una muerte materna, aunque no lo crean hay muertes maternas en adolescentes, según la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza informa 452 muertes maternas en adolescentes notificadas, 56 casos corresponde a adolescentes entre 10 a 19 años. Huancavelica es la región que reporta más casos de muerte materna en adolescentes durante el 2010 (7 casos), seguidas de La Libertad y Cajamarca (5 casos cada una), Tanto en Huánuco como en Junín y Lurín sucedieron 4 muertes maternas en adolescentes.

Existen muertes maternas por causas indirectas, se refiere que no está ligado al embarazo sino relacionadas con comportamientos de riesgo como el suicidio, que puede ser prevenible, es decir fortalecer los factores personales protectores del adolescente como poseer habilidades sociales, confianza en sí mismo y tener habilidades para solucionar ante cualquier riesgo que se le presente.

Este estudio de investigación determinó los Factores Protectores Asociados al Embarazo en Adolescentes de 12 a 17 años que acuden

al Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el año 2017, el poder determinar dichos factores permitió a los profesionales del Hospital Nacional Sergio E. Bernales contar con datos importantes para poder entender la problemática del embarazo en este grupo etario y a partir de estos poder tomar acciones que conlleven a mejorar dicha problemática, ya que los profesionales encargados en los servicios diferenciados en adolescentes que trabajan en dicho hospital pueden tener la iniciativa de mejorar la atención integral del adolescente y poder enseñar y trabajar con los padres de familia que el tema sexualidad no debe ser un tabú, que sus hijos estén informados así pueden retrasar el inicio de relaciones sexuales, prevenir el embarazo pero si la adolescente ya está gestando, trabajar el doble con ellas para que cambien sus estilos de vida y no haya un próximo embarazo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

Nivel Nacional

Nolasco Bazan, E; Pintado Odar I. Perú en el año 2014⁽⁷⁾, realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Conocer la relación entre algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz en el Hospital La Caleta. **Material y Métodos:** Este trabajo de investigación es de tipo cuantitativo descriptivo correlacional y de corte transversal, la población muestra! estuvo constituida por 50 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados y analizados en el SPSS N° 20 de epidemiología. Obteniendo como **Resultados:** El 68% de adolescentes con embarazo precoz tienen instrucción secundaria; el 40% residen en zonas urbanas; el 58% no tienen pareja; el 40% provienen de familia monoparental; el

44% presentan disfunción familiar moderada, el 52% recibieron educación sexual, el 68% no trabajan y el 86% presentan una autoestima baja. El 72% presentaron menarquía entre los 14 a 16 años, el 72% iniciaron relaciones sexuales siendo mayores de 15 años, el 58% no usan métodos anticonceptivos y el 88% fueron embarazos no deseado. **Conclusiones:** Si existe relación estadística significativa entre el grado de instrucción, residencia, tenencia de pareja, tipo de familia, funcionamiento familiar, educación sexual, trabajo y autoestima con la edad de la adolescente con embarazo precoz.

Pinto Quispe M, Quispe Calsin E. Perú en el año 2015⁽⁸⁾ realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores asociados con el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca 2015. **Material y métodos:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva correlacional. Población: Está representada por todas las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, durante los meses de estudio. Cifra aproximada de 200 casos y la muestra por 80 gestantes. Obteniendo como **Resultados:** En cuanto a las mujeres adolescentes gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.2015, el 5% corresponde a gestantes adolescentes de 14-15 años de edad, el 23% corresponde a gestantes adolescentes de 16-17 años de edad y el 73% corresponde a gestantes adolescentes de 18-19 años de edad. Los factores personales: (estado conyugal, convivientes un 51%; uso de anticonceptivos, 51% a veces, 28% nunca) se asocian al embarazo en adolescentes. Los factores socioeconómicos: (vivienda, 61% rustica; estructura familiar, 41% con un padre, 34% con ambos padres; zona de residencia, 44% periurbano, 33%urbano; nivel económico, 55% bajo, 39%medio) se asocian al embarazo en adolescentes. Los factores culturales: grado de instrucción, 60% secundaria, 23% primaria; 30% medios de

información sexual, 40% personal de salud, 31% medios de comunicación se asocian al embarazo en adolescentes. **Conclusión:** En la presente investigación hemos encontrado diversos factores asociados en embarazo en adolescentes gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano en la ciudad de Juliana en el 2015.

Condori Huaman, M. Perú en el año 2015⁽⁹⁾, realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Determinar los factores socioculturales de mayor influencia en el embarazo en adolescentes del centro de salud Santa Adriana Juliaca 2015. **Método:** El tipo de la investigación es no experimental, el diseño de investigación transaccional o transversal donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. **Resultados:** Las relaciones afectivas con compañeros de las gestantes adolescentes es aceptado (73%) y rechazado (8%), Persona que inspira confianza para hablar sobre sexualidad es con amigos (58%), hermanos (20%), padres (8%), presencia de problemas familiares de las gestantes adolescentes está presente (57%) y ausente (43%), conocimiento sobre sexualidad en gestantes adolescentes es conoce (60%) y desconoce (11%), comunicación con los padres es restringida (47%) y fluida (22%). **Conclusiones:** La madres adolescentes embarazadas no llegaron a concluir los estudios secundarios con un 54% por lo que le es difícil, hallar trabajos adecuadamente remunerados, en la actualidad las madres adolescentes no pertenecen a ningún grupo social (78%) y las pocas que si lo hacen (12%) son a grupos que tengan como objetivo la mejoría en cuanto a nivel y calidad de vida se trate. Las amistades de las madres adolescentes en la actualidad fluctúan entre los 20 años a más, ellas manifiestan tener este tipo de amistades ya que la situación lo amerita y las personas mayores transmiten experiencias, experiencia que aún no tienen ellas.

Garnica Núñez, J. Perú en el año 2016⁽¹⁰⁾, realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Determinar los conocimientos,

actitudes y prácticas sobre la prevención del embarazo adolescente en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa nacional “Santa Rosa 6094”. Chorrillos, 2016.

Método: Estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo y de corte transversal, que contó con una muestra de 150 adolescentes. En el análisis descriptivo, las variables cuantitativas fueron estimadas mediante medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar), mientras que las variables cualitativas se estimaron frecuencias relativas y porcentajes. Obteniendo como **Resultados:** Los estudiantes tienen actitudes favorables al pensar que es necesario que los jóvenes conozcan el uso correcto de los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo adolescente (completamente de acuerdo: 58%), la responsabilidad que implica ser padre o madre de forma precoz (completamente de acuerdo: 64.7%) y la buena comunicación que se debe tener en familia para disminuir un embarazo precoz (45.3%). Las prácticas sobre la prevención del embarazo adolescente en los estudiantes fueron no iniciar relaciones sexuales (73.3%), tener solo una pareja sexual (16.7%), usar preservativo en la relación sexual (18.7%), recibir información (96%) y principalmente de los profesores (72%) y la familia (41.3%). **Conclusiones:** Fueron favorables hacia la responsabilidad de ser padres, conocer el uso de métodos anticonceptivos y la comunicación en la familia y las prácticas principales fueron no iniciar relaciones sexuales, usar preservativo en la relación sexual y recibir información.

Alvarado Erazo, L. Perú en el año 2016⁽¹¹⁾, realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Junio a Octubre del año 2016. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico con variable dependiente el embarazo adolescente e independiente el funcionamiento familiar medido con una encuesta validada previamente (alfa de crombach 0,83). Para el análisis

bivariado se usó la prueba de chi cuadrado teniendo como significativo un valor de p menor a 0,05. **Resultados:** La persona que toma decisiones en la familia de la gestante adolescente es ambos padres (35%), madre (26%), otros (3%), las decisiones tomadas por la familia cuentan con la opinión de la gestante adolescente siempre (36%), nunca (2%), apoyo familiar por problema sentimental ambos padres (15%), desconocían mis problemas (16%), nadie (16%), quienes establecen las reglas en la familia ambos padres (38%), padre (11%), otro (1%), qué reglas se establecen en la familia colegio (53%), fiestas (38%), (vestimenta 12%), la comunicación con la madre era siempre (65%), nunca (2%), afrontan problemas con los hijos buscan ayuda (11%), no hacen nada (9%), cariño entre madre e hija buena (63%), mala (2%), grado de confianza con la madre buena (59%), mala (72%). **Conclusiones:** Existe relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Junio a Octubre del año 2016. La proporción de embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Junio a Octubre del año 2016 fue del 42,45 %.

Nivel Internacional

Sánchez Valencia Y, Mendoza Tascón L. Colombia en el año 2012⁽¹²⁾, en su trabajo realizado en Institución prestadoras de servicios de salud en Tulúa – Colombia en el año 2012, con el **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a embarazo en mujeres adolescentes de asistentes a los servicios de salud de dos instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de la ciudad de Tuluá, Colombia en el 2012. **Métodos:** Estudio de casos y controles, con 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas, con hijos o antecedente de embarazo y 302 adolescentes controles con actividad sexual (AS) sin historia de embarazo. Las asociaciones se determinaron mediante Odds Ratio. Para el análisis multivariado se empleó regresión logística

(RL). Con las variables de la RL se creó un modelo predictor de embarazo, evaluándose su rendimiento mediante sensibilidad, especificidad y área bajo ROC. Obteniendo como **Resultados:** Hubo asociación significativa con embarazo las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. El modelo tuvo sensibilidad 92,1%, especificidad 68,9% y área bajo ROC 0,805. **Conclusiones:** Las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales. La promoción de la abstinencia es un objetivo válido, especialmente entre adolescentes más jóvenes, sin embargo, la evidencia científica mundial demuestra que no es suficiente para evitar embarazos no deseados.

