UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

Autora:

Br. Castillo Zhigue, Mónica Paulina

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dr. Nestor Purizaga Izquierdo (Presidente) _____

Dra. Isabel Narva Roncal (Secretaria) _____

Dr. Jhon Ypanaque Ancajima (Miembro) _____

Tumbes, 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y forma:

Br. Castillo Zhigue Mónica Paulina (Autora)

Dr. Jhon Ypanaque Ancajima (Asesor)
orcid.org/0000-0002-6050-7423

Tumbes, 2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo Nº 155-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Tumbes – Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los 19 días del mes mayo del dos mil veinticinco, siendo las 14 horas, en la modalidad presencial: en el Pabellón J de las aulas de Obstetricia , se reunieron el jurado calificador de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, designado mediante la RESOLUCIÓN DECANAL N° 0304– 2023/ UNTUMBES – FCS Dr. Nestor Herminio Purizaga Izquierdo (presidente), Dra. Isabel Narva Roncal (secretaria), Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima (Vocal). Reconociendo en la misma resolución, a la Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima como asesor, se procedió a evaluar, calificar y deliberar la sustentación de la tesis, titulada **"Modelo de riesgo social en la salud sexual y productiva de los adolescentes de la Region Tumbes,2023"**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia presentada por la bachiller:

BR. MONICA PAULINA CASTILLO ZHIGUE

Concluida la sustentación y absueltas las preguntas, por parte de la sustentante y después de la deliberación, el jurado según el artículo Nº 65 del Reglamento de Tesis para Pregrado y Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes, declara a la Br. **MONICA PAULINA CASTILLO ZHIGUE, APROBADA** con el calificativo **MUY BUENO**

En consecuencia, queda **EXPEDITA** para continuar con los trámites correspondientes a la obtención del Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, de conformidad con lo estipulado en la ley universitaria Nº 30220, el Estatuto, Reglamento General, Reglamento General de Grados y Títulos y Reglamento de Tesis de la Universidad Nacional de Tumbes.

Siendo las 15:00 Horas con 5 minutos del mismo día, se dio por concluida la ceremonia académica, en forma presencial, procediendo a firmar el acta en presencia del público asistente.

Tumbes, 19 de mayo del 2025.

Dr. Nestor Herminio Purizaga Izquierdo
DNI N.º00252656
ORCID N°0000-0002-3193-5007
(Presidente)

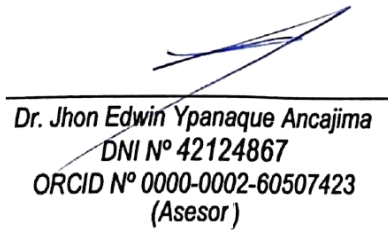
Dra.Isabel Narva Roncal
DNI N.º 18840351
ORCID N° 0000-0002-3004-7446
(Secretaria)

Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-60507423
(Asesor – Vocal)

cc.
Jurado (03)
Asesor
Interesado
Archivo (Decanato)
MPMO/Decano

Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023

por Monica Paulina Castillo Zhigue



Fecha de entrega: 07-may-2023 01:19a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2086290191
Nombre del archivo: Monica__Tesis_05.05.docx (248.33K)
Total de palabras: 8710
Total de caracteres: 47377

Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

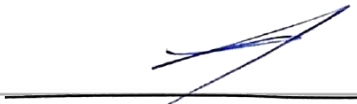
25%	24%	16%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.elsevier.es Fuente de Internet	3%
2	www.oas.org Fuente de Internet	2%
3	www.who.int Fuente de Internet	2%
4	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
6	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
7	Coria Ponce Neyra. "Intervención de enfermería en embarazos de adolescentes desde la perspectiva de Virginia Henderson", TESIUNAM, 2022 Publicación	1%

Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-60507423
(Asesor)

8	Mota Piza Jocelyn Roxana. "Atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer adolescente de la Colonia CNOP de Iguala de la Independencia Guerrero", TESIUNAM, 2021 Publicación	1 %
9	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	es.slideshare.net Fuente de Internet	1 %
11	www.scielo.cl Fuente de Internet	1 %
12	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1 %
13	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
14	evidencia.midis.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	Rodríguez Valencia Aldo Paul. "Funcionalidad y tipología familiar en primigestas adolescentes y no adolescentes en el Hospital General Vicente Guerrero en Acapulco Guerrero", TESIUNAM, 2020 Publicación	<1 %



Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-60507423
(Asesor)

