



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES EN LA REGIÓN ICA, 2019".

Presentado por:

ANA MARIA KUROKI YSHII.

Del **DOCTORADO EN SALUD PUBLICA**

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de Investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 5%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 04 de noviembre de 2021

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO



Dr. ROBERTO H. CASTAÑEDA TERRONES
DIRECTOR (a) DE LA ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



TÍTULO

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO DE GESTANTES

ADOLESCENTES EN LA REGIÓN ICA, 2019”

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
SALUD PÚBLICA**

AUTORA:

Mag. KUROKI YSHII ANA MARIA

ASESOR:

Dra. VALENZUELA HERRERA RITA LUCY

ICA, PERÚ

2019

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

DEDICATORIA

*A mi familia por su apoyo constante para el logro
de mis objetivos profesionales*

AGRADECIMIENTO

A mi asesora la Dra. Valenzuela Herrera Rita, por su valioso asesoramiento en el proceso de la investigación.

ÍNDICE

	Pág.
LINEA DE INVESTIGACIÓN	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I	14
MARCO TEÓRICO.....	14
1.1. Antecedentes de la Investigación	14
1.1.1. Antecedentes Internacionales	14
1.1.2. Antecedentes Nacionales.....	16
1.1.3. Antecedentes Locales.....	19
1.2. Bases Teóricas	19
1.2.1. Gestante	19
1.2.2. Adolescencia	21
1.2.3. Factores de embarazo en adolescentes	31
1.2.4. Elementos dependen de la vida personal	32
1.3. Marco Conceptual.....	34
1.4. Marco Filosófico.....	39
CAPÍTULO II.....	40
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
2.1. Situación Problemática.....	40
2.2. Formulación del Problema	40
2.2.1. Problema General.....	40
2.2.2. Problemas Específicos.....	40
2.3. Justificación e Importancia de la Investigación.....	41
2.3.1. Justificación	41
2.3.2. Importancia	41
2.4. Objetivos de la Investigación	43
2.4.1. Objetivo General	43
2.4.2. Objetivos Específicos.....	43

2.5. Hipótesis de la Investigación.....	43
2.5.1. Hipótesis General.....	43
2.5.2. Hipótesis Específicas.....	43
2.6. Variables de la Investigación	43
2.6.1. Identificación de Variables.....	44
2.6.2. Operacionalización de las Variables.....	44
CAPÍTULO III	45
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación.....	45
3.1.1. Tipo de Investigación.....	45
3.1.2. Nivel de Investigación.....	45
3.1.3. Diseño de Investigación	45
3.2. Población y Muestra.....	45
3.2.1. Población.....	45
3.2.2. Muestra	45
CAPÍTULO IV.....	47
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	47
4.1. Técnicas de Recolección de Información.....	47
4.2. Instrumentos de Recolección de Información	47
4.3. Técnicas de Análisis e Interpretación de Datos.....	47
CAPÍTULO V.....	49
CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	49
5.1. Contrastación de Hipótesis General	49
5.1.1. Hipótesis Alternas.....	49
5.1.2. Hipótesis nula.....	49
5.1.3. Toma de Decisión	50
5.2. Contrastación de Hipótesis Específicas.....	51
5.2.1. Hipótesis Alternas 1.....	51
5.2.2. Hipótesis nula 1.....	51
5.2.3. Toma de Decisión 1	52
5.1.1. Hipótesis Alternas 2.....	53
5.1.2. Hipótesis nula 2.....	53
5.1.3. Toma de Decisión 2	54
5.1.3. Hipótesis Alternas 3.....	55
5.1.4. Hipótesis nula 3.....	55
5.1.4. Toma de Decisión 3	56

CAPITULO VI.....	57
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	57
6.1. Presentación e Interpretación de Resultados	57
6.2. Discusión de Resultados	57
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	83
ANEXOS	88
Anexo 1: Formato de la ficha de consentimiento informado del participante.....	88
Anexo 2. Formato de la encuesta	89

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.....	44
Tabla 2.....	57
Tabla 3.....	58
Tabla 4.....	59
Tabla 5.....	60
Tabla 6.....	61
Tabla 7.....	62
Tabla 8.....	63
Tabla 9.....	64
Tabla 10.....	65
Tabla 11.....	66
Tabla 12.....	67
Tabla 13.....	68
Tabla 14.....	69
Tabla 15.....	70
Tabla 16.....	71
Tabla 17.....	72
Tabla 18.....	73
Tabla 19.....	74
Tabla 20.....	75
Tabla 21.....	76
Tabla 22.....	77
Tabla 23.....	78
Tabla 24.....	93

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1.	50
Figura 2.	52
Figura 3.	54
Figura 4.	56
Figura 5.	57
Figura 6.	58
Figura 7.	59
Figura 8.	60
Figura 9.	61
Figura 10.	62
Figura 11.	63
Figura 12.	64
Figura 13.	65
Figura 14.	66
Figura 15.	67
Figura 16.	68
Figura 17.	69
Figura 18.	70
Figura 19.	71
Figura 20.	72
Figura 21.	73
Figura 22.	74
Figura 23.	75
Figura 24.	76
Figura 25.	77
Figura 26.	78

RESUMEN

Objetivo: fue establecer los factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019. **Material y métodos:** fue de tipo aplicada, el nivel fue explicativo y observacional, el diseño no experimental, con una muestra de 265 unidades muestrales, se utilizaron los siguientes instrumentos y técnicas: encuesta y entrevista.

Resultados: el inicio de vida sexual se manifestó en el grupo de 16 a 19 años con el 74.2%, en cuanto al estado civil, el 63.4% están solteras, en relación al número de hijos, el 80.0% de las gestantes tiene un solo hijo, el 70.2% son de la zona rural, en el 85.5% si cuentan con los servicios básicos, la relación de las gestantes con sus padres, el 55.5% es regular, el 77.7% de las gestantes conviven con sus padres, el 79.2% de las gestantes viven con más de cinco personas en su casa, el 22.3% de las adolescentes se encuentran gestando, el 55.1% de las adolescentes tuvieron un familiar que estuvo gestando antes de los 20 años, el 53.6% de las adolescentes mantiene relación estable con su pareja, con relación a la autoestima, el 48.3% es baja, el 11.30% de las adolescentes manifestó que mantiene relaciones sexuales con más de una pareja, el 12.8% de las adolescentes han sido víctimas de abusos sexual, el 49.4% de las adolescentes usan el método anticonceptivo tradicional. **Conclusión:** los factores que influyen en el incremento de las gestantes adolescentes en la Región Ica, son los sociodemográficos, como el nivel de estudio, ser víctima de abuso sexual, escasa comunicación con sus padres y el estado civil de sus padres.

Palabras claves: factores, incremento, gestantes, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: it was to establish the factors that significantly influence the increase in adolescent pregnant women in the Ica Region, 2019. **Material and methods:** it was applied, the level was explanatory and observational, the non-experimental design, with a sample of 265 sample units, was used the following instruments and techniques: the questionnaire and the survey. **Results:** the beginning of sexual life was manifested in the group of 16 to 19 years with 74.2%, in terms of marital status, 63.4% are single, in relation to the number of children, 80.0% of pregnant women have only one son, 70.2% are from rural areas, in 85.5% if they have basic services, the relationship of pregnant women with their parents, 55.5% is regular, 77.7% of pregnant women live with their parents, 79.2 % of pregnant women live with more than five people at home, 22.3% of adolescents are pregnant, 55.1% of adolescents had a relative who was pregnant before the age of 20, 53.6% of adolescents maintain a relationship stable with their partner, in relation to self-esteem, 48.3% is low, 11.30% of adolescents stated that they have sexual relations with more than one partner, 12.8% of adolescents have been victims of sexual abuse, 49.4% of adolescent girls use traditional contraception. **Conclusion:** the factors that influence the increase in adolescent pregnant women in the Ica Region are sociodemographic factors such as the level of education, the victim of sexual abuse, poor communication with their parents and the marital status of their parents.

Keywords: factors, increase, pregnant women, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La OPS (Organización Panamericana de Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), definen a la adolescencia como la etapa de la vida en donde el sujeto logra desarrollar su capacidad reproductiva, el cual se limita dentro los 10 y 19 años¹. Con mayor frecuencia se ve el embarazo en adolescentes en los países subdesarrollados, en su mayoría los embarazos no fueron planificados y se presentan en las localidades de más bajos recursos económicos y que no cuentan con sistemas de salud, situación que genera riesgo en la salud de las madres jóvenes y del bebe². La situación de alto riesgo en los embarazos de las adolescentes se manifiesta por diversas causas perinatales y maternas, implican desde el parto pretérmino a la muerte neonatal. Esta situación ha expuesto desde el punto de vista de la inmadurez biológica, el nacimiento pretérmino es considerado multifactorial y se distinguen la condición obstétrica, materna, útero-placentaria, o fetal que conllevan a que el embarazo tenga un término prematuro³. El parto prematuro la OMS lo define como aquel que se produce antes de las 37 semanas de embarazo, representando una dificultad obstétrica recurrente en la gestación⁴. Diferentes investigaciones informan que los episodios de parto pretérmino son mayores en las adolescentes a diferencia de la población en general. La elevada incidencia de nacimientos pretérmino tiene una correlación inversa con los años de vida de la madre, específicamente entre las de 13 - 15 años y el alumbramiento pretérmino es la de mayor causa de morbimortalidad neonatal y postneonatal⁵. Los factores más frecuentes que manifiestan las adolescentes con riesgo de Parto Pretérmino, son el grado de instrucción, nivel socioeconómico bajo, el ingreso familiar, zona de residencia, estrato social, tipo de trabajo, edad materna (menor de 16 años), solteras, condición laboral (ama de casa), ingestión de droga y tabaquismo, enfermedad crónica (cardiopatía, asma, hipertensión, diabetes), bacteriuria asintomática, infección de vías urinarias, embarazo multifetal, vaginosis bacteriana, antecedente obstétrico desfavorable (abortos previos y partos prematuros), complicaciones obstétricas (rotura

prematura de membranas, preeclampsia, sangrado, polihidramnios u oligohidramnios) y elementos fetales (infecciones y malformaciones)². El nacimiento pretérmino es uno de los factores de riesgo que se utilizó en la investigación, el parto pretérmino en la adolescencia. La incidencia en el Perú de parto pretérmino registrada esta entre el 3,60% a 11,80%, este es causa de discapacidad neonatal y de muerte. Cuando se investiga el complicado estado del embarazo en adolescentes, el incremento de los sucesos de parto pretérmino está entre un 14% a 16%; asimismo con las tasas de morbilidad materna e infantil⁶. El principal problema de salud pública en Perú es el de madres adolescentes y primerizas, con valores de 13% y 12.70% durante los años 2000 al 2004⁷. La paternidad y maternidad en los adolescentes es una situación que va incrementado, se calcula que por lo menos 13 de cada 100 jóvenes de 15 a 19 años, están gestando o ya son madres primerizas. La frecuencia del embarazo adolescente se da en las mujeres sin educación y pobres, siendo en su mayoría “embarazos no deseados”, que las ponen en un ambiente de alta vulnerabilidad⁸. La incidencia de natalidad en las adolescentes se encuentra en el sexto lugar de acuerdo con la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), realizada en el año 2013, para que el número de embarazos en las adolescentes no se incremente, se debe prevenir los factores de riesgo como: el comienzo prematuro de las relaciones sexuales sin tener la madurez emocional necesaria para realizarla, el no tener un proyecto de vida, el bajo nivel educativo que les permita llegar a un adecuada madurez y postergar la maternidad para la etapa adulta, en caso no se realice la prevención de los factores de riesgo, esto generaría la probabilidad que la adolescente inicie las relaciones sexuales de manera temprana y no tome las precauciones para evitar el embarazo⁹. La Región de Ica no es ajena a dicha problemática social es por eso que nació el interés de realizar esta investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

1.1.1. Antecedentes Internacionales

- Jaramillo J.¹⁰ (2017), realizó en Madrid-España, la investigación titulada: “Políticas públicas de prevención del embarazo precoz en el marco de la realización de los objetivos de desarrollo del milenio: el caso de medellín (colombia)”. Objetivo: Describir las perspectivas generales de las políticas públicas y la normatividad existente sobre la prevención del embarazo adolescente en Iberoamérica. Material y método: es de tipo documental explicativa. Resultados: la baja del 5,60% de la incidencia de embarazos en adolescencia en relación a la situación inicial y el incremento en la utilización de sistemas anticonceptivos como prevención en las relaciones sexuales (5 de cada 10 adolescentes utilizan algún método anticonceptivo, las jóvenes utilizaron con mayor frecuencia mayor cantidad de métodos, aumentando la confianza en el Jadelle). Se incrementó en 40.0% la cantidad de mujeres que fueron a los centros de salud para consultar, al igual que el número de jóvenes que saben donde conseguir un método anticonceptivo, primordialmente de los servicios de salud públicos. Conclusión: En Latinoamérica Colombia ocupa el tercer lugar, después de Venezuela y Perú, con más casos de adolescentes embarazadas. El Estado ha sido oportuno y consecuente al confirmar los diferentes pactos internacionales relacionados con la infancia y adolescencia, es primordial indicar que aún no precisa acciones específicas relacionadas a la prevención del embarazo adolescente.

- Guviria A.¹¹ (2016), realizó en Ambato-Ecuador, la investigación titulada: “Factores que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, sector ER05, mulliquindil, 2016”.
Objetivo: Establecer los factores que influyen en las actitudes, practicas y conocimientos sobre la salud reproductiva y sexual en mujeres del sector ER 05 de la parroquia de Mulliquindil, año 2016. Material y método: el nivel observacional, relacional, de tipo de corte transversal y descriptivo. Resultado: en el 91,8% el nivel de conocimiento es deficiente, siendo superior en los varones con 94,10% frente al femenino con un 90,40%. No existiendo diferencia estadística significativa $p=0,442$, el 73.90% presenta una actitud desfavorable de toda la muestra, por sexo, en el masculino es mayor al femenino con 74,50 % y 73,50%. La distribución estadística muestra que no es significativa $p=0,897$. Conclusiones: Las características sociodemográficas feuron en su mayoría de adolescentes entre los 15 a 19 años predominando el sexo femeninno con educación básico, y religión católica.
- Luparello R.¹² (2014), realizó en Córdoba-Argentina, la investigación titulada: “Gestación en jóvenes no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010”.
Objetivo: identificar determinantes de la salud en adolescentes embarazadas registradas en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de Hernando, durante el año 2010. Material y método: investigación observacional transversal, retrospectivo y descriptivo, con instrumento cerrado e información de origen secundario. Estudio descriptivo univariado de las variables categóricas aplicando la distribución de frecuencia. Resultados:

80.0% de las gestantes no fueron planeados, 90.0% sucedió en la juventud tardía, 56.0% comenzó su relación sexual de manera precoz. En el 7.0% su nivel de estudio fueron analfabetas funcionales, 76.0% estudios incompletos y 88.0% abandonó los estudios. Conocimientos En el 90.0% su educación sexual fue de regular a malo y en el 61.0% no retuvieron instrucción sexual. El 96.0%, manifestaron que el motivo del embarazo fue la ausencia o no utilizaron métodos anticonceptivos. En relación a las madres de las adolescentes en el 73.0% su primer embarazo no fue planificado y en el 61.0% salieron gestando entre los 15 y 19 años. Conclusión: Las gestaciones no planificadas su incidencia fue alta y en edad temprana, ausencia de instrucción en salud reproductiva y sexual. Los actos interdisciplinarios e intersectoriales pueden incidir significativamente en la prevención y solución este problema social.

1.1.2. Antecedentes Nacionales

- Curay A.¹³ (2018), realizó en Piura-Perú, la investigación titulada: “Factores de la gestación precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud i-3 nueve de octubre de Piura, mayo 2018”. Objetivo: determinar los factores de la gestación prematura y el conocimiento de las embarazadas adolescentes sobre la atención prenatal asistida por el profesional de obstetricia en el Establecimiento de Salud Nueve de octubre de Piura, mayo 2018. Material y método: fue descriptivo y cuantitativo. La muestra de 14 embarazadas adolescentes de 14 a 19 años. Resultados: el 92.86% de las gestantes adolescentes su edad fue de 15 a 19 años; en el 42,85%

su familia está formada por los abuelos y hermanos; el 42,86% indico que fueron maltratadas físicamente y verbalmente al saber de su gestación, el 57,13% de los ingresos fue de la mama, el 50.00% manifiestan para salir gestando solo hay que tener dos relaciones sexuales. En relación a lo que percibe sobre el cuidado prenatal en el 92,68% indicaron que el dialogo entre la gestante y el profesional es buena; y en el 7,14% fue regular. Conclusión: los elementos de la gestación prematura en gestantes jóvenes y la impresión del control prenatal de embarazadas adolescentes fue del 92,86% donde la edad predominante fue de 16 años, por otro lado, el 64,28% indicaron que no terminaron la secundaria, mientras que el 100.0% de las embarazadas son católicas y el 57,14% están conviviendo.