Bernardita Baeza W, Ana María Póo F. Chile en el año 2012⁽¹³⁾ Realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Comprender los factores relacionados con el embarazo no planificado en las adolescentes, desde la perspectiva de las escolares nuligestas. **Método:** Estudio cualitativo de casos, en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco, Chile. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. Para el análisis se utilizó el programa ATLAS-ti 4,1. Se trianguló por investigador en la ejecución del estudio y análisis de los datos. **Resultados:** En la dimensión individual aparecen como relevantes factores de riesgo que favorecen el embarazo (FFE): "amor romántico", no uso de

métodos anticonceptivos, baja autoestima, irresponsabilidad masculina y falta de conocimiento en sexualidad. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. Surgen factores percibidos por las adolescentes como protectoras del embarazo no planificado (FPE), en la dimensión individual destacan: capacidad reflexiva y proyecto de vida; en la dimensión familiar: "familia cuidadora" y límites claros; y en la dimensión social la categoría o factor con mayor peso es "sanción social". **Conclusiones:** Entre los hallazgos destacan como FFE relevantes el "amor romántico" y los límites polares familiares. Como FPE, la capacidad de reflexión y "familia cuidadora". Estos elementos debieran ser considerados en la prevención del embarazo no planificado en población adolescente.

Rodríguez González A, Rodríguez J. Venezuela en el año 2013⁽¹⁴⁾ realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Identificar factores predisponentes de embarazo en adolescentes de Salud Nuevo Turumo, Venezuela en el año 2013. **Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 32 embarazadas adolescentes de Nuevo Turumo seleccionadas según los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizaron métodos teóricos (análisis, síntesis e histórico lógico) y empíricos (entrevista directa). Para el análisis de resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.5 y se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Obteniendo como **Resultados:** Predominaron las embarazadas en la adolescencia tardía; las adolescentes casadas sobre las solteras; la escolaridad correspondió a la secundaria terminada y sin terminar; la menarquia en la adolescencia temprana, inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia media; pocos conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos, no vinculación al trabajo. Acceso a los medios de comunicación y tiempo libre dedicado mayormente a la televisión e Internet. **Conclusiones:** Los factores predisponentes de embarazo en las adolescentes de Nuevo Turumo fueron: predominio de

secundaria básica terminada como nivel escolar; presencia de la menarquia en la adolescencia temprana; inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia media; pocos conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos; no vinculación al trabajo y acceso a los medios de comunicación y tiempo libre, dedicado mayormente a la televisión e Internet.

Jimenez-Gonzales A, Granados-Cosme J. México en el año 2014⁽¹⁵⁾ realizó un trabajo de investigación con el **Objetivo:** Identificar condiciones de vida y asociaciones subjetivas en el embarazo en adolescentes de una comunidad rural marginal en Puebla, México en el año 2014. **Material y métodos:** Con metodología cualicuantitativa, que incluyó una encuesta, guías de observación y una entrevista semiestructurada, caracterizando el contexto, identificando condiciones materiales de vida y obteniendo narrativas del plan de vida en adolescentes embarazadas entre 2013 y 2014. Obteniendo como **Resultados:** Se observó migración y desintegración familiar, limitados servicios educativos, de salud y escasas opciones de trabajo. Destacan condiciones como ausencia parental, baja escolaridad e ingreso, malas condiciones de vivienda y saneamiento básico deficiente, que buscan superarse mediante estudio y empleo. Se narran estereotipos tradicionales de género y modelos familiares que se repiten generacionalmente. **Conclusión:** Tanto las condiciones objetivas como el aprendizaje subjetivo limitan las oportunidades para realizar el plan de vida y determinan la incidencia del embarazo en adolescentes.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

Adolescencia según la Organización Mundial de Salud lo define como “como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Algunos/as autores/as identifican tres etapas de acuerdo a los

cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años)".⁽³⁾

Anteriormente, los organismos internacionales habían acordado que la adolescencia comprendía entre las edades de 10 a 19 años; sin embargo, el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto de ese año, ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.⁽⁴⁾

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia. El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social. Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años.⁽³⁾

Embarazo en Adolescencia considerado también como embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia sin haberlo planificado previamente.⁽¹⁶⁾

Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. Según la Organización Mundial de la Salud en países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.⁽¹⁷⁾

Algunas muchachas no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan

demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección. ⁽¹⁸⁾

Factores Protectores:

Son características detectables en una persona, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. ⁽¹⁹⁾

Según los autores Benard, Jenson y Fraser indica que los factores protectores son: Personales, familiares y sociales.

a) Factores Protectores Personales:

Plan de vida: La existencia de planes de vida orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones. También se ha demostrado que las decisiones que toman las y los adolescentes en torno a su vida sexual y reproductiva se relacionan con la formulación y realización de su proyecto de vida, el cual influye a su vez en su fecundidad. Cuando no se han formulado metas profesionales ni incorporación al mundo laboral, las cuales son fundamentales para la orientación hacia el futuro, se incrementa el riesgo de un embarazo no planeado, ya que las adolescentes encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. Se ha encontrado también que los hombres y mujeres que centraron su proyecto de vida en la nupcialidad y la maternidad/ paternidad solían pertenecer al estrato bajo, lo que

demuestra la relación entre situación socioeconómica y las metas y aspiraciones de la y los adolescentes.⁽¹⁷⁾

Acceso a servicios de salud: La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad de las y los adolescentes afecta directamente las tasas de embarazo y fecundidad de esta población. Existen diferentes tipos de servicios organizados dentro de los establecimientos de salud: servicios diferenciados con ambientes exclusivos (I-4, II y III), servicios en horarios diferenciados (I-1, I-2 y I-3) y los AISPED (Servicios móviles para la atención integral). La oferta de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental comprometida con las y los adolescentes y que dé la oportunidad de acceso a los estratos más pobres. Se argumenta que resulta fundamental no solo extender la oferta de estos servicios sino brindarlos con criterios de calidad. La accesibilidad desde el punto de vista físico como subjetivo resulta siendo crítica a la hora que las y los adolescentes deciden utilizar dichos servicios. Un clima organizacional adverso, con censura a la sexualidad en la adolescencia puede orientar a prácticas discriminatorias, lo cual podría reflejarse en negativas de proveer anticoncepción o incluso atención en orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.⁽¹⁷⁾

Acceso a fuentes de información sobre sexualidad: Flórez (2005) demuestra que la frecuencia de las charlas de educación sexual impartidas en las escuelas no ha mostrado efecto importante en la reducción del embarazo no planeado en adolescentes. Encontró que la información sobre sexualidad referida al aparato reproductivo obtenida de los padres o de la escuela tiene efectos favorables importantes. Por el contrario, la información sobre las relaciones sexuales o sobre los métodos anticonceptivos no tiene mucho impacto. Del mismo modo se constató que la educación sexual impartida en las escuelas es más bien informativa de los órganos reproductivos y de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, pasando por alto las

necesidades de formación integral de las y los adolescentes. Los adolescentes consideran al docente como fuente de información para estos temas sin embargo el 40% no considera que estén preparados adecuadamente. Los resultados de la ENDES 2004-2008 confirman el poco efecto de concentrarse en impartir contenidos solamente relacionados con los métodos anticonceptivos. Casi la totalidad de las adolescentes de 15 a 19 años (97,4%) conocen algún método anticonceptivo moderno; mientras que solo el 2,1% de este grupo manifestó no conocer algún método anticonceptivo. Al comparar con el año 2000, el porcentaje de adolescentes que conocen algún método moderno se ha incrementado en 16,6 puntos porcentuales y el porcentaje de las que no conocen estos métodos ha disminuido en 15,3 puntos. Dichos avances, en términos generales, se han presentado tanto en áreas urbanas como rurales y también entre las adolescentes sexualmente activas que no son madres (98,9%) como entre las adolescentes que ya son madres (98,6%) (INEI, 2010).⁽¹⁷⁾

Desarrollar ciertas habilidades sociales:

Se entiende por habilidades sociales, capacidades específicas que componen la conducta social y que son necesarias para asegurar que ésta sea exitosa y aceptada socialmente. La Organización Mundial de la Salud destaca algunas de ellas y las denomina “habilidades para vivir”.

Son habilidades sociales relevantes:

- La habilidad para tomar la perspectiva del otro.
- La habilidad para percibir las normas que prevalecen en el medio social y para actuar en función de ellas.
- La capacidad de tomar contacto con las propias sensaciones y emociones.

- La capacidad de autocontrol.
- La capacidad de anticipar las consecuencias de la propia conducta.
- La capacidad de resolver conflictos positivamente
- La capacidad de enfrentar y resolver problemas. (22)

Autoestima: Los y las adolescentes que tienen más dificultades para planear sus decisiones, presentan deficiencias en por lo menos dos aspectos: la confianza en sí mismos/as y la autodeterminación (Flórez, 2005). Cuando estos dos aspectos están alterados, las decisiones de el/la adolescente se dan en un estado de vulnerabilidad. Las áreas de decisión que más se ven afectadas son las relacionadas a los comportamientos y estilos de vida. Las y los adolescentes se tornan influenciados por sus pares, por el entorno comunitario y por los mensajes sociales de los medios de comunicación. Complementariamente, se ven afectadas las capacidades de autorregulación.(17)

Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los y las adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. Por el contrario, la baja autoestima trae como consecuencia problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia y comportamientos de riesgo sexual, entre otros problemas.(17)

Recreación en Adolescentes: Debemos tener presente que el deporte y la recreación, son elementos básicos que general en cada individuo diferentes espacios para el uso de su tiempo libre. Surge la necesidad de recuperar para la comunidad los niveles de actividad recreativa y deportiva, espacios de convivencia social, debidamente planeados y con una meta especial.