17	www.bancomundial.org Fuente de Internet	<1 %
18	Ordaz Tepexicuapa Sandra. "La instrumentación docente frente a la problemática de educar sobre sexualidad para adolescentes, en el tercer año del nivel medio básico", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
19	www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
20	laguajirahoy.com Fuente de Internet	<1 %
21	elinasimic.neocities.org Fuente de Internet	<1 %
22	Hernández Amezcua Pamela Vanessa Rubí. "Las habilidades para la vida como estrategia para la prevención de conductas de riesgo en estudiantes de bachillerato", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
23	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
24	Sandoval Reynoso Yessica María de Jesús. "Factores de riesgo que predisponen el no uso del condón y sus repercusiones en adolescentes de bachillerato adscritos a la	<1 %

Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-60507423
(Asesor)

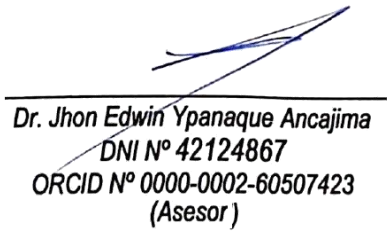
jurisdicción de la Unidad de Medicina Familiar no. 20 Vallejo", TESIUNAM, 2018
Publicación

25	www.eumed.net Fuente de Internet	<1 %
26	Mendoza Nápoles María José. "Factores asociados a la consistencia del uso del condón en hombres privados de la libertad", TESIUNAM, 2018 Publicación	<1 %
27	repositorio.uesiglo21.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
28	Barrera Rodríguez Martha. "Tipología familiar en adolescentes embarazadas de la localidad de Cocula, Guerrero", TESIUNAM, 2016 Publicación	<1 %
29	biblioteca.upc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
31	www.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
32	cgi.seriasa.se.test.levonline.com Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-60507423
(Asesor)

34	www.inclusion-ia.org Fuente de Internet	<1 %
35	www.msc.es Fuente de Internet	<1 %
36	www.noticias24.com Fuente de Internet	<1 %
37	1library.co Fuente de Internet	<1 %
38	cienciadeenfermeria.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 15 words
Excluir bibliografía	Activo		



Dr. Jhon Edwin Ypanaque Ancajima
DNI Nº 42124867
ORCID Nº 0000-0002-60507423
(Asesor)

CERTIFICACIÓN DE ASESORÍA

Yo, Dr. Jhon Ypanaque Ancajima, docente ordinario de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito al Departamento de Obstetricia a la Facultad de Ciencias De la Salud, Escuela Profesional académica de obstetricia.

CERTIFICA:

Que el presente proyecto de tesis titulado “Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023”, presentado por la Bachiller, Castillo Zhigue, Monica Paulina, ha sido asesorado por mi persona, por tanto, queda autorizado para su presentación e inscripción en la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes para su revisión y aprobación correspondiente.

Tumbes, Junio del 2024

Dr. Jhon Ypanaque Ancajima
orcid.org/0000-0002-6050-7423
Asesor del proyecto de tesis

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

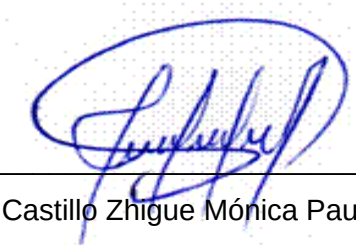
La suscrita Castillo Zhigue; Monica Paulina con C. EXT N° 002038302 bachiller de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, al amparo de la ley N° 27444, Ley de Procedimientos Administrativos Generales, declaro bajo juramento lo siguiente:

El proyecto de investigación titulado “Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023. El estudio presentado cumple con las normas de citas y referencias bibliográficas no ha sido plagiado, es decir que anteriormente no ha sido publicado para obtener algún grado profesional.

En el proyecto de investigación, los datos y contenidos presentados de la tesis no serán falseados, duplicados, copiados. De tal manera que los resultados podrán ser de aporte a la comunidad científica.

De identificarse la falla de auto plagio fraude, plagio o piratería, asumo las consecuencias y sanciones de mi acción, sometiéndome a la normatividad vigente dela Universidad Nacional de Tumbes.

Tumbes, Junio del 2024



Br. Castillo Zhigue Mónica Paulina
Br. Obstetricia

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, por ser mi guía e inspiración, darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener unos de los anhelos más deseados, por derramar sus bendiciones día tras día para así vencer los obstáculos que se presentan en la vida.

A mis queridos padres por haberme forjado como la persona que soy, muchos de mis logros se los debo a ellos, gracias por todo el esfuerzo y sacrificio por brindarme todo el amor, comprensión, apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida y sobre todo en mis estudios.

A mi hija por ser fuente de motivación para superarme cada día y así poder construir juntas un futuro mejor y ser ejemplo de vida para ella.

