



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE
EN TRES CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA
PROVINCIA DE CHICLAYO 2022**

**TESIS
PARA OPTAR**

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GONZALES SANCHEZ JOSLIN ERWIN

**ASESOR
MARCELO GASTAÑADUI MIGUEL ANGEL**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNA**

**CHICLAYO – PERU
2022**

DEDICATORIA

A mis padres por luchar cada día para darme lo mejor, la educación; por estar a mi lado en cada triunfo y caída, por ser mi ejemplo y motivo de superación. A toda mi familia por siempre alentarme a ser mejor persona y profesional. A mí mismo, pues han sido jornadas de intenso estudio para conseguir logros por mérito propio.

“La felicidad reincide en las familias que en Dios nunca dejan de creer”.

A las profesionales de salud y pacientes que asisten a la estrategia de ARO, por su absoluta ayuda para la realización de esta presente investigación y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para la realización de este estudio.

EL AUTOR.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios, nuestro padre creador, por darme unos padres maravillosos y cuidar de ellos siempre, por darme la fuerza para seguir adelante, guiarme en cada decisión tomada, y darme la oportunidad de encontrar personas grandiosas en esta carrera que es humanitaria y a la vez tan sacrificada.

A mis padres, quienes confiaron en mí, y apoyaron constantemente para que este sueño se haga realidad, papá, estamos a nada de ser colegas, espero seguir tus buenos pasos. Madre, una mujer autorrealizada, y digna de admirar por otras mujeres, eres genial, siempre viendo la manera de aprovechar el tiempo con estudio; gracias a ambos por inculcarme los buenos valores. Mis hermanos José y Andrés, que de alguna manera u otra se sacrificaron para que hoy este sueño se haga realidad. No me alcanzará el tiempo para poder agradecerles todo lo que hicieron por mí.

A quien me acompaña desde hace 10 años, mi compañera de vida, Evelyn, sin duda tu apoyo ha sido indispensable para poder tomar decisiones y concluir de la mejor manera posible esta hermosa carrera. Sé que nos espera un futuro grandioso juntos.

Un agradecimiento especial a mi querida casa de estudios, en aquellas aulas, los maestros nos replicaban; “la universidad no hace al alumno”, así fue, siempre con la frente en alto y enalteciendo a mi alma mater; a todos los docentes que fueron partícipes en mi formación, a los maestros de cirugía general, quienes me mostraron lo hermoso de esta especialidad y me dieron los consejos necesarios para poder seguir formándome, me llevo lo mejor de cada uno de ellos.

A mi asesor el Dr. Miguel Ángel Marcelo Gastañaduí, por su valioso tiempo y gran disposición de apoyo, que con sus conocimientos y experiencia me ha guiado en la elaboración de esta tesis.

A mi buen amigo, Miguel Palacios Apaéstegui, hermano, de ti me llevo el trato especial al paciente, la empatía y disposición para ayudar a los demás. Gracias por todo, nos vemos en la residencia.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
Realidad problemática.....	1
Formulación del problema	2
Objetivos:	2
Objetivo general:	2
Objetivos específicos:.....	3
Hipótesis	3
MARCO TEÓRICO	4
Antecedentes	4
Bases teóricas.....	6
METODOLOGÍA	10
Tipo y diseño de investigación.....	10
Población, muestra y muestreo	10
Criterios de selección	11
Variables de estudio y su operacionalización	11
Métodos, técnicas y procedimientos	12
Análisis y procesamiento de datos	13
Consideraciones éticas.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	21
RECOMENDACIONES	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	26

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 01: Tabla 01: Distribución de la muestra según centro de salud.	15
Tabla 02: Características generales de las pacientes incluidas en el estudio.	16
Tabla 03: Adolescente con y sin embarazo reincidente y factores asociados.	17

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a reincidencia de embarazo adolescente en tres Centros de Salud del primer nivel de atención en la Provincia de Chiclayo en el año 2022.

Metodología: Estudio prospectivo en 158 adolescentes (79 con embarazo reincidente y 79 primigestas) de 3 centros de salud de la Provincia de Chiclayo. Se trabajó con frecuencias para las variables categóricas y el análisis inferencial a través del cálculo de Chi cuadrado.

Resultados: Se observó que la edad promedio fue 17.74 ± 1.22 años, 76.6% con secundaria, 78.5% en convivencia, 70.9% amas de casa, 84.2% con ingreso familiar bajo, 51.9% en hacinamiento, 72.2% con falta de educación sexual, 84.2% con falta de planificación familiar, 62.7% con padres separados, 29.7% con antecedente de embarazo adolescente en la familia, 53.8% con falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo, 28.5% con falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo, 28.5% con falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo y 55.1% con pareja adolescente en el primer embarazo. Además, el hacinamiento ($p<0.001$), falta de educación sexual ($p=0.013$), padres separados ($p<0.001$), embarazo adolescente en la familia ($p=0.009$), falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo ($p<0.001$) y pareja adolescente en el primer embarazo ($p<0.001$) mostraron asociación con la reincidencia de embarazo en adolescentes.

Conclusiones: Se encontró asociación significativa entre hacinamiento, falta de educación sexual, tener padres separados, antecedente de embarazo adolescente en la familia, falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo y tener pareja adolescente en el primer embarazo, y reincidencia de embarazo adolescente.

Palabras clave: Embarazo adolescente, hacinamiento, educación sexual.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with recidivism of adolescent pregnancy in three Health Centers of the first level of attention in the Province of Chiclayo in the year 2022.

Methodology: Prospective study in 158 adolescents (79 with recurrent pregnancy and 79 primigravida) from 3 health centers in the Province of Chiclayo. We worked with frequencies for the categorical variables and the inferential analysis through the calculation of Chi square.

Results: It was shown that the average age was 17.74 ± 1.22 years, 76.6% with high school, 78.5% living together, 70.9% housewives, 84.2% with low family income, 51.9% in overcrowding, 72.2% with lack of sexual education. , 84.2% with lack of family planning, 62.7% with separated parents, 29.7% with a history of teenage pregnancy in the family, 53.8% with lack of economic support from the family in the first pregnancy, 28.5% with lack of emotional support from the family in the first pregnancy, 28.5% with lack of economic support from the partner in the first pregnancy and 55.1% with a teenage partner in the first pregnancy. In addition, overcrowding ($p<0.001$), lack of sexual education ($p=0.013$), separated parents ($p<0.001$), adolescent pregnancy in the family ($p=0.009$), lack of economic support from the family in the first pregnancy ($p<0.001$) and adolescent couple in the first pregnancy ($p<0.001$) showed an association with the recurrence of pregnancy in adolescents.

Conclusions: A significant association was found between overcrowding, lack of sexual education, having separated parents, a history of adolescent pregnancy in the family, lack of economic support from the family in the first pregnancy and having an adolescent partner in the first pregnancy, and pregnancy recurrence. Teen.

