

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

**FACTORES SOCIO-CULTURALES ASOCIADOS AL EMBARAZO
EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL
PUESTO DE SALUD COSTA RICA – 2018**

**Para Optar el Título Profesional de :
OBSTETRA**

TESISTA

Bach. IZQUIERDO MEZARINO, Carlos III

ASESOR:

Obsta. ESPINOZA SANCHEZ, Ugo

**Huánuco - Perú
2019**



PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

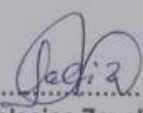
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

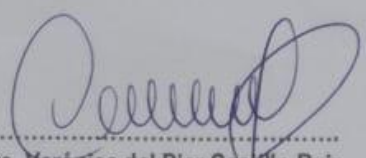
En la ciudad de Tingo María, siendo las once horas con 30 minutos del veintiocho del mes de Junio del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco Sede Tingo María, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 795-2019-D-FCS-UDH de fecha 14 de Junio del 2019 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: "FACTORES SOCIO CULTURALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD COSTA RICA - 2018" presentado por el Bachiller, don **Calos III IZQUIERDO MEZARINO** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.


Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los Miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola... APROBADO ...por... UNANIMIDAD ...con el calificativo cualitativo de... BUENO ... y cuantitativo de... 16 ... (Art. 54).

Siendo las... 12:30 ... Horas del día, se dio por concluido el Acto Académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.


.....
Dra. Julia M. Palacios Zevallos de Toscano
PRESIDENTA


.....
Obsta. Verónica del Piar Castillo Ruiz
SECRETARIO


.....
Obsta. Roddy Villanueva Herrera
VOCAL

DEDICATORIA

Ana Margarita, Rengifo Olortegui,
Bedelfrida Cartagena Gómez. Mis abuelas.

AGRADECIMIENTO

Mezarino Cartagena, BRUDELINDA, mi madre

Izquierdo Rengifo, CARLOS TERCERO, mi padre.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores sociales y culturales asociados al embarazo en adolescentes en el Puesto de Salud Costa Rica 2018.

METODOS Y TECNICA: El estudio fue observacional, transversal, retrospectivo. La técnica utilizada fue el fichaje en base a la recolección de datos de fuentes secundarias.

RESULTADOS: Dentro de los Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Puesto de Salud Costa Rica pudimos evidencia los siguientes: Baja autoestima (OR: 1,6) (10 %) y el consumo de alcohol (OR: 2,6) (20 %); Violencia familiar (OR: 2,1). (20 %) Dentro de los factores culturales asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar (OR: 1,8), (10 %), el machismo de los padres (OR: 2,5) (20 %) y la violencia sexual (OR: 4,1) (40 %)

CONCLUSIONES: Los Factores asociados al embarazo en adolescentes en el puesto de salud Costa Rica son la baja autoestima, el consumo de alcohol, la violencia familiar, la falta de uso de métodos anticonceptivos, el machismo y la violencia sexual.

Palabras claves: factores asociados, embarazo precoz, adolescente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the social and cultural factors associated with pregnancy in adolescents at the health post Costa Rica 2018.

METHODS AND TECHNIQUE: The study was observational, transversal, retrospective. The technique used was the transfer based on the collection of data from secondary sources.

RESULTS: Among the social factors associated with pregnancy in adolescents in the Costa Rica health post, we found the following: Low self-esteem (OR: 1.6) (10 %) and alcohol consumption (OR: 2.6) (20 %); Family violence (OR: 2,1) (20 %). Among the cultural factors associated with pregnancy in adolescents we can see the following: Lack of Use of Family Planning Methods (OR: 1,8) (10 %), parental sexism (OR: 2,5) (20 %) and sexual violence (OR: 4.1) (40 %).

CONCLUSIONS: The factors associated with pregnancy in adolescents in the Costa Rican health post are low self-esteem, alcohol consumption, family violence, lack of use of contraceptive methods, sexism and sexual violence.

Keywords: associated factors, early pregnancy, adolescent.

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION.....	VIII

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
1.5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	15

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2. BASES TEORICAS	21
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	27
2.4. HIPOTESIS.....	28
2.5. VARIABLES	28
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	
2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	29

CAPÍTULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.1.1. Enfoque.....	30
3.1.2. Nivel	30
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	31
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.3.1. Para recolección de datos y organización de datos.....	33

3.3.2.	Interpretación de datos y resultados	34
3.3.3.	Análisis y datos, prueba de hipótesis	34
d)	Aspectos éticos de la investigación.....	35

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.	Procesamiento de datos	36
4.2.	Contrastación de hipótesis.....	40

CAPITULO V

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

5.1.	Contrastación de los resultados	49
	CONCLUSIONES.....	51
	RECOMENDACIONES	52
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
	ANEXO.....	59

INTRODUCCION

Hoy en día el contexto de atención a los adolescentes ha cambiado debido a una legislación que los protege y les da el derecho de recibir la atención adecuada en temas de sexualidad y Salud Reproductiva. La cual es importante informar a las y los adolescentes.

Muchas comunidades son olvidadas por el estado peruano, tanto por el gobierno local, regional y central , las mujeres embarazadas adolescentes muchas veces son presionadas por un factor de comportamiento de parte de sus padres , la cultura que ellos llevaron de tener que ser obligados muchas veces a tener familia , por ciertas creencias tanto religiosas o propias de su comunidad , decidí realizar este proyecto y trabajar con la población del departamento de San Martín, Provincia de Mariscal Cáceres , Distrito de Pajarillo , Centro Poblado de Costa Rica , donde pude realizar un trabajo en equipo con todos los profesionales de la salud de ese lugar .

En el Perú, actualmente 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años son madres y/o han estado embarazadas, revela la investigación titulada "En deuda con la niñez", elaborada por la ONG Save the Children. Este factor no se ha modificado en los últimos veinte años; pero también varía de acuerdo con el ámbito geográfico, región natural o logro educativo. Los niveles más altos se reportan en las zonas rurales, en la selva o en quienes no culminado la primaria, donde las cifras alcanzan el 23, 25 y 38 de cada 100. El documento señala que el Perú ocupa el puesto 103 de 172 países en el Índice de Protección a la Niñez, compuesto por indicadores que miden el avance del estado en variables como la salud, la educación o las políticas destinadas a la protección de la infancia. En términos generales determina en qué países existe el mayor número de niños y niñas que "pierden su niñez" y la pregunta es que están haciendo nuestras

Autoridades del sector salud como vienen trabajando para poder llegar a esa población que quizás no saben sus derechos.

En este contexto se desarrolló esta investigación que tiene como objetivo fundamental Determinar los factores socio – culturales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Puesto de Salud Costa Rica -2018.