La integración de grupos y sus respectivos líderes, donde se les brinde capacitación a nivel de generalidades de la recreación, ya habiendo obtenido una formación adecuada a nivel básico, para luego comunicar con los diferentes sectores de la comunidad las diferentes actividades. Actividades donde los jóvenes hacen su experiencia comunitaria y empiezan un proceso donde ellos crecen no solo en lo intelectual sino en lo sensible. (32)

b) Factores Protectores Familiares:

Tipo de parentalidad: Varios actores argumentan que el rol que juega la familia y el hogar en el estado de salud del adolescente es esencial. En el año 2005 se realizó una revisión literaria orientada a identificar las investigaciones más recientes sobre la parentalidad de los adolescentes en los países en desarrollo (WHO, 2007), particularmente se examinó la evidencia disponible sobre el tipo de parentalidad que los programas podrían reforzar o eliminar. A partir de ello, se ha establecido que el rol de la crianza o tipo de parentalidad puede ser organizado en cinco dimensiones que son relevantes en la formación de el/la adolescente:

- Conexión – Amor.
- Control de comportamiento – Límites.
- Respeto de la individualidad – Respeto.
- Modulación de un comportamiento adecuado – Modelo.
- Provisión y protección – Provisión.⁽¹⁷⁾

Nivel de comunicación con la madre: Respecto a la comunicación entre hijos adolescentes y padres, se ha encontrado que la madre parece ser una figura clave, aún para los adolescentes varones. En el estudio de García y colaboradores (2008), los y las adolescentes de 15 a 19 años mencionaron que los temas prioritarios que conversaban entre madres e hijos/as giraban en torno a las/os enamoradas/os (74%), seguido de las consecuencias de un embarazo en la adolescencia (72,4%), las ITS (68,1%) y el aborto y sus consecuencias (61,4%). En la misma encuesta el 52% de las y los adolescentes reportó que las madres

nunca les hablan sobre la masturbación ni sobre los sueños húmedos ni tampoco si usan algún método para evitar el embarazo (48,6%) 22. De otro lado, entre 14,1% a 35,6% de los y las adolescentes de 15 a 19 años afirmó, que la madre era la persona que le había hablado de temas de sexualidad o de quien habían aprendido sobre la materia; igualmente en el grupo de 12 a 14 años, las mujeres reportaron que la madre fue la fuente de información en sexualidad (44,4%). Parece que existe un aceptable nivel de comunicación entre madres e hijos/as sobre temas relacionados con la sexualidad tal como lo demuestran los datos descritos, no obstante todavía se observa temas tabú que no se conversan entre ambos.(17)

Entorno Familiar: es el escenario de todo tipo de vivencias. En la vida familiar se inicia la socialización y la formación de valores y elementos necesarios para una formación integral de la persona. Las relaciones interpersonales que se dan en el hogar han de ser fruto de un clima de armonía, cariño, respeto y amor. Estas relaciones perduran en el adolescente durante toda su vida. La comunicación sincera, sencilla y oportuna entre padres y adolescentes fortalecerá las relaciones familiares. Muchas conductas sociales negativas que presentan los adolescentes, son el fruto del mal manejo de las relaciones interpersonales, pues no se respeta al adolescente como persona. (20)

Control del Comportamiento: El control del comportamiento, especialmente el de los hijos, es una dimensión necesaria para que los papeles y las tareas de la vida diaria se desempeñen satisfactoriamente. Un control flexible es el más deseable o funcional, en el que se combinan lo predecible con lo constructivo. Su consistencia, basada en claridad de las reglas, permite a los familiares saber qué esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y espontaneidad. El control funcional es benévolo, pero también efectivo, descansa o se apoya en el consenso con el hijo cuando esto es posible, pero también refuerza los límites si es

necesario. En relación con la crianza de los hijos, las formas no funcionales de control incluyen la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas. (20)

Solución de conflictos: Para la solución de conflictos se necesita que los integrantes de la familia tengan la habilidad para comunicarse, negociar las diferencias y adaptarse al estrés. Esta habilidad se pone a prueba en las situaciones de crisis, ante las cuales la familia puede actuar con rigidez (repetiendo los patrones de conducta habituales, sin adaptarse a las nuevas circunstancias) o con flexibilidad. Por ejemplo, en una familia razonablemente funcional se pasan por alto los desacuerdos menores para evitar fricciones innecesarias. Cabe añadir que una familia que funciona bien no se diferencia de otra disfuncional por la existencia o ausencia de conflictos, sino por el modo de resolver de las diferencias inevitables en toda convivencia humana. (20)

c) Factores Protectores Sociales:

Disponibilidad de políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes: En general, la evolución de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva ha variado en las dos últimas décadas, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo. Existen argumentos que sustentan que cuando los gobiernos demuestran resistencia a las iniciativas de política de anticoncepción en general, estas afectan las intervenciones que se desarrollan con adolescentes. Se argumenta que el trasfondo de dichas restricciones gubernamentales provienen de ciertos grupos de poder que se oponen a la implementación de políticas destinadas a poner a disposición conocimientos y medios anticonceptivos con el fin de controlar la fecundidad. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar la autonomía de los y las adolescentes y su derecho a tomar decisiones independientes, sin

el permiso de sus padres. Adicionalmente, los programas de prevención, por lo general, tienen mayor concentración en la población femenina en desmedro de la masculina. (17)

Patrones culturales de la comunidad: Algunos grupos sociales otorgan un valor superior al matrimonio y la maternidad/paternidad como proyecto de vida. En ese marco, un embarazo temprano puede considerarse un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular para las adolescentes de aquellos estratos de la sociedad en que los planes de vida alternativos tienen pocas posibilidades de realizarse, Este es el caso de las adolescentes que residen en zonas rurales, donde predominan los mensajes sociales que tienden a alentar la ignorancia y la vergüenza cuando se afrontan situaciones que guardan relación con el sexo. De otra parte, influye la reticencia de la sociedad y la familia para reconocer a las y los adolescentes como sujetos con derecho a ejercer su sexualidad; como producto de esta negación se restringe el acceso a información, a métodos anticonceptivos y a prácticas sexuales seguras. La cultura, entendida como el conjunto de preferencias y creencias que ayudan a entender diversos comportamientos económicos, es transmitida intergeneracionalmente a través de la familia o la red social cercana (barrio, comunidad, colegio, entre otros) y normalmente evoluciona muy lentamente a menos que ocurra algún shock de información que se difunda eficientemente a lo largo de la red familiar o social. (17)

Modelo de Atención Integral del Adolescente: Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”

El Modelo de Atención Integral del Adolescente constituye el actual marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones para satisfacer las necesidades de desarrollo y mantenimiento de la salud, así como las derivadas de daños, disfunciones y discapacidades, orientados a lograr personas, familia y comunidades saludables. En relación a la atención de salud de las/los adolescentes, el MAIS considera la provisión de un paquete de cuidados esenciales en salud para atender sus principales necesidades de salud en el contexto de su familia y comunidad. (21)

Servicios Diferenciados y de Calidad: Los servicios diferenciados deberán adaptarse a las necesidades y requerimientos de los/las adolescentes de la región o zona para la atención integral tomando en cuenta el contexto familiar y comunitario.

Se considerará servicio diferenciado, aquel que brinda atención integral al adolescente en ambientes exclusivos, en horario diferenciado y visible al público.

Los institutos especializados y hospitales III-1, deberán contar con ambientes diferenciados para la atención en: consulta externa, orientación y consejería integral, en hospitalización y emergencia.

Los hospitales II-1, II-2, y establecimientos I-3 y I-4 (centro de salud), deberán contar con este servicio, se adecuarán a la infraestructura del establecimiento según demanda y disponibilidad.

Los establecimientos de salud I-2, I-3 (puesto de salud), deberán adecuar su ambiente multifuncional, horarios diferenciado según demanda y disponibilidad. (23)

Instituciones Educativas Saludables: Los diferentes niveles e instituciones de salud, según corresponda promoverán su desarrollo a fin de que los centros educativos proporcionen a sus

alumnos (as) los conocimientos y habilidades indispensables para la toma de decisiones responsables en cuanto a su salud o relacionadas a ella, fortaleciendo modos de vida sanos, realistas y atractivos, que finalmente favorezcan al pleno desarrollo físico, psíquico, social y la adquisición de una imagen positiva como adolescente. (23)

Desarrollar y activar redes sociales:

La red social personal está formada por la familia cercana, los amigos, los vecinos, los compañeros de estudio y/o trabajo, el personal de las instituciones a las que se acude y los conocidos.

El efecto protector de las redes sociales se relaciona con las funciones de apoyo emocional, contención de emociones negativas, apoyo instrumental, apoyo en situación de crisis, información y regulación de los comportamientos de riesgo o inadecuados que ellas brindan.

Las personas aisladas, aquellas que no tienen contacto habitual con sus familiares, amigos o conocidos, son mucho más vulnerables frente a situaciones adversas o crisis vitales. Es por tanto importante desarrollar y activar las redes sociales, para amortiguar el efecto de los factores de riesgo. (22)

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Factores: Elemento o causa que actúan junto con otros, condicionante que contribuye a lograr un resultado.(24)

Embarazo: Es el estado de la mujer gestante, en el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto al exterior.

Su duración normal es de 38 semanas desde la fecundación, es decir 40 semanas desde la fecha de última regla. (25)

Adolescencia: Período de la vida humana en dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.(4)

Factor Personal: Son un conjunto de actitudes que podemos cambiar de forma consciente.⁽²⁶⁾

Factor Social: Son aquellos factores que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.⁽²⁷⁾

Factores Protectores: Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.⁽²⁸⁾

Autoestima: es la percepción emocional que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo.⁽²⁸⁾

Valoración generalmente positiva de sí mismo.⁽²⁹⁾

Identidad: Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás. Conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás.⁽²⁹⁾

Sexualidad: Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracteriza en cada sexo.⁽²⁹⁾

Comunicación: Acción y efecto de comunicar o comunicarse. Trato, correspondencia entre dos o más personas. Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.⁽²⁹⁾

Comunidad: Cualidad de común que pertenece o se extiende a varios, conjunto de las personas de un pueblo, región o nación.⁽²⁹⁾

Servicios de Salud: Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, restauración y la promoción de la salud de las personas.⁽³⁰⁾

Atención Integral: La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad.

Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad.⁽²³⁾

Redes Sociales: Son redes en conjunto de equipos interconectados que comparten información.⁽²⁹⁾

Salud Reproductiva: Es la condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo.⁽²⁹⁾

Salud Sexual: Es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.⁽³⁰⁾

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE
RESULTADOS

3.1 Presentación de Resultados

Tabla 1
Edad

	Frecuencia	Porcentaje
12 – 14 años	14	11.11%
15 – 17 años	112	88.89%
Total	126	100.00 %

Fuente: Elaboración propia 2017.

El 88.89% (112) están entre los 15 a 17 años y el 11.11% (14) entre los 12 a 14 años.

Tabla 2
Grado de Instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	16	12.70
Primaria Completa	40	31.75
Secundaria Incompleta	60	47.61
Secundaria Completa	10	7.94
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se observa que el grado de instrucción de las gestantes adolescentes el más resaltante en estos resultados es secundaria incompleta con 47.61% y primaria incompleta con 12.70%

Gráfico 2
Grado de Instrucción

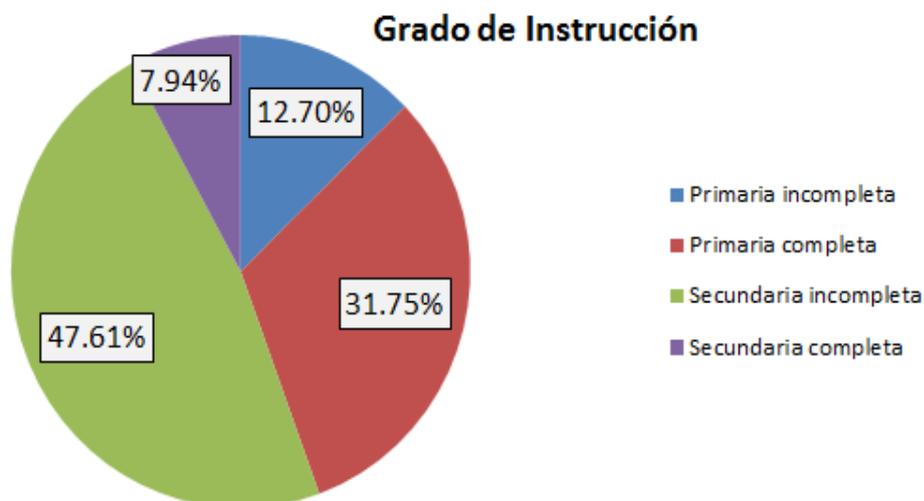


Tabla 3
Plan de vida

Plan de vida	Frecuencia	Porcentaje
No cuenta con plan de vida	44	34,9
Cuenta con plan de vida	82	65,1
Total	126	100,0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se puede evidenciar como el 65.1 % de las gestantes adolescentes cuentan con un plan de vida implica tener algún método de gestión personal para ser más ordenado en buenas ideas de tener un plan de vida y no quedar en buenas intenciones.

Gráfico 3
Plan de vida

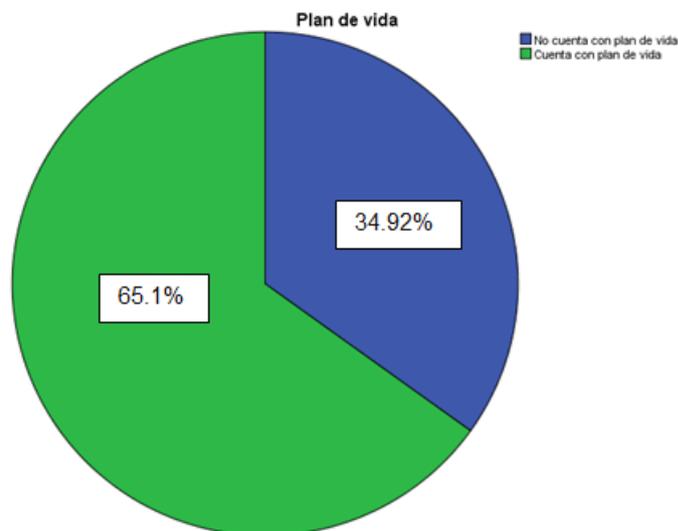


Tabla 4
Acceso a servicios de salud

	Frecuencia	Porcentaje
No Accedió a servicios de salud	97	77.0
Accedió a los servicios de salud	29	23.0
Total	126	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se observa como el mayor porcentaje 77% de las gestantes adolescentes no lograron acceder a los servicios de salud.

Gráfico 4
Acceso a servicios de salud

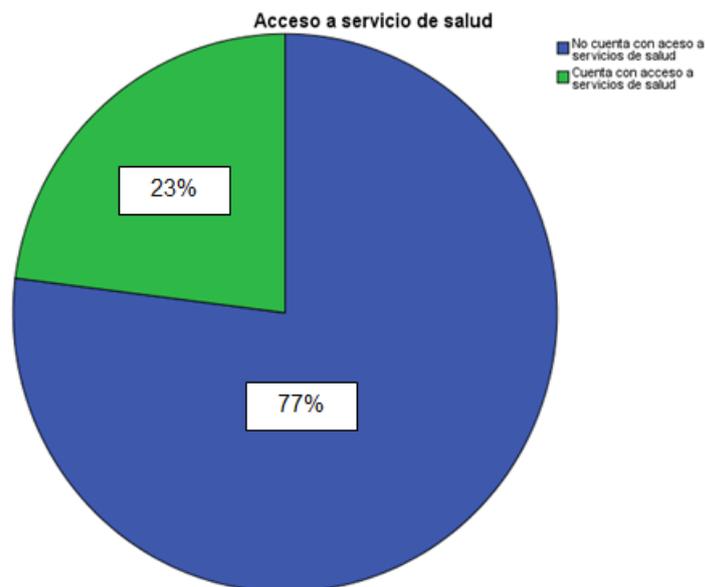


Tabla 5

Acceso a fuentes de información sobre sexualidad

	Frecuencia	Porcentaje
No cuenta con acceso a fuentes de información	54	42.9
Cuenta con acceso a fuentes de información	72	57.1
Total	126	100.0

Fuentes: Elaboración propia 2017.

Se evidencia que el 57.1 % de las gestantes adolescentes cuentan con acceso a fuentes de información.

Gráfico 5

Acceso a fuentes de información sobre sexualidad

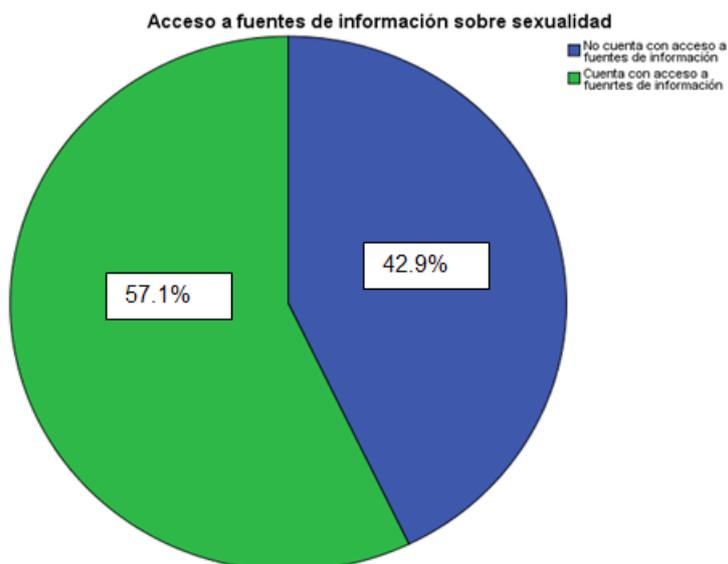


Tabla 6
Habilidades sociales

	Frecuencia	Porcentaje
No posee habilidades sociales favorables	88	69.8
Posee habilidades sociales favorables	38	30.2
Total	126	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se evidencia que el mayor porcentaje (69.8%) de las gestantes adolescentes no poseen habilidades sociales.

Gráfico 6
Habilidades sociales

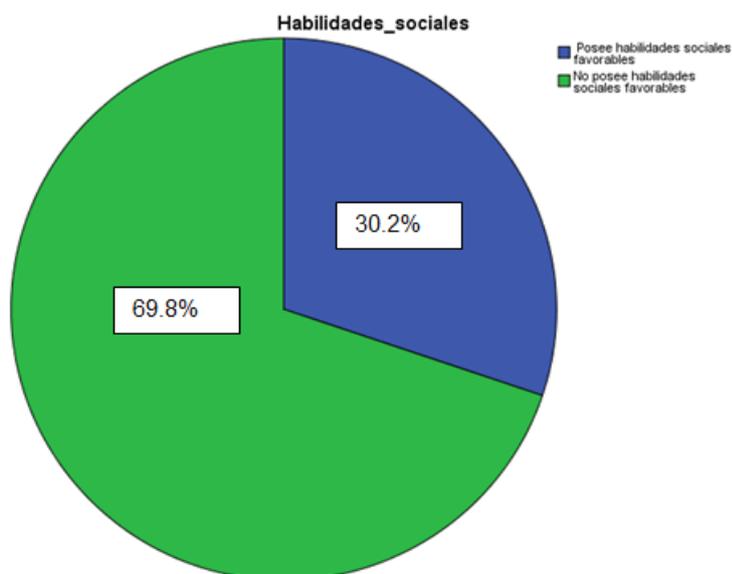


Tabla 7
Autoestima

	Frecuencia	Porcentaje
No posee buena autoestima	75	59.5
Posee buena autoestima	51	40.5
Total	126	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Denota que el 59.5% de las gestantes adolescentes no poseen buena autoestima.