Keywords: Adolescent pregnancy, overcrowding, sexual education.

INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su último informe da a conocer que se producen cerca de 16.1 millones de nacimientos anuales entre mujeres de 15 y 19 años, además, la recurrencia del embarazo en adolescentes (REA) es considerada un punto de suma importancia entre la problemática que se encara a nivel de salud pública en todo el mundo, debido a que, con frecuencia esta situación se presenta o acontece dentro de una realidad con restricciones económicas y elevada frecuencia de maltrato materno infantil (1-3). La REA representa un considerable porcentaje de la tasa global de gestaciones durante la adolescencia: se estima que un quinto de los alumbramientos que se producen en menores de 18 años son secundarios a gestaciones repetidas (4) y, por tal motivo, se consideran un punto crucial que amerita una intervención sanitaria. Además, cerca del setenta y cinco por ciento de las gestantes adolescentes tienen embarazos no planificados de los cuales, hasta un cincuenta por ciento terminan en abortos (5).

Se debe entender que los embarazos de adolescentes tienen un impacto considerable en el bienestar individual de los padres adolescentes y sus hijos, limitando en medida variable su libertad de decisión con repercusión en su desarrollo personal a futuro. El embarazo adolescente es un fenómeno socioeconómico complejo que ocupa un lugar destacado en la agenda de políticas de salud mundial. La maternidad temprana se asocia con el matrimonio precoz y la deserción escolar, y se define como un problema para la salud y el desarrollo de las niñas. Es de conocimiento que los bebés de madres adolescentes tienen una mayor mortalidad en su primer año y un riesgo significativamente mayor de vivir en la pobreza, bajo rendimiento escolar y desempleados más tarde en la vida con costos sustanciales para la sociedad (6), además, las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte en este grupo de edad.

En Latinoamérica, el embarazo de adolescentes está fuertemente asociado con la desventaja social. Los predictores sociales de embarazos adolescentes repetidos son variados y, anteriormente, se han agrupado de manera útil en predictores que operan a nivel individual, de pareja, familiar, comunitario y social (7). Estos predictores tienen mucho en común con los de los primeros embarazos en la adolescencia, los embarazos "no deseados" o "no planeados" se han utilizado a menudo como una medida indirecta de la mala salud sexual (8).

Según el Censo Nacional del 2017, se registró un 10.2% de mujeres entre 15 y 19 años que eran madres. Además, 69.0% tenían algún tipo de unión conyugal (casada o convivientes) y 31.0% eran madres solteras (9). A nivel regional, según ENDES, se registró un 14.0% de embarazos adolescentes (10).

Consideramos que nuestra investigación es de suma importancia porque, el embarazo adolescente puede afectar significativamente la situación socioeconómica de la mujer y la familia, incluida la educación materna, las oportunidades laborales de la mujer, la estabilidad marital y una mayor dependencia económica y social de la familia. Como resultado del bajo nivel educativo y ocupacional, y del bajo nivel socioeconómico, el embarazo adolescente contribuye a la perpetuación del ciclo de pobreza, convirtiendo a una familia ya vulnerable en más vulnerable.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la reincidencia de embarazo adolescente en tres Centros de Salud del primer nivel de atención en la Provincia de Chiclayo en el año 2022?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general:

Identificar los factores asociados a reincidencia de embarazo adolescente en tres Centros de Salud del primer nivel de atención en la Provincia de Chiclayo

en el año 2022.

1.3.2. Objetivos específicos:

Identificar las principales características sociodemográficas de las adolescentes con embarazo reincidente.

Determinar los factores socioeconómicos asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes.

Determinar los factores familiares asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes.

1.4. Hipótesis

H1: Los factores socioeconómicos y familiares están asociados a reincidencia de embarazo adolescente en tres Centros de Salud del primer nivel de atención en la Provincia de Chiclayo en el año 2022.

H0: Los factores socioeconómicos y familiares no están asociados a reincidencia de embarazo adolescente en tres Centros de Salud del primer nivel de atención en la Provincia de Chiclayo en el año 2022.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Govender D, et al. 2019. Sudáfrica. Realizó una encuesta transversal para establecer la prevalencia y los factores de riesgo de embarazos repetidos entre las adolescentes sudafricanas. Un total de 326 adolescentes participaron en este estudio en un hospital de distrito en KwaZulu-Natal, Sudáfrica, desde junio de 2017 hasta noviembre de 2017. Los datos se analizaron con R Software. De las 326 adolescentes, el 19,9% había experimentado un embarazo repetido. Los factores de riesgo asociados con el embarazo repetido en la adolescencia incluyeron antecedentes de aborto espontáneo ($p < 0,001$) y uso previo de anticonceptivos ($p < 0,001$). Se encontró que un mayor nivel de educación ($p < 0,001$) y el apoyo emocional de la familia ($p = 0,007$) eran factores protectores significativos contra la repetición del embarazo en la adolescencia (11).

Peña B. 2019. Perú. Realizó una tesis correlacional, prospectiva y analítica enfocada en determinar los factores de índole socioeconómica y cultura que incrementan el riesgo de embarazo reincidente en adolescentes de la ciudad de Pucallpa. Encontró que la edad < 14 años (OR: 2,09), autoestima baja (OR: 1,59), bajos ingresos económicos familiares (OR: 1,19), desempleo paterno (OR 1,29), falta de uso de métodos anticonceptivo (OR: 1,79) y el machismo dentro de casa (OR: 2,49) fueron factores que incrementan el riesgo de embarazo reincidente en adolescentes (12).

Galvão R, et al. 2018. Brasil. Tesis de casos y controles que evaluó los factores de riesgo social, obstétrico y psicológico relacionados con la repetición del embarazo en adolescentes en el Centro de Atención a la Saúde Integral da Mulher en Campinas Brasil de 2015 a 2017. Se registraron tres grupos: un grupo de casos de adolescentes que tuvieron embarazos repetidos. y dos grupos de control, uno formado por adolescentes que habían dado a luz por primera vez y otro por mujeres adultas con más de un parto. Se inscribieron noventa mujeres, 30 en cada grupo de estudio. Las

adolescentes con embarazos repetidos tienen puntuaciones de autoestima más bajas y un uso de anticonceptivos más ineficaz. En comparación con los adolescentes en el primer parto, tenían un menor nivel de escolaridad (OR: 4.03 [1.37-11.8]), más abandono escolar (OR: 8.16 [2.36-28.2]) y uso de drogas (OR 4.97 [1.39-17.8]). El color de la piel no blanca (OR 6.2 [1.15-41.0]), el uso de drogas (OR 17.5 [2.62-116.6]) y la primera relación sexual menor de 15 años (OR 18.0 [2.82-115.0]) se encontraron como factores de mayor riesgo de embarazo repetido al comparar adolescentes y adultos (13).