A mi hermana y esposo, por sus palabras y confianza, por dedicar su tiempo necesario en apoyarme en estos momentos importantes de mi vida.
El logro es mío, pero el triunfo es de ustedes.

Castillo Zhigue Monica Paulina

AGRADECIMIENTO

A mi Dios todo poderoso por ser el autor de mi vida, por permitirme llegar hasta este día que es muy importante para mí, dándome las herramientas necesarias para culminar con éxitos, así mismo por darme siempre las fuerzas necesarias para continuar en lo adverso, guiarme en el camino de lo prudente y darme sabiduría para mejorar día a día.

También quiero agradecer a mi asesor y jurado por todo lo aprendido, por sus observaciones que son de valiosa importancia para llevar acabo un excelente trabajo de investigación y sus aprendizajes servirán a lo largo de la vida profesional.

Y para finalizar agradecer infinitamente a mis padres Elvia Zhigue Espinoza, Manuel Castillo Yuqui a mi querida hija Valentina Bazaran Castillo, mi hermana Margarita Castillo Zhigue y mi esposo Ronald Tenesaca Ortiz por ser los principales promotores de este sueño, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Lo que con mucho trabajo se obtiene, más se ama.

Castillo Zhigue Monica Paulina

ÍNDICE

RESUMEN ..... **xvii**
ABSTRACT ..... **xix**
I. INTRODUCCIÓN **20**
II. REVISIÓN DE LITERATURA **26**
2.1. Bases Teóricas 26
2.2. Antecedentes 37
III. MATERIAL Y MÉTODOS **41**
3.1. Tipo y diseño de investigación 42
3.2. Población, muestra y muestreo 43
3.4. Métodos técnicas e instrumentos de recolección de datos 44
3.5. Procesamiento y análisis de datos 44
3.6. Consideraciones Éticas 44
IV. RESULTADOS **46**
V. DISCUSIÓN **52**
VI. CONCLUSIONES **55**
VII. RECOMENDACIÓN **56**
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **59**
X. ANEXOS **65**

ÍNDICE DE TABLAS

		pág.
Tabla 1	Modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes	**46**
Tabla 2.	Determinar las condiciones socioeconómicas de los adolescentes en los distritos de la Región Tumbes	**47**
Tabla 3	Describir la salud sexual reproductiva de los adolescentes en los distritos de la Región Tumbes	**48**
Tabla 4	Valor predictivo del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes	**49**
Tabla 5.	Prevalencia del embarazo adolescente en los distritos de la Región Tumbes.	**50**
Tabla 6.	Uso de métodos anticonceptivos como factor protector del embarazo adolescente en los distritos de la Región Tumbes.	**51**

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

ANEXO 1: Cuestionario 66
ANEXO 2: **Registro de datos** 67
ANEXO 3: **Modelo predictivo** 68
ANEXO 4: **Operacionalización de la Variables** 69
ANEXO 5: Cronograma 70
ANEXO 5: Presupuesto 71

RESUMEN

La presente investigación, cuyo objetivo general, fue diseñar un modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes. Estudio cuantitativo no experimental, diseño descriptivo correlacional, prospectivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 34,702 adolescentes, distribuidos en los 13 distritos de la Región Tumbes. Los resultados muestran que, en el análisis multivariante para la determinación del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, la deserción escolar es un indicador que está vinculado directa y significativamente con el embarazo en adolescente R2= 64.19; p valor = 0.023. el análisis de regresión para la determinación del valor predictivo del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, este no es significativo p=0.446. La tendencia de la tasa de embarazo del adolescente es descendente en el último quinquenio 2029 – 2023, de 12.4% en el 2019 a 8.2% en el 2023. Al establecer el análisis de regresión logística binaria para la determinación del uso de métodos anticonceptivos como factor protector del embarazo adolescente en la Región Tumbes, se obtuvo un p valor = 0.550, siendo no significativo el factor.

Palabras claves: Modelo de riesgo social, Salud sexual reproductiva

ABSTRACT

The present research, whose general objective is to design a social risk model that determines the sexual reproductive health of adolescents in the Tumbes Region. Non-experimental quantitative study, descriptive correlational design, prospective cross-sectional. The study population will be made up of 34,702 adolescents, distributed in the 13 districts of the Tumbes Region. The results show that, in the multivariate analysis to determine the social risk model that determines the sexual reproductive health of adolescents in the Tumbes Region, school dropout is an indicator that is directly and significantly linked to adolescent pregnancy R2= 64.19; p value = 0.023. The regression analysis to determine the predictive value of the social risk model determining the sexual reproductive health of adolescents in the Tumbes Region, this is not significant p=0.446. The trend in the adolescent pregnancy rate is downward in the last five years 2029 – 2023, from 12.4% in 2019 to 8.2% in 2023. By establishing the binary logistic regression analysis to determine the use of contraceptive methods as a factor protector of adolescent pregnancy in the Tumbes Region, a p value = 0.550 was obtained, the factor being non-significant.