Gráfico 7
Autoestima

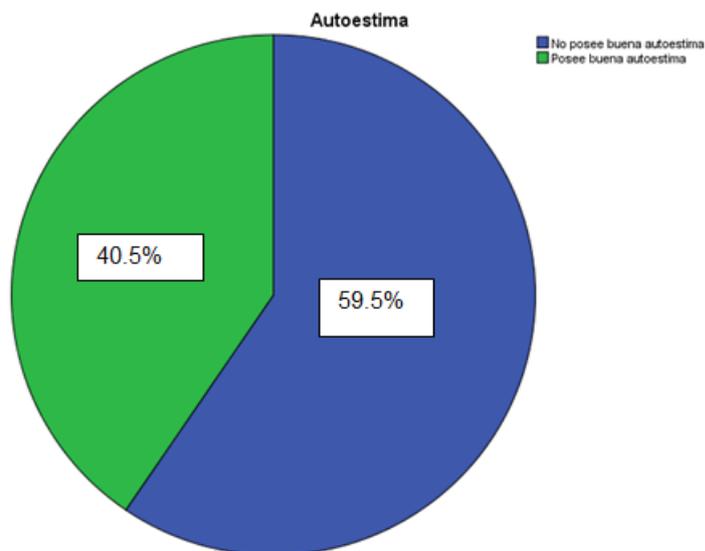


Tabla 8
Recreación

	Frecuencia	Porcentaje
No tiene tiempos de recreación	32	25,4
Tiene tiempos de recreación	94	74,6
Total	126	100,0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala que el 74.6% de las gestantes adolescentes tienen tiempos de recreación.

Gráfico 8
Recreación

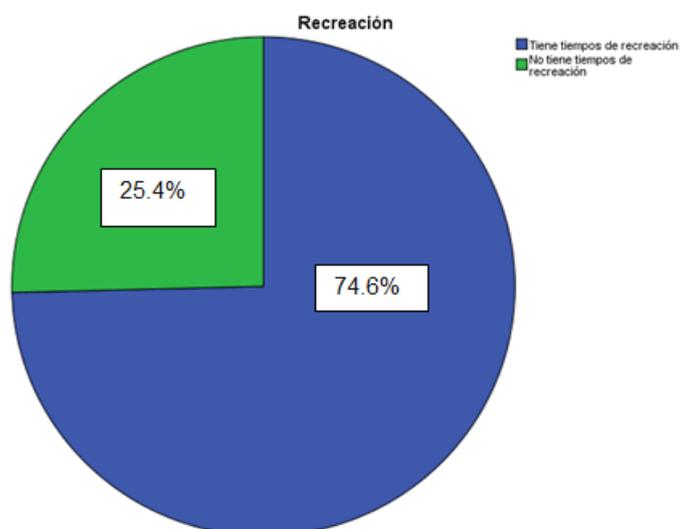


Tabla 9
Parentalidad

	Frecuencia	Porcentaje
Parentalidad no favorable	69	54.8
Parentalidad favorable	57	45.2
Total	126	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala que el 54.8 % de las gestantes adolescentes tienen una parentalidad no favorable.

Gráfico 9
Parentalidad

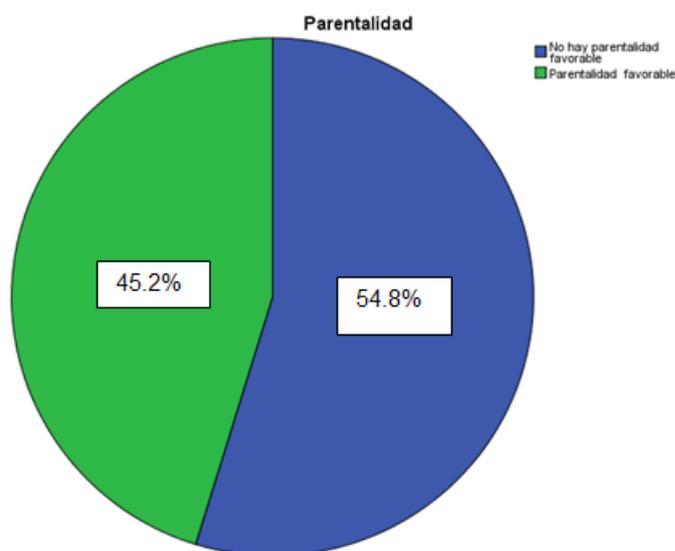


Tabla 10

Comunicación con la madre

	Frecuencia	Porcentaje
Comunicación no favorable	93	73.81
Comunicación favorable	33	26.19
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala que el 73.81% de las gestantes adolescentes tienen Comunicación no favorable con la madre.

Gráfico 10

Comunicación con la madre

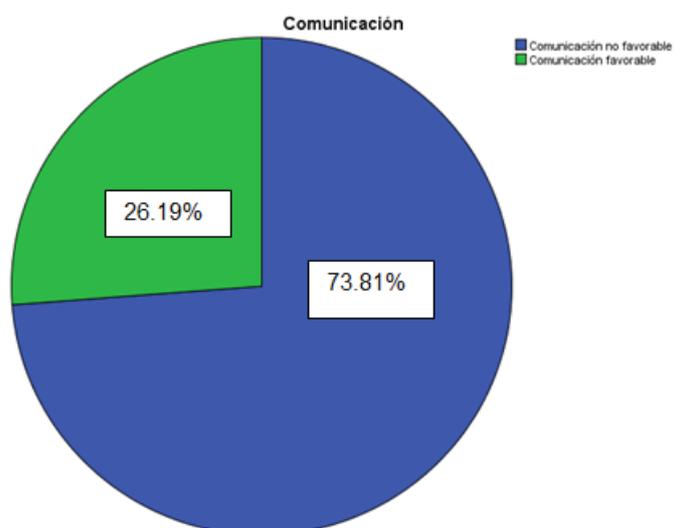


Tabla 11
Entorno familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Entorno familiar no favorable	81	64.3
Entorno familiar favorable	45	35.7
Total	126	100.0

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala con el 64.3% las gestantes adolescentes cuentan con un entorno familiar no favorable.

Gráfico 11
Entorno familiar

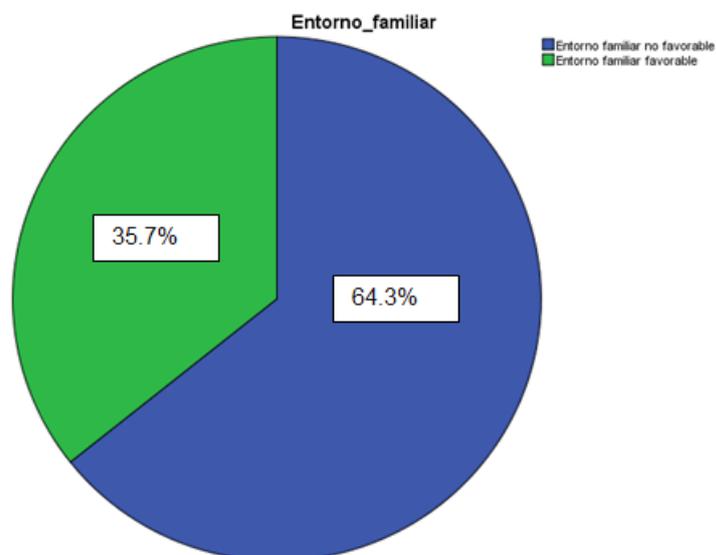


Tabla 12
Control del comportamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Sin control del comportamiento	65	51.59
Control del comportamiento	61	48.41
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala que el 51.59% de las gestantes adolescentes no contaron con control del comportamiento.

Gráfico 12
Control del comportamiento

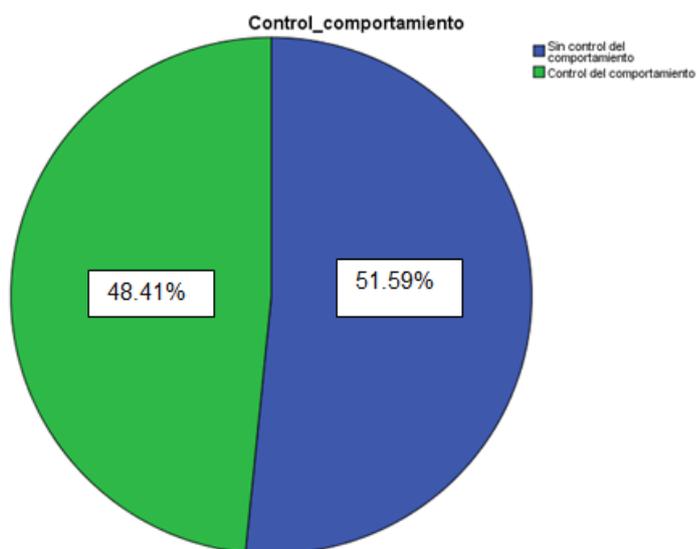


Tabla 13
Solución de conflictos

	Frecuencia	Porcentaje
Sin apoyo en solución de conflictos	72	57.14
Apoyo en solución de conflictos	54	42.86
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Muestra el 57.14% de las gestantes adolescentes sin apoyo en solución de conflictos.

