



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
Escuela de Post Grado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA.

TESIS.

**“FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES
ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN
EL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI
2014 - 2015”.**

**Para optar el Grado Académico de
Especialista en Obstetricia.**

Alto Riesgo Obstétrico.

AUTORA

DELICI FIORELLA LUYO MARCELLINI

ASESOR:

ARNULFO MENDOSA ROJAS

Huánuco – Perú

2017.

DEDICATORIA

Al creador de todo.

A todos los niños y adolescentes de mi familia, deseando que el presente trabajo contribuya a comprender un poco más sobre aquello que necesitan durante sus épocas de confusiones y en todo el proceso de su formación como seres humanos y como buenas personas. Nosotros sus padres, ya seamos Marcellini, Rubín, Torres, Pedraza, Barraeta, Bazán, Díaz, Medina, etc. si bien no nacimos sabiendo cómo cuidar un hijo, cada día trabajamos en ser mejores padres, darles el amor y la seguridad que necesitan para ser hombres de bien, con nuestros errores y aciertos nuestra búsqueda infinita es su felicidad.

A mi adolescente favorita, mi eterna Ángela Pul, que lleva mi corazón en su pequeño cuerpo

Y a mi más grande amor mi hija Emara Khalesi, que sepa darte, un hogar protector y una sólida familia, que papá y yo logremos en ti la autoestima adecuada para ser una mujer que ame vivir y contribuya con una sociedad mejor.

Delci Fiorella Luyo Marcellini.

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad de Huánuco, por darnos la oportunidad de un campo de estudio, a los señores jurados de mi Tesis: Dra. Carmen Carbajal, Dra. Mariela Quiróz y Dra. Marisol Sinche, quienes me permiten ordenar y mejorar para sacar adelante el presente trabajo de investigación, a mi asesor Dr. Arnulfo Espinoza por la ayuda durante todo el proceso, a mi familia por el apoyo emocional constante y un agradecimiento especial a mi profesor quien en vida fue Dr. Guido Alarcón Montoya, por la motivación a continuar mis estudios.

Delci Fiorella Luyo Marcellini.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015.

METODOS Y TECNICA: El estudio fue observacional, longitudinal, retrospectivo. Con un diseño caso y control. La técnica utilizada fue el fichaje en base a la recolección de datos de fuentes secundarias.

RESULTADOS: Dentro de los Factores individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Menarquia precoz (OR: 2,1), Baja autoestima (OR: 1,6) y el consumo de alcohol (OR: 2,6). Dentro de los Familiares individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Violencia familiar (OR: 2,1). Dentro de los Familiares sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes pudimos evidencia los siguientes: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar (OR: 1,8), el machismo de los padres (OR: 2,5) y la violencia sexual (OR: 4,1). **CONCLUSIONES:** Los Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes 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.

Palabras claves: factores asociados, embarazo precoz, adolescente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the individual, family and social factors associated with pregnancy in adolescents at the Carlos Showing Ferrari Health Center from January 2014 to december 2015.

METHODS AND TECHNIQUE: The study was observational, longitudinal, retrospective. With a case and control design. The technique used was the signing based on the collection of data from secondary sources.

RESULTS: Among the individual risk factors associated with pregnancy in adolescents at the Carlos Showing Ferrari Health Center, we were able to evidence the following: Early menarche (OR: 2.1), Low self-esteem (OR: 1.6) Alcohol (OR: 2.6). Among the individual families at risk associated with pregnancy in adolescents we could show the following: Family violence (OR: 2.1). Among the social families at risk associated with pregnancy in adolescents, we could show the following: Lack of Use of Family Planning Methods (OR: 1.8), parental machismo (OR: 2.5) and sexual violence (OR: 4.1). **CONCLUSIONS:** The risk factors associated with pregnancy in adolescents are precocious menarche, low self-esteem, alcohol consumption, family violence, non-use of contraceptive methods, machismo and violence sexual.

Key words: associated factors, precocious pregnancy, adolescent.

DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
1. INTRODUCCION	8
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2. DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3.1. Problema principal	10
1.3.2. Problemas específicos	10
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROPÓSITO	10
1.5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.5.1. Antecedentes internacionales.	11
1.5.2. Antecedentes nacionales.	14
1.5.3. Antecedentes locales.	15
1.6. OBJETIVOS	16
1.6.1. Objetivos generales	16
1.6.2. Objetivos específicos	16
2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	17
2.1. BREVE REFERENCIA HISTÓRICA.	17
2.2. MARCO CONCEPTUAL Y ASPECTOS TEÓRICOS REFERIDOS A LAS VARIABLES	18
2.2.1. Adolescencia	18
2.2.2. Embarazo adolescente	18
2.2.3. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes	18
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.	20
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	21
3.1. MÉTODO NIVEL DE INVESTIGACIÓN	21
3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
A. Hipótesis	22
B. Sistema de variables, dimensiones e indicadores	22
C. Esquema del diseño de operativización	22
3.3. COBERTURA DEL ESTUDIO	24
A. Población o Casos, del sector, institución o área de investigación.	24

Criterios de exclusión para casos:	24
Criterios de exclusión para casos:	24
B. Muestra	24
C. Delimitación geográfico-temporal y temática	26
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	27
A. Para recolección de datos y organización de datos	27
B. Interpretación de datos y resultados	28
C. Análisis y datos, prueba de hipótesis	28
d) Aspectos éticos de la investigación	29
4. RESULTADOS	30
4.1. Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos.	30
4.2. Análisis y organización de inferenciales	36
5. CONCLUSIONES	46
6. DISCUSION	47
7. RECOMENDACIONES	49
8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	50
ANEXO	56

1. INTRODUCCION

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial sigue estable la frecuencia del 12 y 13% de embarazos precoces de 15 a 19 años (1). Cuando revisamos las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2015 hemos podido apreciar que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes, es así que por ello el embarazo precoz es un factor principal para la mortalidad materna e infantil (2).