Zanchi M, et al. 2017. Brasil. Enfocado en determinar la recurrencia del embarazo entre adolescentes y jóvenes en una ciudad de Brasil e identificar factores asociados, desarrolló un estudio con ciento doce (112) mujeres que dieron a luz en 2010, siendo adolescentes. La muestra se estratificó en dos etapas, siendo la primera un censo de toda la población de la ciudad y la segunda una muestra por conveniencia. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significación del 5%. La tasa de recurrencia fue del 53,6%, con una media de 28,6 meses. En el momento del parto, en 2010, la recurrencia se asoció significativamente con el nivel de escolaridad ($p=0,044$), así como con la no escolarización ($p=0,036$). En 2014, los factores asociados fueron el nivel de estudios ($p<0,001$) y expediente académico ($p=0,030$) (14).

Gonzáles E. 2016. Chile. Enfocado en analizar los principales factores que presentan asociación a la reincidencia del EA registró 133 casos en la región metropolitana. Observó que el 5,19% de las reincidentes tenían 15 años y menos, el 67,7% sólo tenía primaria, el 64,7% estaban casadas o convivían, el 6,8% había tenido 2 o más gestaciones previas y el 73,5% no usó métodos anticonceptivos (15)

Osorio L. 2015. Perú. Realizó una tesis de tipo correlacional con la finalidad de determinar los factores de tipo familiar que tienen asociación con el embarazo reincidente en adolescentes. Se registraron 98 adolescentes gestantes, procedentes del Hospital Sergio E. Bernales. Encontró un 17,3% de reincidencia, además, la situación matrimonial de los padres ($p\leq 0,05$);

actitud de rechazo materno ($p \leq 0,028$); bajo soporte emocional familiar ($p \leq 0,001$); bajo soporte económico familiar ($p \leq 0,001$) y edad adolescente de la pareja ($p \leq 0,007$) fueron los factores familiares que mostraron asociación con un nuevo embarazo adolescente (16).

2.2. Bases teóricas

El embarazo adolescente, es un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En todo el mundo, quince millones de mujeres menores de 20 años tienen hijos, lo que representa una quinta parte de todos los nacimientos (1). La evidencia en el mundo en desarrollo indica que entre un tercio y la mitad de las mujeres se convierten en madres dentro de los 19 años haciendo que las causas relacionadas con el embarazo sean las principales causas de muerte (2,3). Los embarazos repetidos representan una proporción considerable de la tasa general de embarazo en la adolescencia: una quinta parte de los nacimientos de niñas menores de 18 años se estima que son el resultado de embarazos repetidos (4) y, por lo tanto, son un foco crucial de intervención. Alrededor de las tres cuartas partes de los embarazos de adolescentes no son planificados y hasta la mitad resultan en abortos (5).

En Latinoamérica, el embarazo de adolescentes está fuertemente asociado con la desventaja social, los predictores sociales de embarazos adolescentes repetidos son variados y, anteriormente, se han agrupado de manera útil en predictores que operan a nivel individual, de pareja, familiar, comunitario y social (7). Estos predictores tienen mucho en común con los de los primeros embarazos en la adolescencia, los embarazos "no deseados" o "no planeados" se han utilizado a menudo como una medida indirecta de la mala salud sexual (8).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2020 se registró un total de 461 mil 691 nacidos vivos, de los cuales, 47 mil 388 (10.3%) provenían de mujeres entre 15 y 19 años (9). Además, 69.0% tenían algún tipo de unión conyugal (casada o convivientes) y 31.0% eran madres

solteras (10). A nivel del departamento de Lambayeque, INEI, reporta que 11.6% de embarazos era en adolescentes (9).

Se debe entender que los embarazos de adolescentes tienen un impacto considerable en el bienestar individual de los padres adolescentes y sus hijos. Es de conocimiento que los bebés de madres adolescentes tienen una mayor mortalidad en su primer año y un riesgo significativamente mayor de vivir en la pobreza, bajo rendimiento escolar y desempleados más tarde en la vida con costos sustanciales para la sociedad (6), además, las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte en este grupo de edad.

El embarazo en la adolescencia se asocia con un riesgo casi tres veces mayor de parto prematuro y muerte fetal (17). Las madres jóvenes que han tenido embarazos repetidos son vulnerables a los riesgos para la salud asociados con la maternidad temprana los resultados del aborto y las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (18). También enfrentan una serie de desafíos, incluida la violencia y el abuso interpersonal, la incapacidad para completar la escuela y el abuso de sustancias (19). Esto tiene como resultado un costo socioeconómico significativo para el adolescente, sus familias y la sociedad en general. Los costos sociales son el resultado del mayor uso de servicios de salud generales y especializados para la madre y el niño, la implementación de programas, la capacitación educativa y de habilidades para las madres jóvenes para proporcionar empoderamiento psicosocial y económico, asistencia social para las madres jóvenes que experimentan dificultades financieras e ingresos fiscales perdidos derivados de la reducción de las ganancias (20,21).

Las madres adolescentes tienen un riesgo elevado de embarazo repetido dentro de los dos años posteriores a su primer embarazo (22). Considerando el impacto del embarazo y el parto en la adolescencia en las muertes maternas y los efectos debilitantes en los resultados de salud neonatal e

infantil, especialmente en personas de ingresos bajos y medianos países, esta situación conduce a un mayor riesgo de partos prematuros, problemas de salud mental y problemas de desarrollo entre los niños (23). En comparación con el primer embarazo, la reincidencia conlleva un mayor riesgo de partos prematuros, problemas de salud mental y problemas de desarrollo entre los niños.

El uso de anticonceptivos y un mayor nivel educativo se consideraron factores protectores importantes. Por otro lado, abandono escolar, depresión, antecedentes obstétricos (es decir, antecedentes de aborto / aborto espontáneo, paridad múltiple, un primer embarazo planificado), factores relacionados con la pareja (es decir, gran diferencia de edad, mayor apoyo de la pareja, vivir con una pareja), conocer a otras madres adolescentes, y se encontró que una mayor participación religiosa aumentaba el riesgo de REA.

El uso de anticonceptivos como implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, durante el posparto inmediato han demostrado el efecto protector más fuerte contra la REA (24). Esto podría deberse al hecho de que el uso continuo de implantes subdérmicos, a diferencia de los anticonceptivos orales y los condones reducen drásticamente el riesgo de incumplimiento y puede prevenir en gran medida otro embarazo hasta por tres años (25). Además, los implantes se consideran más accesibles especialmente en entornos de bajos recursos, porque los exámenes frecuentes y el reabastecimiento regular son innecesarios. Aunque la anticoncepción puede mostrar resultados prometedores para reducir la REA, el tema de la coerción reproductiva debe reconocerse y considerarse al evaluar los programas anticonceptivos para madres adolescentes.