A nivel nacional, se registra que el mayor porcentaje de adolescentes en gestación o que ya son madres primerizas se encuentra en la Amazonía, siendo Loreto la región con mayor número de casos con 31,8% de adolescentes embarazadas, seguida de Madre de Dios, Amazonas, San Martín, Ucayali. En Iquitos el inicio sexual de los adolescentes a temprana edad ha provocado que la incidencia de infecciones de transmisión sexual, VIH, sida e incluso cáncer de cuello uterino sea alta en la población. Iniciar precozmente la actividad sexual durante la adolescencia, no solo tiene como riesgo principal el embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede ser causante de futuras disfunciones sexuales durante la adultez. En el Perú, los adolescentes entre los 15 y 16 años tienen sus primeras experiencias sexuales. A esta edad, una de las prácticas comunes es el contacto genital no coital, el coito interruptus o la masturbación mutua. Ninguna de las anteriores debe considerarse como totalmente segura para evitar un embarazo o el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las causas y consecuencias de los embarazos de adolescentes han sido el tema de mucha investigación, política y discusión del programa, y el debate. Algunos estudios han sugerido que los embarazos de adolescentes comprometen las perspectivas educativas de las mujeres y las oportunidades económicas, y otro trabajo indica que los embarazos de adolescentes son un marcador de estas condiciones, en lugar de una causa subyacente de ellos. Parece haber consenso, sin embargo, de que los embarazos de adolescentes están asociados con malas condiciones y perspectivas sociales y económicas.

(1)

Una proporción sustancial de nacimientos de adolescentes se destinan a países en desarrollo donde muchas mujeres todavía se casan temprano. Sin embargo, incluso los embarazos previstos para las mujeres jóvenes en entornos de bajos recursos son de importancia política y de salud pública debido a los riesgos asociados con ellos. El riesgo de muerte asociado con el embarazo es cerca de un tercio más alto entre los jóvenes de 15 a 19 años que entre los de 20 a 24 años de edad. Parece que los adolescentes jóvenes también son más propensos a sufrir de parto obstruido, fístula y parto prematuro y dar a luz a bebés de bajo peso al nacer que las mujeres mayores (2), (3)

Estimaciones específicas del país de los niveles de embarazo, nacimiento y aborto entre los adolescentes pueden motivar las respuestas políticas y programáticas a los embarazos de adolescentes y ayudar a monitorear el progreso hacia la reducción de su incidencia. Los países con bajos niveles de

embarazo en la adolescencia pueden servir como referencia o modelo para los esfuerzos por reducir los niveles en otras partes. Incluso cuando la incidencia es baja, los datos sobre embarazos de adolescentes pueden resaltar las necesidades no satisfechas de información y servicios para ayudar a los adolescentes a prevenir embarazos no deseados (4) (5).

A nivel mundial sigue estable la frecuencia del 12 y 13% gestantes adolescentes (6). Cuando revisamos las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2015 hemos podido apreciar que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes es de 49 por 1000 adolescentes (7).

A nivel de Latinoamérica la ONU reveló que casi un 30% de las mujeres son madres durante la adolescencia y que Venezuela con 101 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, tiene la mayor tasa de embarazo precoz en Sudamérica y la tercera de Latinoamérica (8).

En el territorio peruano se sabe que de los aspectos menos atendidos en las políticas públicas de salud corresponde a las necesidades y demandas de las poblaciones de adolescentes (9) (10) (11).

Para el año 2015 el embarazo adolescente en el Perú subió a un porcentaje del 14,6 %, lo cual representa un ascenso del 1,6 % desde el año 2000 (12) (13).

A nivel local en la ciudad de Juanjui el embarazo en adolescentes es uno de los problemas de mayor importancia asociados a profundos y rápidos los cambios socioeconómicos y políticos registrados en el departamento de San Martín en los últimos años. Sin embargo, poco se conoce sobre la magnitud de esta problemática a nivel micro social, solo existe un acercamiento al estudio del embarazo a través de nacimientos a escala nacional y en menor

medida provincial (14). Sin embargo, aunque siempre se menciona otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que los mencionados riesgos biológicos no actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género (15). El problema del embarazo precoz afecta al 13.5 % de las adolescentes que hay en Juanjui (16). De acuerdo al reporte que dio a conocer la Defensoría del Pueblo, de enero a setiembre del 2017 reportaron 1328 embarazos en adolescentes en el departamento de San Martín. Según el registro, 367 fueron reportados en la provincia de Mariscal Cáceres, 259 en el valle del pajarrillo, 157 en bellavista, 103 en el hospital de Tarapoto, las demás en el resto de provincias (17). La población adolescente en el Centro de Salud de Campanilla 2014, 2015 hubo **76 (setenta seis)** gestantes adolescentes. (18).

Actualmente se describe al adolescente en la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSa, del 14 de agosto del 2009 (19).

Las revisiones anteriores de las tasas de embarazo y maternidad en adolescentes entre países cubrían las tendencias hasta mediados de la década de 1990 y encontraron que estos acontecimientos se estaban volviendo menos comunes en la mayoría de los países para los que había pruebas disponibles. En ese momento, la tasa de embarazos de adolescentes en los Estados Unidos era mayor que en cualquier otro país desarrollado para el cual se disponía de estimaciones excepto Rusia. Las estimaciones regionales para el mundo en desarrollo indicaron que las tasas de natalidad de los adolescentes eran especialmente altas en el África subsahariana. (20)

Examinamos la incidencia de embarazos entre adolescentes (15-19 años) y jóvenes adolescentes (10-14 años) en todos los países desarrollados y en desarrollo para los cuales se podrían obtener datos recientes sobre nacimientos y abortos en adolescentes. Examinamos el aborto¹ y las tasas de natalidad y la proporción de embarazos que terminan en el aborto en estos países y la correlación entre las tasas de embarazo de adolescentes y la proporción de embarazos que terminan en aborto. Examinamos las tendencias de estas tasas desde mediados de los años noventa hasta 2008-2011 cuando los datos lo permiten (21) (22).

Para el Perú, el costo que tiene la deserción escolar (para ambos sexos), en términos de la producción no materializada durante la vida de la cohorte actual de los jóvenes, ha sido estimado como equivalente a 17,1% del PBI. (23)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores sociales y culturales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al puesto de salud Costa Rica -2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuáles son los Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes?
- ✓ ¿Cuáles son los Factores culturales asociados al embarazo en adolescentes?
- ✓ ¿Cuáles son las características socio- demográficas de los adolescentes en el puesto de salud de costa rica – 2018?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores sociales y culturales asociados al embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al puesto de salud Costa Rica -2018.

1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar los Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes.
- ✓ Identificar los Factores culturales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes.
- ✓ Identificar características sociodemográficas.

1.5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

En el puesto de salud Costa Rica el embarazo en la adolescencia no puede ser considerado solamente como un problema biológico sino también como un problema social con numerosas aristas y campos de influencia negativa. Como resultado de la Investigación realizada se pudo constatar la carencia de estudios sobre este fenómeno en lugares o zonas poblacionales específicas del puesto de salud Costa Rica y que tengan en cuenta los Factores económicos, sociales y culturales que lo condicionan y su repercusión.