Keywords: Social risk model, Sexual reproductive health

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un fenómeno global con claros orígenes y peligrosas consecuencias sanitarias, sociales y económicas. A nivel mundial, la tasa de nacimientos de adolescentes está disminuyendo, pero la tasa de cambio es desigual entre las regiones. También hay grandes diferencias de grado entre países y dentro de los países. El embarazo adolescente tiende a ser mayor entre aquellas con menor educación o menor nivel económico. Además, las tasas de primer nacimiento de las madres adolescentes disminuyen más lentamente para ellas y otros grupos vulnerables, lo que crea una creciente desigualdad. El matrimonio infantil y el abuso sexual de niñas aumentan el riesgo de embarazos no deseados. En muchos lugares, las barreras al acceso y uso de métodos anticonceptivos impiden que las adolescentes eviten embarazos no deseados. Se está prestando más atención a la mejora del acceso a la atención obstétrica de calidad para las mujeres jóvenes embarazadas y los nuevos padres. La OMS trabaja con socios para promover la atención del embarazo adolescente, recopilar evidencia para la acción, desarrollar políticas y herramientas de apoyo programático, desarrollar capacidades y apoyar a los países para abordar de manera efectiva el embarazo adolescente (1).

Los jóvenes constituyen el 24,5 por ciento de la población estadounidense total. Mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes será un gran desafío en la próxima década debido a los cambios que se están produciendo en la región: cambios demográficos, globalización, cambios ambientales y nuevas tecnologías de la comunicación. Los países del Hemisferio Occidental necesitan promover y proteger la salud y el desarrollo de sus poblaciones jóvenes para construir capital social y promover la salud de la población durante los tiempos económicos más productivos (2).

Las reglas culturales y de género a menudo limitan el acceso de los jóvenes a la información básica. Las mujeres adolescentes en ocasiones están destinadas a desempeñar roles desiguales y más pasivos en la determinación de su salud sexual y reproductiva, con menor autonomía y vulnerabilidad a la coerción sexual.

Asimismo, las expectativas tradicionales de masculinidad a menudo conducen a comportamientos que aumentan el riesgo de VIH entre hombres y mujeres jóvenes. Por otro lado, los factores relacionados con el atractivo y la orientación sexual de los jóvenes también afectan su salud sexual y reproductiva.
En algunos países del territorio, la mayoría de los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales durante la pubertad. En algunos países centroamericanos, alrededor del 50% de las mujeres entre 15 y 24 años son sexualmente activas a los 15 años. (2) Esta proporción es mayor en las zonas rurales, donde los jóvenes tienen menos educación. Casi el 90% de la juventud en América Latina y el Caribe informan estar al tanto al menos de un método anticonceptivo, mientras que entre el 48% y el 53% de los jóvenes activos sexualmente nunca han usado anticoncepcional. Alrededor del 40% de las personas alguna vez han usado anticonceptivos. (3)

En la región, las principales causas de muerte entre las personas de 15 a 24 años son causas externas, incluidos accidentes, homicidios, suicidios, etc., seguidas de enfermedades transmisibles, incluido el VIH/SIDA, enfermedades no transmisibles y dificultades del embarazo, parto y entrega. maternidad. Las infecciones de transmisión sexual, ITS afectan a 1 de cada 20 adolescentes cada año, y las causas más comunes son: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomonas. Sin un tratamiento a largo plazo, las ETS pueden aumentar el riesgo de cáncer e infección por VIH y causar hasta la mitad de los casos de infertilidad (4). En el Caribe, el SIDA es una de las cinco principales causas de muerte entre los jóvenes. En 2004, la proporción estimada de jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH en el Caribe era 1,6% (0,9 - 2,3 de mujeres) y 0,7% (0,4 - 1,5) de sexo masculino.

Embarazo en la adolescencia. La mitad de los países de la región tienen una tasa de natalidad adolescente superior a 72 por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años. Se estima que el 40% de estos embarazos no son planificados. Y sus hijos sufren más riesgos para la salud (5). América Latina y el Caribe registró el 45% es decir 405 muertes por aborto inseguro 900 en mujeres menores de 24 años (6).
La información sobre los factores de peligro y resguardo asociados con el embarazo adolescente en países de ingresos bajos y medianos han demostrado

que las personas con menos educación o un nivel económico más bajo tienden a tener tasas de embarazo más altas (7). Entre estos grupos desfavorecidos, los jóvenes han sido especialmente lentos en la reducción del número de primogénitos, lo que contribuye al aumento de la desigualdad.