El nivel educativo, en particular la asistencia escolar continua y el logro de al menos la educación secundaria, mostró un papel protector contra la REA (26). Se ha argumentado que participar en el estudio puede ayudar a las madres adolescentes a identificar nuevas metas profesionales. Esto sugiere que un entorno escolar propicio, con planes de estudio escolares específicos,

así como iniciativas de “educación entre pares” para madres primerizas adolescentes embarazadas puede Fomentar la retención escolar y, en última instancia, el desarrollo de metas y oportunidades alternativas.

Las características relacionadas con la pareja, como la violencia por parte de la pareja íntima y el estado civil, pueden estar en juego debido a la relación fuerte pero casi significativa del abuso físico/sexual y los efectos contradictorios de estar casado versus vivir juntos, respectivamente (27). Esto también puede estar relacionado con no planificar un embarazo debido al deseo de la pareja de tener otro hijo.

Los adolescentes con antecedentes de aborto y depresión tienen un mayor riesgo de REA. El aborto puede llevar a querer otro embarazo para hacer frente a la sensación de pérdida, mientras que la depresión, que prevalece entre las madres adolescentes y puede resultar en parte de un embarazo no deseado puede llevar a prácticas sexuales de riesgo y al uso inadecuado de anticonceptivos (28). Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones psicológicas para los adolescentes cuando se identifican síntomas depresivos y angustia emocional. Este aspecto de la atención posparto puede fomentarse especialmente entre las madres adolescentes con un nivel socioeconómico bajo en las que la intervención de salud mental a menudo se descuida y es difícilmente accesible.

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Enfoque: cuantitativo

Finalidad: básica

Alcance: explicativo

Periodo en que se capta la información: prospectivo

Periodo en que se realiza la investigación: transversal

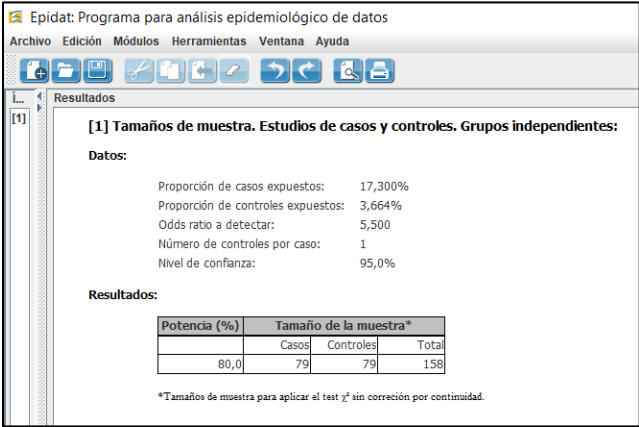
Tipo de inferencia: hipotético-deductivo

Diseño: no experimental

3.2. Población, muestra y muestreo

Se consideró como población objetivo a la totalidad de gestantes adolescentes que acudieron a control prenatal al consultorio de ginecoobstetricia de los siguientes centros de salud: Centro de salud Manuel Sánchez Villegas, Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias y Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

Para determinar el tamaño de la muestra se trabajó con una frecuencia de exposición de casos del 17.3%, valor obtenido de la tesis de Osorio (14), teniendo como OR esperado 5.5, trabajando con nivel de confianza del 95%, potencia del 80% y 1 control por cada caso registrado. Registrando los datos en el programa Epidat nos arrojó la siguiente información para el tamaño de muestra.



The screenshot shows the 'Epidat: Programa para análisis epidemiológico de datos' window. The 'Resultados' tab is active, displaying the following information:

[1] Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

- Proporción de casos expuestos: 17,300%
- Proporción de controles expuestos: 3,664%
- Odds ratio a detectar: 5,500
- Número de controles por caso: 1
- Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	79	79	158

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por:

Casos: 79 gestantes adolescentes reincidentes.

Controles: 79 gestantes adolescente no reincidentes.

El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia. Se procedió a encuestar a todas las gestantes que acudieron a los centros de salud hasta conseguir el tamaño de muestra requerido.

3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión de los casos

Gestante entre 12 y 19 años que acepte participar en la investigación y firmen consentimiento o asentimiento informado.

Gestante con gestación previa registrada en su carné de CPN.

Gestante con registro completo en carné de CPN.

Criterios de inclusión de los controles

Gestante entre 12 y 19 años que acepte participar en la investigación y firmen consentimiento o asentimiento informado.

Gestante con primera gestación según carné de CPN.

Gestante con registro completo en carné de CPN.

Criterios de exclusión de los casos

Gestante con discapacidad mental que no permita una adecuada entrevista.

Gestante que no deseen participar del estudio.

Criterios de exclusión de los controles

Gestante con discapacidad mental que no permita una adecuada entrevista.

Gestante que no deseen participar del estudio

3.4. Variables de estudio y su operacionalización

Variable independiente: factores asociados

Variable dependiente: reincidencia de embarazo adolescente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR		TIPO	ESCALA
REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE	Condición en la que se repite un embarazo en una mujer entre 15 y 19 años.		Si No		Cualitativa	Nominal
FACTORES ASOCIADOS	Situaciones que favorecen o incrementan la posibilidad de presentarse acontecimiento o enfermedad.	Socio - Económicos	Ingreso familiar bajo: <S/.930 soles. Hacinamiento: ≥3 personas/habitación Falta de educación sexual en el colegio. Falta de planificación familiar.	Si No	Cualitativa	Nominal
		Familiares	Padres separados. Antecedente de embarazo adolescente en la familia. Falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo. Falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo. Falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo. Pareja adolescente en el primer embarazo.	Si No	Cualitativa	Nominal
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Parámetros que permiten identificar el grupo poblacional de estudio.	Edad	 Años		Cuantitativa	Razón
		Grado de instrucción	Iletrada Primaria Secundaria Superior		Cualitativa	Nominal
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente		Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Estudiante Ama de casa Trabajadora dependiente Trabajadora independiente		Cualitativa	Nominal
		Centro de salud	Centro de salud Manuel Sanchez Villegas - La victoria Centro de salud Pedro Pablo Atusparias. Centro de Salud José Leonardo Ortiz.		Cualitativa	Nominal

3.5. Métodos, técnicas y procedimientos

Técnica: entrevista y revisión documental (encuesta e historias clínicas)

Instrumento: para la obtención de los objetivos planteados se diseñó una ficha de recolección de datos estructurada en dos segmentos (anexo 1). El primer capítulo permitió recopilar información general de la población de estudio. El segundo capítulo contenía una encuesta que permitió recopilar

información sobre los factores sociodemográficos y familiares con posible asociación a reincidencia del embarazo en adolescentes. Previo al inicio de la entrevista se solicitó la firma del consentimiento o asentimiento informado (anexo 2).