Esta problemática aún vigente en puesto de salud Costa Rica. La existencia actual de tal problemática y su incidencia negativa en los adolescentes de este distrito fundamenta la importancia, necesidad y utilidad del tema en cuestión (24).

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que se presentaron son:

- Escasa bibliografía especializada sobre el tema investigado.
- La falta de antecedentes locales del presente trabajo de investigación, lo cual dificultara en la recopilación de información.
- Carencia de apoyo y orientación de profesionales especializados en el tema de investigación.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es viable académicamente pues se sustenta en bases teóricas y conceptuales, seleccionadas de fuentes primarias y secundarias.

Así mismo el estudio fue viable económicamente pues el recurso económico necesario para realizar dicho estudio estuvo a cargo de la investigadora.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales.

En el año 2016. Pradhan, Rina; Wynter, Karen; Fisher, Jane. **“Factores asociados al embarazo en adolescentes de países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática”**. Objetivo El objetivo fue revisar la evidencia disponible sobre los factores asociados con el embarazo adolescente en países de bajos y medianos ingresos. Métodos La revisión utilizó el procedimiento PRISMA de identificación, selección y elegibilidad de las publicaciones. PubMed, OVID MEDLINE, SCOPUS y CINAHL plus se realizaron una búsqueda sistemática para revisar los documentos en inglés publicados antes de diciembre de 2013. Hallazgos En total, se identificaron 2005 artículos y 12 cumplieron con los criterios de inclusión y se revisaron. A pesar de los métodos variados, hubo consistencia sustancial en los hallazgos. La educación limitada, la baja posición socioeconómica, el acceso insuficiente a la anticoncepción y el no uso de éstos consistían sistemáticamente en riesgos de embarazo entre los adolescentes. Hubo cierta evidencia de que el matrimonio precoz, que vivía en una zona rural, la iniciación sexual temprana, la pertenencia a un grupo minoritario étnico y religioso también aumentaba el riesgo de embarazo en la adolescencia. Se encontró que la educación superior, el acceso al trabajo generador de ingresos y el apoyo familiar protegen contra el embarazo adolescente. Conclusiones En los países con recursos limitados, como en los países con recursos suficientes, la baja posición socioeconómica parece aumentar el riesgo de embarazo entre los adolescentes.

Los riesgos adicionales específicos a estos contextos incluyen tradiciones culturales tales como matrimonio temprano y creencias inexactas sobre anticoncepción. Es poco probable que las estrategias para reducir el embarazo entre las mujeres de menos de 20 años sean efectivas a menos que se traten directamente (25).

En la ciudad de Veracruz, México en el año 2015 los investigadores Trinidad Noguera, Karina Ivonne; Chávez Montes de Oca, Virginia Griselda y Carrasco Ponce, Berenice investigaron la **“Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México”**. Dicho estudio fue de carácter cualitativo en la casa hogar VIFAC del puerto de Veracruz, México; fueron entrevistadas adolescentes embarazadas que acudieron a esta institución en donde, con base a los datos obtenidos, observamos factores de riesgo que elevan de manera exponencial que adolescentes de entre 12 a 19 años queden embarazadas, vistos desde la perspectiva de la propia adolescente. En este estudio se pudo analizar que el nivel de disfunción familiar que presentan estas adolescentes debido a la ausencia de la figura paterna ha producido un impacto significativo en el seno familiar, ante esta situación las madres han buscado compensarlo mediante una estabilidad económica, llevándolas a ejercer trabajos con jornadas laborales extensas, desencadenando un deterioro exponencial de la relación familiar produciendo una decadencia en la comunicación, que conlleva a la adolescente a buscar de manera externa aquello de lo que carece, encontrando este “apoyo” en personas jóvenes que como ella no cuentan con la experiencia necesaria, que orillará a la toma de decisiones equivocadas que traerán como consecuencia embarazos no planificados, por lo cual es importante que a pesar

De las adversidades que se presenten en el seno familiar, no impida la relación entre sus integrantes, ya que esto va a servir para que los adolescentes estén más abiertos a una franca comunicación y de tal manera sus decisiones sean las más óptimas para su futuro. (26)

Así mismo en la ciudad de Bogotá, Colombia el año 2012 el medico investigador González Quiñones, Juan y su colaboradora Salamanca Preciado, Jenny investigaron la “**Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana**”. Dicho estudio tuvo una metodología observacional de corte transversal con 7 068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños. Se aplicó encuesta auto diligenciada que indaga factores sociodemográficos, familiares, sentimentales y conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad. Factores de riesgo: No haber recibido información sobre planificación vs. (Versus) entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4). Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95 % 2,3-25,8). No planificó en primera relación (OR de 3,9 IC 95 % de 2,2–7). No se encontraron como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro. Llegando a la conclusión que el embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas. (27)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

En el año 2012. Menéndez Guerrero I, Gilberto Enrique y Navas Cabrera, Inocencia investigaron el estudio titulado “**El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente**”. Se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante

El período de enero de 2009 a enero de 2010. Llegando a la conclusión que el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. (28)

En la ciudad de Tacna en el año 2009 a cargo de los investigadores Diana Huánuco, A.; Manuel Ticona, R.; Maricarmen Ticona, V. y Flor Huánuco, A quienes estudiaron las **“Repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008”**. Dicho estudio fue cuantitativa, observacional de diseño casos y controles el cual compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49). (29)

Así mismo en Lima la investigadora Cutipa Copa, Liliana para el año 2012 investigo el estudio titulado **“Factores sociales, clima familia y nivel de**

autoestima, asociados al embarazo en adolescentes que acuden al C.S. Metropolitano-Tacna, julio a diciembre 2012". El estudio trata sobre los factores sociales, clima familia y nivel de autoestima, asociados al embarazo en adolescentes que acuden al C.S. Metropolitano-Tacna, julio a diciembre 2012. El estudio fue semejante a nuestro estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. El nivel económico medio 96,97%, clima familiar un 54,55% familia funcional y el nivel de autoestima es bajo con un 48,48%. (30)

En el simposio realizado en Lima el año 2013 los investigadores Mendoza, Walter y Subiría, Gracia dieron a conocer a la sociedad científica su estudio titulado **"El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas"**. El presente estudio muestra los vínculos entre el embarazo en adolescentes peruanas de 15 a 19 años con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. Se registra que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. Estas tendencias son analizadas a la luz de sus determinantes próximos, incluyendo los cambios en la exposición al riesgo de embarazo no planificado. Luego se describe el impacto que esta situación tiene sobre las adolescentes y sus hijos, así como su impacto laboral y económico. Finalmente, se hace una revisión de las experiencias de países que aplican programas sociales semejantes al peruano, destacando aquellas que podrían ser asimiladas por el Perú. (31).