A nivel de Latinoamérica un 30% de las mujeres son madres adolescentes. 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 (3).

En el estado peruano el área menos atendida en las políticas públicas de salud son las necesidades y demandas en la etapa adolescente (4) (5). Tal problema será posible solucionarlo si el estado peruano invierte más y mejor en la adolescencia y juventud (6).

Para el año 2016 el embarazo precoz ascendió en el Perú a un 14,6 % (7). Según estas cifras los adolescentes del área urbana, sobre todo la de menores ingresos tienen las mayores probabilidades de riesgo (8).

A nivel local en la ciudad de Huánuco el embarazo en adolescentes es uno de los problemas de mayor importancia asociados a profundos y rápidos los cambios socioeconómicos y políticos registrados (9). 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 (10). El problema del embarazo precoz afecta al 13.5 % de las adolescentes que hay en Huánuco (11). De acuerdo al reporte que dio a conocer la Defensoría del Pueblo, de enero a setiembre del 2015 reportaron 1328 embarazos en adolescentes en el departamento de Huánuco. Según el registro, 367 fueron reportados en Huánuco, 259 en Leoncio Prado, 157 en Puerto Inca, 103 en Pachitea, las demás en el resto de provincias (12). La población adolescente en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari en el periodo 2014, 2015 hubo **76 (setenta seis)** gestantes adolescentes. (13).

1.2. DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. (14)

En la dimensión individual, los factores son la menarquia precoz, invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso (15), uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual (16) y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos (17).

En la dimensión familiar se evidencio como factores a los estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre antecedente de embarazo precoz, padre ausente (18).

En la dimensión social se observó como factores a la erotización de los medios de comunicación. (19)

Los impactos del embarazo precoz tuvieron que ver con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades (20) (21). El riesgo de muerte debido a

causas relacionadas con el embarazo es el doble en mujeres de 15 a 19 años en comparación con mujeres de veintitantos años. (22)

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015?

1.3.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cuáles son los Factores individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes?
- ✓ ¿Cuáles son los Factores familiares de riesgo asociados al embarazo en adolescentes?
- ✓ ¿Cuáles son los Factores sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes?

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROPÓSITO

En el distrito de Amarilis ciudad de Huánuco 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 de la Micro Red Amarilis C. S. "CARLOS SHOWING FERRARI" y que tengan en cuenta los Factores económicas, sociales y culturales que lo condicionan y su repercusión.

Esta problemática aún vigente en la Provincia de Huánuco específicamente en el distrito de Amarilis alcanza niveles más elevados en los centros poblados de la jurisdicción de la Micro Red Amarilis C. S. "CARLOS SHOWING FERRARI". 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.

De modo que la Investigación es conveniente porque pretende contribuir a la solución de un problema de interés social, posee relevancia porque beneficiara a un gran por ciento de adolescentes que comienzan su vida en todos los órdenes, sexual y social pero además los prevendrá de las grandes afectaciones que para su salud sexual y reproductiva. (23)

1.5. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Antecedentes internacionales.

Boston, 2016. Charlton, Brittany M. **“Factores de Riesgo para el embarazo adolescente entre las adolescentes de diversas orientaciones sexuales”**. Se estimaron las razones de riesgo (RR) para el embarazo en la adolescencia (<20 Años) usando modelos log-binomiales ajustados por edad, raza y Región geográfica, examinando los siguientes factores de riesgo potenciales: género Expresión / conformidad, estrés relacionado con la identidad [por ejemplo, preocuparse de que otros Podría pensar que son LGB (lesbianas, gays, bisexuales)], la victimización de intimidación y la perpetración, y abuso infantil. Entre las minorías sexuales, Divulgación de orientación sexual, participación de la comunidad LGB y Hitos del desarrollo (por ejemplo, edad identificada por primera vez como una minoría sexual). Este estudio fue aprobado por el instituto institucional de Brigham and

Women's Hospital. Resultados: En nuestra muestra se incluyeron 173 embarazos de adolescentes (2% de los participantes); 71 ocurrieron entre minorías sexuales (4% de minorías sexuales). La perpetración y cada uno de los artículos de abuso infantil con un riesgo aproximadamente dos veces mayor de embarazo en la adolescencia. Estos hicieron no difieren según los grupos de orientación sexual. Ninguno de los Factores de riesgo entre las minorías sexuales se asociaron con el embarazo. Conclusiones: Los factores asociados a la mayor prevalencia del embarazo adolescente el abuso sexual en la infancia (24).

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. 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. (25)

Asia. 2012. Acharya, Dev Raj; Bhattarai, Rabi; Poobalan, Amudha; Teijlingen, van Edwin; Chapman, Glyn. **“Factores asociados al embarazo adolescente en Asia meridional”**. El objetivo de este estudio es revisar sistemáticamente para identificar los factores de riesgo asociados con el embarazo adolescente en países del sur de Asia. Métodos: Se realizaron búsquedas sistemáticas en bases de datos MEDLINE, EMBASE y CINAHL (1996 a abril de 2007) e información en la web. Los criterios de inclusión fueron los documentos en inglés disponibles en el Reino Unido y que describen el embarazo de adolescentes en el sur de Asia. Resultados: De los siete países del Asia meridional, la mayoría de los estudios estaban relacionados con Nepal, Bangladesh, India y Sri Lanka. Los factores socioeconómicos, el bajo nivel educativo, la estructura cultural y familiar fueron identificados como factores de riesgo para el embarazo adolescente. La mayoría de las adolescentes son informadas con conocimientos básicos sobre la salud sexual, sin embargo, muy pocos de ellos han utilizado el conocimiento en la práctica. Tanto las consecuencias sociales como las médicas de los embarazos de adolescentes se reportan consistentemente a lo largo de la mayoría de los estudios. La utilización de los servicios de salud, que es un factor de protección, sigue siendo baja y consistente. Sin embargo, los adolescentes acordaron retrasar el embarazo indexado si sabían sus consecuencias. Conclusiones: En el sur de Asia, muchos factores de riesgo forman parte de las influencias socioeconómicas y culturales. Esta revisión sistemática está limitada por la cantidad y la calidad de los artículos publicados sobre factores asociados con el embarazo en la adolescencia. En particular, se necesitan investigaciones futuras en países del sur de Asia con

medidas y metodologías estandarizadas para obtener una visión de las variaciones observadas en las tasas de embarazo (22).