- Diestra L.¹⁴ (2018), realizó en Chimbote-Perú, la investigación titulada: “Contexto sociodemográfico y condiciones de vida en adolescentes embarazadas puesto de salud San Pedro-Chimbote, 2015”. Objetivo: establecer el ámbito sociodemográfico, condiciones, y proyecto de vida de las adolescentes embarazadas del Puesto de Salud San Pedro, abril a agosto 2015. Metodología: investigación descriptiva, cuantitativo, diseño transversal, simple de cohorte; la población fue conformada por 150 jóvenes gestantes y la muestra se halló mediante un muestreo no probabilístico, obteniéndose 30 muestras elegidas por conveniencia, considerándose entre los juicios de selección, el 96.70% tiene conocimiento de los métodos anticonceptivos, por otro lado el 83.30% no utilizaron ningún método anticonceptivo en su actividad sexual, el 26.70% no lo utilizo porque no sentía temor a ser descubierta, en el 26.70% de vergüenza. Conclusión: Sobre los métodos anticonceptivos el 50.0% de las adolescentes tienen conocimiento, pero sin

embargo, no lo utilizan por distintos motivos, es por ello la importancia de ofrecer la información necesaria por profesionales capacitados y así contribuir a disminuir la tasa de complicaciones en los adolescentes gestantes.

- Rodriguez A. & Sucño C.¹⁵ (2016), realizó en Huancayo-Perú, la investigación titulada: “Factores que influyen en la gestación en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016”.
Objetivo: Describir los factores que influyen en la gestación en adolescentes en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016.
Método: el tipo fue descriptivo, prospectivo, de corte transversal. La muestra fue de 30 gestantes adolescentes. Resultados: el 90.0% su edad fue de 15 a 19 años el 47.0%(14) adolescentes su instrucción fue secundaria, 70.0%(21) ama de casa, 43.0%(13) conviven con su pareja, 57.0%(17) vienen en familia monoparental, 43.0% (13) viven solo con su madre el 67.0% (20), su edad esta entre 15 hasta 19 años iniciando su primer acto sexual, 53.0%(16) tuvieron tan solo un solo compromiso sexual, el 47.0%(14) con más de dos parejas sexuales, 57.0%(17) son primigestas, 23.0% (28) no han tenido incidentes de aborto, 63.0%(19) no utilizaron métodos anticonceptivos.
Conclusión: los elementos que influyeron en la gestación de las adolescentes están la ocupación, la edad, la clase de familia, inicio de la primera relación sexual, y el uso de métodos anticonceptivos.
- Reyes S.¹⁶ (2014), realizó en Trujillo-Perú, la investigación titulada: “De la decadencia a la búsqueda del cuidado de sí” vivencias del embarazo en la gestante adolescente en una comunidad rural costeña”. Objetivo: Analiza la de forma comprensiva el existir femenino de la adolescente gestante de una zona rural costeña. Material y método: una investigación cualitativa con

trayectoria fenomenológica. Resultados: las jóvenes van a ser madres, los integrantes del hogar se unen y apoyándola siendo en el mejor apoyo para salir del problema, sin su apoyo, quedaran a merced de un oscuro futuro. El soporte de su pareja también es imprescindible, le da seguridad y satisfacción a su ser. Conclusión: El objetivo fenomenológico, nos permite entender la vida del embarazo en la gestante adolescente, incrementar el conocimiento para el estudio y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería. El abordaje fenomenológico ha brindado recursos para un nuevo enfoque de ver a los adolescentes, así como en la forma de cómo llevar su embarazo. Las vivencias de las enfermeras están en la investigación de comprender los fenómenos que otorguen sentido al cuidado y en ahondar en los conocimientos de las ciencias humanas.

1.1.3. Antecedentes Locales

Realizada la búsqueda de la información no se han hallado estados que guarden relación con la investigación.

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. Gestante

- Peligros en el embarazo adolescente

Estos embarazos presentan por lo general peligros de problemas biológicos en la gestante, así como peligro de aborto, anemia grave, alumbramiento inmaduro o nacimiento prematuro, toxemia, hipertensión inducida como consecuencia del propio de gestación, incompetencia cervical, placenta previa y contagios, entre otras. En la salud de los niños se suele manifestar disminución del peso del recién nacido, consecuencias que pueden ser

mortales durante su vida¹⁷. Cabe la probabilidad de fallecer, en consecuencia, con el parto en gestantes menores de 15 años, en comparación a gestantes mayores de más de 20 años. Por otro lado, los recién nacidos de gestantes >20 años corren el riesgo de fallecer antes del primer año de vida, que los recién nacidos de gestantes de 20 a 29 años.

- **Efectos en las gestantes adolescentes**

Efectos biológicos: es vital dar a conocer que en la mayoría de las gestantes jóvenes puedan dirigirse a clínicas clandestinas para realizar maniobras abortivas y los peligros que conlleva en las adolescentes suele tener enormes daños posteriores a este proceso, primordialmente cuando se practica en situaciones clínicas inapropiadas, circunstancia que son habituales. Estas dificultades por lo general traen: septicemia, sangrados, anemia, abscesos pélvicos, laceraciones vaginales, rupturas del útero e infertilidad secundaria, entre otros¹⁸.

Efectos psicosociales: a menor edad también será menor la posibilidad de aceptar la gestación y de tener al bebé, con el deber de ejercer el rol de mamá a edad temprana. Una jovencita no pasa a la madurez por la razón de estar gestando, ella continuará siendo una joven que deberá que criar a un niño. Las mujeres entre los 10 a 13 años presentan miedo a los procedimientos invasivos, al dolor y por lo general al parto ya que pierden el control rápidamente. En estas situaciones, lo correcto es que sea atendida por profesionales capacitados, que pueda comprenderlas, acompañarlas y que les indiquen de forma concreta y simple todas las situaciones que están viviendo, y así disminuir el estrés de la gestación¹⁹.

Las menores de 14 a 16 años suelen tomar un comportamiento de influencia y mostrar no tener miedo a nada. Por lo general este grupo de jóvenes son más inquietas por la transformación que presenta su organismo y por la preocupación en su entorno en relación con su gestación.

En el entorno social, la gestación de las jóvenes y la problemática relacionada a ella presentan tipologías distintas de acuerdo con la zona de la sociedad en la que se presenta. En el ámbito rural por lo general lleva a alianzas adelantadas y la problemática se manifiesta usualmente de tipo biológico, la mala alimentación y un mal control prenatal o de problemas económicos y deficiente calidad de vida.

1.2.2. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, se define como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años, considerando dos etapas, la juventud temprana 10 a 14 años y la juventud tardía 15 a 19 años.

Las jóvenes enfrentan problemas, y estos están relacionados con los grupos sociales y a la sociedad en la que viven, estos conllevan a decisiones que afectan esta etapa de vida llevándolas al consumo de drogas, formar parte de pandillas y principalmente a tener gestaciones a temprana edad. Las investigaciones indican que estos malos hábitos de conducta están relacionados a la gestación en la adolescencia.

- **La adolescencia temprana:** se considera a la etapa que va entre los 10 a 14 años de edad, en este periodo generalmente se manifiestan las variaciones físicas, que generalmente se inician de un desarrollo del crecimiento, así mismo el crecimiento de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Las variaciones externas son obvias y suelen preocupar, como de

algaravia en los jóvenes ya que sus cuerpos presentan cambios. La transformación interna que sucede en los jóvenes son significativos. A esta edad el cerebro experimenta un súbito desarrollo fisiológico y eléctrico. Las células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse durante un año, mientras que el sistema neuronal se reorganiza absolutamente, y genera cambios en la capacidad emocional, mental y física.

El crecimiento sexual y corporal es prematuro en el género femenino que inicia la adolescencia unos 12 - 18 meses, en los hombres se manifiesta también el crecimiento del juicio. El lóbulo frontal, en la zona del cerebro que maneja la toma de decisiones y el razonamiento, inicia su desarrollo en la adolescencia temprana. A causa de este desarrollo se inicia posterior y lleva más tiempo en los hombres, siendo en ellos reaccionar impulsivamente y a pensar de una forma acrítica durante más tiempo que en las mujeres.

Durante la adolescencia temprana las niñas como los niños tiene más conocimiento de su género que durante tiene menos edad, y pueden concordar su apariencia o conducta a las normas establecidas.

Suelen ser víctimas de hechos de acoso, intimidación, o actuar en ellos, y estar abrumados sobre su conciencia sexual y personal.

La juventud temprana debe ser un periodo de las niñas y niños tengan un área segura y claro para encontrarse con este cambio sexual, de emociones, psicológico y cognitiva, independientes de la carga que son la ejecución de acciones mismas de los mayores y con el sostén de los mayores a cargo de la casa, la comunidad y la escuela.

Los prejuicios sociales que con frecuentemente está entre la juventud, es importante brindarles a los jóvenes en este periodo la información necesaria para

cuidarse del VIH/SIDA, de diversos contagios de enfermedades sexuales, del embarazo precoz y de la explotación y violencia sexual. En diversos casos esta información llega con retraso o ya han dañado la dirección de su futuro y han arruinado su bienestar y desarrollo.

- **La adolescencia tardía (15 a 19 años)**

La adolescencia tardía comprende desde los 15 hasta los 19 años, en este periodo la transformación física es notoria.

La masa encefálica también sigue reorganizándose y creciendo, la habilidad para el razonamiento analítico y reflexivo aumenta de manera notable, la opinión de los integrantes de su grupo aún es importante al inicio de este periodo, pero su influencia disminuye a medida en que los adolescentes toman mayor claridad y confianza sobre sus propias opiniones e identidad.

El miedo es una característica durante la prematura e intermedia juventud, los jóvenes aprenden con la conducta adulta baja en la juventud tardía, en la forma como incrementa la forma de tomar decisiones y examinar riesgos pensados.

Por otro lado, la experimentación con drogas, alcohol el fumar cigarrillos habitualmente se realizan en este periodo inicial para alargarse en la adolescencia tardía y en la edad adulta.

Otra característica del increíble crecimiento del cerebro que se produce la juventud es que se puede afectar de manera seria y constantemente por el exceso abuso de alcohol y drogas. Durante la juventud tardía, las infantes corren más riesgo que los niños de padecer efectos nocivos para la salud, incluyendo la depresión; la discriminación y el abuso de género incrementan estos peligros.

Las jóvenes tienen una peculiaridad de sufrir problemas en la alimentación, como la bulimia y la anorexia; como consecuencia de profundas ansiedades sobre su imagen corporal influida por los estereotipos mediáticos y cultural de la belleza en la mujer. Pero estos peligros, durante la juventud tardía es un periodo de idealismos, promesas y oportunidades.

Es en este periodo de tiempo que los jóvenes entran al mundo laboral o de los estudios superiores, estableciendo su propia cosmovisión, identidad e inician su participación de manera activa en la configuración del ambiente que les rodea²⁰.

Transformación física del joven: La transformación biológica a lo que se refieren con el término de la infancia están el desarrollo en el joven el comienzo del periodo menstrual, la aparición de semen en la orina de los jóvenes, la madurez sexual primarios y secundarios.

Etapas de la juventud:

Primera etapa: Se inicia en la pubescencia hasta aproximadamente posterior al año, tiempo que fisiología ya se estabilizan.

Periodo final: Es el tiempo que resta, con el inicio de la adultes²¹.

- Pubertad

Es la etapa cuando una persona es capaz de reproducirse, es la etapa que lleva a la madurez sexual. Algunos jóvenes usan la palabra adolescencia para precisar el término de la madurez sexual y el de pubertad para indicar el cambio. El inicio de la pubertad se manifiesta por crecimiento acelerado del físico y por la finalización del fin de latencia del desarrollo. Junto con estos procesos de rapidez se generan variaciones en las dimensiones corporales, rostro y la madurez de los elementos sexuales primarios y secundarios. La etapa de la

juventud es de 4 años y se inicia a los 2 años antes en las mujeres que los hombres.

Rasgos sexuales Principales y Secundarias

Principales: Está conformada por la manifestación de los órganos precisos para la reproducción, como son:

- En mujeres: útero, vagina, ovarios, trompas de falopio,.
- En hombres: pene, excroto, testículos, vesículas seminales, próstata.

Secundarias: son características fisiológicas de la madurez sexual que no se relacionan de manera directa a los órganos reproductores.

- **En mujeres:** aparición del vello púbico, desarrollo de los senos, vello axilar, variación de la voz, en la piel, aumento y ensanchamiento de la pelvis, e inicio del periodo menstrual
- **En hombres:** vello axilar, facial, púbico, variaciones en la piel, de la voz, desarrollo de la espalda, presencia del semen.

La madurez sexual en las niñas es el periodo menstrual.

Según Soriano, se indica que los hombres la manifestación en su juventud con el desarrollo del escroto, los testículos y el signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, estando fértil a la presencia de esperma²².

- **La Menarquia**

Se presenta de improviso y está antecedido por un sangrado vaginal. Es el elemento más simbólico y evidente del paso de la niñez a la adolescencia, Puede suceder desde en los nueve 9 años y medio a los 16 años y medio. El promedio de la edad de la primera menstruación es durante los 12 años y medio, por lo general se produce en la niña se aproxima la altura adulta y ha acumulado algo de grasa corporal.

En la niña de estatura normal, es iniciarse si su peso es aproximadamente de 45 Kg. Las primeras etapas cambian entre las niñas, asimismo cambian de un mes a otro. Durante los primeros casos los periodos son anovulatorios e irregulares, quiere decir que no se genera el óvulo.

La menstruación se presenta por periodos en la totalidad de la de las jóvenes. La tensión premenstrual es constante y se presenta depresión, irritación, llanto, hinchazón e hipersensibilidad de los senos. El rasgo más importante del inicio sexual de una niña es la menarquia, la cual concuerda en edad con la que la paso la mama²².

- **Desarrollo sexual del adolescente:**

Las variaciones corporales suceden durante la pubertad son las causantes de la presencia de la sexualidad. Comenzando la etapa de la juventud se resaltan el despertar sexual, los caracteres físicos, y el inicio de la genitalidad adulta, estos cambios es parte consciente del adolescente, a pesar de que este desarrollo se manifiesta emocionalmente confuso para sí mismo²³.

- **Madurez sexual**

Durante la juventud temprana y en los adolescentes, no hay mucho crecimiento notorio de elementos sexuales secundarios, pero se producen variaciones hormonales a en la hipófisis, como el incremento en la acumulación de esteroides sexuales y gonadotropinas (hormona foliculoestimulante). Seguidos de cambios físicos, en especial cambios manifestados en la glándula de los senos de las niñas, los cambios genitales de los hombres y el vello pubiano en ambos.

Mujeres: la primera manifestación de cambio identificado en su mayoría las niñas es la presencia del pezón mamario. Se manifiesta por un crecimiento en

el tejido glandular por debajo de la areola debido al efecto de los estrógenos generados en el ovario.

Se presenta posterior a los ocho años, suelen ser permanente y unilateral así durante un periodo y suele ser doloroso al roce. Con el desarrollarse la juventud, el crecimiento de las mamas, es cualitativo y cuantitativo, la areola se oscurece y desarrolla el tejido circundante, incrementa el tejido glandular, adquiriendo la forma definitiva, por lo general cónica y crecen los canalículos. Puede suceder desarrollo desigual de las mamas.

El vello púbico, por efecto de los andrógenos adrenales y ováricos, es escaso, delicado y se presenta alrededor de los labios mayores y después se va desarrollando. El vello púbico en ocasiones escaso se presenta con el crecimiento mamario y puede ser comienzo puberal.

Se presenta a partir de 9 o 10 años. Con el paso del tiempo el vello púbico se va engrosando y con menor densidad, lacio, crespo y tapa la superficie superior de los labios hasta el llamado monte de Venus, formando triángulo característico luego de 3 a 5 años y entre los 15 y 16 años.

El vello corporal y axilar se presenta posteriormente. Las gónadas y genitales varían de configuración y aspecto. Los labios superiores incrementan sus vasos sanguíneos y en folículos pilosos, hay estrogenización inicial de la mucosa vaginal, el órgano del útero y los ovarios incrementan en forma.

Las trompas de falopio posteriormente incrementan su forma y la cantidad de pliegues en su mucosa. El desarrollo de los labios menores, los labios mayores se adelgazan, se coloran y desarrollan para envolver el introito. La vagina se incrementa a ocho cm de profundidad y después de 10 a 11 cm. A causa de las causas estrogénicas, la mucosa se forma más gruesa, las células incrementan

su contenido de glucógeno y el pH vaginal de neutro se pasa a ácido un año anterior de la primera menstruación (menarquia).

Crece las glándulas de Bartolino, incremento de los humores vaginales, la flora microbiana varía con el bacilo de Döderlein, la vulva se modifica su coloración y espesor, el himen su tamaño alcanza 1 cm y se engruesa. La primera regla, se presenta antecedida por un flujo inodoro, transparente, claro y bacteriológicamente puro con formas de hojas de helecho al microscopio. La primera regla se presenta entre los 12 o 13 años, también suele manifestarse en la pubertad avanzada²³.