Algunos factores pueden influir en el número de embarazos y partos a lo largo de la pubertad-adolescencia. Primero, en muchas sociedades, las niñas son presionadas para salir y tener hijos. Para 2021, se estima que el número de novias infantiles será de 650 millones en todo el mundo: El matrimonio infantil aumenta el riesgo de embarazo para las niñas, ya que es menos probable que los niños que se casan a edad temprana tengan un impacto en la toma de decisiones independiente, el retraso del parto y el uso de anticoncepción. En segundo lugar, en muchos lugares las niñas deciden quedar embarazadas porque sus oportunidades educativas y laborales son limitadas. A menudo, en estas sociedades, se valora la maternidad, dentro o fuera del matrimonio o la convivencia y el matrimonio o la convivencia y la paternidad pueden ser la mejor alternativa disponible para las parejas casadas.

En 2019, se estima que 21 millones de niñas de entre 15 y 19 años de los países de ingreso mediano bajo quedaron embarazadas (8). Se estima que 12 millones de estos embarazos dieron lugar a nacimientos en 2016 (9).
A nivel mundial, la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2021. Sin embargo, las tasas de cambio han sido desiguales en diferentes regiones del mundo, con la mayor disminución en Asia meridional y disminuciones más lentas en las regiones de América Latina y el Caribe y África subsahariana. Aunque se han producido disminuciones en todas las regiones, África subsahariana y América Latina y el Caribe continúan teniendo las tasas más altas a nivel mundial, con 101 y 53,2 nacimientos por cada 1000 mujeres, respectivamente, en 2021(10).

También hay enormes diferencias en la tasa de nacimientos en la adolescencia dentro de las regiones. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, Nicaragua registró la tasa de nacimientos en la adolescencia estimada más alta, con 85,6

por cada 1000 adolescentes en 2021, mientras que en Chile esta cifra fue de 24,1 por cada 1000 adolescentes (11). Hay enormes variaciones, incluso dentro del mismo país. Por ejemplo, en Zambia, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han comenzado a procreares decir, mujeres que han dado a luz o que están embarazadas en el momento de la entrevista osciló entre el 14,9% en Lusaka y el 42,5% en la Provincia Meridional en 2018 (12). En Indonesia, este porcentaje osciló entre el 3,5% en la región administrativa de la Cordillera y el 17,9% en la región de la península de Davao en 2017 (13).

Si bien la tasa de nacimientos en la adolescencia mundial estimada ha disminuido, el número real de partos de adolescentes sigue siendo alto. El mayor número estimado de nacimientos de jóvenes de 15 a 19 años en 2021 tuvo lugar en el África subsahariana entre los 6 114 000, mientras que en Asia Central los nacimientos fueron muchos menos 68 000. El número correspondiente fue de 332 000 entre los adolescentes de 10 a 14 años en el África subsahariana, en comparación con 22 000 en Asia sudoriental en el mismo año (14).

Durante los últimos años, en el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), 13 de cada 100 adolescentes entre 15 a 19 años ya eran madres o se encontraban embarazadas por primera vez. Si bien en el 2020 y 2021 esta cifra se redujo, el problema puede no estar dimensionándose correctamente debido al impacto de la pandemia en los servicios de primer nivel de atención, los cuales fueron suspendidos durante el momento más difícil de la emergencia. En ese contexto, la Endes del 2021 muestra que 8.9 % de las adolescentes entre 15 a 19 años estuvieron alguna vez embarazadas; de estas, 6,6 % ya eran madres y el 2,3 % estaban gestando por primera vez. Adicionalmente, la mayor incidencia se encuentra en el área rural del 15,6 %, principalmente, en lo referido a aquellas que ya han sido madres (15).
Aparte, dicha encuesta da a conocer que los departamentos con mayor índice de embarazo en adolescente de 15 a 19 años fueron Ucayali 25 %, es decir 1 de cada 4, Loreto 18 %, La Libertad 17 %, Amazonas 16 % y Madre de Dios 14 %; como se observa, la región de la Amazonía es la más afectada con esta problemática. También, entendiendo que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, la intervención del Estado debe darse mediante todos

los sectores y niveles de gobierno, a fin de realizar la articulación intersectorial e intergubernamental, así como la ejecución de estrategias para prevenir el aumento de los casos. Para ello, los servicios de salud deben ser diferenciados y especializados en la atención integral de la salud de la población adolescente, lo que implica, entre otras medidas, que el personal debe estar debidamente capacitado (15).