1.5.2. 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**”. Conclusión: 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. (26)

En la ciudad de Tacna en el año 2009 a cargo de los investigadores Diana Huanco, A.; Manuel Ticona, R.; Maricarmen Ticona, V. y Flor Huanco, 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). (27)

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%. (28)

1.5.3. 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 (29).

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivos generales

Determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari del periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015.

1.6.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar los Factores individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes.
- ✓ Identificar los Factores familiares de riesgo asociados al embarazo en adolescentes.
- ✓ Identificar los Factores sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes.

2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1. BREVE REFERENCIA HISTÓRICA.

La maternidad adolescente se identifica entre los estudiosos de las ciencias sociales y médicos dedicados a su estudio, con el término de temprana, y como un problema de salud, o una conducta reproductiva de riesgo; pero este, es un punto de vista contemporáneo de la medicina y en el discurso social, que aunque demostrado en sus hechos e investigaciones, no siempre fue representado en ese sentido. La actitud que predominó en la civilización antigua de la cultura occidental, fue más bien la de potenciar la maternidad adolescente y legitimarla; ocurrió así entre los griegos y los romanos; y la tendencia se perpetuó hasta convertirse en una tradición entre muchas familias que la mujer llegara al matrimonio y a la procreación a edades tempranas (30).

A nivel mundial la *tasa de fecundidad adolescente*, ha ido disminuyendo desde los años 50 del siglo XX, pero en forma menos marcada que la *tasa de fecundidad general*, condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. A partir de 1966 se experimentó un decrecimiento de la fecundidad en todos los grupos de mujeres en edad fértil, a excepción del grupo de las adolescentes cuyo incremento sostenido la ubica en 1975 en la 2da posición en la estructura de la fecundidad específica. En 1997, las madres adolescentes eran el 25,2% de toda la población entre 15 y 29 años. Desde fecha tan reciente como el año 2000 las adolescentes ocupan la cuarta posición en la estructura de la fecundidad específica con una tasa de 49,6%, esa tasa muestra un valor que está por debajo del que mostró en 1953, cuando estaba en la quinta posición. Ese descenso obedece a la política de salud dirigida a, mediante la educación sexual, reducir la fecundidad en esas edades (30) (31).

2.2. MARCO CONCEPTUAL Y ASPECTOS TEÓRICOS REFERIDOS A LAS VARIABLES

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.** (32)

2.2.2. Embarazo adolescente

Embarazo que ocurre entre las edades de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.

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

2.2.3.1. Factores Individuales

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. (33)

2.2.3.2. Factores Sociales

Entre los factores socioculturales: 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 (34)

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.

2.2.3.3. Factores Económicos.

1. **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.
2. 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. (35)

2.2.3.4. Factores Familiares

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 (33)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Adolescencia: La etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. (32)

Sexualidad: Conjunto organizado de creencias, opiniones, sentimientos y tendencias que evalúan y disponen de determinada forma al sujeto ante personas, objetos y situaciones, relacionadas con el comportamiento y la identidad sexuales, los roles de género, la orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y con el desarrollo de la actividad sexual.

Salud Reproductiva: Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos.

Salud Sexual: Integración de los aspectos somáticos, emocionales e intelectuales del ser sexual que enriquezca la personalidad, la comunicación y el amor.

Prevención. Proceso activo de implementación de un conjunto de acciones e iniciativas basadas en factores de riesgos y peligros, tendentes a modificar y mejorar la formación y el desarrollo integral, así como la calidad de vida de los individuos.

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. MÉTODO NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**.

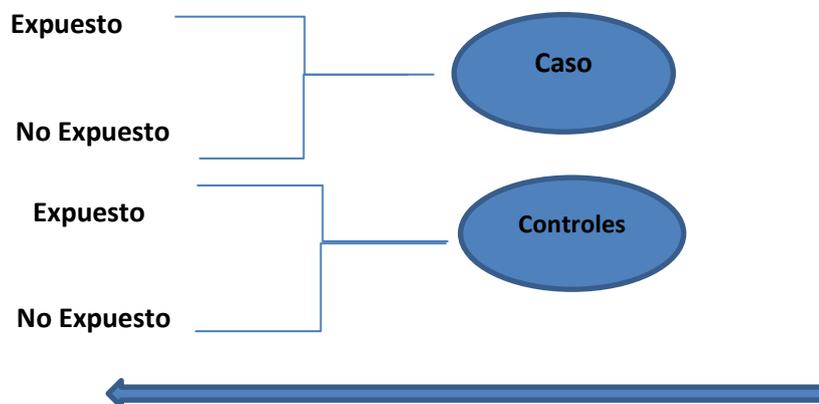
Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **retrospectivo**.

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 multivariado. (36)

3.1.1. Diseño

Se realizará un diseño **caso y control**. Araña de Kleinbaum que muestra el diseño de un estudio de casos y controles. (36)



Caso:

Adolescentes con embarazo – Expuestos a factores sociales, familiares o económicos.

Adolescente con embarazo- No expuestos a factores sociales, familiares o económicos.

Control:

Adolescente sin embarazo – Expuesto a factores sociales, familiares o económicos

Adolescente sin embarazo – No expuesto a factores sociales, familiares o económicos.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

A. Hipótesis

Ha: Los factores de riesgo individuales, familiares y sociales están asociados al embarazo en adolescentes.