- **Hombres**

Los testículos pre-puberianos son de un diámetro de 2,5 a 3 cm, el cual se incrementa siguiendo a la propagación de los túbulos seminíferos.

El desarrollo del epidídimo, la próstata, las vesículas seminales concuerdan con el desarrollo de los testículos, pero no en forma externamente. En el escroto se aprecia un incremento en la delgadez de la piel, la vascularización y crecimiento de los folículos pilosos.

La espermatogénesis se presenta histológicamente a partir de 11 a 15 años y la edad para la primera eyaculación es de los 13 y 16 años.

El pene empieza a ensancharse y acrecer en extensión aproximadamente un año después de que los testículos incrementen su tamaño²⁴.

- **Desarrollo psicológico**

Las personas, en su juventud, manifiestan un grado de crisis durante su crecimiento. Desde la óptica práctica, los rasgos psicológicos son pasajeros y cambian durante la adolescencia y las emociones son inestables.

La evolución de su personalidad depende en gran forma de la personalidad que se haya formado en los periodos pre escolar y escolar y del contexto social, familiar y ambiental que se les brinde. Las transformaciones y cambios que sufren los sujetos en este periodo son ampliamente estudiados en el ámbito psíquico como en lo orgánico.

Retos que se presentan a un adolescente:

- Admitir las variaciones juveniles; o que produzcan una variacion al ser que esperamos que llegue;
- Evolucion del pensamiento formal y abstracto

- **Identificacion Hombres:**

Los testículos pre-puberianos son un diámetro de 2,5 a 3 cm, el cual aumenta debido al incremento de los túbulos seminíferos.

El aumento del epidídimo, la próstata y las vesículas seminales concuerdan al aumento testicular, no se visto en el exterior.

En el escroto se ve un incremento en la vascularización, desarrollo de los folículos pilosos y adelgazamiento de la piel.

La espermatogénesis es apreciada histológicamente de los 11 a 15 años y periodo para la primera eyaculación es de 13 a 16 años.

El pene inicia su desarrollo en diámetro y longitud posterior al año de que los testículos incrementen de tamaño²⁴.

- **Desarrollo afectivo**

Después de la etapa de turbulencia de pre adolescencia, el comportamiento de los jóvenes suele calmarse. La interacción familiar deja de ser un constante lugar de conflictos y dan inicio a la disertación racional, al estudio de las diferencias, los compromisos y pactos. Desde ese instante, el conflicto se traslada de la ambivalencia afectiva a la reivindicación de algunos derechos individuales, siendo los más resaltantes la independencia y los reclamos de libertad, la libre decisión de aficiones, amigos y otros.

El joven quiere sentir sus deseos más allá del apretado círculo de la relación familiar. En esta segunda etapa de la adolescencia, los deseos afectivos de los jóvenes se alejan ampliamente del ámbito familiar iniciando nuevas elecciones emocionales fuera del vínculo familiar, como en los adultos.

La problemática radica que lo afecto va más allá del vínculo familiar, pero la joven continua la vida quizás por más tiempo en la casa de los padres²⁵.

- **Crecimiento social**

El crecimiento en la sociedad de los jóvenes se inicia o comienza a temprana edad, conforme va creciendo comienza a observar otras inquietudes al momento de elegir.

Variaciones cognoscitivas en la adolescencia: el ajuste a la sexualidad y la madurez física son etapas primordiales que tienen inicio en la adolescencia, en este periodo suceden cambios cognoscitivos importantes. Un incremento del estilo del pensamiento y la capacidad valoran la razón del joven, su juicio, imaginación, penetración.

Esta mejora la capacidad generan un rápido incremento de conocimientos que brinda un sin número de situaciones y problemas que pueden complicar o enriquecer su vida²⁵.

1.2.3. Factores de embarazo en adolescentes

- Tipo de formación impartida por los progenitores

Se clasifica en: adecuada, tolerante y rígida.

- **Adecuada:** es considerada aquella que la adolescente crece en un ambiente de familiaridad, amor, protección y seguridad lo que lo conlleva a una práctica positiva y un correcto crecimiento de su identidad.
- **Rígida:** es donde los adolescentes pasaron los inicios de su vida en un ambiente familiar predominado por el temor, la tensión, desconfianza y frustración por incorrecta relación de las emociones entre los miembros del hogar.
- **Tolerante:** se produce en ambiente inadecuado en la preocupación de ambos cónyuges y exceso de cariño, ancianos u otros familiares que genera con el inicio de la niñez posturas donde la adolescente espera bastante, que no permite el crecimiento de la claridad de amar.

Se dividió esta variable:

Con educación correcta: forma la muestra no expuesta.

Con educación incorrecta: se consideraron a los de tipo tolerante y rígida tomándose como muestra presentada al factor.

Convivencia con los padres

El adolescente se desarrolló bajo la protección y el cuidado de los padres en el hogar dividiéndose en:

Las que viven con los padres formaron la muestra de no expuesto.

Las que no viven con los padres formaron la muestra de expuesto.

Relaciones con los padres:

Relación correcta: si existió relación armónica entre los hijos y los padres en un ambiente de respeto y solidaridad en el entorno familiar y una adecuada comunicación entre sus integrantes que brindan un desarrollo integral. Los adolescentes en esta situación forman el grupo no expuesto.

Relación incorrecta: cuando la muestra de estudio no tiene una relación con sus padres, conforman el grupo expuesto.

Comunicación con los padres respecto a la reproducción y sexualidad.

Se indicó si existía comunicación de los adolescentes con los padres relacionado a la sexualidad teniendo un intercambio sobre las características concernientes que le permita tener la confianza adecuada para comunicar sobre la posibilidad de un embarazo, y se solicitó su autorización para decidir lo más correcto. Las embarazadas adolescentes con esta forma de relación afectiva se reunieron en las no expuestas, mientras que las demás constituyeron el grupo expuesto.

1.2.4. Elementos dependen de la vida personal

- Compromiso de la pareja

Es la **responsabilidad** personal donde el hombre toma **conciencia de su propia** participación aceptando sus errores y tomando decisiones independientes conociendo la consecuencia de sus actos y su inquietud por la pareja, brindándole apoyo económico y espiritual a la adolescente.

Esta variable se dividió en: las que no tienen pareja y las que su pareja no toma compromiso en la relación, muestra expuesta y las que su pareja asume compromiso en la relación, muestra no expuesta.

- **Uso de anticonceptivos**

Se estableció en la pregunta de investigación la utilización de algún procedimiento anticonceptivo para prevenir un embarazo no deseado, las que usan anticonceptivos, grupo no expuesto y las que no usaban anticonceptivos, grupo expuesto²⁶.

- **Estabilidad en la relación de pareja**

Es considerada firme si hay una relación íntima y de afecto de forma indistintamente si está autorizada o no. Las jóvenes con estos elementos conforman el grupo no expuesto y las que manifiestan inseguridad en su relación dicen no tienen pareja conforman el grupo control.

- **Promiscuidad:**

En esta característica se tuvo en consideración aquella joven y a conjunto de sujetos en condición de salud que en actividad sexual pueden incrementar la posibilidad de concebir un embarazo en edad prematura en la vida.

Promiscuas: las adolescentes que indistintamente de su condición civil manifestaron relaciones sexuales sucesivas o simultáneamente con más de un compañero sexual.

No promiscuas: las féminas que no indicaron este comportamiento de relaciones con más de un compañero sexual²⁶.

1.3. Marco Conceptual

- **Abortivo:** droga, hierba o dispositivo que produce el aborto (es decir terminar con la gestación).
- **Aborto terapéutico:** interrupción del embarazo como resultado de la deformación del feto o para proteger la salud física, mental, o la existencia de la mamá.
- **Aborto:** interrumpir un embarazo.
- **Abstinencia:** no mantener relaciones sexuales.
- **Abuso sexual:** acción sexual dañina, sin autorización o en la que se explota a la víctima.
- **Acosar:** asechar o perseguir a una persona sin su autorización.
- **Acoso sexual:** expresión sexual no deseada con gestos, lenguaje, o palpaciones físico indecentes.
- **Acoso virtual:** espiar, vigilar, enviar mensajes, videos online a una persona sin autorización.
- **Adolescencia:** etapa de cambios emocionales y físicos que se generan desde inicio de la pubertad y el comienzo de la adultez.
- **Anticoncepción:** procedimiento para prevenir el embarazo mediante un medicamento, dispositivo o procedimiento. Conocido como “método anticonceptivo”.
- **Ciclo menstrual:** periodo de fertilidad de la mujer que sucede cada 28 días. En esta etapa, los ovarios producen un óvulo que se aloja en la trompa de Falopio (se produce en los primeros 14 días del periodo). Si no es fecundado por los espermatozoides, o no mantiene relaciones sexuales en este ciclo, el óvulo muere y es eliminado mediante hemorragia vaginal que tiene una duración de 4 y 7 días aproximadamente.

- **Cigoto:** es la célula que se genera de la fecundación del espermatozoide y el óvulo. En los primeros días, esta célula se divide en varias. El cigoto es la célula de la cual se genera una nueva vida. Esta célula incluye los cromosomas y la carga genética que establecerá las características principales del futuro ser.
- **Concepción:** es el momento donde espermatozoide se introduce en el óvulo fecundándolo, generando desde ese instante un nuevo ser.
- **Contracciones:** calambres más o menos intensos que la gestante siente en el área del útero, y lo que permite debilitar las paredes del útero preparando al bebé para el nacimiento.
- **Cordón umbilical:** es la parte que une al feto con la placenta. Está conformada por una vena y dos arterias por la cual circula la sangre, el oxígeno y alimento entre la gestante y el bebé. Se genera en la quinta semana de gestación y va desarrollándose durante el embarazo.
- **Depresión posparto:** estado de ánimo después de los días de parto, asociado de tristeza y ambiguo asociado con los días posteriores al parto. Se presenta en la madre como rechazo hacia su hijo, inseguridad, miedo, ansiedad, fatiga, insomnio y pérdida de apetito. Puede durar desde una semana hasta varios meses. Si se prolonga la depresión posparto, recomendable un tratamiento médico porque puede afectar al recién nacido.
- **Días fértiles:** la duración del ciclo menstrual de las mujeres generalmente dura 28 días, dentro de ellos los días fértiles son entre 4 y 7 días. Son los días de ovulación, que pertenecen a los días que van desde el día 10 al día 17 del ciclo menstrual.
- **Dilatación:** periodo del parto de ensanchamiento del cuello uterino para acceder la salida del bebé por el conducto del parto. Hasta que el cuello del útero no alcance los

diez centímetros de dilatación, el bebé no podrá salir al exterior. Las contracciones ayudan a la dilatación del cuello del útero y empujan al bebé por el canal de parto.

- **Eclampsia:** situación de riesgo para la embarazada y el bebé, originada por la hipertensión acentuada. La eclampsia es la fase más peligrosa de la preeclampsia. Presenta un cuadro clínico de convulsiones y coma que pueden derivar en la muerte de la madre. Se da en las primeras 24 horas desde el comienzo del parto.
- **Embarazo de riesgo:** se considera embarazo de riesgo aquel cuya evolución y características aumentan los riesgos para la madre y el bebé. Son embarazos de riesgo los de madres de avanzada edad, embarazadas con preeclampsia, amenaza de parto prematuro o embarazo múltiple entre otros.
- **Embarazo:** es la etapa que pasa desde que el cigoto se implanta en el útero, hasta la hora del nacimiento, en relación a los principales cambios metabólicos, funcionales e incluso anatómicos que se generan en la madre dirigidos a alimentar, prevenir y generar el crecimiento de la criatura, como la suspensión de las reglas, o el incremento del diámetro de los senos amamantar.
- **Factores de la gestación:** elementos o circunstancia que influyen en el embarazo.
- **Hiperémesis gravídica:** es el término con la que se llama a los vómitos y náuseas que afectan a las gestantes que sucede generalmente en el primer trimestre de la gestación siendo estos frecuentes y generan un riesgo de deshidratación para la gestante. Se cree que sucede porque la hormona gonadotropina crónica eleva sus niveles de forma muy rápida y esto provoca un malestar en algunas embarazadas.
- **Inducción al parto:** se trata de la provocación del inicio del trabajo de parto por motivos de salud. Esta decisión ha de depender de ginecólogo que atiende a la embarazada y nunca debe depender de la mamá y la decisión ha de estar basada en

un diagnóstico certero que lo justifique. Se suele realizar cuando la continuación de la gestación puede ser peligrosa para la mamá o el bebé.

- **Macrosomía:** es el crecimiento excesivo del bebé, por encima del tamaño y peso normal. Durante la gestación, el problema más frecuente es como consecuencia de la diabetes gestacional. El consumo desmedido de azúcar genera que el bebé se desarrolle de tamaño excesivamente mientras que sus órganos no se desarrollan la mayoría de los casos.
- **Nauseas:** son uno de los primeros síntomas de la gestante y suceden generalmente durante la mañana, aunque algunas gestantes las padecen durante todo el día. En la mayor parte de los casos, las náuseas remiten tras el primer trimestre de embarazo. Se cree que se produce por los altos niveles hormonales a lo largo de la gestación.
- **Neonatología:** es una de las ramas de la medicina que se ocupa del cuidado y salud de los bebés recién nacidos. Comprende el momento desde que el bebé nace hasta pasados las primeras semanas o meses. Los especialistas que ejercen la neonatología son pediatras y los cuidados suelen aplicarse en los hospitales.
- **Ovarios:** son las glándulas sexuales femeninas y se encuentran a ambos lados del útero. Tienen un tamaño aproximado de dos centímetros y producen y segregan óvulos y hormonas sexuales tales como estrógenos y andrógenos. Son los responsables de liberar el óvulo durante el ciclo menstrual que, si finalmente es fecundado, dará lugar al embarazo.
- **Ovulación:** se trata de uno de los procesos que se desencadenan durante el ciclo menstrual por el que un folículo ovárico se rompe y libera un óvulo, también llamado ovocito. En caso de que sea fecundado durante las 12 o 48 horas siguientes, se producirá un embarazo, en caso contrario comenzará a destruirse y la mujer tendrá la menstruación.

- **Parto inducido:** es el procedimiento mediante el cual se desencadena el parto de manera artificial. Los ginecólogos deben ser los únicos encargados de realizar dicho procedimiento para prevenir riesgos en la salud de la gestante o del bebé. Para este procedimiento se administra vía intravenosa a la gestante oxitocina para generar las contracciones para producir el parto.
- **Parto natural:** proceso que comienza tras el embarazo y culmina con el nacimiento de un bebé. El parto tiene varias etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento. La labor de parto tiene un tiempo aproximado de 8 a 12 horas, aunque en las madres primerizas el proceso toma más tiempo. El parto se inicia cuando las contracciones generan el borrado del cuello uterino.
- **Parto por cesárea:** es un parto intervenido quirúrgicamente.

1.4. Marco Filosófico

La relación entre maternidad temprana y pobreza son considerados que un hijo coarta las trayectorias educativas de las jóvenes y promueve su inserción en trabajos poco remunerados, generando una situación de desventaja social para ellas y sus hijos. Por otro lado, se ha sugerido que la maternidad adolescente fomenta la reproducción intergeneracional de la pobreza, promueve uniones inestables y estimula patrones reproductivos tempranos en sus hijos, lo que a largo plazo aumenta la vulnerabilidad de madres e hijos. Las críticas a esta posición han sido numerosas. Se propone que el argumento de la maternidad adolescente como elemento incentivador de la pobreza subyace en una preocupación por una nueva forma de ejercerla entre las mujeres jóvenes: la que ocurre fuera del matrimonio. Asimismo, algunos estudios han demostrado que gran parte de las adolescentes abandonan la escuela antes del nacimiento de su primer hijo, sugiriendo que el hecho de quedar embarazadas a una edad temprana no es la principal causa para interrumpir sus trayectorias educativas.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Situación Problemática

América Latina y el Caribe es la segunda región en el mundo, con la más alta fecundidad en adolescentes, y con una resistencia a la baja por varios factores. En el Perú Anualmente, 2,000 partos son atendidos en menores de 15 años de edad. 14,325 partos de menores de 15 años de edad fueron atendidos en los últimos 7 años (2011-2017), mediante el SIS. Sólo entre los meses de enero y setiembre del año 2017, fueron atendidos 1,645 partos en menores de 15 años de edad a nivel nacional. Las regiones de la Selva registran el porcentaje más alto de embarazo en adolescentes. En Loreto, 30,4% de adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres o están embarazadas por primera vez. Le siguen Amazonas (23.8%), Ucayali (23.1%) y San Martín (20.0%)⁴.

En la Región de Ica la población juvenil de 12 a 19 años actual es de 35 158 jóvenes⁴, por lo que es importante analizar cuáles son los factores que influyen en el incremento de las gestantes en dicha población.

2.2. Formulación del Problema

2.2.1. Problema General

P.G. ¿Cuáles son los factores que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019?

2.2.2. Problemas Específicas

P.E. 1: ¿Cuáles son los factores familiares asociados que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019?

P.E. 2: ¿Cuáles son los factores sexuales y reproductivos que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019?

P.E. 3: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019?