Validación del cuestionario: la validez de contenido se determinó a través del juicio de expertos. Se presentó la ficha de recolección de datos a tres ginecólogos de la institución para su evaluación y observaciones. Los expertos evaluaron la congruencia, amplitud, redacción y pertinencia de cada uno de los ítems utilizando la escala de Likert, además, los tres expertos concluyeron que el cuestionario era excelente y se obtuvo un valor V de Aiken de 0.90 (anexo 3). Para la validez de contenido se procedió a realizar un piloto con 14 gestantes adolescentes y se calculó el coeficiente Kuder Richardson por ser variables dicotómicas, el valor obtenido fue 0.89.

Procedimiento: se presentó el proyecto al comité revisor de la Universidad Particular de Chiclayo para su aprobación. Una vez obtenida la aprobación por parte de la universidad se cursó una carta a los directores de los Centros de Salud solicitando autorización para acceder al consultorio de ginecoobstetricia para realizar las entrevistas.

3.6. Análisis y procesamiento de datos

Los datos conseguidos a través de las fichas se registraron en el programa estadístico SPSS V25.0. Se realizó una evaluación de la distribución de la muestra con posterior estimación de tablas con frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. Para el análisis inferencial se estimó el estadístico Chi cuadrado (χ^2) de cada factor que integraban los posibles factores que incrementan la probabilidad de reincidir en un embarazo adolescente.

3.7. Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos de la investigación: autonomía, ya que se respetó la decisión que tomó la gestante de participar o no en la

investigación; beneficencia, ya que el estudio buscó beneficiar a las poblaciones en riesgo; no maleficencia, ya que el presente estudio no puso en riesgo a las participantes; y justicia, ya que el presente estudio cumplió con las normativas necesarias que exigen los estudios en personas. Además, la investigación fue evaluada y aprobada por los miembros del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Particular De Chiclayo. Antes de iniciar la entrevista se solicitó la firma del consentimiento informado, el cual, posterior a una breve explicación de nuestros objetivos de estudio, se procedió a realizar la entrevista (anexo 2).

RESULTADOS

Se logró entrevistar a 158 gestantes adolescentes, 79 casos con embarazo reincidente y 79 controles como primigestas. Con respecto a la distribución por Centro de Salud 41.1% fueron del C.S. Pedro Pablo Atusparias, 34.8% del C.S. Manuel Sánchez Villegas y 24.1% del C.S. José Leonardo Ortiz, el detalle se aprecia en la Tabla 01.

Tabla 01: Distribución de la muestra según centro de salud

		N	%
Centro de Salud	C.S. Manuel Sánchez Villegas	55	34.8%
	C.S. Pedro Pablo Atusparias	65	41.1%
	C.S. José Leonardo Ortiz	38	24.1%

Fuente: encuestas realizadas por investigador

Entre las características generales de las pacientes se observó que la edad promedio fue 17.74 ± 1.22 años, 76.6% con secundaria, 78.5% en convivencia, 70.9% amas de casa, 84.2% con ingreso familiar bajo, 51.9% en hacinamiento, 72.2% con falta de educación sexual, 84.2% con falta de planificación familiar, 62.7% con padres separados, 29.7% con antecedente de embarazo adolescente en la familia, 53.8% con falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo, 28.5% con falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo, 28.5% con falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo y 55.1% con pareja adolescente en el primer embarazo. Estas características generales pueden observarse al detalle en la Tabla 02.

Tabla 02: Características generales de las pacientes incluidas en el estudio.

CARACTERÍSTICAS		N	%
Embarazo adolescente	Reincidente	79	50.0%
	No reincidente	79	50.0%
Edad		17.74 ± 1.22	
Grado de instrucción	Primaria	27	17.1%
	Secundaria	121	76.6%
	Superior	10	6.3%
Estado civil	Soltera	28	17.7%
	Casada	6	3.8%
	Conviviente	124	78.5%
Ocupación	Estudiante	35	22.2%
	Ama de casa	112	70.9%
	Trabajadora independiente	11	7.0%
Ingreso familiar bajo	Si	133	84.2%
	No	25	15.8%
Hacinamiento	Si	82	51.9%
	No	76	48.1%
Falta de educación sexual	Si	114	72.2%
	No	44	27.8%
Falta de planificación familiar	Si	133	84.2%
	No	25	15.8%
Padres separados	Si	99	62.7%
	No	59	37.3%
Embarazo adolescente en la familia	Si	47	29.7%
	No	111	70.3%
Falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo	Si	85	53.8%
	No	73	46.2%
Falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo	Si	45	28.5%
	No	113	71.5%
Falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo	Si	45	28.5%
	No	113	71.5%
Pareja adolescente en el primer embarazo	Si	87	55.1%
	No	71	44.9%

Fuente: encuestas realizadas por investigador

Cuando se realiza el análisis bivariado entre las adolescentes con y sin embarazo reincidente se observó que la diferencia fue estadísticamente para el hacinamiento ($p<0.001$), falta de educación sexual ($p=0.013$), padres separados ($p<0.001$), embarazo adolescente en la familia ($p=0.009$); falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo ($p<0.001$) y pareja adolescente en el primer embarazo ($p<0.001$) el detalle del presente análisis bivariado se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3: Adolescente con y sin embarazo reincidente y factores asociados.

Factores asociados		Embarazo adolescente				p
		Reincidente		No reincidente		
		N	%	N	%	
Ingreso familiar bajo	Si	64	81.0%	69	87.3%	0.276*
	No	15	19.0%	10	12.7%	
Hacinamiento	Si	57	72.2%	25	31.6%	<0.001*
	No	22	27.8%	54	68.4%	
Falta de educación sexual	Si	64	81.0%	50	63.3%	0.013*
	No	15	19.0%	29	36.7%	
Falta de planificación familiar	Si	64	81.0%	69	87.3%	0.276*
	No	15	19.0%	10	12.7%	
Padres separados	Si	62	78.5%	37	46.8%	<0.001*
	No	17	21.5%	42	53.2%	
Embarazo adolescente en la familia	Si	31	39.2%	16	20.3%	0.009
	No	48	60.8%	63	79.7%	
Falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo	Si	56	70.9%	29	36.7%	<0.001*
	No	23	29.1%	50	63.3%	
Falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo	Si	27	34.2%	18	22.8%	0.113*
	No	52	65.8%	61	77.2%	
Falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo	Si	21	26.6%	24	30.4%	0.597*
	No	58	73.4%	55	69.6%	
Pareja adolescente en el primer embarazo	Si	56	70.9%	31	39.2%	<0.001*
	No	23	29.1%	48	60.8%	

*Chi cuadrado de Pearson:

DISCUSIÓN

El presente estudio encontró que la edad promedio de la muestra fue 17.74 ± 1.22 años, al respecto Peña (12) en una población de la amazonia peruana reporta predominio de gestantes menores de 14 años, esta diferencia se podría explicar por la diferencia cultural y social entre ambos grupos de estudio, siendo la población de Peña netamente rural con una idiosincrasia que permite a los hombres tener hijos con menores de edad. Sobre el nivel de escolaridad se encontró que 76.6% tenía estudios de secundaria, al respecto Gonzáles (15) en Chile reporta que 67,7% de su muestra sólo tenía primaria. Con respecto al estado civil se encontró que 78.5% estaban en convivencia, resultado que difiere de lo encontrado por Gonzáles (15) quien reporta 64.7% de casadas en su muestra, esta diferencia podría explicar por la diferencia económica entre ambos países, donde un mayor ingreso salarial facilita la formación de un hogar. Al evaluar la ocupación de las gestantes se observó que 70.9% eran amas de casa, entre los antecedentes revisados no se encontró estudio que evaluara relación entre ambas variables. El matrimonio temprano consuetudinario y las normas de género son fundamentales para comprender el embarazo temprano y su reincidencia. Además, la estimulación cultural relativamente sustancial de la maternidad temprana y las menores oportunidades laborales de las mujeres, podrían tener una influencia importante para las adolescentes nacidas en áreas rurales. Por el contrario, las adolescentes de procedencia urbana podrían tener la oportunidad de evitar la presión social a través del trabajo y, por lo tanto, una menor necesidad del establecimiento temprano de una familia junto con una mayor edad para casarse, lo cual podría contribuir a una menor tasa de reincidencia en el embarazo adolescente.

Entre las variables socioeconómicas se encontró que el 84.2% tenía ingreso familiar bajo, 51.9% vivía en hacinamiento, 72.2% no había recibido educación sexual y 84.2% no sabía de planificación familiar. Además, el hacinamiento ($p<0.001$) y no haber recibido educación sexual ($p=0.013$) mostraron asociación con la reincidencia de embarazo adolescente. Al respecto Govender et al (11) reporta que el uso previo de anticonceptivos ($p<0,001$) y un mayor nivel de educación ($p<0,001$) son factores

asociados a repetición del embarazo en la adolescencia. Estos resultados confirman que el acceso a la educación general y reproductiva son factores que influyen sobre el embarazo en adolescente. Peña (12) reporta que los bajos ingresos económicos familiares (OR: 1,19), falta de uso de métodos anticonceptivo (OR: 1,79) y el machismo dentro de casa (OR: 2,49) fueron factores que incrementan el riesgo de embarazo reincidente en adolescentes, estos resultados también son similares a los nuestros, lo cual se puede explicar porque a mejor nivel socioeconómico mayor posibilidad de acceder a educación de calidad. Galvão et al (13) reporta que un menor nivel de escolaridad (OR: 4.03), el abandono escolar (OR: 8.16) y la primera relación sexual menor de 15 años (OR 18.0) se encontraron como factores de mayor riesgo de embarazo repetido al comparar adolescentes. Zanchi et al. (14) encontró que el nivel de escolaridad ($p=0,044$), así como con la no escolarización ($p=0,036$) son factores asociados a un nuevo embarazo en adolescentes. La educación sexual en las escuelas juega un papel vital en la salud sexual y el bienestar de los jóvenes. Sin embargo, se sabe poco sobre la efectividad de los esfuerzos más allá del embarazo y la prevención de enfermedades de transmisión sexual. El embarazo precoz está íntimamente relacionado con el matrimonio precoz y la deserción escolar, lo que genera dinámicas que se perciben como importantes implicaciones negativas para el curso de la vida de las niñas.

Entre los factores familiares se observó que 62.7% tenían padres separados, 29.7% antecedente de embarazo adolescente en la familia, 53.8% falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo, 28.5% falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo, 28.5% falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo y 55.1% con pareja adolescente en el primer embarazo. Además, tener padres separados ($p<0.001$), el antecedente de embarazo adolescente en la familia ($p=0.009$), la falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo ($p<0.001$) y pareja adolescente en el primer embarazo ($p<0.001$) mostraron asociación con un nuevo embarazo adolescente. Govender et al (11) encontró que el apoyo emocional de la familia ($p=0,007$) era factor protector contra la repetición del embarazo en la adolescencia. Peña (12) reporta que la autoestima baja (OR: 1,59) y el machismo dentro de casa (OR: 2,49) fueron factores que

incrementan el riesgo de embarazo reincidente en adolescentes. Osorio (16) reporta que la situación matrimonial de los padres ($p \leq 0,05$), actitud de rechazo materno ($p \leq 0,028$), bajo soporte emocional familiar ($p \leq 0,001$), bajo soporte económico familiar ($p \leq 0,001$) y edad adolescente de la pareja ($p \leq 0,007$) eran factores asociados a un nuevo embarazo adolescente. La desventaja socioeconómica, la estructura familiar rota y la educación limitada parecen estar más consistentemente relacionados con la reincidencia de embarazo en adolescentes. Además, se debe tener en cuenta que los estilos de vida que comprometen la salud (conductas sexuales de riesgo, consumo de alcohol, drogas o tabaco) tienen alguna asociación con el desarrollo de un nuevo embarazo adolescente.

CONCLUSIONES

1. Entre las gestantes adolescentes predomina el grado de instrucción secundaria, la convivencia de pareja, ser amas de casa, el ingreso familiar bajo, el hacinamiento, la falta de educación sexual, la falta de planificación familiar, el tener padres separados, la falta de apoyo económico por parte de la familia y el tener una pareja adolescente.
2. El hacinamiento y la falta de educación sexual son factores socioeconómicos asociados a la reincidencia de embarazo adolescente.
3. El tener padres separados, el antecedente de embarazo adolescente en la familia, la falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo y el tener pareja adolescente en el primer embarazo son factores asociados a la reincidencia de embarazo adolescente.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud y educadores, se recomienda brindar charlas de educación sexual y planificación familiar a los alumnos de los dos últimos años de educación secundaria.
2. A futuros investigadores, se recomienda realizar estudios prospectivos con mayor número de participantes que permita incluir otras variables de tipo familiar entre los factores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luttges C, Leal I, Huepe G, González D, González E, Molina T. Pregnant again? Perspectives of adolescent and young mothers who and do not experience a repeat pregnancy in adolescence. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021; 16(1): 1898317.
2. Harron K, Gilbert R, Fagg J, Guttmann A, van der Meulen J. Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. *Lancet Public Health*. 2021; 6(2): 97-105.
3. World Health Organization. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. Adolescent Pregnancy. 2015. [Citado 23 julio del 2021]. Disponible en URL: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/.
4. Sychareun V, Vongxay V, Houaboun S, Thammavongsa V, Phummavongsa P, Chaleunvong K, et al. Determinants of adolescent pregnancy and access to reproductive and sexual health services for married and unmarried adolescents in rural Lao PDR: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): 219.
5. Mackintosh N, Rance S, Carter W, Sandall J. Working for patient safety: a qualitative study of women's help-seeking during acute perinatal events. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1): 232.
6. Honorato D, Fulone I, Silva M, Lopes L. Risks of Adverse Neonatal Outcomes in Early Adolescent Pregnancy Using Group Prenatal Care as a Strategy for Public Health Policies: A Retrospective Cohort Study in Brazil. *Front Public Health*. 2021; 9: 536342.
7. Govender D, Taylor M, Naidoo S. Adolescent Pregnancy and Parenting: Perceptions of Healthcare Providers. *J Multidiscip Healthc*. 2020; 13: 1607-1628.
8. Samari G, Coleman K. Parental Gender Expectations by Socioeconomic Status and Nativity: Implications for Contraceptive Use. *Sex Roles*. 2018; 78(9-10): 669-684.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Nacidos Vivos de Madres Adolescentes, 2019-2020. [Citado 29 de enero del 2022]. Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1832/libro.pdf.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en Perú. 2019. [Citado 23 de julio del 2021]. Disponible en URL: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_csemap_ver_digital_1.pdf.

11. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Prevalence and Risk Factors of Repeat Pregnancy among South African Adolescent Females. *Afr J Reprod Health*. 2019; 23(1): 73-87.
12. Peña B. Factores sociales, económicos y culturales de riesgo al embarazo reincidente en adolescentes en el Hospital Regional de Pucallpa 2016 – 2017. [Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad en Obstetricia]. Huánuco. Universidad de Huánuco. 2019.
13. Galvão R, Figueira C, Borovac A, Paulino D, Faria D, Surita F. Hazards of Repeat Pregnancy during Adolescence: A Case-control Study. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018; 40(8): 437-443.
14. Zanchi M, Mendoza-Sassi RA, Silva MRD, Almeida SG, Teixeira LO, Gonçalves CV. Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2017 Jul;63(7):628-635
15. González E. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2016; 81(5): 354-359.
16. Osorio L. Factores familiares asociados al embarazo adolescente reincidente de pacientes de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2014. [Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria]. Huánuco. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. 2015.
17. Wong S, Twynstra J, Gilliland J, Cook J, Seabrook J. Risk Factors and Birth Outcomes Associated with Teenage Pregnancy: A Canadian Sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020; 33(2): 153-159.
18. Lanier Y, Amutah-Onukagha N, Cornelius T, Lavarin C, Kershaw T. Interpartner Concordance on Relationship Quality and Sexually Transmitted Infections Among Young Pregnant and Parenting Couples. *Sex Transm Dis*. 2021; 48(2): 123-127.
19. Rivas C, Vigurs C, Cameron J, Yeo L. A realist review of which advocacy interventions work for which abused women under what circumstances. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 6(6): 13135.
20. Fisher R, Danza P, McCarthy J, Tiezzi L. Provision of Contraception in New York City School-Based Health Centers: Impact on Teenage Pregnancy and Avoided Costs, 2008-2017. *Perspect Sex Reprod Health*. 2019; 51(4): 201-209.
21. Leung E, Wanner K, Senter L, Brown A, Middleton D. What will it take? Using an implementation research framework to identify facilitators and barriers in implementing a school-based referral system for sexual health services. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1): 292.
22. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Exploring the Risks of Repeated Pregnancy Among Adolescents and Young Women in the Philippines. *Matern Child Health J*. 2019; 23(7): 934-942.
23. Maslowsky J, Stritzel H, Al-Hamoodah L, Hendrick C, Powers D, Barrientos T, et al. Health Behaviors and Prenatal Health Conditions in Repeat Vs First-time Teenage Mothers in the United States: 2015-2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021; 34(1): 47-53.

24. Eluwa G, Atamewalen R, Odogwu K, Ahonsi B. Success Providing Postpartum Intrauterine Devices in Private-Sector Health Care Facilities in Nigeria: Factors Associated With Uptake. *Glob Health Sci Pract*. 2016; 4(2): 276-83.
25. Salam R, Faqqah A, Sajjad N, Lassi Z, Das J, Kaufman M, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. *J Adolesc Health*. 2016; 59(4S): 11-28.
26. Harding J, Knab J, Zief S, Kelly K, McCallum D. A Systematic Review of Programs to Promote Aspects of Teen Parents' Self-sufficiency: Supporting Educational Outcomes and Healthy Birth Spacing. *Matern Child Health J*. 2020; 24(2): 84-104.
27. Kusunoki Y, Barber J. The Dynamics of Intimate Relationships and Contraceptive Use During Early Emerging Adulthood. *Demography*. 2020; 57(6): 2003-2034.
28. Abajobir A, Maravilla J, Alati R, Najman J. A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 192: 56-63.

ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2022

Instrucciones: Señor entrevistador marque con un aspa (X) la respuesta brindada por la paciente.

Caso: adolescente gestante con más de una gestación.

Control: adolescente gestante en su primera gestación.

Caso	Control

Centro de salud Manuel Sánchez Villegas	Centro de salud Pedro Pablo Atusparias.	Centro de Salud José Leonardo Ortiz.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad: años

Grado de instrucción:

Iletrada Primaria Secundaria Superior

Estado civil:

Soltera Casada Conviviente

Ocupación:

Estudiante Ama de casa Trabajo indep. Trabajo depen.

II. FACTORES SOCIOECONOMICOS

Ingreso familiar bajo (<S/930)	SI	NO
Hacinamiento	SI	NO
Falta de educación sexual	SI	NO
Falta de planificación familiar	SI	NO

III. FACTORES FAMILIARES

Padres separados	SI	NO
Embarazo adolescente en la familia	SI	NO
Falta de apoyo económico de la familia en el primer embarazo	SI	NO
Falta de apoyo emocional de la familia en el primer embarazo	SI	NO
Falta de apoyo económico de la pareja en el primer embarazo	SI	NO
Pareja adolescente en el primer embarazo	SI	NO

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2022

La finalidad de nuestro estudio es determinar los factores que incrementan la probabilidad de embarazo reincidente en adolescentes que acuden para atención en el consultorio de ginecoobstetricia de tres Establecimientos de Salud del Primer Nivel de atención en la Provincia de Chiclayo en el año 2022. Por tal motivo, se le solicita su participación voluntaria en la presente investigación.

Previo a su decisión sobre su participación se recomienda leer con atención las siguientes condiciones:

1. La investigación aplica una ficha que permite recabar datos de índole sociodemográfica.
2. Todos los datos que usted proporcione al entrevistador serán tratados con el mayor nivel de CONFIDENCIAL y serán utilizados exclusivamente para la presente investigación.
3. Si no desea formar parte del estudio la atención programada se brindará sin demora alguna, además, esto no implica algún tipo de prejuicio para su persona.