Ho: Los factores de riesgo individuales, familiares y sociales No están asociados al embarazo en adolescentes.

B. Sistema de variables, dimensiones e indicadores

Variable independiente: Factores individuales, familiares y sociales

Variable dependiente: Embarazo en adolescente.

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

C. Esquema del diseño de operativización

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Categoría
Variable independiente: Factores de riesgo	Factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición que pueda aumentar la probabilidad de un embarazo en adolescentes.	Factores individuales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menarquía precoz ✓ Baja autoestima. ✓ Mala relación con los padres. ✓ abuso de alcohol ✓ Uso de drogas. ✓ Abandono escolar 	Nominal	Si/ no
		Factores familiares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Violencia familiar ✓ Hacinamiento ✓ Desempleo ✓ Pobreza ✓ Desintegración familiar 	Nominal	Si/no
		Factores sociales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de uso de métodos anticonceptivos ✓ Machismo en el hogar. 	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

3.3. COBERTURA DEL ESTUDIO

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

La población según la base de datos estadística del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari en el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015 fue de **76 (setenta seis)** gestantes adolescentes.

Criterios de inclusión para casos:

- Ser mayores de 12 años y menores de 18 años.
- Haber sido gestante adolescente atendida en el Carlos Showing Ferrari durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015 (mínimo un control en cualquier etapa de la gestación)

Criterios de inclusión para controles:

- Ser mayores de 12 años y menores de 18 años.
- Haber sido gestante adolescente atendida en el Carlos Showing Ferrari durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2015.

Criterios de exclusión para casos:

- Tener mayor de 18 años.
- Gestante adolescente que no fue atendida en el centro de salud Carlos Showing Ferrari en el control prenatal y el parto.

Criterios de exclusión para casos:

- Tener mayor de 18 años.
- No Haber sido atendida en el centro de salud Carlos Showing Ferrari.

B. Muestra

La selección de los casos (adolescentes embarazadas) y la selección de controles (adolescentes sin embarazo).

Para el tamaño de la muestra utilizaremos la fórmula para casos y controles (37)

(38):

	Gestantes adolescentes (casos)	No Gestantes adolescentes (controles)	Total
Expuestos	56	148	204
No expuestos	20	212	232
Total	76	360	436

$$OR = W = \frac{a \times d}{c \times b}$$

$$OR = W = \frac{56 \times 212}{20 \times 148} = 4$$

✓ P₁: Tasa de exposición entre los casos

$$P_1 = \frac{a}{a + c} \times 100$$

$$P_1 = \frac{56}{76} \times 100 = 73\%$$

✓ P₂: Tasa de exposición entre los controles

$$P_2 = \frac{b}{b + d} \times 100$$

$$P_2 = \frac{148}{360} \times 100 = 41\%$$

Fórmula para casos y controles (39):

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Donde:

- ✓ Z_{1-α/2}: Nivel de confianza. La seguridad con la que se desea trabajar (α), o riesgo de cometer un error de tipo I. Generalmente se trabaja con una seguridad del 95% (α = 0,05) = **1.96**
- ✓ Z_{1-β}: El poder estadístico (1-β) que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II. Es habitual tomar β = 0,2, es decir, un poder del 80% = **0.84**
- ✓ P: Probabilidad de existir o tasa de prevalencia (P₁ + P₂ / 2) = **0,57**
- ✓ P₁: La frecuencia de la exposición entre los casos, cuyo valor es 73% = **0,73**
- ✓ P₂: La frecuencia de la exposición entre los controles, cuyo valor es 41% = **0.41**
- ✓ W: Odds ratio previsto = **4**.

Ahora reemplazamos:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n

$$= \frac{[1,96 \sqrt{2 \times 0,57(1 - 0,57)} + 0,84 \sqrt{0,73 (1 - 0,73) + 0,41 (1 - 0,41)}]^2}{(0,73 - 0,41)^2}$$

$$n = 44$$

Se trabajó en una proporción de casos controles 1: 2, es decir se necesitó un grupo de 44 casos y otros 88 controles.

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio.

Ahora sacaremos nuestra muestra según el programa epídat

The screenshot shows the 'EPI DAT' software interface. The title bar reads 'PROGRAMA PARA ANALISIS EPIDEMIOLÓGICO DE DATOS TABULADOS. VERSIÓN 3.1'. Below the title bar, there are logos for 'XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE Dirección Xeral de Saúde Pública' and 'Organización Panamericana de la Salud'. The main window is titled 'Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles emparejados'. It has a 'Datos y resultados' tab. On the left, there are input fields: 'Proporción de casos expuestos(%)' with value 73.000, 'Proporción de controles expuestos(%)' with value 41.000, and 'OR esperado' with value 3.891. On the right, there are input fields: 'Nivel de confianza (%)' with value 95.0. Below these are 'Calcular' options: 'Tamaño de muestra' (selected) and 'Potencia'. To the right of these are 'Potencia (%)' fields: 'Mínimo' (84.0), 'Máximo' (84.0), and 'Incremento' (0.0).

Resultado final

The screenshot shows the same software interface as above, but with the results displayed. The 'Datos y resultados' tab is active. The input fields are the same. The 'Calcular' options are 'Tamaño de muestra' (selected) and 'Potencia'. The 'Potencia (%)' fields are 'Mínimo' (84.0), 'Máximo' (84.0), and 'Incremento' (0.0). Below the input fields, the results are displayed: 'Proporción de casos expuestos: 73.000%', 'Proporción de controles expuestos: 41.000%', 'OR esperado: 3.891', and 'Nivel de confianza: 95.0%'. At the bottom, there is a table with two columns: 'Potencia (%)' and 'Número de pares'. The table shows a value of 84.0 in the 'Potencia (%)' column and 44 in the 'Número de pares' column.