2.3. Justificación e Importancia de la Investigación

2.3.1. Justificación

El estudio se justifica teniendo en cuenta lo siguiente:

- **Justificación Teórica**

Se realizó una revisión teórica sobre los factores que influyen en el incremento de gestantes adolescentes.

- **Justificación Práctica**

Con el análisis de situación sobre el incremento del embarazo en las adolescentes, nos permitió contar con las herramientas necesarias para elaborar, o proponer soluciones a la problemática de salud en la Región de Ica.

- **Justificación Metodológica**

Se justifica metodológicamente, en cuanto se requiere mejorar o actualizar la información sobre los elementos que producen el aumento de gestantes adolescentes en la Región Ica

2.3.2. Importancia

La importancia de la investigación se plantea teniendo en cuenta las siguientes razones

- **Importancia Teórica**

Es importante teóricamente, porque permitió actualizar la información sobre el incremento de gestantes adolescentes.

- **Importancia Práctica**

El estado de salud de los individuos es importante para el crecimiento socioeconómico de cualquier sociedad, con mayor razón si se trata de las y los adolescentes, como es de conocimiento que la mayoría de las costumbres nocivas para la salud adquiridos en la adolescencia no se transforman en mortalidad o morbilidad en la adolescencia misma, sí lo producen posteriormente.

- **Importancia Metodológica**

Es importante porque permitió tener una correcta metodología en la información y los procesos sobre el desarrollo del trabajo de investigación respecto a los factores que influyen en el incremento de gestantes adolescentes.

2.4. Objetivos de la Investigación

2.4.1. Objetivo General

O.G. Establecer los factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

2.4.2. Objetivos Específicos

O.E. 1: Establecer los factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

O.E. 2: Establecer los factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

O.E. 3: Establecer los factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

2.5. Hipótesis de Investigación

2.5.1. Hipótesis General

H.G. Existe factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

2.5.2. Hipótesis Específicas

H.E. 1: Existen factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

H.E. 2: Existen factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

H.E. 3: Existen factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

2.6. Variables de la Investigación

2.6.1. Identificación de Variables

- **Variable independiente**

Embarazo en adolescente

- **Variable dependiente**

Factores de embarazo

- **Variable interviniente**

Edad

2.6.2. Operacionalización de las variables

Tabla 1.

Variable	Dimensión conceptual	Dimensión	Indicador	Índice	Instrumento
Independiente: Gestante adolescente	Gestación que se genera en niñas y adolescentes. Durante la pubertad, se inicia el desarrollo de cambios físicos que transforman a la niña en un adulto con la capacidad de reproducción sexual.	Reproducción sexual	Embarazo	Niñas Adolescentes	La encuesta
Dependiente: Factores de embarazo	Elementos o circunstancias que influyen en el embarazo.	Factores familiares Factores sexuales y reproductivos Factores sociodemográficos	Familiar, social y geográfica	Situación familiar Situación económica Situación social	La encuesta
Interviniente: Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Edad	Grupo etario	12 a 19 años	La encuesta

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

De acuerdo con el tipo de investigación esta fue Aplicada.

3.1.2. Nivel de Investigación

El nivel del trabajo de investigación fue explicativo y observacional, porque a través de estos se determinó la causa-efecto de las variables de estudio.

3.1.3. Diseño de Investigación

Fue no experimental, porque no se manipularon las variables a estudiar.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Poblacion

La población para el estudio estuvo conformada por todas las adolescentes de la Región Ica, las cuales durante el año 2019 fueron 848, datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

3.2.2. Muestra

La muestra obtenida en el estudio, fue mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

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

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = El total del universo (848)

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

Z = Grado de confiabilidad. 95%, siendo el valor de $Z=1.96$

E = Error muestra (0.05)

Resultando como tamaño de muestra:

$n = 265$ Unidades muestrales

La muestra se seleccionó de forma aleatoria.

CAPÍTULO IV

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Técnicas de Recolección de Información

Las técnicas utilizadas son:

- Encuesta
- Entrevista

4.2. Instrumentos de Recolección de Información

El instrumento en el caso de la técnica para la encuesta fue el cuestionario, y

En el caso de la técnica para la entrevista fue la ficha de entrevista.

Revisión de la literatura en esta fase recogió información proveniente de publicaciones, revistas, artículos, portales institucionales, páginas electrónicas y otros similares con el fin de obtener los insumos necesarios para el análisis

4.3. Técnicas de Análisis e Interpretación de Datos

El análisis e interpretación de datos fue realizado de la siguiente manera:

- **Clasificación de datos:** Proceso mediante el cual se seleccionaron los datos recabados de acuerdo a los objetivos y criterios del estudio.
- **Codificación:** Proceso mediante el cual se les dio valor a los ítems de las preguntas relacionados con los objetivos del estudio.
- **Tabulación:** Proceso mediante el cual con los datos obtenidos se creó base de información para procesarlos en el programa SPSS v. 20 para producir su interpretación y análisis estadístico.
- **Elaboración de tablas estadísticas:** Se generaron tablas estadísticas para facilitar la comprensión del estudio, ara el investigador y del público en general.
- **Análisis estadístico:** Procedimiento mediante el cual se elaboraron gráficos y tablas estadísticas, para facilitar su análisis y lectura. Se realizó con los programas SPSS y

Excel utilizando se la formula estadística del Chi Cuadrado para el estudio de las variables.

- **Interpretación de la información:** Etapa en la cual interpreta y analiza los resultados de los datos procesados mediante la contratación de los resultados con las hipótesis del estudio.

CAPÍTULO V

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

5.1. Contratación de Hipótesis General

5.1.1. Hipótesis Alterna

Si existe factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

5.1.2. Hipótesis nula

No existe factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

Para la prueba de la hipótesis se fijó:

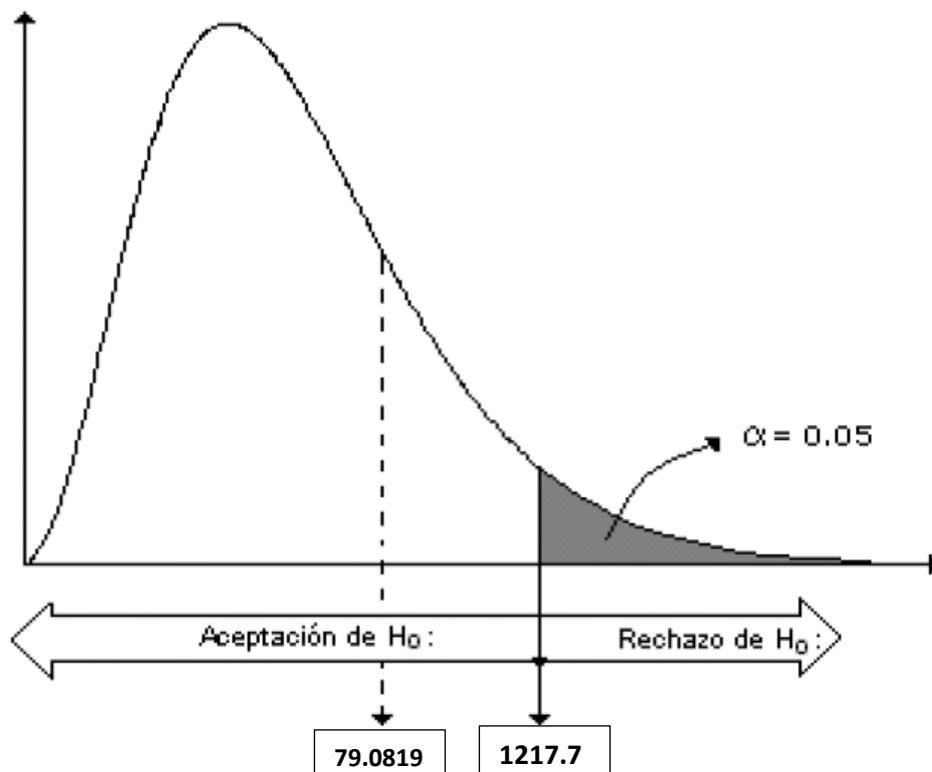
- **Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$**
- **Grados de libertad** que resulto del producto de las filas (F) por las columnas (C):
(F-1) (C-1) = (21-1) (4-1) = 60 grados de libertad
- **Cálculo estadístico de la prueba:**

En la prueba de hipótesis, se ha establecido un nivel de significativo de $\alpha = 0.05$

mediante la fórmula el Chi-Cuadrado
$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$
; en donde fo= es el valor observado y fe= es el valor esperado que en el estudio es de **86.97**, por otro lado teniéndose los grados de libertad de **(f-1) (C-1) = (21-1) (4-1)= 60**, con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$, consiguiendo el valor de **79.0819** de acuerdo a la tabla del Chi Cuadrado.

Figura 1.

Construcción de las áreas de aceptación y rechazo



En el esquema se observan los valores de la zona de aceptación que es **79.0819** según la tabla del Chi-Cuadrado y la región de rechazo cuyo valor obtenido es de 1217.74.

5.1.1. Toma de Decisión

Como el valor de la Chi-cuadrado $X^2 = 316.05$ es mayor que el de la tabla = 32.67057. Entonces pertenece a la Región de Rechazo. Esto indica que se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, donde se afirma que: Si existe factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

5.2. Contratación de Hipótesis Específicas

5.2.1. Hipótesis Alterna 1

Si existen factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

5.2.2. Hipótesis nula 1

No existen factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

Para la prueba de la hipótesis se fijó:

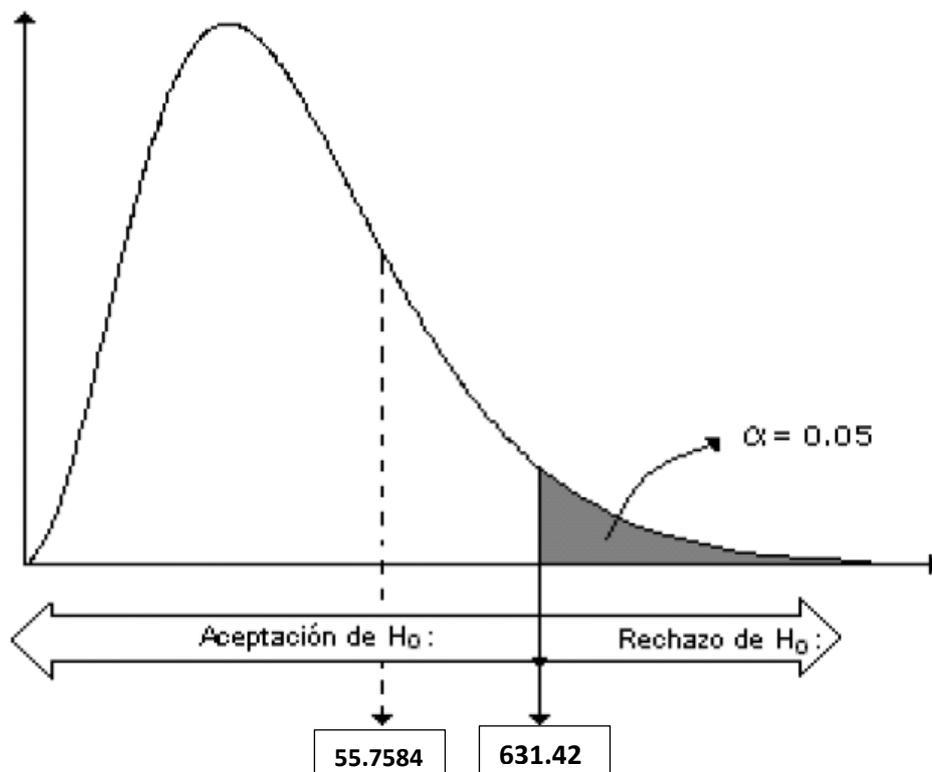
- Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$
- **Grados de libertad** que resulto del producto de las filas (F) por las columnas (C): $(F-1)(C-1) = (21-1)(3-1) = 40$ grados de libertad
- **Cálculo estadístico de la prueba:**

En la prueba de hipótesis, se ha establecido un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

mediante la fórmula estadística del Chi-Cuadrado $\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$; en donde f_o es el valor observado y f_e es el valor esperado que es de 146.75, por otro lado, los siguientes grados de libertad de $(f-1)(C-1) = (21-1)(4-1) = 40$, el nivel de significancia $\alpha = 0.05$ hallando el valor de **55.7584** de acuerdo a la tabla del Chi Cuadrado.

Figura 2.

Construcción de las áreas de aceptación y rechazo



En el esquema se estiman los valores de la zona de aceptación que es **55.7584** según a la tabla del Chi-Cuadrado y el de la zona de rechazo el valor obtenido es de 631.42.

5.1.2. Toma de Decisión 1

Como el valor de la Chi-cuadrado $X^2 = 631.42$ es mayor que el de la tabla = 55.7584. Entonces pertenece a la Región de Rechazo. Esto indica que se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, donde se afirma que: Si existen factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

5.1.1. Hipótesis Alterna 2

Si existen factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

5.1.2. Hipótesis nula 2

No existen factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

Para la prueba de la hipótesis se fijó:

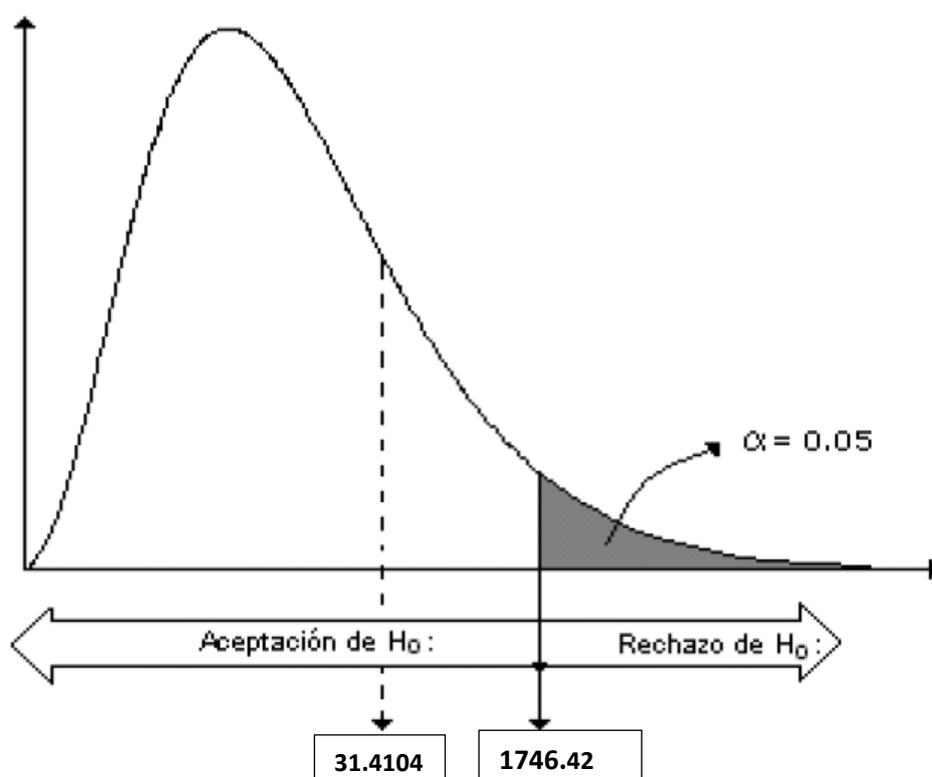
- **Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$**
- **Grados de libertad** el resultado del producto de las filas (F) por las columnas (C):
 $(F-1) (C-1) = (21-1) (2-1) = 60$ grados de libertad
- **Cálculo estadístico de la prueba:**

Para hacer la prueba de hipótesis, se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$

luego mediante la fórmula del Chi-Cuadrado
$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$
; en donde fo= valor observado y fe= valor esperado que en el estudio es de 30.34, por otro lado, los grados de libertad de $(f-1) (C-1) = (21-1) (2-1) = 20$, el nivel de significancia $\alpha = 0.05$ hallando el valor de **31.4104** de acuerdo a la tabla del Chi Cuadrado.

Figura 3.

Construcción de las áreas de aceptación y rechazo



En el esquema se presentan los valores de la zona de aceptación que es **31.4104** según la tabla del Chi-Cuadrado y el de la zona de rechazo con un valor de 1746.42.

5.1.3. Toma de Decisión 2

El valor de la Chi-cuadrado $X^2 = 1746.42$ es superior al de la tabla = 31.4704.