Gráfico 13
Solución de conflictos

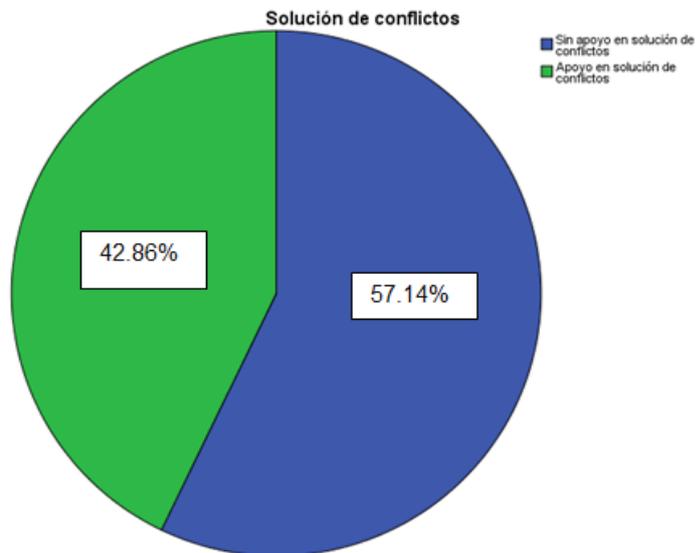


Tabla 14

Políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de acciones de políticas de salud	77	61.11
Acciones de políticas de salud	49	38.89
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala el 66.1% de las gestantes adolescentes en ausencia de Políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva

Gráfico 14

Políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva

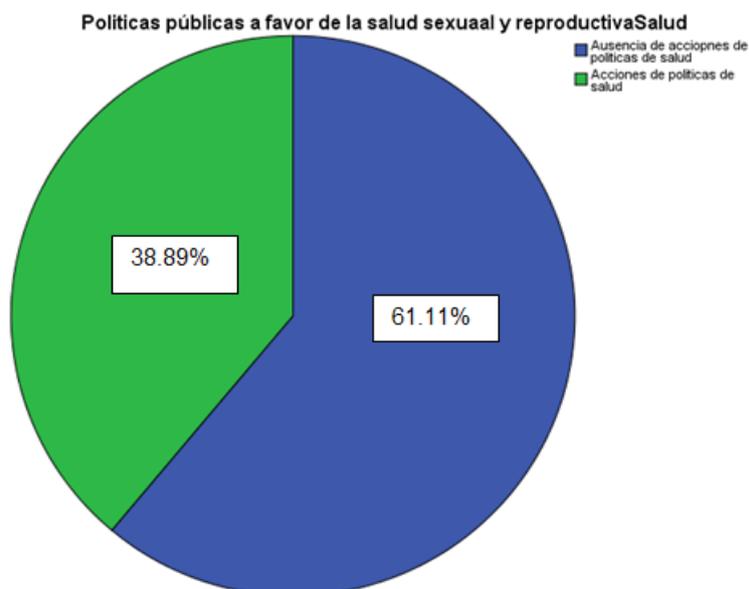


Tabla 15

Patrones culturales de la comunidad

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de patrones culturales favorables	111	88.10
Patrones culturales favorables	15	11.90
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se observa el 88.10% de las gestantes adolescentes la ausencia de patrones culturales favorables.

Gráfico 15

Patrones culturales de la comunidad

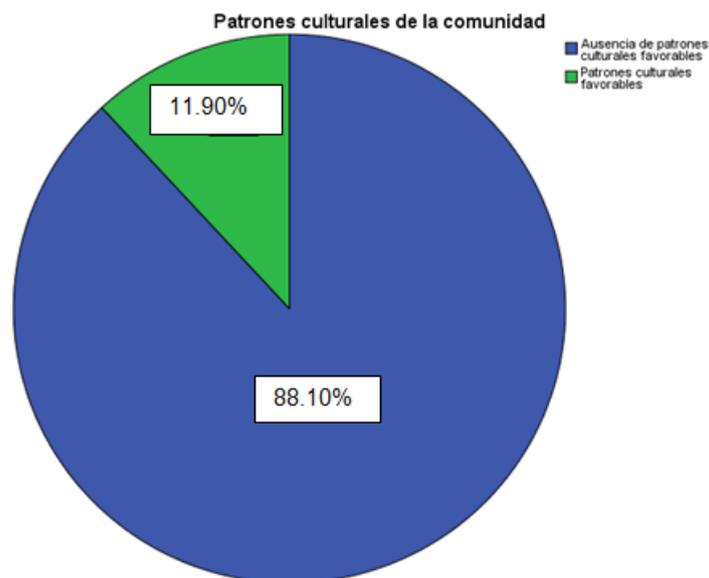


Tabla 16
Modelo de Atención Integral

	Frecuencia	Porcentaje
Sin acceso a MAIS	76	60.32
acceso a MAIS	50	39.68
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se evidencia el 60.32 % de las gestantes adolescentes no cuentan con acceso al MAIS.

Grafico 16
Modelo de atención integral

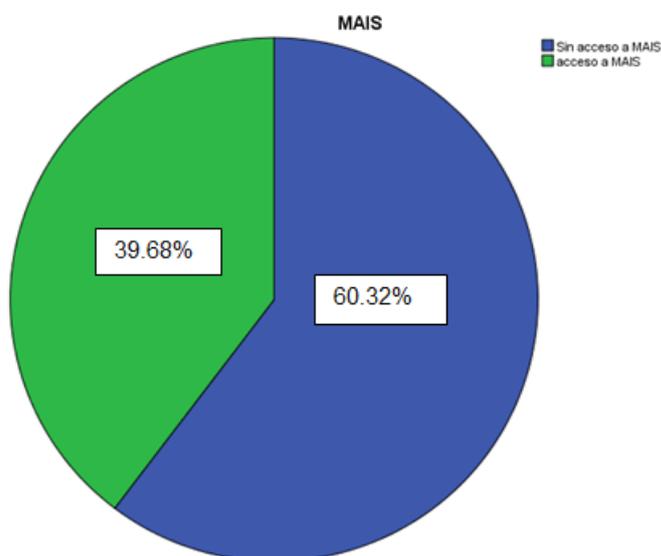


Tabla 17
Servicio Diferenciado

	Frecuencia	Porcentaje
Sin acceso a servicio diferenciado	76	60.32
Acceso a servicio diferenciado	50	39.68
Total	126	100

Fuente: Elaboración propia 2017.

Se evidencia el 60.32% sin acceso al servicio diferenciado al adolescente.

Gráfico 17
Servicio diferenciado

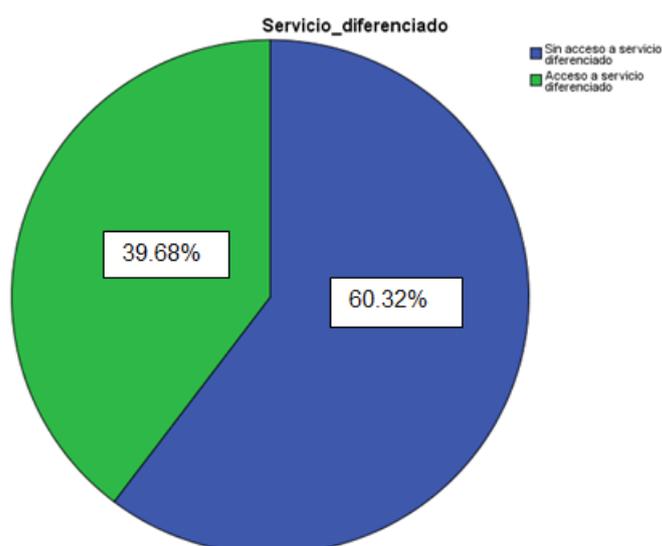


Tabla 18

Instituciones educativas saludables

	Frecuencia	Porcentaje
I.E. sin acciones de salud saludables	98	77.78
I.E. con acciones de salud saludables	28	22.22
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala el 77.78% de las gestantes adolescentes no cuentan con acciones de salud saludable en sus instituciones educativas.

Gráfico 18

Instituciones educativas saludables

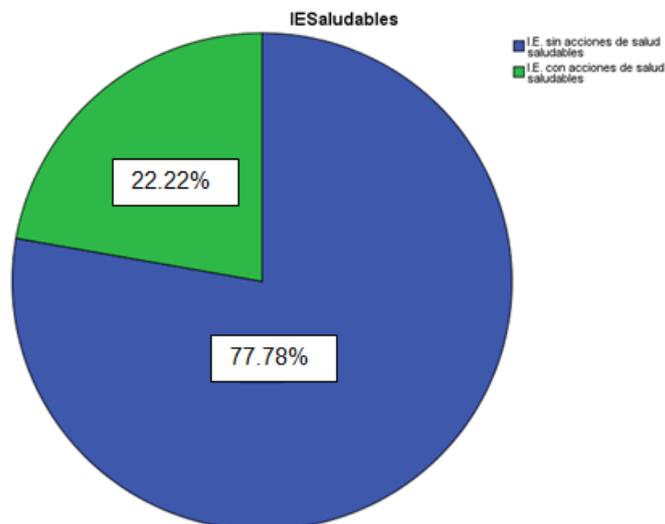


Tabla 19
Redes sociales

	Frecuencia	Porcentaje
Uso inadecuado de redes sociales	94	74.60
Uso adecuado de redes sociales	32	25.40
Total	126	100.00

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala que el 74.6 % de las gestantes adolescente hacía uso inadecuado de redes sociales.