C. Delimitación geográfico-temporal y temática

Delimitación geográfica:

- ✓ Departamento: Huánuco
- ✓ Provincia: Huánuco
- ✓ Distrito: Amarilis

- ✓ Área: Urbana
- ✓ Lugar: Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

Delimitación temporal:

- ✓ La recolección de datos para la futura tesis será de enero del 2014 a diciembre del 2015.

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 Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A. Para recolección de datos y organización de datos

Permiso: se procedió a enviar una solicitud al director del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari para solicitarle el permiso correspondiente para el recojo de información.

Encuestadores: los encargados de recolectar los datos fueron hechos por la misma investigadora.

Aplicación: Por ser un estudio retrospectivo el instrumento será la ficha de recolección de datos, la cual será rellena en base a fuentes secundarias, esto quiere decir que la información será recolectada de historias clínicas, registros clínicos y la base de datos del Centro de Salud. De adolescentes gestantes y no gestantes.

B. 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.

C. 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.

4. RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos.

Tabla N° 01.

Descripción de la distribución según la edad de las adolescentes.

Edad	Caso		Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 12 a 14 años	17	38,6	60	68,2
De 15 a 17 años	27	61,4	28	31,8
Total	44	100,0	88	100,0

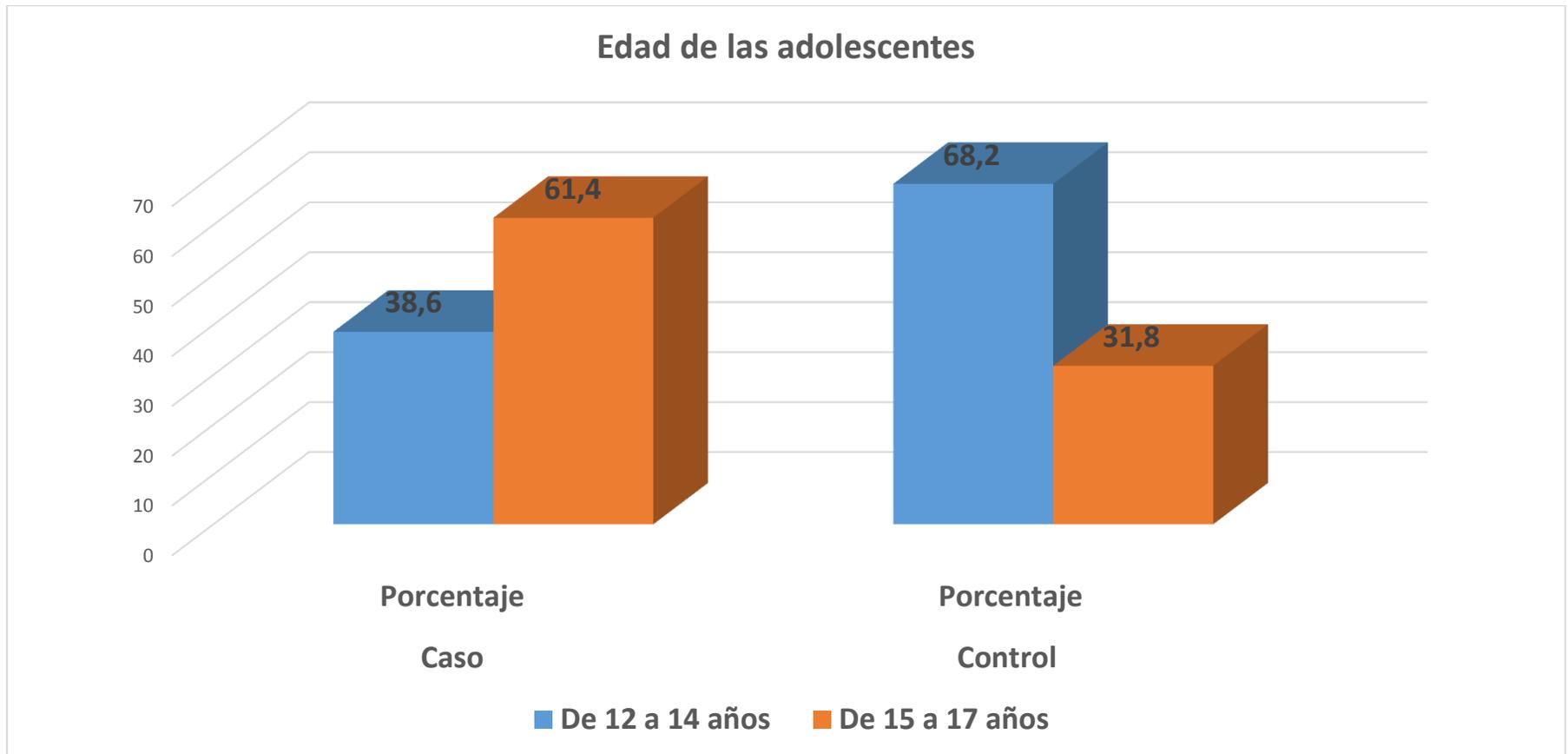
Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

En el grupo de adolescentes gestantes podemos observar que el 61,4% de los adolescentes embarazados tuvieron edades de 15 a 17 años y el 38,6% tienen edades de 12 a 14 años. En el grupo control hemos podido observar que el 68,2% de las gestantes sin embarazo tuvieron edades de 15 a 17 años y un 31,8% edades de 12 a 14 años.

Grafico N° 01.

Representación gráfica de la distribución según la edad de las adolescentes.



Fuente: instrumento de recolección.

Tabla N° 02.

Descripción de la distribución según la religión de las adolescentes.