Por lo tanto pertenece a la zona de Rechazo. Lo cual indica que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmándose que: Si existen factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

5.1.3. Hipótesis Alterna 3

Si existen factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

5.1.4. Hipótesis nula 3

No existen factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019

Para la prueba de la hipótesis se fijó:

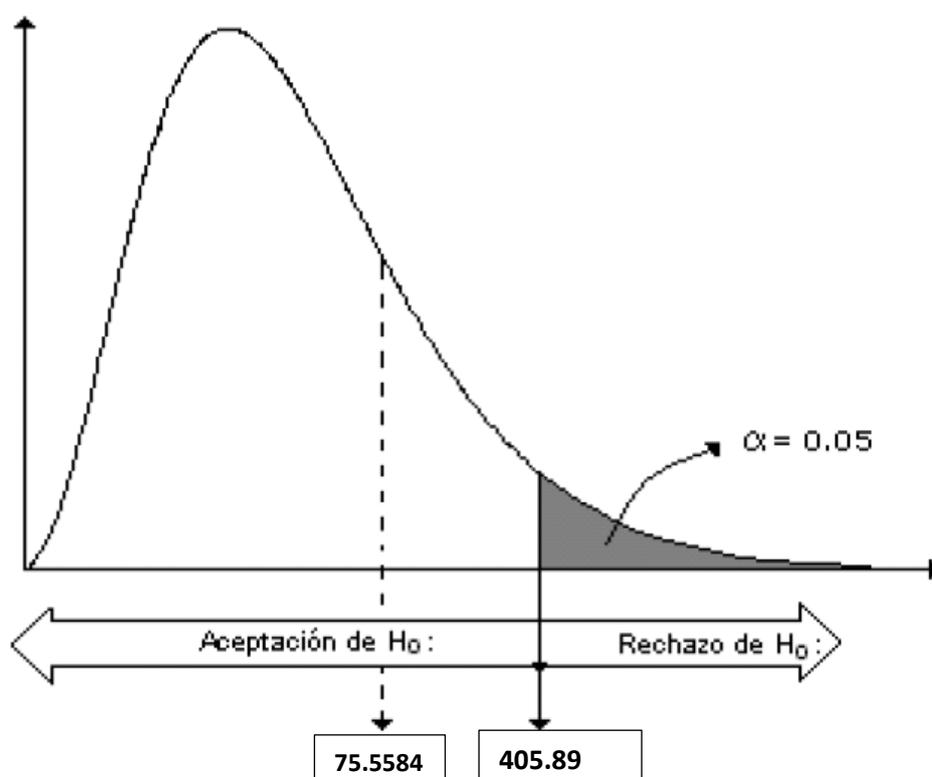
- **Nivel de significancia de $\alpha = 0.05$**
- **Grados de libertad** es el resultado del producto de las filas (F) por las columnas (C): $(F-1) (C-1) = (21-1) (3-1) = 60^\circ$ de libertad
- **Cálculo estadístico de la prueba:**

La prueba de hipótesis, se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, utilizando

la fórmula estadística del Chi-Cuadrado
$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$
; en donde f_o = valor observado y f_e = valor esperado que en el estudio es de 0.94, Por otro lado, los siguientes grados de libertad de $(f-1) (C-1) = (21-1) (3-1) = 40$, con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$ obteniendo el valor de **55.7584** de acuerdo a la tabla del Chi Cuadrado.

Figura 4.

Construcción de las áreas de aceptación y rechazo



En el esquema se aprecian los valores de la zona de aceptación que es **75.5584** según la tabla del Chi-Cuadrado y el de la zona de rechazo cuyo valor hallado fue de 405.89.

5.1.4. Toma de Decisión 3

El valor de la Chi-cuadrado $X^2 = 408.89$ es superior que el de la tabla = 75.5584.

Por lo tanto pertenece a la zona de Rechazo. Por lo que se rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, afirmándose que: Si existen factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Presentación e Interpretación de Resultados

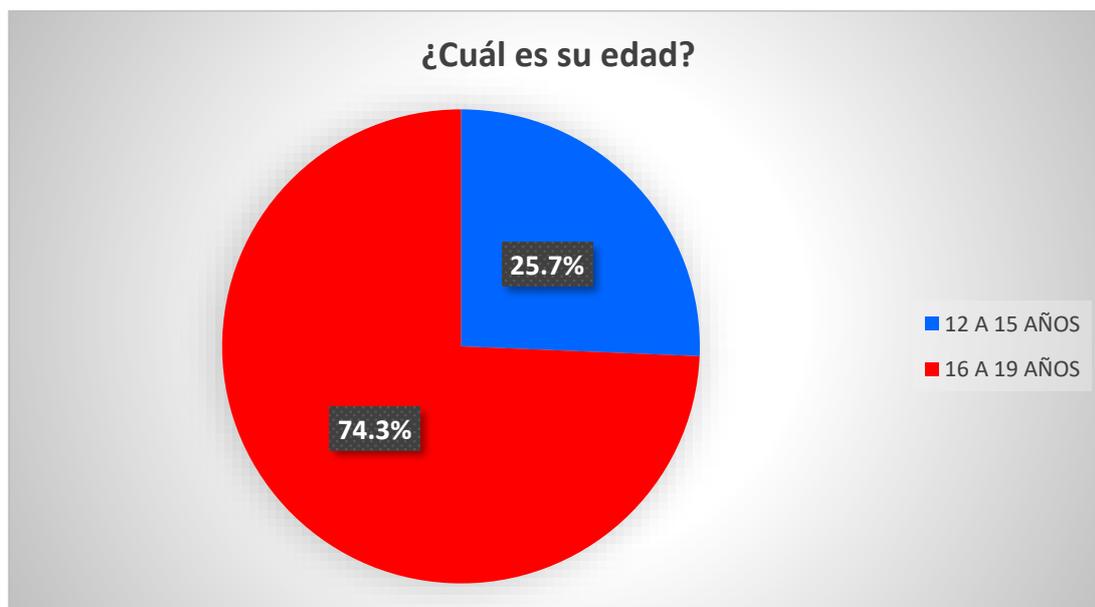
Tabla 2.

¿Cuál es su edad?

Edad	<i>f</i>	%
12 a 15 AÑOS	68	25.7
16 a 19 AÑOS	197	74.3
Total	265	100.0

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 5.



Interpretación:

Podemos observar que la edad de las gestantes adoleciste el 25.7% están entre los 12 a 15 años y el 74.3 entre los 16 a 19 años. Lo que demuestra que existe diferencia significativa de los jóvenes gestantes de 16 a 19 años sobre las de 12 a 15 años.

Tabla 3.

¿Nivel de Estudio?

Nivel de Estudio	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primaria	1	0.4	0	0.0	1	0.4
Secundaria	45	17.0	131	49.4	176	66.4
Superior	22	8.3	66	24.9	88	33.2
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 6.



Interpretación:

Podemos observar que el nivel de estudio en las gestantes adolescentes es en las de 12 a 15 años destaca estudios de nivel secundaria el 17.0% (45), y en las de 16 a 19 años el 49.4% (131), siendo significativamente superior a los demás niveles de estudio.

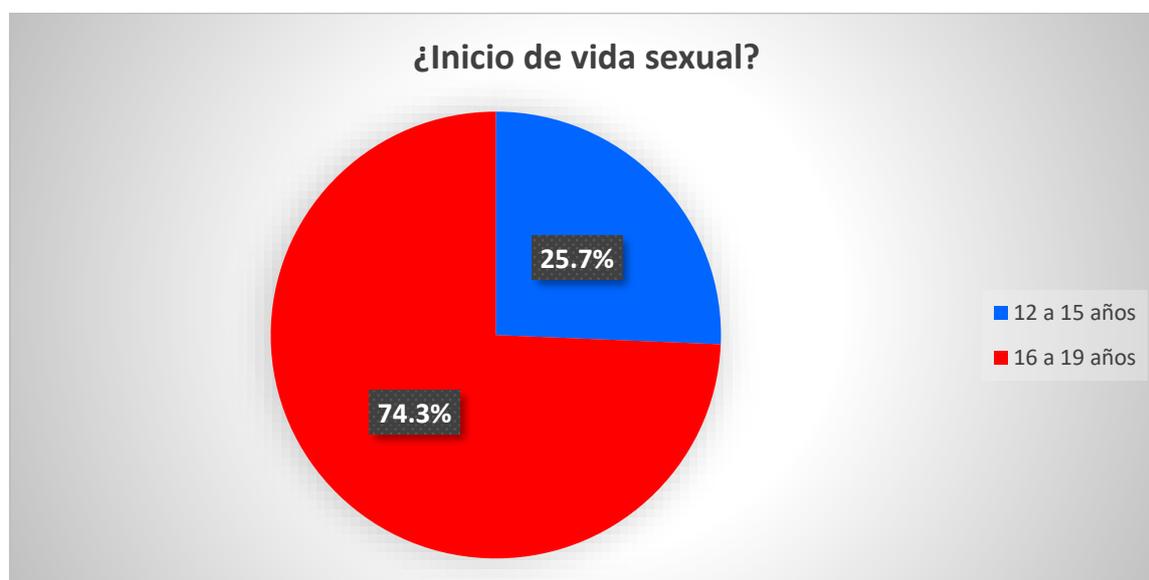
Tabla 4.

¿Inicio de vida Sexual?

Inicio de vida sexual	<i>f</i>	%
12 a 15 años	68	25.7
16 a 19 años	197	74.3
Total	265	100.0

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 7.



Interpretación:

En la tabla se ve que el inicio de la vida sexual de las gestantes adolescentes en las de 12 a 15 años fue el 25.7% (68) y en las de 16 a 19 años fue el 74.3% (197), existiendo diferencia significativa entre ambos grupos de gestantes adolescentes.

Tabla 5.

¿Estado civil?

Estado Civil	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Casada	0	0.0	18	6.8	18	6.8
Conviviente	16	6.0	63	23.8	79	29.8
Soltera	52	19.6	116	43.8	168	63.4
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$X^2=2.204$ $g=2$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 8.



Interpretación:

Se observa en los resultados sobre el estado civil de las gestantes adolescentes tenemos, que en el grupo de 12 a 15 años el 19.6% (52) su estado civil es de soltera y en el grupo de 16 a 19 años el 43.8% (116) son solteras. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 2.204, con un valor de libertad de 2 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 6.

¿Tiene Hijos?

Número de Hijos	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Un hijo	60	22.6	152	57.4	212	80.0
Dos a más hijos	8	3.0	45	17.0	53	20.0
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$X^2=3.877$ $gof=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 9.



Interpretación:

Se observa en los resultados obtenidos sobre el número de hijos en las gestantes adolescentes en el grupo de 12 a 15 años, el 22.6% (60) tiene un hijo y en el grupo de 16 a 19 años el 57.4% (152) con un hijo. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 3.877, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 7.

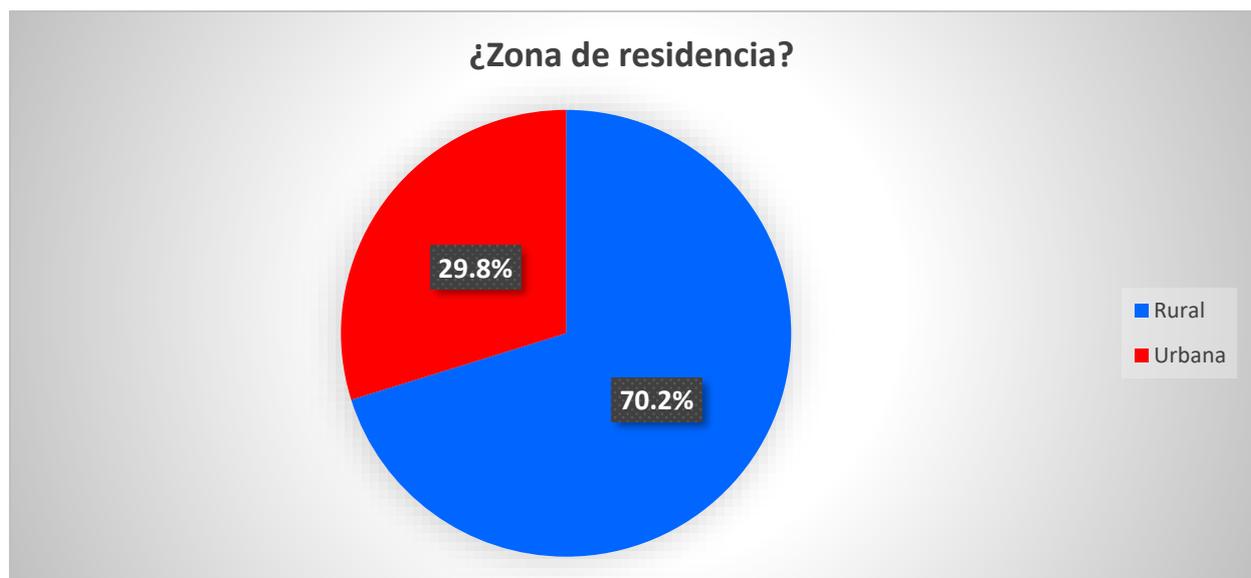
¿Zona de residencia?

Zona de Residencia	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Rural	52	19.6	134	50.6	186	70.2
Urbana	16	6.0	63	23.8	79	29.8
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$\chi^2=1.725$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 10.



Interpretación:

Se observa en los resultados la zona de residencia de las gestantes adolescentes, donde en el grupo de 12 a 15 años el 19.6% (52) son de la zona rural y en el grupo de 16 a 19 años el 50.6% (134) son también de la zona rural siendo significativamente superior a las de la zona urbana. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 1.725, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 8.

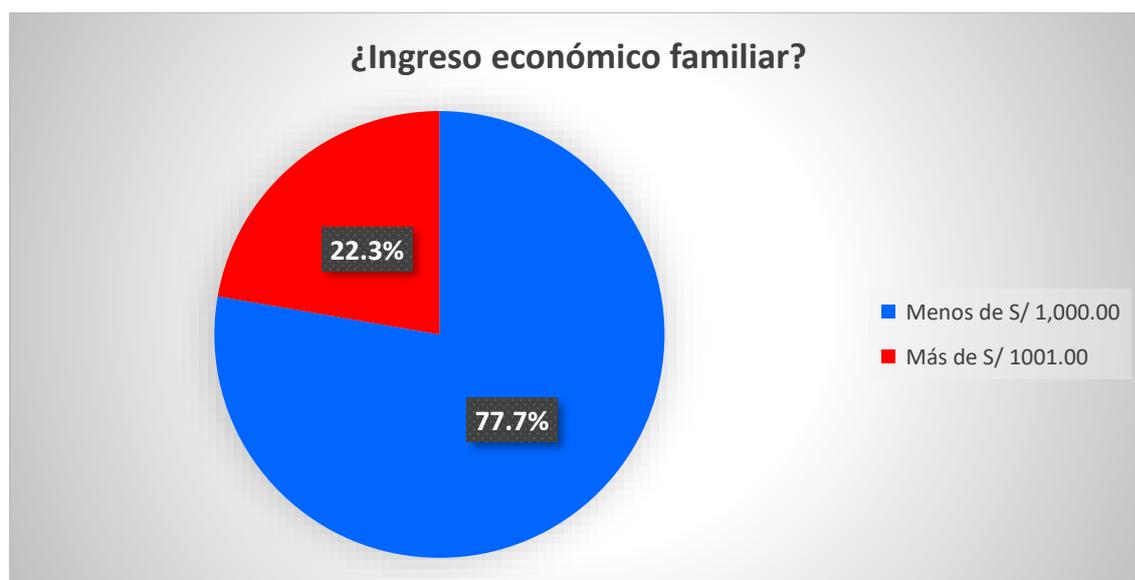
¿Ingreso económico familiar?

Ingreso económico familiar	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menos de S/ 1,000.00	57	21.5	149	56.2	206	77.7
Más de S/ 1001.00	11	4.2	48	18.1	59	22.3
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=1.959$ $gof=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 11.



Interpretación:

Se aprecian los resultados del ingreso económico familiar de las gestantes adolescentes, donde en el grupo de 12 a 15 años es 21.5% (57), este es menos de S/ 1000.0 y en el grupo de 16 a 19 años en el 56.2% (149) el ingreso fue menos S/ 1000.00 mensual. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 1.959, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 9.

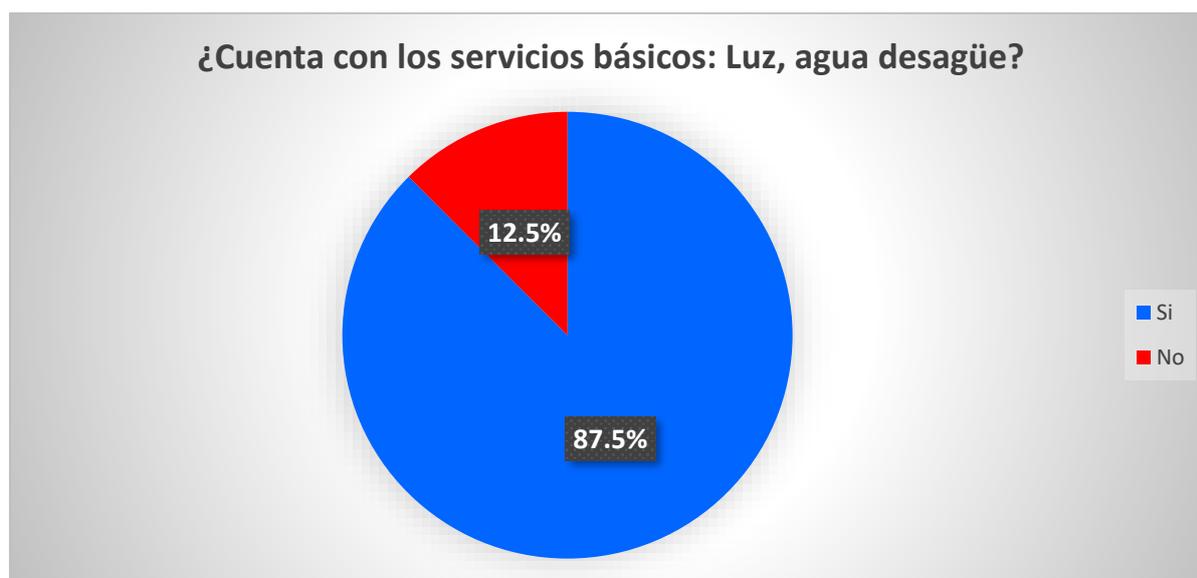
¿Cuenta con los servicios básicos: Luz, agua desagüe?