2.1.3. Antecedentes locales.

En la ciudad de Huánuco el año 2016 el obstetra Janampa, Lenin realizo el estudio titulado **"Factores sociales y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes en la comunidad de Cayumba – Tingo María, de enero del 2013 a diciembre del 2014"**. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo,

transversal y analítico. De diseño caso control. Llegando a la conclusión que el inicio de las relaciones precoces, la Violencia Familiar, Los Antecedentes familiares son factores asociados y los factores protectores son la estabilidad familiar, La información recibida sobre métodos anticonceptivos, La utilización de algunos métodos anticonceptivos. Se demostró que Grado de instrucción y la ocupación están relacionado con el embarazo Precoz (32).

2.2.BASES TEORICAS

2.2.1. Adolescencia

El Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los **12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días**, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA, del 14 de agosto del 2009 (19) (33).

2.2.2. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes.

Factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de una gestante que aumente su probabilidad de sufrir un embarazo lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar las prácticas sexuales de riesgo, consumo de tabaco y alcohol, maltrato familiar etc. La salud sexual y reproductiva, incluyendo la de los adolescentes y jóvenes, es un derecho humano que incluye el derecho a la integridad sexual, a la seguridad sexual del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad, al amor, a la expresión, al derecho a elegir, a la educación y al acceso a la atención en salud (34).

Es multicausal, a continuación, se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él:

2.2.2.1. Factores Individuales

La edad, el desarrollo físico y el género, tienen una influencia dramática en el comportamiento sexual del adolescente. Conforme van creciendo en edad, se van incrementando las posibilidades de tener actividad sexual. Esto mismo sucede cuando se desarrollan precozmente y parecen mayores. Algunos efectos son estrictamente físicos pero otros son sociales, como por ejemplo la presión de los amigos, el incremento en las oportunidades de tener sexo que vienen con una mayor libertad e independencia, dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia. Este número se traduce en un incremento en las posibilidades de embarazarse o de embarazar a la pareja aun cuando usen algún anticonceptivo. (35)

2.2.2.2. Biológicos

Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica

ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales (35).

2.2.2.3.Psicosociales

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan: (35)

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incompreensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

2.2.2.4.Factores Sociales

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta

a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis. (35)

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud. (35)

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción. (35)

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. (35)

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

2.2.2.5. Factores Económicos.

Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos. (35)

Cuando los servicios existen, en ocasiones son rechazados por los adolescentes porque el personal de salud hace juicios y no da apoyo denotando falta de preparación para la prestación del servicio. Los horarios de prestación de servicios en los centros de salud u hospitales, son inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan. (35)

La pobreza explica numerosos embarazos. La mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de pobreza en las que vive; ella sueña que casándose todo será mejor, Pero a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados por desconocimiento de la sexualidad. (35)

2.2.2.6. Factores Familiares

Las características de la familia son muy importantes para determinar el riesgo. Los adolescentes que viven con ambos padres y tienen una buena relación con ambos, tienen un riesgo menor de tener sexo no protegido y de llegar al

embarazo. Específicamente, estos adolescentes no van a iniciar la actividad sexual a una edad temprana y, cuando la inician, lo hacen con menor frecuencia. (35)

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. (35)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Adolescencia: población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA, del 14 de agosto del 2009.

Factores sociales: Es el estudio de los fenómenos sociales, y para entenderlos se requiere un estudio de los diferentes factores que coadyuvan a su realización, cuyo estudio constituye, junto con el estudio de los productos y de las formas de lo social, la sociología sistemática.

Factores culturales: que influyen en la conducta del consumidor, Cultura: Según el Diccionario de la Real Academia Española, es "el conjunto de modos de vida y

costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época de un grupo social.

Embarazo en adolescentes: es aquel embarazo que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

2.4.HIPOTESIS

Ha: Los factores sociales y culturales están asociados al embarazo en adolescentes.

Ho: Los factores sociales y culturales no están asociados al embarazo en adolescentes.

2.5.VARIABLES

2.5.1. Variable independiente: Factores sociales y culturales

2.5.2. Variable dependiente: Embarazo en adolescente.

2.5.3. Variables intervinientes: Edad; Religión; Ocupación; Estado civil; Nivel educativo.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Categoría
Variable independiente: Factores sociales y culturales	Factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición que pueda aumentar la probabilidad de un embarazo en adolescentes.	Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima. ✓ Mala relación con los padres. ✓ abuso de alcohol ✓ Uso de drogas. ✓ Abandono escolar 	Nominal	Si/ no
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Violencia familiar ✓ Hacinamiento ✓ Desempleo ✓ Desintegración familiar 	Nominal	Si/no
		Factores culturales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de uso de métodos anticonceptivos ✓ Machismo en el hogar. ✓ Pobreza 	Nominal	Si/no
Variable dependiente: Embarazo en adolescentes	Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 12 y los 17 años.	Adolescente temprano	De 12 a 14 años.	Nominal	Si/No
	Adolescente tardío.	De 15 a 17 años			

Variables intervinientes:	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Categoría
Características sociodemográficas.	Son las características sociodemográficas, de edad y de género de los adolescentes.	Edad	Años	De razón	Cualitativa
		Religión	Católico Evangélico. Otro	Nominal	Cualitativa
		Ocupación.	Estudiante. Trabaja Trabaja/estudia.	Nominal	Cualitativa
		Estado civil.	Soltera. Casada. Conviviente.	Nominal	Cualitativa
		Nivel educativo	analfabeto Primaria Secundaria Superior	Nominal	Cualitativa

CAPÍTULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente clasificación lo brinda el doctor y director actual de la escuela de Post Grado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan Abner Fonseca Livias, en su libro titulado “investigación científica en salud con enfoque cuantitativo”: (36)

- ✓ Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**.
- ✓ Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectiva**.
- ✓ Según el número de mediciones de la variable de estudio es **transversal**.
- ✓ Según la cantidad de variable a estudiar el estudio es **analítico**. Las variables a estudiar son dos o más, con la finalidad de buscar asociación o dependencias entre ellas. El análisis es Bivariado.

3.1.1. Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo

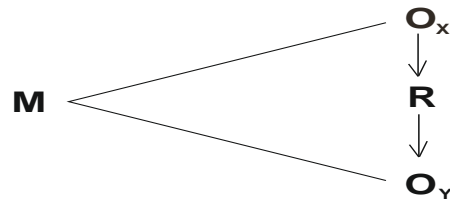
3.1.2. Nivel

Nuestra investigación tiene un Nivel III, o también conocido como un nivel correlación. Los niveles correlacionales buscan las relaciones o asociaciones entre los factores estudiados. Son estudios observacionales, estudian dos poblaciones y verifican hipótesis. (37)

3.1.3. Diseño

El presente trabajo de investigación tuvo un diseño no experimental de tipo descriptivo, correlacional.

Se esquematiza de la siguiente manera:



Dónde:

M = Representa la muestra en estudio.

O_x = Representa los datos de la variable independiente.

O_y = Representa los datos de la variable dependiente.