Tipo de religión	Caso		Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católico	38	86,4	60	68,2
Protestante	4	9,1	14	15,9
Testigo de Jehová	1	2,3	14	15,9
Adventista	1	2,3	0	0
Total	44	100,0	88	100,0

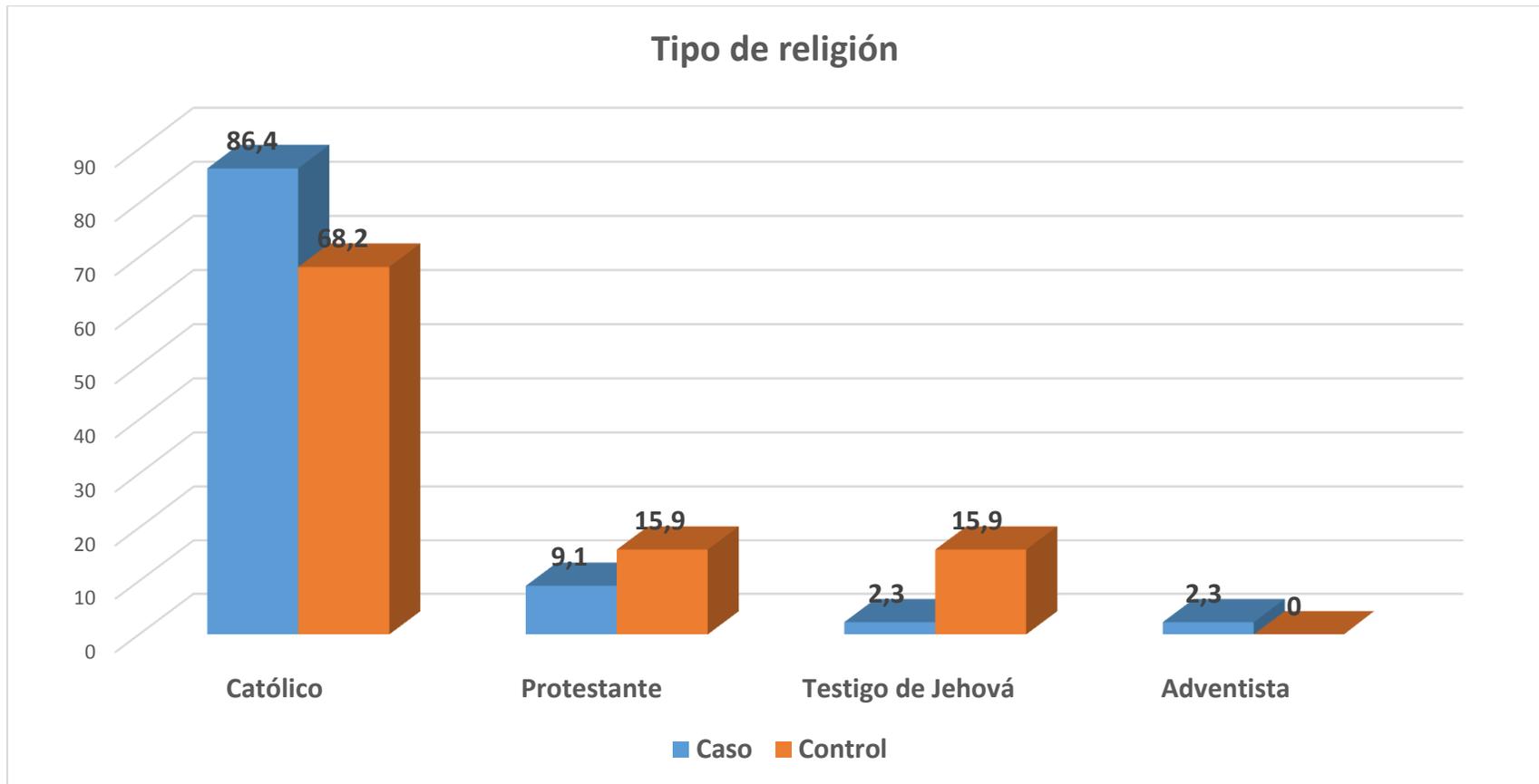
Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Al comparar los dos grupos podemos apreciar que el grupo control (gestantes adolescentes) el 86,4% son católicas; el 9,1% son protestantes; el 2,3% son testigos de Jehová y el otro 2,3% son adventistas. Así mismo en el grupo control (adolescentes sin embarazo) podemos observar que el 68,2% son católicas; el 15,9% son protestantes; el otro 15,9% son testigos de Jehová y existe un 0% de adventistas.

Grafico N° 02.

Representación gráfica de la distribución según la religión de las adolescentes.



Fuente: instrumento de recolección.

Tabla N° 03.

Descripción de la distribución según el grado de instrucción de las adolescentes.

Grado de instrucción	Caso		Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	15	34,1	4	4,5
Secundaria	28	63,6	84	95,5
Superior	1	2,3	0	0
Total	44	100,0	88	100,0