Servicios Básicos	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	59	22.2	173	65.3	232	87.5
No	9	3.4	24	9.1	33	12.5
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$X^2=1.978$ $gl=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 12.



Interpretación:

Se aprecian los resultados sobre los servicios básicos en las gestantes adolescentes, donde en el grupo de 12 a 15 años el 22.2% (59) cuenta con los servicios básicos y en el grupo de 16 a 19 años el 65.3% (173) también cuentan con los servicios básicos. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 1.978, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 10.

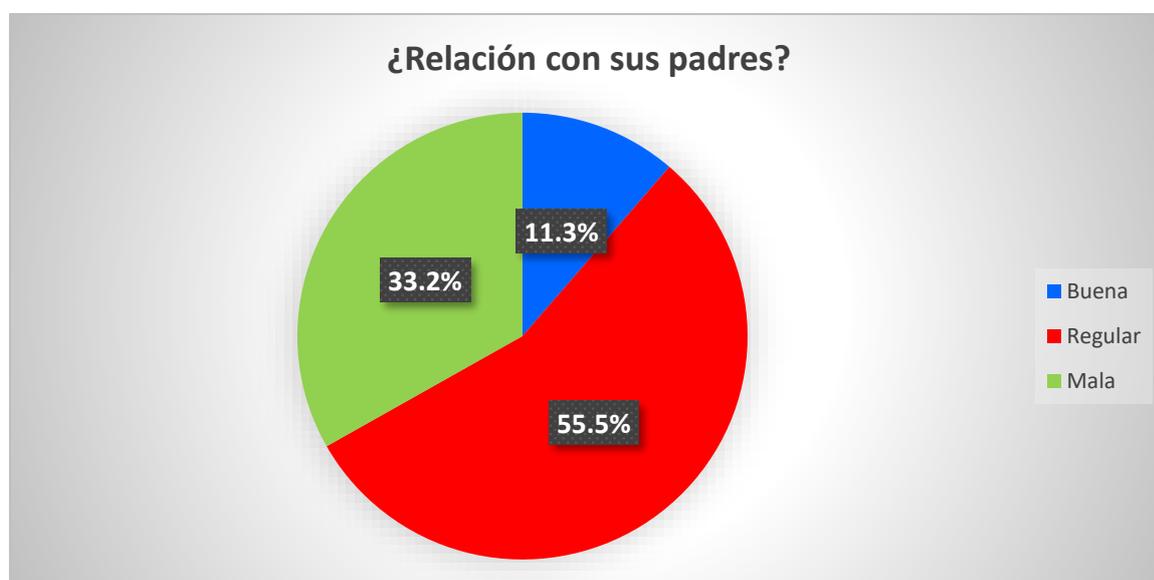
¿Relación con sus padres?

Relación con sus padres	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Buena	12	4.5	18	6.8	30	11.3
Regular	40	15.1	107	40.4	147	55.5
Mala	16	6.0	72	27.2	88	33.2
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$X^2=5.999$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 13.



Interpretación:

Se aprecian los resultados sobre la relación con sus padres de las gestantes adolescentes, el grupo de 12 a 15 años el 15.1% (40) tiene una relación regular y en el grupo de 16 a 19 años el 40.4% (107) su relación también es regular. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 5.999, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 11.

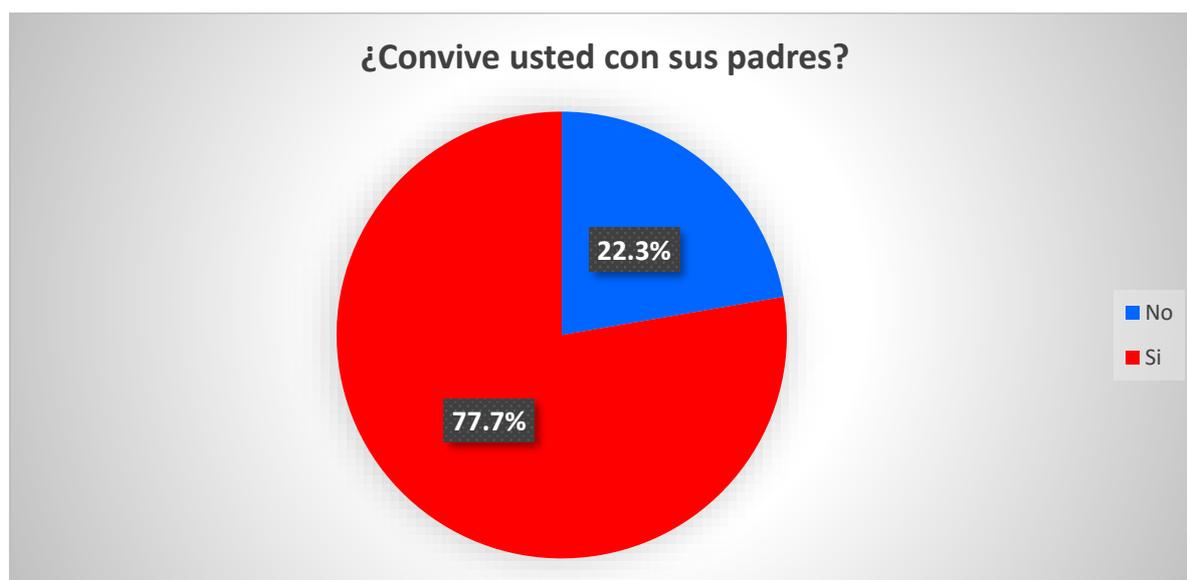
¿Convive usted con sus padres?

Convive con sus padres	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No	11	4.2	48	18.1	59	22.3
Si	57	21.5	149	56.2	206	77.7
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=1.959$ $gof=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 14.



Interpretación:

Se observa los resultados sobre si conviven con sus padres las gestantes adolescentes, en el grupo de 12 a 15 años el 21.5% (57) si conviven con sus padres y en el grupo de 16 a 19 años el 56.2% (149) también conviven con sus padres. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 1.9599, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 12.

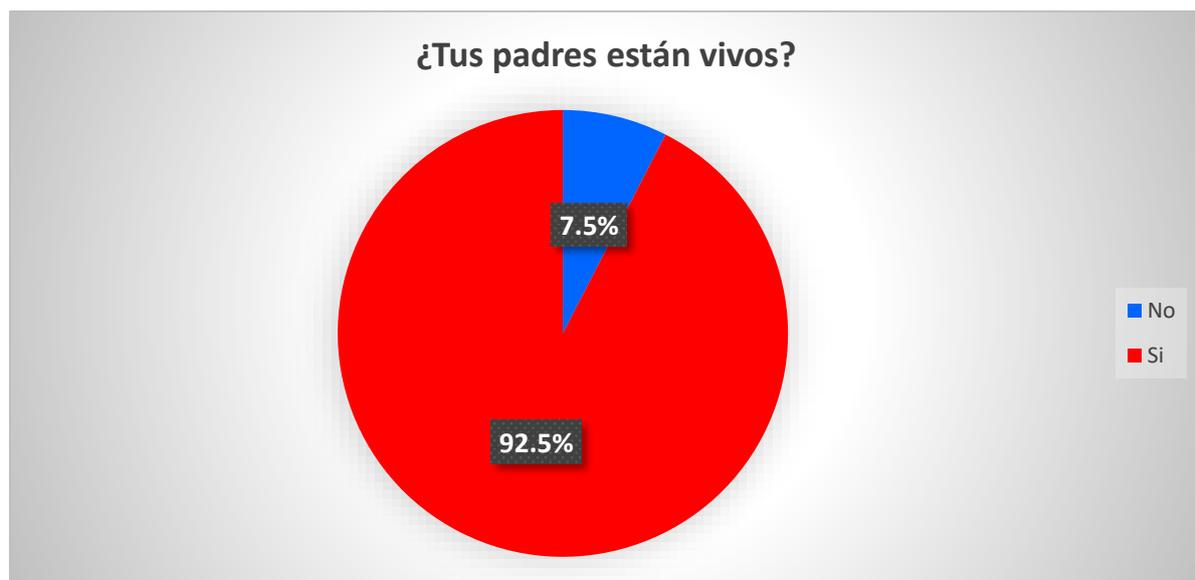
¿Tus padres están vivos?

Viven tus padres	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
No	5	1.9	15	5.7	20	7.5
Si	63	23.7	182	68.7	245	92.5
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$X^2=1.959$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 15.



Interpretación:

Se observa los resultados sobre si están vivos los padres de las gestantes adolescentes, donde en el grupo de 12 a 15 años el 23.7% (63) si viven sus padres y en el grupo de 16 a 19 años el 68.7% (182) también viven sus padres. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 1.959, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 13.

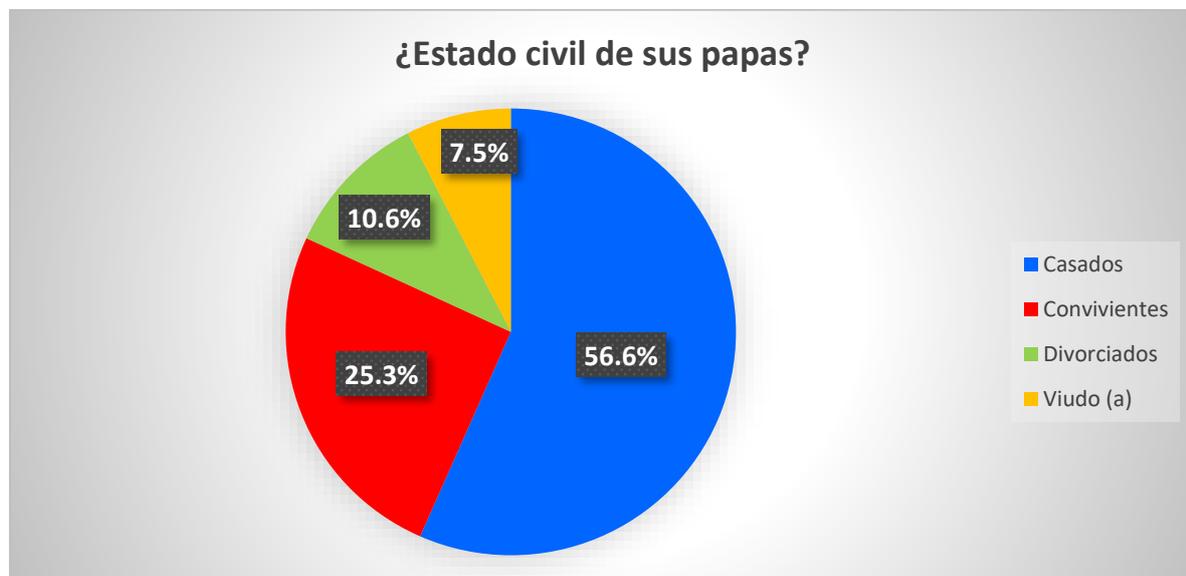
¿Estado civil de sus papas?

Estado civil de tus padres	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Casados	35	13.2	115	43.4	150	56.6
Convivientes	18	6.8	49	18.5	67	25.3
Divorciados	10	3.8	18	6.8	28	10.6
Viudo (a)	5	1.9	15	5.6	20	7.5
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=1.959$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 16.



Interpretación:

Se observa los resultados del estado civil de los padres de las gestantes adolescentes, donde el grupo de 12 a 15 años el 13.2% (35) su estado civil es de casado y en el grupo de 16 a 19 años el 43.4% (115) también están casados. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 1.959, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 14.

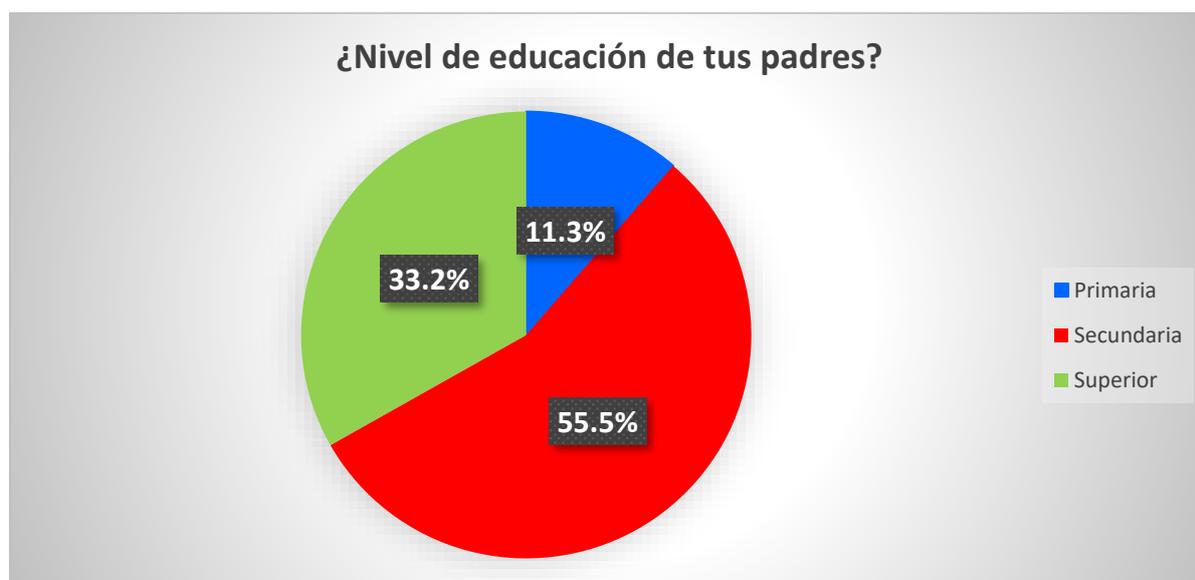
¿Nivel de educación de tus padres?

Nivel de estudios de tus padres	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primaria	12	4.5	18	6.8	30	11.3
Secundaria	39	14.7	108	40.8	147	55.5
Superior	17	6.4	71	26.8	88	33.2
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$\chi^2=5.148$ $gdf=2$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 17.



Interpretación:

Se observa los resultados sobre el nivel de estudio de los padres de las gestantes adolescentes, en el grupo de 12 a 15 años el 14.7% (39) su nivel de estudio fue el de secundaria y en el grupo de 16 a 19 años el 40.8% (108), siendo significativamente superior a los niveles de primaria y superior respectivamente. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 5.148, con un valor de libertad de 2 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 15.

¿Cuántas personas viven en su casa?

Cuántas personas viven en su casa	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1 a 4 personas	16	6.0	39	14.7	55	20.7
5 a más personas	52	19.6	158	59.7	210	79.3
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$\chi^2=0.428$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 18.



Interpretación:

Se observa los resultados sobre cuantas personas viven en casa de las gestantes adolescentes, donde en el grupo de 12 a 15 años el 19.6% (52) viven con 5 a más personas y en el grupo de 16 a 19 años el 59.7% (158) también viven con 5 a más personas, siendo significativamente superior a los que viven con 1 a 4 personas. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.428, con un valor libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 16.

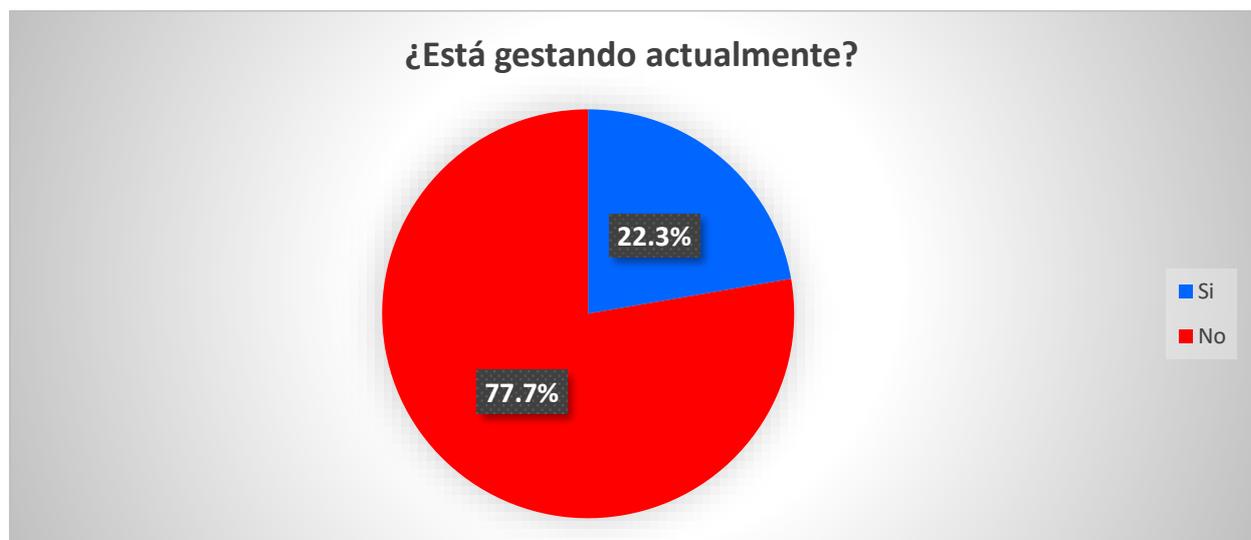
¿Está gestando actualmente?