R = Representa la relación de los datos de ambas variables.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

A. Población, del sector, institución o área de investigación.

La población según la base de datos estadística del puesto de salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de **76 (setenta seis)** gestantes adolescentes.

Criterios de inclusión:

- Ser mayores de 12 años y menores de 18 años.
- Haber sido gestante adolescente atendida en el puesto de salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018 (mínimo un control en cualquier etapa de la gestación)

Criterios de exclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Gestante adolescente que no fue atendida en el puesto de salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018 en el control prenatal y el parto.

Muestra

El tamaño de muestra se determinara con un nivel de confianza del 95% y un margen de error permisible del 5%. Para que la muestra sea representativa la selección de cada una de las unidades de análisis, será a través de una selección aleatoria.

Para determinar el tamaño de la muestra que se utilizó la formula estadística en proporciones de una población finita.

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

DÓNDE:

- n = Tamaño de muestra
- N= Tamaño de la población
- Z= Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador.
- p= Proporción de individuos que tienen la característica que se desea estudiar.
- q= Proporción de individuos que no tienen la característica que se desea estudiar.
- e = Margen de error permisible establecido por el investigador= 5%.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (60)}{(0.05)^2 (60 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \underline{57.624}$$

$$1,1074$$

$$n = 52,0353$$

B. Delimitación geográfico-temporal y temática

Delimitación geográfica:

- ✓ Departamento: San Martín
- ✓ Provincia: Mariscal Cáceres.
- ✓ Área: Urbana
- ✓ Lugar: Puesto de salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018

Delimitación temporal:

- ✓ La recolección de datos para la futura tesis será en el puesto de salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018

Delimitación temática:

La realización de la presente investigación radica en poder determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el puesto de salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Para recolección de datos y organización de datos

Permiso: se procedió a enviar una solicitud al director del Puesto de Salud Costa Rica en el periodo de enero a diciembre del 2018 para solicitarle el permiso correspondiente para el recojo de información.

Encuestadores: los encargados de recolectar los datos fueron hechos por el mismo investigador.

Aplicación: Por ser un estudio retrospectivo el instrumento fue la ficha de recolección de datos, la cual será rellenada en base a fuentes secundarias, esto quiere

decir que la información fue recolectada de historias clínicas, registros clínicos y la base de datos del Centro de Salud. De adolescentes gestantes y no gestantes.

3.3.2. Interpretación de datos y resultados

- Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.3.3. Análisis y datos, prueba de hipótesis

Análisis descriptivo:

Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

Análisis inferencial:

Se utilizó estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también se utilizará estadística inferencial utilizando el Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza, para identificar los factores asociados. Para el análisis multivariado se empleará regresión

logística. El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

d) Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación, se realizó respetando a las personas que en ella colaboren; así como sus conductas, ideas, costumbres, valores y creencias. Se tomarán en cuenta la siguiente pauta:

- a. Principio de beneficencia.
- b. Principio de la no modificación.
- c. Principio de la autonomía.
- d. Principio ético de justicia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

Tabla N° 01.

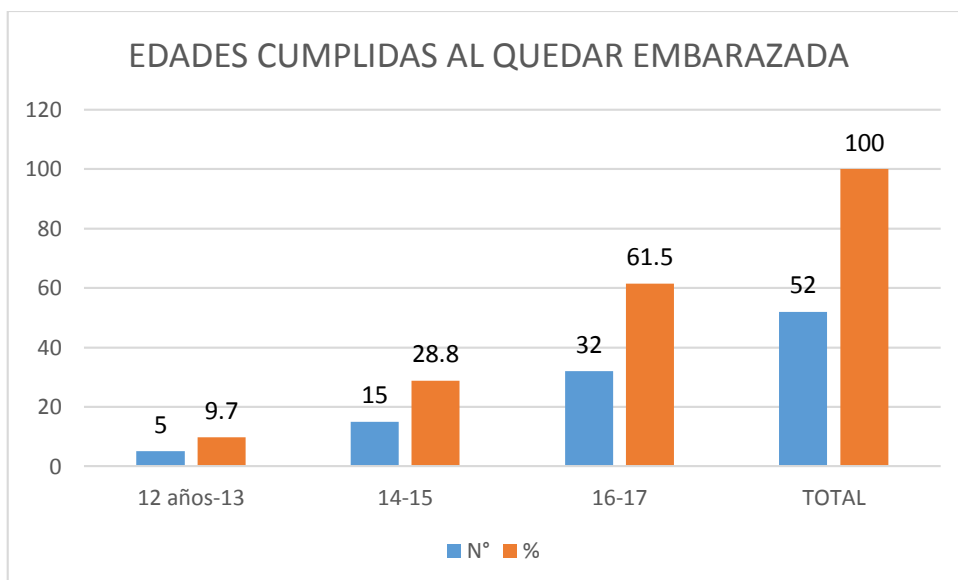
Descripción de la distribución según la edad de las adolescentes.

1.- EDAD:

EDAD	N°	%
12-13	5	9.7
14-15	15	28.8
16-17	32	61.5
TOTAL	52	100

FUENTE: encuesta elaborada

GRAFICO 01: porcentaje de edades de las gestantes atendidas en el puesto de salud costa rica.



INTERPRETACION: se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a las edades entre 16 y 17 años con un 61.5%

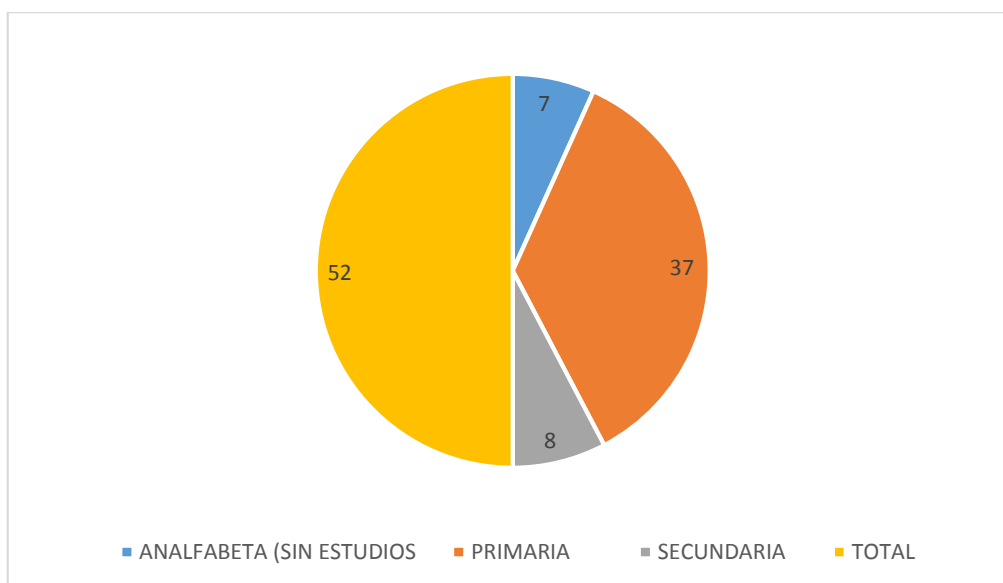
Tabla N° 02

2.- NIVEL DE EDUCACION:

NIVEL DE EDUCACION	N°	%
ANALFABETA (SIN ESTUDIOS)	7	13.4
PRIMARIA	37	71.1
SECUNDARIA	8	15.5
TOTAL	52	100

FUENTE: encuesta elaborada

GRAFICO 02: porcentaje del nivel de educación de las gestantes.