En muchos lugares, los adolescentes no tienen fácil acceso a métodos anticonceptivos. Incluso cuando pueden obtenerlos, pueden carecer de los medios o los recursos para pagarlos, así como el conocimiento sobre dónde obtenerlos y cómo usarlos correctamente. Además, a menudo corren un mayor riesgo de suspender su uso debido a los efectos secundarios y debido a las circunstancias cambiantes de la vida y las intenciones reproductivas. Las leyes y políticas restrictivas relativas al suministro de anticonceptivos basadas en la edad o el estado civil constituyen un obstáculo importante para el suministro y la aceptación de los anticonceptivos entre los adolescentes. A menudo, esto se combina con los prejuicios o la falta de voluntad del personal de salud para reconocer las necesidades de salud sexual de los adolescentes (7)

Para la adolescente, el embarazo está asociado con una desventaja escolar importante, con empleos menos remunerados e insatisfactorios. Cuanto más joven sea la adolescente cuando nace el primer hijo, mayor será la probabilidad del número de hijos posteriores, por lo que las consecuencias socioeconómicas serán más drásticas. A nivel psicosocial, también pueden existir consecuencias negativas, en términos de una reducción de alternativas de vida, de conflictos familiares e insatisfacción personal. En el caso de la adolescente que se une con la pareja a raíz del embarazo, existe mayor riesgo de problemas maritales y de divorcio que en parejas más maduras (16).

En ese contexto surge la siguiente interrogante: ¿El Modelo de riesgo social determina la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023?

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se establecieron como objetivo principal: Diseñar un modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes

El desarrollo del estudio es de relevancia teórica, dado que busca establecer un modelo predictivo de riesgo social determinante en la salud sexual reproductiva que permita orientar la salud publica en acciones sociales estructurales para una mejor salud.

De otro lado, la generación de conocimientos como implicancia metodología, podría demostrar que el alto riesgo social en que viven los adolescentes los predispone a situaciones de riesgo, como el embarazo en la adolescencia, creando un círculo social deliberante.

En cuanto a la implicancia práctica, poniendo a disposición la información científica predictiva de riesgo, se pueden establecer estratos sociales por distrito para una mejor aplicación de estrategias de salud locales a fin de mejorar la salud sexual reproductiva de los adolescentes.

Del mismo modo, la investigación es factible, dado que las bases de datos secundarias, sometidas al análisis, son de acceso libre y permiten establecer modelos predictivos, que ponen de manifiesto una verdadera construcción social de la salud.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Bases teóricas

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa (17)

La cantidad de cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales que ocurren en esta época pueden causar expectativas y ansiedad tanto a los niños como a sus familias. Entender qué se puede esperar en las distintas etapas puede promover un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y a principios de la adultez (18). Adolescencia temprana entre los 10 y los 13 años. Adolescencia media entre los 14 y los 17 años. Adolescencia tardía 18 a 21 años... ¡o más!

Estas fases, Las mujeres tienden a desarrollarlos antes que los hombres porque tienen un inicio más temprano de la pubertad, y los cambios asociados con ellos pueden volverse más complejos a medida que los adolescentes pasan de una condición a otra. Al igual que diferentes períodos del ciclo de vida, la adolescencia tiene sus propias tareas de progreso. Son "tareas que surgen en una determinada etapa de la vida de un individuo, cuyo correcto desempeño conduce a la felicidad y al éxito en las tareas futuras, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad personal, la insatisfacción con la sociedad y las dificultades en la vida". Tareas subsiguientes (19) Se visualiza un curso de desarrollo a medida que estas tareas se completan y se combinan con competencias que emergen más tarde, culminando en una acción adaptativa durante la maduración.

Erikson identifica la principal tarea de este período como la búsqueda de identidad (20). Esta identidad ¿Quién soy yo?, un sentido constante y estable de sí mismo, que no varía significativamente de una situación a otra, ayuda a distinguir a esta persona de su familia, colegas y otros. Alcanzar la identidad personal en la adolescencia tardía y la adultez temprana implica varios aspectos: aceptación del propio cuerpo, objetividad y aceptación de la personalidad, identidad sexual, identidad profesional e identidad juvenil. Ideología o filosofía de la vida, incluida la autoestima o identidad moral. (21)