Está gestando actualmente	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	17	6.5	42	15.8	59	22.3
No	51	19.2	155	58.5	206	77.7
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=0.396$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 19.



Interpretación:

Se presentan los resultados sobre si está gestando actualmente la adolescente, en el grupo de 12 a 15 años el 6.5% (17) se encuentran gestando y en el grupo de 16 a 19 años el 15.8% (42) se encontraban gestando, no siendo significativo sobre las adolescentes que no se encontraban gestando. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.396, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 17.

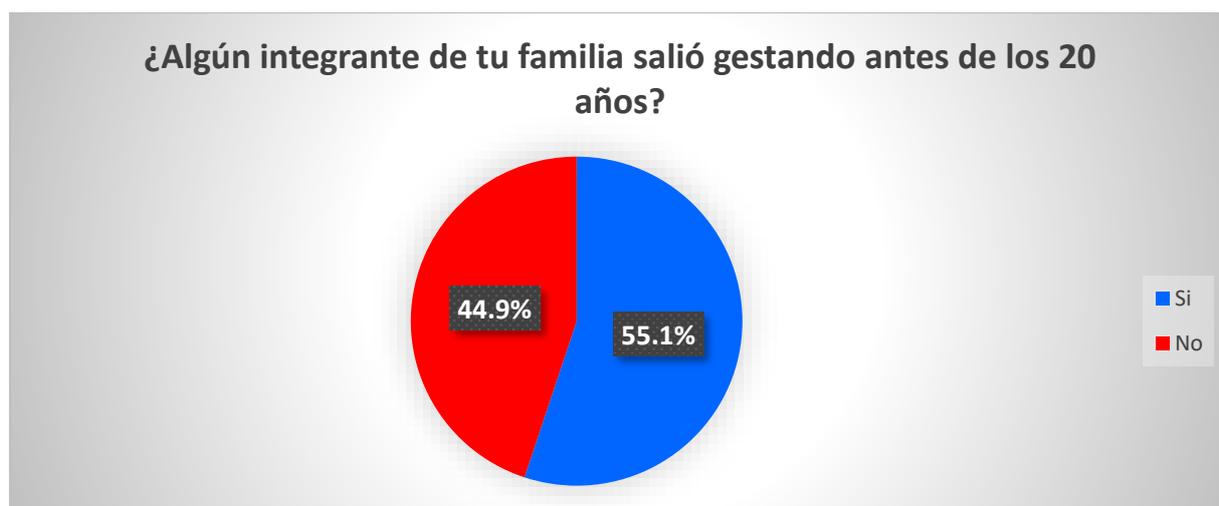
¿Algún integrante de tu familia salió gestando antes de los 20 años?

Miembro de tu familia estuvo embarazada antes de los 20 años	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	43	16.2	103	38.9	146	55.1
No	25	9.4	94	35.5	119	44.9
Total	68	25.6	197	74.4	265	100.0

$X^2=0.766$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 20.



Interpretación:

Se observan los resultados sobre si algún miembro de la familia de las gestantes adolescentes estuvo embarazada antes de los 20 años, donde el grupo de 12 a 15 años el 16.2% (43) respondieron que sí y en el grupo de 16 a 19 años el 38.9% (103) también respondieron que sí. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.766, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 18.

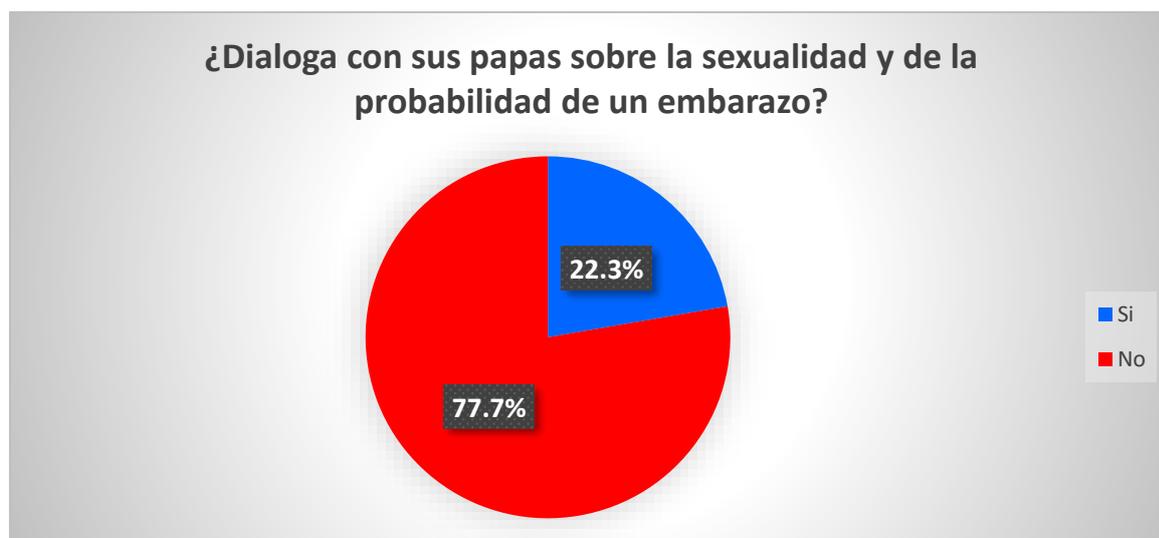
¿Dialoga con sus papas sobre la sexualidad y de la probabilidad de un embarazo?

Conversa con sus padres sobre aspectos de la sexualidad y de la posibilidad de un embarazo	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	17	6.4	42	15.9	59	22.3
No	51	19.3	155	58.4	206	77.7
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=0.766$ $gof=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 21.



Interpretación:

Se observan los resultados sobre las gestantes adolescentes platican con sus padres sobre la sexualidad y de la probabilidad de un embarazo, en el grupo de las de 12 a 15 años el 19.3% (51) manifestaron que no y en el grupo de 16 a 19 años el 58.4% (155) también respondieron que no. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.766, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 19.

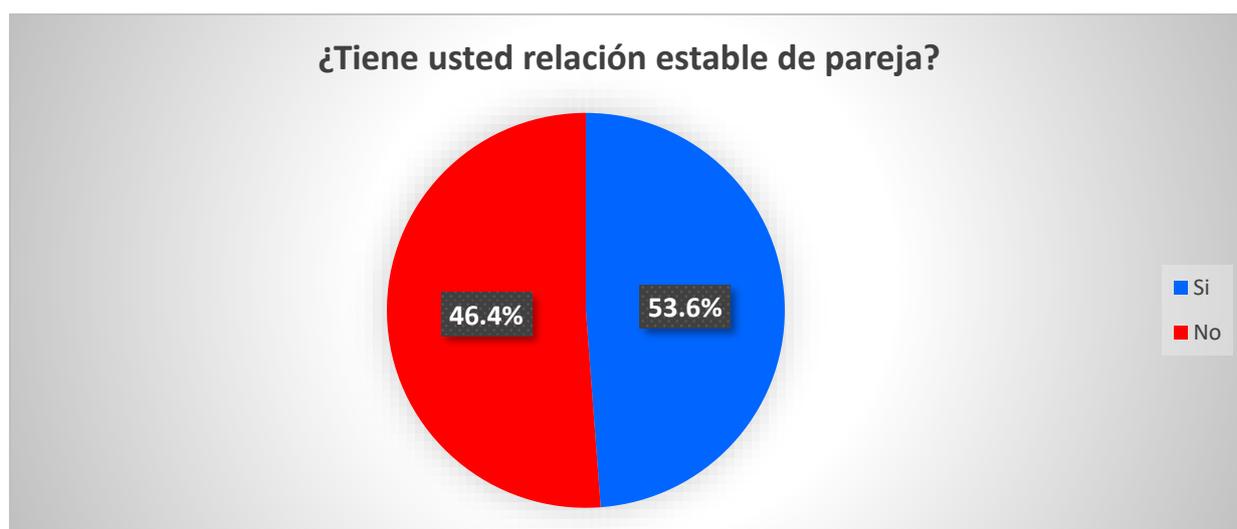
¿Tiene usted relación estable de pareja?

Tiene usted relación estable de pareja	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	33	12.5	109	41.1	142	53.6
No	35	13.2	88	33.2	123	46.4
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$\chi^2=0.766$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 22.



Interpretación:

Se observan los resultados sobre las gestantes adolescentes tiene usted relación estable de pareja donde el grupo de 12 a 15 años el 12.5% (33) manifestaron que si mantiene relación estable con su pareja y en el grupo de 16 a 19 años el 41.1% (109) también respondieron que sí. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.766, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 20.

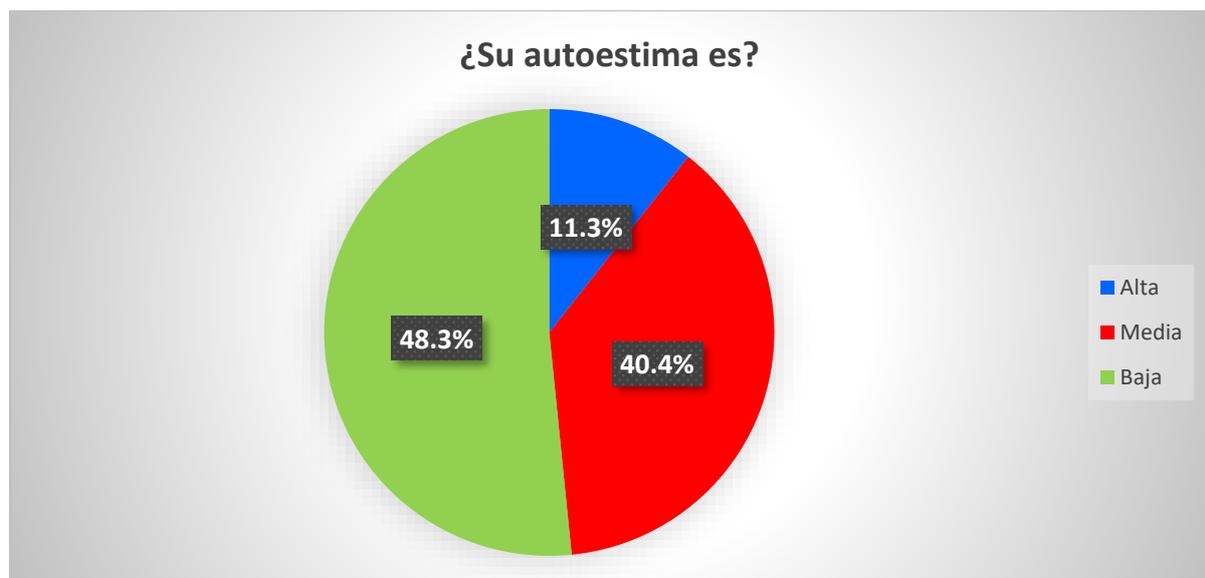
¿Su autoestima es?

Su autoestima es	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alta	12	4.5	18	6.8	30	11.3
Media	42	15.9	65	24.5	107	40.4
Baja	14	5.3	114	43.0	128	48.3
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=0.766$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 23.



Interpretación:

Se observan los resultados sobre la auto estima de las gestantes adolescentes donde en el grupo de 12 a 19 años el 15.9% manifestó que es media y en el grupo de 16 a 19 años el 43.0% (114) respondieron que es baja. Siendo la autoestima de las gestantes adolescentes entre media y baja respetivamente. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.766, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 21.

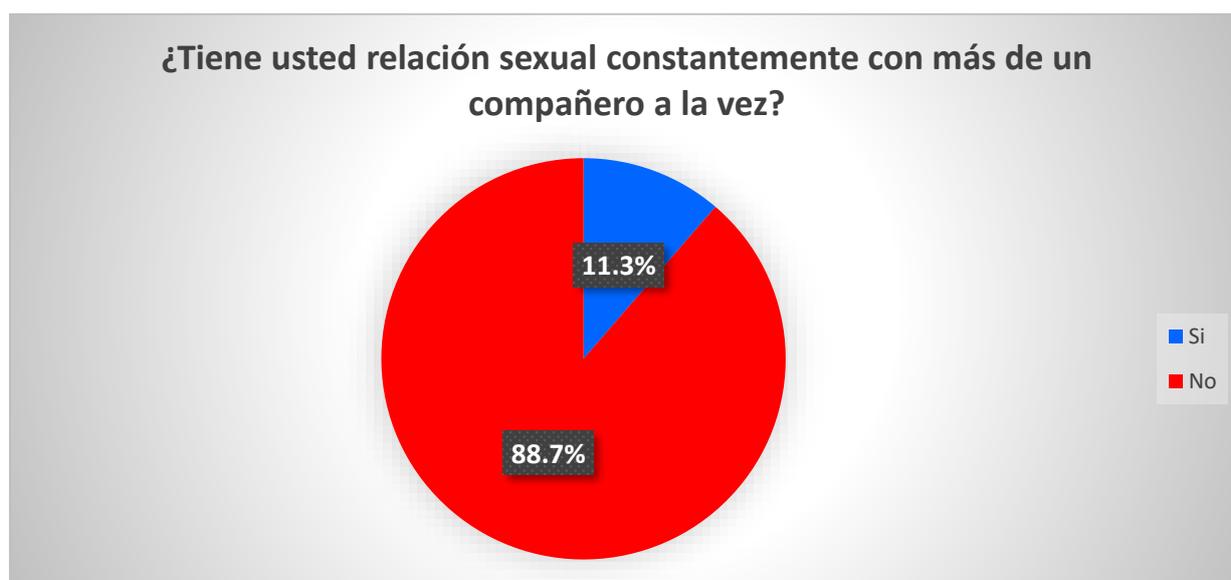
¿Tienen usted relación sexual constantemente con más de un compañero a la vez?

Relaciones sexuales con más de un compañero	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	12	4.5	18	6.8	30	11.3
No	56	21.2	179	67.5	235	88.7
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=0.766$ $gdf=1$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 24.



Interpretación:

Se observan los resultados sobre las gestantes adolescentes si tuvieron relaciones sexuales con más de un compañero, en el grupo de 12 a 15 años el 21.2% (56) manifestaron que no y en el grupo de 16 a 19 años el 67.5% (179) respondieron que no, siendo significativamente superior. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 0.766, con un valor de libertad de 1 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 22.

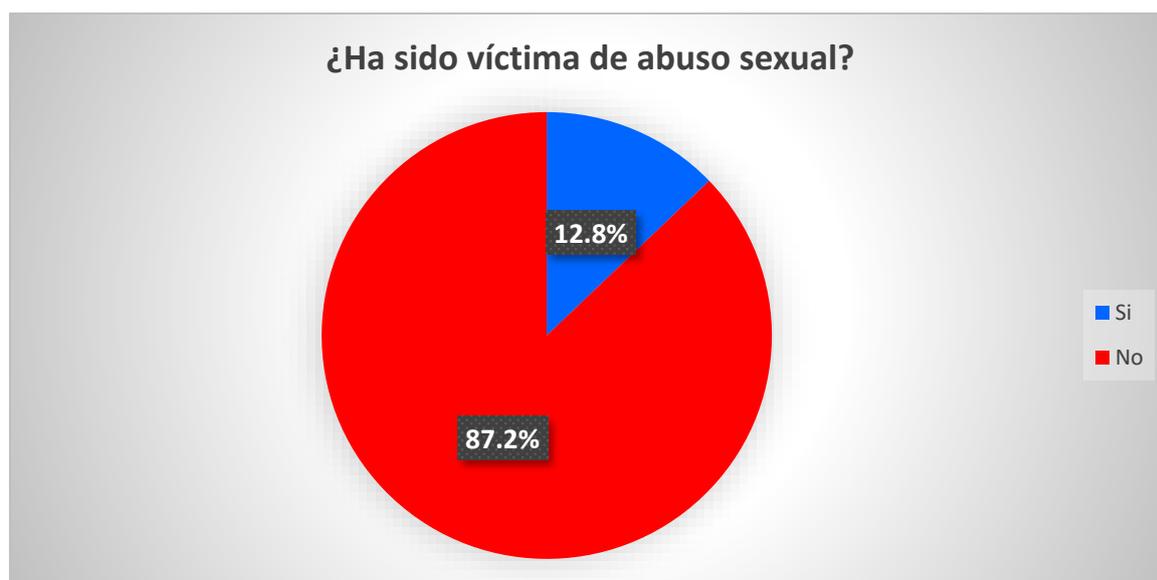
¿Ha sido víctima de abuso sexual?