INTERPRETACION: se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al nivel de educación primaria con un 71.1%.

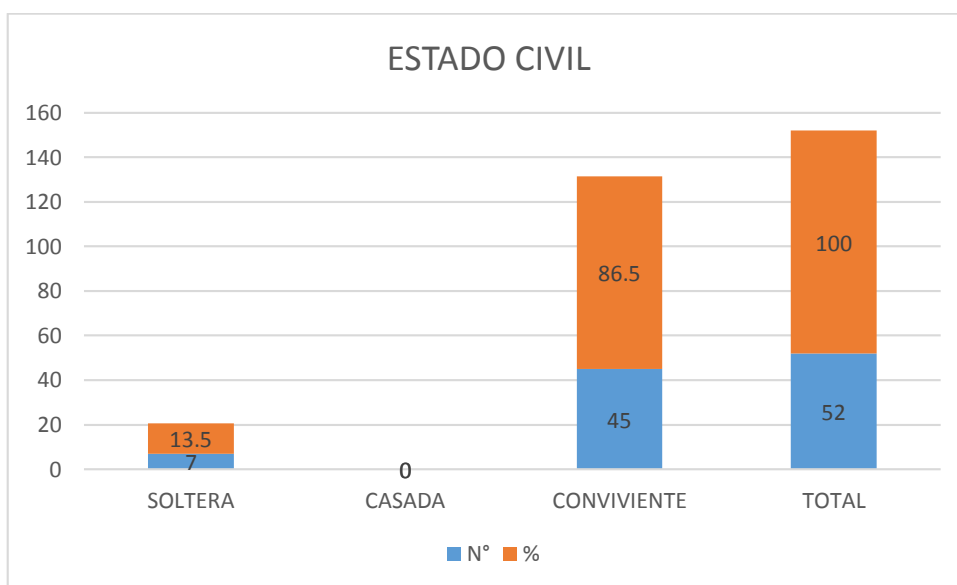
Tabla N° 03

3.- ESTADO CIVIL :

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERA	7	13.5
CASADA	0	0
CONVIVIENTE	45	86.5
TOTAL	52	100

FUENTE: encuesta elaborada.

GRAFICO N° 3: porcentaje del estado civil de las gestantes.



INTERPRETACION: se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al estado civil conviviente con un 86.5%.

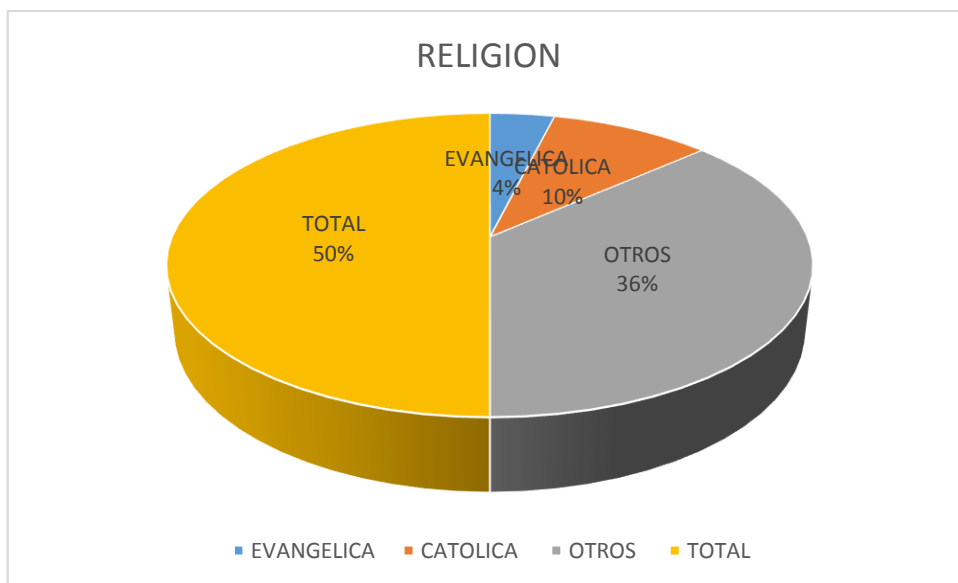
Tabla N° 04

4. - RELIGION QUE PROFESA:

RELIGION	N°	%
EVANGELICA	4	7.6
CATOLICA	10	19.2
OTROS	38	73.2
TOTAL	52	100

FUENTE: encuesta elaborada.

GRAFICO N° 4: porcentaje de la religión que profesan las gestantes.



INTERPRETACION: se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a otras religiones con un 73.2%.

4.2. Contrastación de hipótesis

Tabla N° 05.

Baja autoestima como factor social asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR SOCIAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 % Inferior Superior	
Baja autoestima	1,705	0,192	1,651	,776	3,514

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales podemos observar que la **baja autoestima** es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 1,65** lo cual manifiesta que las adolescentes que presentan baja autoestima **tienen casi una doble** probabilidad de tener un embarazo precoz.

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,192** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre la baja autoestima y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 06

Consumo de alcohol como factor social asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR SOCIAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior
Consumo de alcohol	2,146	0,143	2,692	,685	10,580

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales podemos observar que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 2,6** lo cual manifiesta que las adolescentes que consumen alcohol **tienen una doble** probabilidad de tener un embarazo precoz.

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,143** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre el consumo de alcohol y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 07

Violencia familiar como factor social asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR SOCIAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
			Inferior	Superior	
Violencia familiar	1,065	0,302	2,100	,499	8,829

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales podemos observar que la violencia familiar es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 2,1** lo cual manifiesta que las adolescentes que evidenciaron cualquier tipo de violencia familiar **tienen una doble** probabilidad de tener un embarazo precoz.

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,302** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre la violencia familiar y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 08

Hacinamiento como factor social asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR SOCIAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior
Hacinamiento	0,354	0,552	1,296	,550	3,053

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales podemos observar que el hacinamiento No es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 1,2** lo cual manifiesta que las adolescentes que evidenciaron hacinamiento **tienen la misma** probabilidad de tener un embarazo precoz, de aquellas que no presentaron dicho factor.