Esta autoconciencia no es un resultado inevitable del desarrollo, sino el resultado de un proceso activo de investigación18, que obliga a los jóvenes a distinguir quiénes son realmente de quiénes quieren ser, ya responsabilizarse de ambos. potenciales. y limitaciones. Puede hacer esto solo después de haber evaluado cuidadosa y minuciosamente las diversas alternativas para los diversos aspectos de la identidad y haber sacado sus propias conclusiones. Los jóvenes pueden experimentar con diferentes comportamientos, estilos y grupos de iguales para acertar su propia identidad, proceso que también conllevar una cierta revuelta contra la imagen familiar. Una persona identificada se siente sintonizada consigo misma y acepta sus capacidades y limitaciones (22). Asimismo, una vez establecida esta identidad personal, tienden a la intimidad y al compromiso con su pareja y misión y pueden hacerlo con ideología política y creencias espirituales. La duración actual de la adolescencia influye en el desarrollo de la identidad, que puede tardar más en afincarse. (23).

Otra labor de desarrollo durante la adolescencia es la adquisición de la independencia (22), que ocurre cuando los adolescentes se vuelven emocional y financieramente independientes de sus padres. Para ello, los jóvenes deben ser separados paulatinamente de sus familias de origen, provocando muchas veces algún conflicto e incluso rebelión con sus padres. Al mismo tiempo, como parte del mismo proceso, desarrollan lazos emocionales cada vez más profundos sean amigos, parejas con sus pares, cambiando así el enfoque emocional de la familia al grupo de pares. Para alcanzar la independencia, los jóvenes también deben adquirir competencias profesionales/laborales que les permitan seguir un camino que tarde o temprano les lleve a ser económicamente autosuficientes. En

consecuencia, al final de la adolescencia y la edad adulta temprana, si el proceso va bien, la mayoría de los jóvenes lograrán la autonomía psicológica un sentido de sí mismos que les permite tomar decisiones en lugar de depender de la familia y asumir roles, privilegios y responsabilidades. adultos y, en su caso, su independencia física capacidad para ganarse la vida fuera del hogar (23).

Otro indicador de la adolescencia es el desarrollo de habilidades sociales y emocionales (24). El primero involucra la habilidad de manejar o autorregular las propias emociones, mientras que el segundo involucra la habilidad de interactuar efectivamente con los demás. En cuanto a la segunda, además de promover la autonomía progresiva, las relaciones entre pares tienen otras funciones importantes que contribuyen significativamente al bienestar y desarrollo psicosocial de los niños y jóvenes (25). Influyen en el proceso de búsqueda y fortalecimiento de la identidad, ampliando las perspectivas sobre las costumbres y normas sociales, y brindando el contexto para ejercitar habilidades y satisfacer diferentes necesidades entre los individuos intimidad, validación mutua, vínculo. La amistad también puede actuar como un amortiguador que te protege de los problemas psicológicos frente a las costumbres estresantes de la vida.

Varios fenómenos que ocurren durante la adolescencia facilitarán procesos anteriores, uno de los más importantes es el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas. Según la investigación de Piaget, el pensamiento en esta etapa se desarrolla de operativo concreto a operativo formal (26). El joven se liberó de la realidad establecer directa y entró en el reino de los conceptos abstractos, el mundo de las ideas. Pasa de ser un pensador concreto, que piensa en cosas que conoce o con las que tiene contacto directo, a un pensador abstracto que puede imaginar cosas que nunca ha visto o experimentado. Un joven logra una mentalidad operativa formal a través de un proceso gradual que le permite adquirir habilidades de razonamiento más avanzadas. (27).

Estos contienen la capacidad de pensar en todos los sucesos y el razonamiento deductivo hipotético, lo que permite una mejor resolución de problemas a través de la exploración sistemática y racional de una variedad de alternativas e incluso inferencias sobre sus posibles consecuencias. Además, puede comprender y

construir teorías sociales, políticas, religiosas, filosóficas, científicas, etc., participar en la sociedad y tener una actitud analítica y a menudo crítica de la ideología adulta, que suele ir acompañada de cambios la voluntad de la sociedad e incluso destruirla su imaginación, si es necesario para construir una sociedad mejor. El pensamiento operativo formalizado también permite la reflexión analítica sobre el propio pensamiento como pensar sobre el pensamiento y la participación en investigaciones matemáticas más avanzadas (28).

Los fenómenos explicados anteriormente y otros se exploran más adelante en relación con los diversos períodos de la adolescencia y las áreas del desarrollo psicosocial (29). Aunque estos últimos se refieren por separado, consta una interacción y un flujo constante entre ellos que dicta que lo que sucede en uno afecta lo que sucede en el otro. Al mismo tiempo, el desarrollo físico, incluido el desarrollo del cerebro, afecta significativamente el funcionamiento de estos diversos dominios.