Gráfico 19
Redes sociales

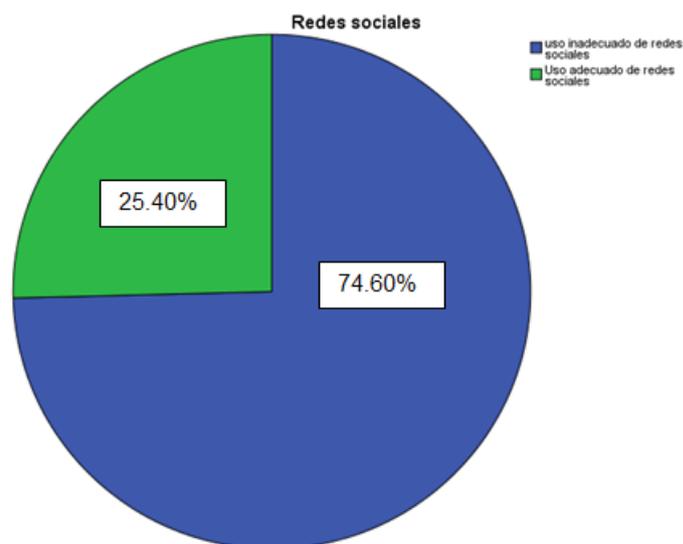


Tabla 20

Factores protectores asociados al embarazo adolescente para la presente investigación.

	odds Ratio	std. Err	z	P> z 	[95 % conf.	Interval]
Plan de Vida.	0.37933520	0.3005189	-1.22	0.221	0.802934	1.792117
Acceso a servicios de salud.	0.0411396	0.0465529	-2.82	0.0005	0.0044777	0.3779776
Acceso a fuentes de información sobre sexualidad.	2.084689	1.532828	1.00	0.318	0.4933675	8.808702
Habilidades Sociales.	0.5971139	0.5184203	-0.59	0.553	0.1089019	3.274002
Autoestima	0.1483.068	0.1449009	-1.95	0.051	0.218528	1.006502
Recreación del Adolescente.	1.120131	0.8508104	0.15	0.881	0.2527708	4.963755
Parentalidad.	1.963375	1.709113	0.78	0.438	0.3564795	10.81364
Comunicación con la madre.	0.0422506	0.0377899	-3.54	0.000	0.0073198	0.2438748
Entorno Familiar.	1.179824	0.0428407	-3.50	0.000	0.0093496	0.2679175
Control de comportamiento.	8.305788	0.232764	-1.52	0.127	0.518846	1.447948
Solución de conflictos.	0.1708291	0.9614191	0.20	0.839	0.2388841	5.82703
Políticas públicas a favor de la SS y SR.	5.329263	7.437084	2.36	0.018	1.436172	48.03469
Patrones culturales de la comunidad.	0.1708291	0.191886	-1.57	0.116	0.18899	1.544133
Modelo de Atención Integral del Adolescente.	5.329263	4.529577	1.97	0.0000	1.00738	28.19299
Servicios diferenciados.	0.7441647	0.6017272	-0.37	0.049	0.1525431	3.6302
Instituciones Educativas saludables.	0.4212164	0.4275086	-0.85	0.394	0.057622	3.630326
Redes Sociales	0.8287143	0.7828663	3.72	0.0000	8.8315	1132.677

Fuente: Elaboración propia 2017.

Señala que los factores protectores personales asociados al embarazo adolescente son: al contar con acceso a servicios de salud ($P = 0,0005$) y la autoestima ($P = 0.051$). Los factores protectores familiares asociados al embarazo adolescente son: la comunicación con la madre ($P = 0.000$) y entorno familiar ($P = 0.000$) y los factores protectores sociales asociados al embarazo adolescente son: las políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva ($P = 0.018$), el modelo de atención integral del adolescente ($P = 0.000$), el servicio diferenciado ($P = 0.049$) y el uso de las redes sociales de las gestantes adolescentes ($P = 0.000$).

Indica que si tiene un valor P menor < 0.005 son factores protectores asociados.

3.2 Interpretación, análisis de resultados

Este estudio realizado en los datos generales de las gestantes adolescentes encuestadas se obtuvo el (88.89%) tienen entre 15 a 17 años de edad; en otra investigación nacional realizada por Pinto Quispe⁽⁸⁾, obtuvo que la mayoría (23%) corresponde a adolescentes embarazadas de 16-17 años de edad obteniendo ambos resultados de similitudes para dicho estudio, según ENDES indica que el embarazo en adolescentes en las edades de 15 a 19 años. Con el grado de instrucción de las adolescentes embarazadas representa que tienen secundaria incompleta con el 47.61% en cambio el estudio de Pinto Quispe⁽⁸⁾, señala que el 60% corresponde a secundaria incompleta, hay otro estudio a nivel internacional de Sánchez Valencia⁽¹²⁾, menciona el mismo resultado, entonces se observa que la mayoría de la población en estas investigaciones las adolescentes gestantes aún no terminan el colegio.

En factores protectores personales, el indicador plan de vida de las adolescentes embarazadas se obtuvo como resultado el 65.1% cuenta con plan de vida, así como la investigación de Bernardita Baeza⁽¹³⁾, también indica contar con plan de vida la población estudiada.

El acceso a servicios de salud se asocia al factor protector al embarazo adolescente por tener el valor 0.0005, encontrando similitud en resultados de la investigación de Garnica Núñez⁽¹⁰⁾, se asocia el acceso servicios de salud al factor protector, Y en el estudio de Rodríguez Gonzales⁽¹⁴⁾, solo cuenta con acceso a medios de comunicación sobre sexualidad. Así como el acceso a fuentes de información en estos diversos estudios están presentes.

Los factores protectores familiares en unos de los indicadores en entorno familiar de las adolescentes embarazadas presenta como factor protector con el valor P 0.000, siendo en el estudio de Pinto Quispe⁽⁸⁾ también indica que la estructura y entorno familiar facilita la comprensión con los adolescentes.

El indicador comunicación con la madre está asociado como factor protector porque obtuvo un valor P 0.000, así como en el estudio de

Gárnica Núñez⁽¹⁰⁾ que también indica que la comunicación con la madre es factor protector para disminuir embarazos adolescentes.

En los factores protectores sociales, en uno de los indicadores es el uso de redes sociales como factor protector al embarazo en adolescentes porque obtuvo como valor P 0.000, también en la investigación de Rodríguez González⁽¹⁴⁾ lo indica como protector el uso de redes sociales en los tiempos libres.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Luego de finalizar el estudio de investigación se concluye que:

Conclusión General:

1.- Son factores protectores asociados al embarazo adolescente porque cuenta con el valor P menor < 0.005 son: el contar con acceso a servicios de salud (0.005), la autoestima (0.051), la comunicación con la madre (0.000), entorno familiar (0.000), las políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva (0.018), el modelo de atención integral del adolescente (0.000), el servicio diferenciado (0.049) y el uso adecuado de las redes sociales de las gestantes adolescentes(0.000).

Conclusiones Secundarios:

1.- Los factores protectores personales asociados al embarazo adolescente son: al contar con acceso a servicios de salud y la autoestima de las gestantes adolescentes porque tienen un valor P menor de 0.005.

2.- Los factores protectores familiares asociados al embarazo adolescente son: la comunicación con la madre y el entorno familiar de las gestantes adolescentes porque tienen un valor P menor de 0.005.

3.- Los factores protectores sociales asociados al embarazo adolescente son: las políticas públicas a favor de la salud sexual y reproductiva, el modelo de atención integral al adolescente, los servicios diferenciados al adolescente y redes sociales de las gestantes adolescentes porque tienen un valor P menor de 0.005.

4.2 Recomendaciones

1.- Se recomienda a un futuro a la realización de más investigaciones sobre temas acerca de los factores protectores asociados al embarazo en adolescentes con un número mayor de población y la aplicación de estas investigaciones en diversos lugares, así aumenta el interés y se involucran conjuntamente los sectores salud, educación y cultura.

2.- Una recomendación especial al área de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales donde se realizó este estudio, para que aprovechen esta investigación y los datos obtenidos para tomar conciencia de la realidad de su población adolescente gestante, así con el fin de intervenir y trabajar en diversos factores protectores que deben poseer las adolescentes.

3.- Existen evidencias efectivas donde los programas de educación sexual a los adolescentes reduce la prevalencia de embarazos a esta edad según Michael Carrera expuestos en el Plan Multisectorial de Prevención del embarazo adolescente, se recomienda fortalecer dichos programas como: educación sexual y familiar, fortalecimiento de los servicios de salud, para el desarrollo de la autoestima del adolescente a través de las artes, recreación y deportes, orientación para elaborar proyecto de vida, que estos programas deben ser cumplidos con la participación conjunta de profesionales de salud, docentes, pares, padres de familia y especialmente a las adolescentes que no poseen factores protectores.

4.- Recomendar al Ministerio de Salud y al establecimiento de Salud estar obligados a supervisar las funciones del profesional encargado al adolescente, no solo ver estadísticas o las metas propuestas del mes, sino el proceso y trabajo que conlleva junto al adolescente en un consultorio, talleres, sesiones educativas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Día Mundial de la Población 2013 en el Embarazo Adolescente. [Internet]. España: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013. [acceso: 18 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/es/press/d%C3%ADa-mundial-de-la-poblaci%C3%B3n-2013-se-centra-en-el-embarazo-adolescente#sthash.rTSRSILr.dpuf>

2.- Ministerio de Salud de Perú. Prevención del Embarazo Adolescente.[Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2014. [acceso: 18 de Enero de 2017]. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp?

3.- Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología FLASOG. Factores relacionados con el Embarazo y la Maternidad en Menores de 15 años en América Latina y el Caribe. [Internet]. Colombia: Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2011. [acceso: 18 de Enero de 2017]. Disponible en:

<http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>

4.- Ministerio de Salud de Perú. Prevención del Embarazo en Adolescentes.[Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2010.[acceso 18 de Enero de 2017. Disponible en:

<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/embarazoadolescente/default.asp>

5.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.[Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. [acceso: 26 de Julio de 2017]. Disponible en:

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

6.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Maternidad en la Adolescencia. Perú: Ed. Prinley. 2013.