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,552** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre el **Hacinamiento y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 09

Ingresos económicos bajos en la familia como factor social asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR SOCIAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior
Ingresos económicos bajos en la familia.	,016	,900	1,048	,502	2,191

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales podemos observar que los ingresos económicos bajos en la familia No es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 1,0** lo cual manifiesta que las adolescentes que tuvieron bajos ingresos económicos en sus respectivas familias **tienen la misma** probabilidad de tener un embarazo precoz, de aquellas que no presentaron dicho factor.

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,900** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre los ingresos económicos bajos en la familia **y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 10

Desintegración Familiar como factor social asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR SOCIAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior
Desintegración Familiar	,383	0,536	1,324	,544	3,220

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales podemos observar que la desintegración familiar No es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 1,3** lo cual manifiesta que las adolescentes que presentaron desintegración familiar en sus respectivas familias **tienen la misma** probabilidad de tener un embarazo precoz, de aquellas que no presentaron dicho factor.

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,536** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre la desintegración familiar **y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 11

Uso de Métodos de Planificación Familiar como factor cultural asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR CULTURAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior
Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar.	2,210	0,137	1,887	,811	4,390

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Cultural podemos observar que la **Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar** es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 1,8** lo cual manifiesta que las adolescentes que no usaron métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones coitales **tienen una doble probabilidad de tener un embarazo precoz.**

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,137** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre la **Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 12

Machismo de padres como factor cultural asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR CULTURAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 % Inferior Superior	
Machismo de padres	5,896	0,015	2,584	1,188	5,622

Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Cultural podemos observar que el machismo de los padres de las adolescentes es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 2,5** lo cual manifiesta que las adolescentes que proceden de familias con padres machistas **tienen una doble probabilidad de tener un embarazo precoz.**

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,25** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre el machismo de padres y **el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 13

Violencia sexual como factor cultural asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR CULTURAL	EMBARAZO EN ADOLESCENTES				
	Prueba de Chi cuadrado.		Prueba de monomios.		
	Valor	Sig. asintótica	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
				Inferior	Superior
Violencia sexual.	1,535	0,215	4,143	,365	46,990

Interpretación:

Dentro de los Factores Cultural podemos observar que la **violencia sexual** es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 4,1** lo cual manifiesta que las adolescentes violentadas sexualmente **tienen cuatro veces más probabilidad de tener un embarazo precoz.**

Al evaluar el valor de “P” de Chi cuadrado es decir la significancia asintótica bilateral tenemos un valor **de 0,215** el cual es mayor que el error estándar de 0,05 con lo cual evidenciamos que existe significancia estadística entre la **violencia sexual y el embarazo en adolescentes.**

CAPITULO V

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

5.1. Contratación de los resultados

Entonces los Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Puesto de Salud Costa Rica son la menarquia precoz, la baja autoestima, el consumo de alcohol, la violencia familiar, la falta de uso de métodos anticonceptivos, el machismo y la violencia sexual, dichos resultados concuerdan con los investigado en la ciudad de Bogotá Colombia en el año 2016 por Dávila F., titulado **“Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes”**, donde se evidencia como principales factores la violencia experimentada durante la adolescencia, el abuso sexual, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, baja autoestima, trastornos en la conducta alimentaria, el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, los trastornos mentales, el inicio temprano de relaciones sexuales, baja unidad familiar y falta de acceso a información y recursos para la planificación (42). Así mismo nuestros resultados también muestran coherencia con los estudiados en la ciudad de Bogotá el año 2012 por González J., en la investigación titulada **“Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana”**, donde dichos factores fueron: el No haber recibido información sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4). Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95 % 2,3-25,8). No planificó en primera relación (OR de 3,9 IC 95 % de 2,2–7). (27)

En Medellín, Colombia para el año 2012 Gómez Mercado, Carlos A., y Montoya Vélez, Liliana P., estudiaron los **“Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área**

urbana, Briceño, 2012”. El estudio encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño (43), dichos resultados no concordaron con los nuestros.

En la ciudad de Huánuco el año 2016 el obstetra Janampa, Lenin realizó el estudio titulado **“Factores sociales y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes en la comunidad de Cayumba – Tingo María, de enero del 2013 a diciembre del 2014”**. Llegando a la conclusión que el inicio de las relaciones precoces, la Violencia Familiar, Los Antecedentes familiares son factores asociados y los factores protectores son la estabilidad familiar, La información recibida sobre métodos anticonceptivos, La utilización de algunos métodos anticonceptivos. Se demostró que Grado de instrucción y la ocupación están relacionado con el embarazo Precoz (32), dichos resultados evidenciaron semejanza con nuestros resultados en los factores como la baja autoestima, el consumo de alcohol, la violencia familiar, la falta de uso de métodos anticonceptivos, el machismo y la violencia sexual.

CONCLUSIONES

Dentro de los Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Puesto de Salud Costa Rica podemos evidencia los siguientes: Baja autoestima (OR: 1,6) (10 %) y el consumo de alcohol (OR: 2,6) 20 %.

Dentro de los Familiares, culturales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Puesto de Salud Costa Rica pudimos evidencia los siguientes: Violencia familiar (OR: 2,1) 20 %; Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar (OR: 1,8) (10 %), el machismo de los padres (OR: 2,5) 20 % y la violencia sexual (OR: 4,1) 40 %.

Entonces los Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Puesto de Salud Costa Rica son la menarquia precoz, la baja autoestima, el consumo de alcohol, la violencia familiar, la falta de uso de métodos anticonceptivos, el machismo y la violencia sexual,

RECOMENDACIONES

Como corolario de la investigación, quisiéramos plantear las siguientes recomendaciones:

- Crear el Consultorio diferenciales de la Adolescente, donde exista un equipo multidisciplinario de salud, con normas precisas para orientación y consejería.
- Establecer en este Consultorio orientación y consejería sobre maternidad sin riesgos a las adolescentes embarazadas, detección de las infecciones de transmisión sexual, atención de los casos de violencia basada en género y abuso sexual, y un adecuado programa de anticoncepción para la adolescente, con acceso a todos los métodos, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.
- Implementar guías de educación sexual a nivel escolar particularmente en los grados superiores (4to y 5to grado de secundaria) previa capacitación de los docentes encargados de impartir estos conocimientos e incorporar paralelamente a los padres de familia en las escuelas para padres a fin de que ellos refuercen en el hogar los contenidos dictados en las aulas de clase.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moore K, B M, B S, Morrison D, Gleit D, Blumenthal C. Beginning too soon: adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. A review of research and interventions. [Online].; 2010 [cited 2016 Febrero 01. Available from: <https://aspe.hhs.gov/report/beginning-too-soon-adolescent-sexual-behavior-pregnancy-and-parenthood-review-research-and-interventions>.
2. Juventud. INdl. Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente.. 1997. Santiago, Chile.
3. Grant D, Corcoran J. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. J Marriage Family. 1997 junio; 59(5): p. 551-567.
4. Millán T, Valenzuela S, Vargas N. Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos en una comuna de Santiago de Chile. Rev Méd Chile. 1995 enero; 123(3): p. 368-375.
5. Papalia D, Wendkos S. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 5th ed. Mexico: Editorial McGraw-Hill; 2001.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono demográfico en las regiones del Perú. 2012. Lima: UNFPA; 2012.
7. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. [Online].; 2015 [cited 2016 octubre 27. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.