En conocimiento y con pleno uso de mis facultades físicas, mentales y civiles:

Yo:, con DNI:, Domicilio real en:, ACCEDO A PARTICIPAR Y DAR MI CONSENTIMIENTO en la presente investigación según las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: _____

Firma de la investigadora: _____

ANEXO III: VALIDACIÓN DE EXPERTOS

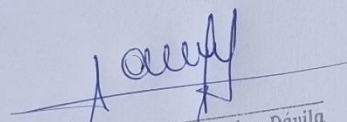
CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

Quién suscribe, **MANUEL ALEXANDER SANCHEZ DAVILA**, con documento de identidad N° **16748720**, de profesión Médico Ginecólogo – obstetra con **CMP 48223**, **RNE 28582**.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento (encuesta), a los efectos de su aplicación en el trabajo de investigación en gestantes adolescentes de la ciudad de Chiclayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				✓
Amplitud de Contenido				✓
Redacción de los Ítems				✓
Pertinencia				✓


Dr. Manuel A. Sanchez Davila
GINECO OBSTETRA
C.M.P 48223 RNE 28582
CEMERGYN

Fecha 25 de abril 2022.

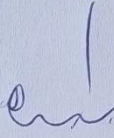
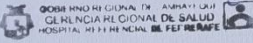
CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

Quién suscribe, **Miguel David Salazar Calopiña**, con documento de identidad N° **08236272**, de profesión Médico Ginecólogo – obstetra con **CMP 019590, RNE 008613**, ejerciendo actualmente como asistente en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento (encuesta), a los efectos de su aplicación en el trabajo de investigación en gestantes adolescentes de la ciudad de Chiclayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de Contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Pertinencia				X



Miguel David Salazar Calopiña
DIRECTOR
CMP 019590 RNE 008613

Fecha 22 de abril 2022.

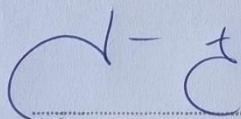
CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

Quién suscribe, **Paulo César Rodríguez Díaz**, con documento de identidad N° **44128351**, de profesión Médico Ginecologo – obstetra con **CMP 67422, RNE 37508**, ejerciendo actualmente como asistente en el Hospital Luis Heysen Inchaustegui – Chiclayo.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento (encuesta), a los efectos de su aplicación en el trabajo de investigación en gestantes adolescentes de la ciudad de Chiclayo.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de Contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Pertinencia				X


Dr. Paulo César Rodríguez Díaz
GINECOLOGO - OBSTETRA
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 67422 RNE: 37508

Fecha 22 de abril 2022.

VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Los valores para la V de Aiken de los items restantes se muestra en la tabla.

Finalmente, el valor total de la V de Aiken para el cuestionario fue $V = 0.90$.

Dimensión	Pregunta	V Aiken por pregunta	V Aiken por dimensión
Factores socioeconómicos	P1	1.00	0.94
	P2	0.96	
	P3	0.80	
	P4	1.00	
Factores familiares	P5	0.84	0.88
	P6	0.86	
	P7	0.92	
	P8	0.86	
	P9	0.92	
	P10	0.88	

FIABILIDAD MEDIANTE KUDER RICHARDSON “KR-20”

Para el análisis de fiabilidad del instrumento se evaluó la consistencia interna mediante el estadístico de KR-20, obteniendo un valor de 0.89 para la totalidad del cuestionario, como se observa en la tabla.

	KR - 20
Total	0.89
Factores sociodemográficos	0.88
Factores familiares	0.89

ANEXO IV: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD CHICLAYO
C S MANUEL SANCHEZ VILLEGAS – LA VICTORIA I
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



PERÚ
Ministerio
de Salud

AUTORIZACION DE EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS

La medico Diana Vanessa Cardozo Delgado, jefe del Centro de Salud Manuel Sanchez Villegas – La Victoria Sector I, por el presente documento hace constar que:

JOSLIN ERWIN GONZALES SANCHEZ

INTERNO DE MEDICINA HUMANA de la Universidad Particular de Chiclayo, con DNI:48520981, se le brinda autorización de ejecutar el proyecto de tesis: FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2022. Por medio de la recolección de datos, en el Centro de Salud Manuel Sánchez Villegas - La Victoria Sector I, distrito de La Victoria, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque que depende de la GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE.

Se suscribe el presente a solicitud del interesado para los fines que crea necesario.

La Victoria 1 de abril del 2022



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
C.S.M.S.V. LA VICTORIA I

Diana Vanessa Cardozo Delgado
Diana Vanessa Cardozo Delgado
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 62506

Diana Vanessa Cardozo Delgado
MEDICO JEFE CS MSV LA VICTORIA I
DNI: 42398451 CMP 62506

"PERSONAS QUE ATENDEMOS PERSONAS"
CALLE: Virú 429 Teléfono: 074 205295
Csmsvlavictoria1@gmail.com



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD CHICLAYO
CENTRO DE SALUD JOSE LEONARDO ORTIZ
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



PERU
Ministerio
de Salud

CONSTANCIA DE AUTORIZACION

**EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS: FACTORES ASOCIADOS A
REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES CENTROS DE
SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE
CHICLAYO 2022.**

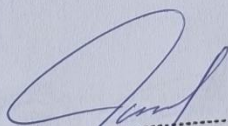
El medico Marco Gamonal Guevara, jefe del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, por el presente documento hace constar que:

JOSLIN ERWIN GONZALES SANCHEZ

INTERNO DE MEDICINA HUMANA de la Universidad Particular de Chiclayo, con DNI:48520981, se le brinda autorización de ejecutar el proyecto de tesis: FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2022. Por medio de la recolección de datos, en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, distrito de José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque que depende de la GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE.

Se suscribe el presente a solicitud del interesado para los fines que crea necesario.

Chiclayo 6 de abril del 2022


Dr. Marco Gamonal Guevara
MEDICO CIRUJANO
CMP: 33524

MARCO GAMONAL GUEVARA
MEDICO JEFE
CMP 62506



GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED DE SALUD CHICLAYO
CENTRO DE SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIAS
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



Ministerio
de Salud

CONSTANCIA DE AUTORIZACION

EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS: FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2022.

La licenciada en enfermería Ela Gonzales Bustamante, jefe del Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, por el presente documento hace constar que:

JOSLIN ERWIN GONZALES SANCHEZ

INTERNO DE MEDICINA HUMANA de la Universidad Particular de Chiclayo, con DNI:48520981, se le brinda autorización de ejecutar el proyecto de tesis: FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN TRES CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA PROVINCIA DE CHICLAYO 2022. Por medio de la recolección de datos, en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, distrito de José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque que depende de la GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE.

Se suscribe el presente a solicitud del interesado para los fines que crea necesario.

Chiclayo 7 de abril del 2022



Lic. Enf. ELA GONZALES BUSTAMANTE
Jefe C.S. Pedro Pablo Atusparias
CEP: 35280