- 7.- Nolasco Bazán E., Pintado Odar I. Algunos antecedentes sociales y reproductivos en edad de adolescentes con embarazo precoz. Hospital La Caleta. Chimbote, 2014. [Tesis para optar título profesional]. Perú: Repositorio Institucional. Universidad Nacional del Santa.
- 8.- Pinto Quispe M., Quispe Calsin E. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano. [Tesis para optar título profesional]. Perú: Repositorio Institucional. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2015.
- 9.- Condori Huaman Marleny. Factores Socioculturales que influyen en el Embarazo en Adolescentes del Centro de Salud Santa Adriana. Juliaca, 2015. [Tesis para optar título de especialidad]. Perú: Repositorio Institucional. Universidad Nacional de San Agustín; 2015.
- 10.- Garnica Núñez, J. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención del embarazo adolescente en estudiantes de quinto año de educación secundaria de la Institución Educativa Nacional Santa Rosa 6094. Chorrillos, 2016. [Tesis para optar título profesional]. Perú: Repositorio Institucional. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- 11.- Alvarado Erazo Luis. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Junio a Octubre del año 2016. [Tesis para optar título profesional]. Perú: Repositorio Institucional. Universidad Ricardo Palma; 2016.
- 12.- Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá. Rev. chil. obstet. Ginecol. 2013; 78(4): 269-281. Fecha de acceso: 18 de Enero 2017. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lang=pt

13.- Bernardita Baeza W, Ana María Póo F. Identificación de Factores de Riesgo y Factores protectores del Embarazo en Adolescentes de la Novena Región. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 72(2):76-81. [acceso: 26 de Julio de 2017]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002

14.- Rodríguez A, Rodríguez J, Viñet L. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turumo. Rev haban cienc méd. 2013; 12(2): 249-256. [acceso: 18 de Enero de 2017]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200012

15.- Jimenez A, Granados J, Arminda R. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Salud Pública de México. 2014; 59:11-18. [acceso: 18 de Enero de 2017]. Disponible en:

www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8410

16.- Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. [acceso: 18 de Enero de 2017]. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

17.- Ministerio de Salud. Plan Multisectorial para la prevención de Embarazo en Adolescente. Perú: Ed. Calmez. 2013.

18.- Rodríguez Tello A, Ruiz del Castillo D. Factores de Riesgo y Nivel de Conocimiento sobre embarazo en Adolescentes Gestantes, Puesto de Salud I-2 Masusa. [Tesis para optar título profesional]. Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.

19.- Páramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. Ter Psicol vol.29 2011; pp.85-95. [acceso: 27 de Julio de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009

20.- Urreta Palacios M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. [Tesis para optar título profesional]. Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

21.- Ministerio de Salud. Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2007. [acceso: 25 de Julio de 2017]. Disponible en:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1039_dgsp200.pdf

22.- Sepúlveda Torres E. Factores Protectores. [Internet]. Chile: Universidad de Concepción; 2016. [acceso: 25 de Julio de 2017]. Disponible en:

<http://esepulveda.cl.tripod.com/factores.htm>

23.- Ministerio de Salud de Perú. Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa Vida Adolescente. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2005. [acceso: 25 de Julio de 2017]. Disponible en:

http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/131_NTAISADOL.pdf

24.- Diccionario de la Real Academia Española. [Internet]. 23 ed. Madrid: Real Academia Española; 2014. Proveedor. [acceso: 24 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es/>

25.- MAPFRE. Advance Medical. [Internet]. Lima: MAPFRE; 2017. [acceso: 10 de Febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>

26.- Slideshare. Factores Personales. [Internet]; Lima: Slideshare; 2012. [acceso: 10 de Febrero de 2017]. Disponible en:

<https://es.slideshare.net/arrohconbacalao/factores-personales>

27.- Tecnología de Gestión y Filosofía. Factores Sociales. [Internet]. Rosario:Tecnología de Gestión y Filosofía; 2017. [acceso: 13 de Febrero de 2017]. Disponible en:

<https://sites.google.com/site/e518tecnofilosofia/-que-entendemos-por-factores-sociales>

28.- Universidad Veracruzana. Tutorías Factores Protectores. [Internet]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2014. [acceso: 25 de Julio de 2017]. Disponible en: <https://www.uv.mx/>

29.- Diccionario Definición DE. Definición. [Internet]. Lima: Diccionario Definición DE; 2016. [acceso: 24 de Julio de 2017]. Disponible en:

<http://definicion.de/>

30.- Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. [acceso: 26 de Julio de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

31.-Universidad de Piura. Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo Vancouver. [Internet]. Piura: Universidad de Piura; 2011. [acceso: 25 de Febrero de 2017]. Disponible en:

<http://udep.edu.pe/biblioteca/files/2015/07/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

32.- Instituto Cubano de Deportes. Propuestas de Actividades Deportivas de Salud Mental al Adolescente. [Internet]. Cuba: Instituto Cubano de Deportes; 2015. [acceso: 25 de Julio de 2017]. Disponible en: www.inder.gob.cu

33.- Ministerio de Salud de Perú. Manuel de Habilidades Sociales en adolescentes escolares. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2005. [acceso: 11 de Agosto de 2017]. Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/007.pdf>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DE TESIS: FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO
			Variable	Dimensión	Indicadores	
<p>Problema General -¿Cuáles son los factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?</p> <p>Problemas Secundarios -¿Cuáles son los factores protectores personales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?</p> <p>-¿Cuáles son los factores protectores familiares asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?</p> <p>-¿Cuáles son los factores protectores sociales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?</p>	<p>Objetivo General -Determinar los factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p> <p>Objetivos Secundarios -Determinar los factores protectores personales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p> <p>-Determinar los factores protectores familiares asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p> <p>- Determinar los factores protectores sociales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p>	<p>Existe factores protectores asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p>	<p>Factores Protectores Asociados al Embarazo en Adolescentes de 12 a 17 años.</p>	<p>FACTOR PROTECTOR PERSONAL</p> <p>FACTOR PROTECTOR FAMILIAR</p> <p>FACTOR PROTECTOR SOCIAL</p>	<p>-Plan de Vida. -Acceso a servicios de salud. -Acceso a información sobre sexualidad. -Habilidades sociales. -Autoestima -Recreación del Adolescente</p> <p>-Parentalidad. -Comunicación -Entorno Familiar. -Control de comportamiento -Solución de conflictos.</p> <p>-Políticas Públicas sobre SSySR. -Patrones culturales de la comunidad. -MAIS en Adolescentes -Servicios diferenciados. -Instituciones Educativas saludables. -Redes Sociales</p>	<p>Diseño: Descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal. Universo: 924 gestantes adolescentes. Muestra: 126 gestantes adolescentes de 12 a 17 años Instrumento: Cuestionario.</p>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

Soy estudiante de la Universidad Alas Peruanas. Como parte del requisito para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, es un trabajo de investigación. La misma trata sobre “Factores Protectores Asociados al Embarazo en Adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017”

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación. La información obtenida a través de esta investigación será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Esta investigación no conlleva a ningún riesgo.

YO He leído el procedimiento descrito. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis dudas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación de Bravo Segovia, Mayra Isabel. Sobre: “Factores Protectores Asociados al Embarazo en Adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017”

Firma

34.- ¿Al ir al centro de salud qué servicios ingresas para tu atención como adolescente?

a.- Obstetricia.

b.- Otros servicios

35.- ¿Consideras buena la atención que recibes en el centro de salud como adolescente?

a.- Sí

b.- No

36.- ¿Te explicaron que existe el programa de Etapa Vida Adolescente donde recibes atenciones en diferentes especialidades?

a.- Sí

b.- No

37.- ¿Los consultorios donde ingresaste te parecieron adecuados, ambientados, cómodos para tu atención?

a.- Sí

b.- No

38.- ¿Encontraste atención a cualquier hora del día en todos los servicios?

a.- Sí

b.- No

39.- ¿En tu colegio, recibes información sobre sexualidad de parte de tus profesores?

a.- Sí

b.- No

40.- ¿En tu colegio, recibes información sobre sexualidad de parte de un personal de salud?

a.- Sí

b.- No

41.- ¿En tu colegio realizan campañas de salud?

a.- Sí

b.- No

42.- ¿Consideras que usas las redes sociales es de forma correcta (información, tiempo, con quién te comunicas)?

a.- Sí

b.- No

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): ALBERTO HECTOR CORTEZ ROMERO

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3.- La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6.- Los ítems son claros y entendibles.	X		
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

MINISTERIO DE SALUD
 Personas que atendemos personas
 Dirección de Salud V Lima ciudad
 U.E. 046 Red de Salud Tópico Amaru
 C. S. Año Nuevo

ALBERTO HECTOR CORTEZ ROMERO
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 32697

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Mag. Milagros Villafana Canta

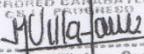
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3.- La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6.- Los ítems son claros y entendibles.	X		
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 de Red de Salud Tropic Andes
 MANUEL OCHOA VILLALBA
 C.S. PROMESAS

 Mag. Milagros Villafana Canta
 C.P. 4344

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Virna Lissi Lafitte Flores

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1.- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2.- El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3.- La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6.- Los ítems son claros y entendibles.	X		
7.- El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....


MINISTERIO DE SALUD
 Personas que atendemos personas
 Dirección de Salud V Lima ciudad
 U.E. 045 Red de Salud Túpac Amaru
 C.S. - Año Nuevo
 VIRNALISSI LAFITTE FLORES
 OBSTETRIZ
 C.O.P 22131

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



Comas, 20 SET. 2017

OFICIO N° 1690 DG-HNSEB-2017

Señora Mg.
FLOR DE MARÍA ESCALANTE CELIS
Directora (e)
Escuela Profesional de Obstetricia
Universidad Alas Peruanas
Presente

Asunto : Autoriza aplicación de instrumento de tesis
Referencia : Oficio N°821-2017/EPO-FMHyCS-UAP
(Expediente N°011696/2017)

Sirva la presente para saludarla cordialmente y con relación al documento de la referencia y de acuerdo a lo informado por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación mediante Nota Informativa N°463-OF-ADEI-HSEB-2017, hago de su conocimiento que se autoriza a la estudiante **BRAVO SEGOVIA MAYRA ISABEL** realice la aplicación de instrumento del proyecto de tesis en nuestro Hospital, con la finalidad de realizar su trabajo de investigación "**FACTORES PROTECTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017**".

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Mag. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
C. M. P. 19373

C.c.:
• Docencia
• Srta. Mayra Isabel Bravo Segovia ✓
• Archivo
JASR/mse
2017-09-19