8. Organización de Naciones Unidas (ONU). Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad. [Online].; 2014 [cited 2016 Octubre 27. Available from: https://search.un.org/results.php?query=embarazo%20en%20adolescentes%20en%20Sudamérica%20&ie=utf8&output=xml_no_dtd&oe=utf8&Submit=Search&__utma=114554307.1904329431.1476200401.1476200401.1476200401.1&__utmz=114554307.1476200401.1.1.utmcsr%3Dgoogle%7Cutmc.
9. Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal constitucional 00008/2012 PI/TC. 12 de diciembre del 2012. 2012..
10. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013 junio; 30(3): p. 471-479.
11. MINDES. Plan nacional de población 2010 - 2014. [Online].; 2010 [cited 2016 mayo 7. Available from: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/plan_nacional_2010-2014.pdf.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. [Online].; 2015 [cited 2016 octubre 27. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>.
13. Boyd C. La transformación de las mujeres rurales jóvenes en Perú. Análisis comparativo a partir de los censos nacionales (1961-2007).. 2013. Documento de Trabajo N.º 10. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Nuevas Trenzas; 2013.
14. MINSA. Ministerio de salud. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescente. [Online].; 2013 [cited 2016 mayo 6. Available from:

<http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente-2013-2021.pdf>.

15. Contreras S. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2015 [cited 2016 mayo 7. Available from: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/crmc.htm>.
16. Tapia O. diario Ahora. [Online].; 2014 [cited 2014 diciembre 25. Available from: <http://www.ahora.com.pe/index.php/component/k2/item/3284-se-incrementan-embarazos-adolescentes-en-huanuco>.
17. Rodríguez PM. Diario Ahora. [Online].; 2014 [cited 2014 diciembre 25. Available from: <http://diariocorreo.pe/ciudad/defensoria-reporta-1-328-embarazos-adolescent-202073/>.
18. MINSA. Analisis de salud del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. 2015. Oficina de logistica.
19. MINSA. Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA del 14 de agosto del 2009. [Online].; 2009 [cited 2015 Setiembre 23. Available from: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20(1).pdf).
20. De la Cuesta, C. Tomarse en el amor en serio: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia. *J Transcultural Nursing*. 2001 junio; 12(3): p. 180-192..
21. Miranda R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador-2005. Tesis de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2005.
22. Mujica J, Cavagnoud R. Mecanismos de explotación sexual de niñas y adolescentes en los alrededores del puerto fluvial de Pucallpa.. *Anthropologica*. 2011 enero; 29(29).

23. Näslund E, Manzano G. Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente? New York: Banco Interamericano de Desarrollo. 2011..
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6 %. [Online].; 2015 [cited 2016 enero 31. Available from: <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>.
25. Pradhan R, Wynter K, Fisher J. Factores asociados al embarazo en adolescentes de países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. [Online].; 2016 [cited 2017 junio 30. Available from: <http://jech.bmj.com/content/69/9/918.short>.
26. Trinidad KI, Chávez VG, Carrasco B. Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*. 2015 abril; 8(1): p. 75-83.
27. González JC, Salamanca JP. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev. salud pública*. 2012 julio; 14(3): p. 404-416.
28. Menéndez GE, Navas I. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 mayo; 38(3): p. 333-342.
29. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2009 abril; 177(2).
30. Cutipa L. Factores sociales, clima familia y nivel de autoestima, asociados al embarazo en adolescentes que acuden al C.S. Metropolitano-Tacna, julio a diciembre 2012. [Online].; 2012 [cited 2015 agosto 10. Available from: http://www.tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/209/94_2013_Cutipa_Copa

[_L_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1.](#)

31. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013 julio; 30(03): p. 471-9.
32. Janampa L. Factores sociales culturales relacionados con el embarazo en adolescentes en la comunidad de Cayumba – Tingo María, de enero del 2013 a diciembre del 2014. 2016. Tesis para optar de grado de especialista en alto riesgo obstetrico. Universidad de Huanuco.
33. Organizacion Mundial de la Salud (OMS). Salud de los adolescentes. [Online].; 2012 [cited 2014 Agosto 30. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
34. OMS.. Salud y derechos humanos.. [Online].; 2015 [cited 2017 mayo 4. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
35. INFOGEN. Sexo y adolescencia. [Online].; 2015 [cited 2015 setiembre 23. Available from: <http://infoген.org.mx/factores-de-riesgo-de-embarazo-en-la-adolescencia/>.
36. Fonseca Livias A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Unheval , editor. Huanuco: Unheval; 2012.
37. Aguilar Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud.. *Salud en Tabasco*. 2012 junio; 11(1).
38. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr*. 2002 junio; 68(4): p. 152-159.

39. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. [Online].; 2012 [cited 2015 marzo 24. Available from: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp.
40. Fonseca A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huanuco: Biblioteca Nacional del Perú; 2013.
41. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online].; 2013 [cited 2015 marzo 23. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>.
42. Dávila A. Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes. Rev. Cienc. Salud. 2016 junio; 14(1).
43. Gómez Mercado CA, Montoya Vélez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev. salud pública. 2014 junio; 16(3): p. 394-406.

ANEXO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

“FACTORES SOCIO-CULTURALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD COSTA RICA – 2018”

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1) La adolescente presentó embarazo precoz

- a) Si
- b) No

2) Edad de la adolescente en años

- a) De 12 a 14 años
- b) De 15 a 17 años

3) Tipo de religión de la adolescente

- a) Católico
- b) Protestante
- c) Testigo de Jehová
- d) Adventista

4) Grado de instrucción

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

5) Estado civil

- a) Casada
- b) Soltera
- c) conviviente

FACTORES ASOCIADOS

FACTORES SOCIALES

6) Según la revisión de la historia clínica la adolescente presento Menarquía precoz.

- a) Si
- b) No

7) Según la revisión de la historia clínica del programa EVA la adolescente presento Baja autoestima.

- a) Si
- b) No

- 8) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostró consumo de alcohol
- a) Si
 - b) No
- 9) La adolescente presento Abandono escolar
- a) Si
 - b) No
- 10) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostró Violencia familiar
- a) Si
 - b) No
- 11) Según la historia clínica la adolescente manifestó tener Hacinamiento en su hogar.
- a) Si
 - b) No
- 12) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostro Pobreza
- a) Si
 - b) No
- 13) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostro Desintegración familiar.
- a) Si
 - b) No

FACTORES CULTURALES

- 14) Según la historia clínica la adolescente Usó de métodos anticonceptivos.
- a) Si
 - b) No
- 15) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente manifestó vivir Machismo en el hogar.
- a) Si
 - b) No
- 16) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostró Violencia sexual
- a) Si
 - b) No