Ha sido víctima de abuso sexual	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	9	3.4	25	9.4	34	12.8
No	59	22.3	172	64.9	231	87.2
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$\chi^2=4.385$ $gdf=2$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 25.



Interpretación:

Se observan los resultados de las gestantes adolescentes sobre si han sido víctimas de abuso sexual, en el grupo de 12 a 15 años el 3.4% (9) manifestaron que sí y en el grupo de 16 a 19 años el 9.4% (25) respondieron que sí, siendo significativamente inferior a las gestantes que no han sido víctimas de abuso sexual. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 4.385, con un valor de libertad de 2 y un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 23.

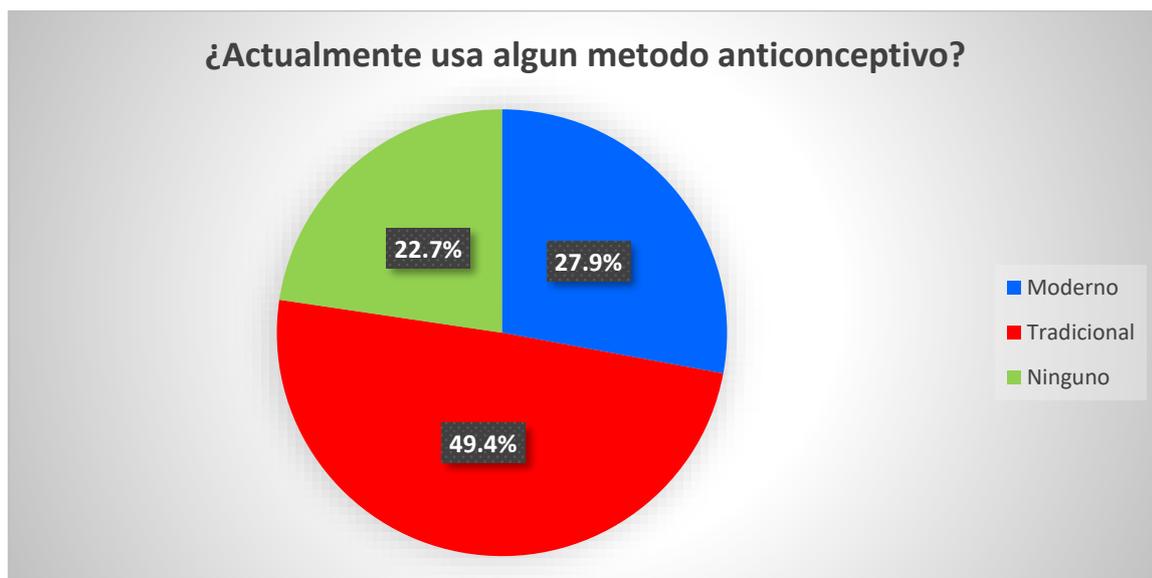
¿Actualmente usa algún método anticonceptivo?

Actualmente usa algún método anticonceptivo	12 a 15 AÑOS		16 a 19 AÑOS		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Moderno	16	6.0	58	21.9	74	27.9
Tradicional	34	12.8	97	36.6	131	49.4
Ninguno	18	6.9	42	15.8	60	22.7
Total	68	25.7	197	74.3	265	100.0

$X^2=3.881$ $gl=2$ $p<0,05$

Fuente: Datos de la encuesta
Elaborado por la tesista

Figura 26.



Interpretación:

Se observan los resultados de las gestantes adolescentes sobre si actualmente usan algún método anticonceptivo, en el grupo de 12 a 15 años el 12.8% (34) utilizan el método tradicional y en el grupo de 16 a 19 años el 36.6% (97) también utilizan el método tradicional. Obteniendo un Chi Cuadrado de las frecuencias observadas de 3.881, con un valor de libertad de 2 y un nivel de significancia de 0.05.

6.2. Discusión de Resultados

El análisis del estudio presento los siguientes resultados en relación a la edad el grupo de gestantes adolescentes de 16 a 19 años fue del 74.3%, el nivel de estudio fue el de secundaria con el 66.4%, el inicio de vida sexual se presentó en el grupo de 16 a 19 años con el 74.3%, en cuanto al estado civil el 63.4% esta soltera, el número de hijos el 80.0% de las gestantes tiene un solo hijo, el 70.2% son de la zona rural, en el 77.7% de las gestantes el nivel de ingreso familiar es más de S/1001.00 mensual, en el 87.5% si cuentan con los servicios básicos, la relación con sus padres en las gestantes en el 55.5% es regular, el 77.7% de las gestantes conviven con sus padres, en el 56.6% de las gestantes están casados, en el 55.5% de las gestantes sus padres tienen estudios secundarios, en el 79.2% de las gestantes viven con más de 5 personas en su casa, el 22.3% de las adolescentes ese encuentra gestando, en el 55.1% de las adolescentes tuvieron un familiar que estuvo gestando antes de los 20 años, en el 53.6% de las adolescentes mantiene relación estable con su pareja, con relación a la autoestima en el 48.3% es baja, el 11.3% de las adolescentes manifestó que mantiene relación es sexuales con más de una pareja, en el 12.8% de las adolescentes han sido víctimas de abusos sexual, el 49.4% de las adolescentes usan el método anticonceptivo tradicional.

Los resultados descritos concuerdan con los hallados a nivel internacional por Guviria A. (2016) quien en su investigación concluye que las características sociodemográficas de esta investigación resultaron un mayor número de adolescentes en el grupo de 15 a 19 años con predominio en el sexo femenino, un nivel de educación básico, y de religión católica

Por otro lado a nivel nacional Curay A. (2018) en su investigación reporto que los factores del embarazo precoz en gestantes adolescentes y la percepción del control prenatal de las gestantes adolescentes del E.S I-3 Nueve de octubre- Piura, mayo 2018, fue el 92,86%

de la edad predominantes es la edad de 16 años, asimismo el 64,29% manifestaron que no terminaron la secundaria, mientras que el 100% de las gestantes encuestadas son católicas y finalmente el 57,14% son convivientes.

CONCLUSIONES

1. Del análisis de los resultados concluimos que los factores que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, son los sociodemográfico como el nivel de estudio, víctima de abuso sexual, escasa comunicación con sus padres, el estado civil de sus padres.
2. A la luz de los resultados concluimos que los factores familiares que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, son la regular relación con sus padres con un 55.5%, el número de personas con las que viven en casa el 79.3% con más de cinco personas, el nivel de estudios de sus padres, el 55.5% con estudios secundarios.
3. De los resultados obtenidos concluimos que los factores sexuales y reproductivos que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, el inicio de su vida sexual con el 74.3% está entre los 16 a 19 años, el nivel de estudio con un 66.4% con estudios secundario.
4. Del análisis de los resultados concluimos que los factores sociodemográficos que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019, son la zona de residencia donde el 70.2% son de la zona rural, el nivel de ingreso económico de la familia donde el 77.7% tienen un ingreso menor a los S/ 1000.00

RECOMENDACIONES

1. El estado debe de trabajar en políticas de estado para la disminución de las barreras culturales y sociales, geográficas y económicas que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región de Ica y a nivel nacional.
2. Las autoridades de educación de la región deben promover el acceso a la educación en las zonas rurales e implementar o acciones para trabajar en la disminución de la deserción escolar.
3. Las autoridades de la región en su conjunto deben de implementar acciones para la prevención y control de la vulnerabilidad y discriminación de niñas y adolescentes en zonas rurales de la región.
4. Las autoridades de salud y educación de la región deben de promover campañas de educación sexual sobre los problemas de embarazo en adolescentes y sobre métodos anticonceptivos, debido que cada vez el inicio de la vida sexual en las adolescentes es más frecuente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cluet I, Rossell M. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2013;73(3):157-170. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art03.pdf>
2. Organización de Naciones Unidas (ONU). La estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. 2a ed. Suiza: La Organización; 2015. [citado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). América Latina y el Caribe. [Internet]; 2018 [citado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazadolescente-en-el-mundo>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2017. [Internet]. Perú: La Institución, 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
5. Rodríguez N, Cala Á, Nápoles JL, Milán Y, Aguilar M. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2018 [citado el 30 de mayo de 2019].;97(5):945-954. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/27/53>
6. Carvajal JA, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 8a ed. Chile: La Universidad; 2017. [citado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en:

<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>

7. Goyeneche S, Barreto E, Valverde R. Embarazo y maternidad adolescente en el Perú [Internet]. 1a ed. Perú: Tiff Industria Gráfica; 2016. [citado el 30 de mayo de 2019]. Disponible en:
<https://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2020/08/Estudio-de-embarazo-adolescente-final.pdf>
8. Ulloque L, Monterrosa Á, Arteta C. Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2015 [citado el 30 de mayo de 2019]; 80(6): 462-474. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/289128037_Prevalencia_de_baja_autoestima_y_nivel_de_resiliencia_bajo_en_gestantes_adolescentes_de_poblaciones_del_caribe_colombiano
9. Gómez CA, Montoya LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev. Salud Pública [Internet]. 2014 [citado el 30 de mayo de 2019]; 16(3): 94-406. Disponible en:
<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2014.v16n3/393-407/es>
10. Jaramillo J. Políticas públicas de prevención del embarazo precoz en el marco de la realización de los objetivos de desarrollo del milenio: el caso de Medellín (Colombia). [Tesis para optar por el grado de Doctor en Relaciones Internacionales Iberoamericanas]. Madrid, España: Universidad Rey Juan Carlos; 2017. Disponible en:
<https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/14849/TESIS%20JOHANA%20JARAMILLO%20P.%20FINAL%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Guviria A. Factores que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, sector er05, mulliquindil, 2016. [Tesis para optar

- por el grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2016. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24104/1/Gaviria%20Bola%20Ang%20Paola.pdf>
12. Luparello R. Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010. [Tesis para optar por el grado académico de Magister en Salud Pública]. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba; 2014. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf
13. Curay A. Factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud i-3 nueve de octubre Piura, mayo 2018. [Tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Piura, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2018. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5674/ADOLESCENTES_ATENCION_CURAY_GIRON_ANAHY_KARINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Diestra L. Contexto sociodemográfico y condiciones de vida en adolescentes embarazadas puesto de salud San Pedro-Chimbote, 2015. [Tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Chimbote, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2018. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5403/ADOLESCENTES_CONDICIONES_DIESTRA_MIRANDA_LUZ_ELENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Rodríguez A, Sucño C. Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sanchez Meza Chupaca de enero a marzo 2016. [Tesis para optar por el título profesional de Obstetra]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana del Centro; 2016. Disponible en:
http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/68/1/T102_47799237_T.pdf
16. Reyes S. “De la decadencia a la búsqueda del cuidado de sí” vivencias del embarazo en la gestante adolescente en una comunidad rural costeña. [Tesis para obtener el grado de doctora en Ciencias de Enfermería]. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2014. Disponible en:
<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5454/Tesis%20Doctorado%20-%20Silvia%20Reyes%20Narv%c3%a1ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2008 [citado el 31 de mayo de 2019];68(3):144-149. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/262551626_Parto_pretermino_en_adolescent
es
18. Barrantes A., Jiménez M., Rojas B., Vargas A. Embarazo y aborto en adolescentes. Med. Leg. Costa Rica [Internet]. 2003 [citado el 31 de mayo de 2019]; 20(1): 80-102. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152003000100009&lng=es. 10.
19. Vázquez Y., El docente como orientador de información sexual en los liceos bolivarianos de la parroquia Ayacucho Cumaná estado Sucre. Universidad de Oriente Núcleo de Sucre Escuela de Humanidades y Educación. Cumaná, 2009.

20. OPS/OMS, UNFPA, UNICEF. Seminario web “Embarazo en la Adolescencia en América Latina y El Caribe”. Febrero 2018.
21. MI Hidalgo Vicario. MJ Ceñal Gonzalez-Fierro. M. Güemes Hidalgo. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine*. 2014; 11(61):3579-87.
22. Soriano L. Pubertad normal y variantes de la normalidad. *Pediatr Integral*; 2015; 19(6): 38. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/679035>
23. Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe, 2018. Disponible en: <https://www.cladem.org/images/imgs-noticias/nin%CC%83asmadres-balance-regional.pdf>.
24. Pasqualini D, Llorens A. Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires, 2010. Disponible en: http://www.edumargen.org/docs/curso25-6/unid03/apunte08_03.pdf
25. Maddaleno, M., Morello, P. he Infante-Espínola, F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud pública de México*, 45(1), 132-139.
26. Rodríguez J, Di Cesare M, Páez K. Reproducción temprana: diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. Santiago, 2017. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41609/1/S1700063_es.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Formato de la ficha de consentimiento informado del participante

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, en el correcto uso de mis facultades de forma voluntaria, **EXPONGO:** Que se me ha **INFORMADO** por los investigadores de llevar acabo el estudio científico, habiendo comprendido la relevancia de mi colaboración en la encuesta para ayudar en el trabajo de investigación.

Me han dado explicación, de manera verbal, de la importancia y objetivos del estudio asimismo hemos tenido oportunidad de despejar los interrogantes que han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo entendido y estando de acuerdo con las explicaciones información recibidas de la investigación, **CONCEDO MI AUTORIZACION** para participar de la investigación. Y, para que así conste, firmo el documento.

Firma DNI

Fecha: _____

Anexo 2. Formato de la encuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

La encuesta tiene como finalidad recabar datos para desarrollar el estudio titulada:
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES
EN LA REGIÓN ICA, 2019.

Marque la respuesta que considere la correcta

I. PREGUNTAS

1. ¿Cuál es su edad?
 - a) 12 a 15 años
 - b) 16 a 19 años
2. ¿Nivel de Estudio?
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior
3. ¿Inicio de vida Sexual?
 - a) 12 a 15 años
 - b) 16 a 19 años
4. ¿Estado civil?
 - c) Soltera
 - d) Conviviente
 - e) Casada
5. ¿Tiene Hijos?
 - a) 1 hijo

- b) 2 a más hijos
6. ¿Zona de residencia?
- a) Rural
 - b) Urbana
7. ¿Ingreso económico familiar?
- a) Menos de S/ 1,000.00
 - b) Más de S/ 1,001.00
8. ¿Cuenta con los servicios básicos: Luz, agua desagüe?
- a) Si
 - b) No
9. ¿Relación con sus padres?
- a) Buena
 - b) Regular
 - c) Mala
10. ¿Convive usted con sus padres?
- a) Sí
 - b) No
11. ¿Tus padres están vivos?
- a) Si
 - b) No
12. ¿Estado civil de sus papas?
- a) Casados
 - b) Convivientes
 - c) Divorciados
 - d) Viudo (a)

13. ¿Nivel de educación de tus padres?
- a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Superior
14. ¿Cuántas personas viven en su casa?
- a) 1 a 4
 - b) 5 a más
15. ¿Está gestando actualmente?
- a) Si
 - b) No
16. ¿Algún integrante de tu familia salió gestando antes de los 20 años?
- a) Si
 - b) No
17. ¿Dialoga con sus papas sobre la sexualidad y de la probabilidad de un embarazo?
- a) Sí
 - b) No
18. ¿Tiene usted relación estable de pareja?
- a) Sí
 - b) No
19. ¿Su autoestima es?
- a) Alta
 - b) Media
 - c) Baja
20. ¿Tienen usted relación sexual constantemente con más de un compañero a la vez?
- a) Sí

b) No

21. ¿Ha sido víctima de abuso sexual?

a) Si

b) No

22. ¿Actualmente usa algun metodo anticonceptivo?

a) Tradicional

b) Moderno

c) Ninguno

Anexo 2. Matriz de consistencia

Tabla 24.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General P.G. ¿Cuáles son los factores que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019?</p> <p>Problemas Específicos P.E. 1: ¿Cuáles son los factores familiares asociados que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019? P.E.2: ¿Cuáles son los factores sexuales y reproductivos que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019? P.E.3: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019?</p>	<p>Objetivo General O.G. Establecer los factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.</p> <p>Objetivos Específicos O.E.1: Establecer los factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019. O.E.2: Establecer los factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019. O.E.3: Establecer los factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.</p>	<p>Hipótesis General H.G. Existe factores que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.</p> <p>Hipótesis Específicas H.E. 1: Existen factores familiares que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019. H.E.2: Existen factores sexuales y reproductivos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019. H.E.3: Existen factores sociodemográficos que influyen significativamente en el incremento de gestantes adolescentes en la Región Ica, 2019.</p>	<p>Independiente: Gestante adolescente</p> <p>Dependiente: Factores de embarazo</p> <p>Interviniente: Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Familiar, social y geográfica • Grupo etario 	<p>Enfoque: Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Explicativo y observacional</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Muestra: 265 adolescentes</p> <p>Técnicas e Instrumentos: Técnica: Encuesta y cuestionario</p> <p>Instrumento: Encuesta y cuestionario</p>