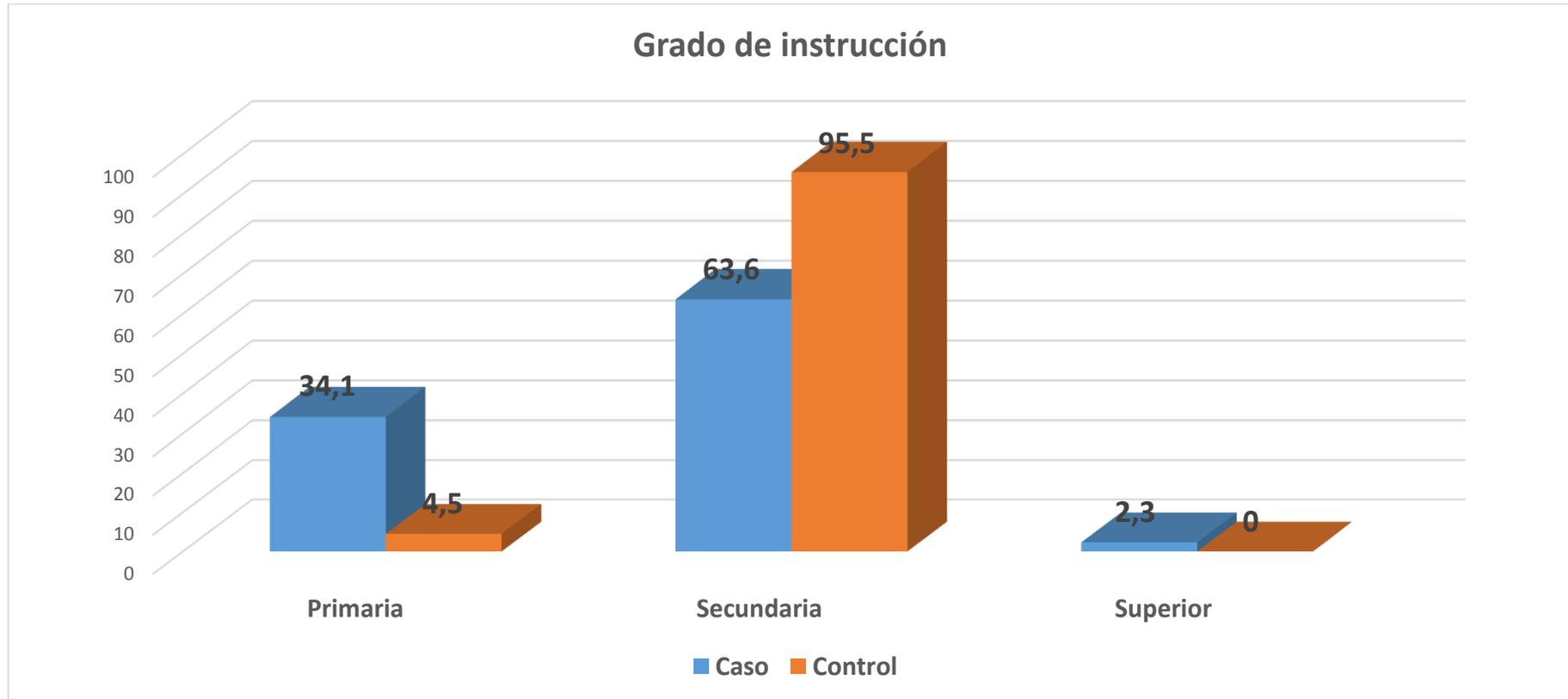
Fuente: instrumento de recolección.

Interpretación:

Al comparar los dos grupos podemos apreciar que el grupo control (gestantes adolescentes) el 63,6% tiene un grado de educación secundaria; un 34,1% el grado de instrucción primaria y un 2,3% con un grado de instrucción a nivel superior. Así mismo en el grupo control (adolescentes sin embarazo) podemos observar que el 95,5% tiene un grado de instrucción a nivel secundario y el 4,5% un grado de instrucción primaria.

Grafico N° 03.

Representación gráfica de la distribución según el grado de instrucción de las adolescentes.



Fuente: instrumento de recolección.

4.2. Análisis y organización de inferenciales

Tabla N° 04

Menarquia precoz como factor factores individuales asociados al embarazo en adolescentes.

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

Fuente: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores individuales podemos observar que la **Menarquia** precoz es un factor de riesgo para el embarazo en las adolescentes, pues se obtuvo un **OR de 2,10** lo cual manifiesta que las adolescentes que presentan menarquia precoz **tienen 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 No existe significancia estadística entre la menarquia precoz y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 05.

Baja autoestima como factor factores individuales asociados al embarazo en adolescentes.

FACTOR INDIVIDUAL	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: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores individuales 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 No existe significancia estadística entre la baja autoestima y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 06.

Consumo de alcohol como factor individual asociado al embarazo en adolescentes.

FACTOR INDIVIDUAL	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: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores individuales 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 no existe significancia estadística entre el consumo de alcohol y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 07.

Violencia familiar como factor familiar asociado al embarazo en adolescentes.

FACTOR FAMILIAR	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: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Familiares 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 no existe significancia estadística entre la violencia familiar y el embarazo en adolescentes.

Tabla N° 08.

Hacinamiento como factor familiar asociado al embarazo en adolescentes.

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

Fuente: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Familiares 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 no existe significancia estadística entre el **Hacinamiento y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 09.

Ingresos económicos bajos en la familia como factor familiar asociado al embarazo en adolescentes.

FACTOR FAMILIAR	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: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Familiares 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 no existe significancia estadística entre los ingresos económicos bajos en la familia y **el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 10.

Desintegración Familiar como factor familiar asociado al embarazo en adolescentes.

FACTOR FAMILIAR	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: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Familiares 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 no existe significancia estadística entre la desintegración familiar **y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 11.

Uso de Métodos de Planificación Familiar como factor familiar asociado 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
Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar.	2,210	0,137	1,887	,811	4,390

Fuente: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales 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 no 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 familiar asociado 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

Machismo de padres	5,896	0,015	2,584	1,188	5,622
---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

Fuente: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales 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 no existe significancia estadística entre el machismo de padres **y el embarazo en adolescentes.**

Tabla N° 13.

Violencia sexual como factor familiar asociado 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 sexual.	1,535	0,215	4,143	,365 46,990

Fuente: instrumentos de recolección.

Interpretación:

Dentro de los Factores Sociales 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 no existe significancia estadística entre la **violencia seual y el embarazo en adolescentes.**

5. CONCLUSIONES

Dentro de los Factores individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari pudimos evidencia los siguientes: Menarquia precoz (OR: 2,1), Baja autoestima (OR: 1,6) y el consumo de alcohol (OR: 2,6).

Dentro de los Familiares individuales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari pudimos evidencia los siguientes: Violencia familiar (OR: 2,1).

Dentro de los Familiares sociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari pudimos evidencia los siguientes: Falta de Uso de Métodos de Planificación Familiar (OR: 1,8), el machismo de los padres (OR: 2,5) y la violencia sexual (OR: 4,1).

Entonces los Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 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.

6. DISCUSION

Los Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 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 (40). 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). (41)

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 (42), 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 (29), 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.

RECOMENDACIONES

- Si bien uno de los factores individuales asociados al embarazo en adolescente es la baja autoestima se debe trabajar con adolescentes elaborando un **“Proyecto de vida”**, así tendrán ellas una meta fija para trabajar en él, convencidas que pueden lograrlo.
- Además se debe trabajar con un proyecto de vida y autoestima con la adolescente, se debe trabajar con la familia, quienes al participar crea lazos afectivos para mejorar el vínculo familiar, de no ser así poder identificar los riesgos en los que vive cada adolescente: alcohol, violencia, hacinamiento, etc.
- 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.

7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El bono demográfico en las regiones del Perú. 2012. Lima: UNFPA; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. [Online].; 2015 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
3. Organización de Naciones Unidas (ONU). Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad. [Online].; 2014 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: 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&_utmsr%3Dgoogle%7Cutmc.
4. Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del Pleno Jurisdiccional del Tribunal constitucional 00008/2012 PI/TC. 12 de diciembre del 2012. 2012..
5. 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.
6. MINDES. Plan nacional de población 2010 - 2014. [Online].; 2010 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/plan_nacional_2010-2014.pdf.

7. 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 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <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/>.
8. 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.
9. MINSA. Ministerio de salud. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescente. [Online].; 2013 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente-2013-2021.pdf>.
10. Contreras Rodríguez S. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2015 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/crmc.htm>.
11. Tapia O. diario Ahora. [Online].; 2014 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://www.ahora.com.pe/index.php/component/k2/item/3284-se-incrementan-embarazos-adolescentes-en-huanuco>.
12. Rodríguez PM. Diario Ahora. [Online].; 2014 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ciudad/defensoria-reporta-1-328-embarazos-adolescent-202073/>.
13. MINSA. Análisis de salud del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. 2015. Oficina de logística.

14. 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 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/report/beginning-too-soon-adolescent-sexual-behavior-pregnancy-and-parenthood-review-research-and-interventions>.
15. Juventud. INdl. Orientaciones y Estrategias para el Trabajo en Salud Adolescente. 1997. Santiago, Chile.
16. Grant D, Corcoran J. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. J Marriage Family. 1997 junio; 59(5): p. 551-567.
17. 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.
18. Papalia D, Wendkos S. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 5th ed. Mexico: Editorial McGraw-Hill; 2001.
19. 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.
20. 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.
21. 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).

22. Acharya DR, Bhattarai R, Poobalan A, Teijlingen vE, Chapman G. Factores asociados al embarazo adolescente en Asia meridional. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*. 2012 junio; 4(1).
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6 %. [Online].; 2015 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>.
24. Charlton BM. Factores de Riesgo para el embarazo adolescente entre las adolescentes de diversas orientaciones sexuales. *Poster Abstracts / J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 junio; 29(1): p. 195-196.
25. Trinidad Noguera KI, Chávez Montes de Oca VG, Carrasco Ponce 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.
26. Menéndez GuerreroI GE, Navas CabreraII I. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 mayo; 38(3): p. 333-342.
27. 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).
28. Cutipa Copa 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 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en:

http://www.tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/209/94_2013_Cutipa_Copa_L_FACS_Obstetricia_2013.pdf?sequence=1.

29. 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 obstétrico. Universidad de Huánuco.

30. Lamanier Regueiferos H. Trabajo Investigativo del embarazo precoz. Joven Club Stgo 13 Flores. [Online].; 2010 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Embarazo_precoz.

31. Cervantes Proveyer C. Selección de lecturas de Sociología y Política Social de Género. 2005. Editorial Félix Varela. La Habana.

32. MINSA. Resolución Ministerial N° 538-2009/ MINSA del 14 de agosto del 2009. [Online].; 2009 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/rm538-NL-RM-210110%20(1).pdf).

33. Bernardita Baeza W. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Rev. chil. obstet. ginecol. 2007 enero; 72(2).

34. Castro Cortes GP. Los factores que interviene en el embarazo. [Online].; 2013 [cited 2016 octubre 02. Available from: <http://castropamela.blogspot.pe/2013/06/capitulo-2-los-factores-que-intervienen.html>.

35. INFOGEN. Sexo y adolescencia. [Online].; 2015 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://infofen.org.mx/factores-de-riesgo-de-embarazo-en-la-adolescencia/>.

36. Gómez M. Bases para la revisión crítica de artículos médicos. *Rev Mex Pediatr.* 2002 junio; 68(4): p. 152-159.
37. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. [Online].; 2012 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp.
38. Fonseca Livias A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huanuco: Biblioteca Nacional del Perú; 2013.
39. Merino T. Estudios de Casos y controles III. [Online].; 2013 [Citado el 01 de junio del 2017]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>.
40. Dávila Ramírez FA. Factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano y deserción escolar en mujeres adolescentes. *Rev. Cienc. Salud.* 2016 junio; 14(1).
41. González Quiñones JC, Salamanca Preciado 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.
42. 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 INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS

SHOWING FERRARI

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) Analfeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

FACTORES ASOCIADOS

FACTORES INDIVIDUALES

5) Según la revisión de la historia clínica la adolescente presento Menarquía precoz (< 12 años)

- a) Si

- b) No
- 6) Según la revisión de la historia clínica del programa EVA la adolescente presento Baja autoestima.
 - a) Si
 - b) No
- 7) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostró consumo de alcohol
 - a) Si
 - b) No

FACTORES FAMILIARES

- 8) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostró Violencia familiar
 - a) Si
 - b) No
- 9) Según la historia clínica la adolescente manifestó tener Hacinamiento en su hogar.
 - a) Si
 - b) No
- 10) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostro Pobreza (ingreso familiar < 850 NS)
 - a) Si
 - b) No
- 11) Según el tamizaje realizado en la historia clínica la adolescente mostro Desintegración familiar.
 - a) Si
 - b) No

FACTORES SOCIALES

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