De acuerdo con la definición de pubertad de la Organización Mundial de la Salud (30), el embarazo adolescente, es el embarazo que ocurre en una mujer entre las edades de 10 y 19 años. Se considera un inconveniente de salud pública por sus secuelas socioeconómicas y de salud negativas para las madres, sus hijos y el medio ambiente. Nuevamente, debido a que estos embarazos tienen mayor riesgo, esto significa altos costos para el sistema de atención médica. Un estudio de 2006 estimó el costo nacional anual en los Estados Unidos en $9,1 millones (31). Se sabe que las adolescentes corren un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad durante el embarazo, complicaciones obstétricas, cesárea, parto instrumentado y resultados neonatales adversos (bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad infantil) (32). Sin embargo, no está claro si estos riesgos son causados por la inmadurez biológica o por factores sociodemográficos (33).
La Organización Mundial de la Salud ha identificado el embarazo como una de las prioridades para la atención de los adolescentes porque afecta la salud tanto de la madre como del niño. La mortalidad materna en el grupo de edad de 15 a 19 años en los países en desarrollo es el doble que en el grupo de edad de veinte a treinta y cuatro años; En México, la tasa de mortalidad de mamás menores de 24 años corresponde al 33% de todas las defunciones (34).

Los riesgos médicos asociados con el embarazo para las madres adolescentes, como hipertensión, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro y mala nutrición, aumentan la morbilidad y mortalidad materna y pueden duplicar o triplicar las tasas de mortalidad infantil en comparación con el grupo de edad de 20 a 29 años. El 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa son de madres adolescentes.

La morbilidad en los embarazos adolescentes se puede clasificar según la edad gestacional. El aborto espontáneo, la anemia, la infección del tracto urinario y la bacteriuria asintomática son prominentes en la primera mitad. Más adelante en el embarazo, síntomas de hipertensión, hemorragia asociada a patología placentaria, aumento de peso insuficiente asociado a desnutrición materna, anemia, síntomas de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, desequilibrio del puerto craneal debido al progreso parcial de la pelvis ósea y la labor de parto largo (35).

Los problemas de salud en los hijos de nuevas madres se asociaron con bajo peso al nacer, puntajes de Apgar bajos, lesiones en el nacimiento, problemas neurológicos y un riesgo de muerte en el primer año de vida que era el doble que el de otras madres. No hay duda de que el hijo de una madre adolescente es un niño problemático porque su desarrollo depende de otro individuo que aún no lo ha completado (36).

El embarazo adolescente puede causar diversos problemas físicos, psicológicos y sociales para la madre y el niño. En el grupo de jóvenes, hay indicadores de que los menores de 15 años son los de mayor riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de las adolescentes, ya que los desafíos que el embarazo y el parto representan para el desarrollo personal de cualquier mujer se ven agravados por la edad de la pubertad (37).

Como tal, esta es una etapa de desarrollo que implica cambios físicos dramáticos, así como conflictos psicosociales y redefinición de la personalidad. Sin embargo, otros riesgos para las adolescentes y sus hijos no dependen necesariamente de

la edad materna, sino que pueden reflejar una variedad de condiciones de salud, sociales, económicas, psicológicas y familiares asociados con las relaciones sexuales tempranas y sin protección con estas mujeres jóvenes. Quizás la convergencia de dos tipos de factores de riesgo los propios del embarazo no puberal y los asociados a este fenómeno hace tan importante la atención preventiva e intervención específica para este grupo de pacientes (38).

Para las adolescentes, el embarazo se asocia con graves deficiencias en la escuela, salarios más bajos y trabajo insatisfactorio. Cuanto más temprana es la edad en que los jóvenes tienen su primer hijo, más probable es el número de hijos posteriores y más dramáticas las consecuencias socioeconómicas. A nivel psicosocial, también puede haber efectos negativos tales como opciones de vida reducidas, conflictos familiares e insatisfacción personal. Los adolescentes que se unen a una pareja por embarazo tienen mayor riesgo de problemas matrimoniales y divorcio que las parejas adultas (39)

Las diversas formas de expresión de la cultura mexicana en diferentes clases socioeconómicas relevan de manera particular el impacto del embarazo y la maternidad en la adolescencia. No es posible explicar el perfil de personalidad uniforme de las adolescentes, ni existe una mayor frecuencia de inestabilidad emocional en las adolescentes embarazadas, es probable que se encuentren en desventaja para enfrentar los desafíos implícitos de la maternidad e influyan significativamente en el desarrollo posnatal (40).

La propia adolescencia trae desafíos y conflictos, dependiendo de la cultura y clase sociocultural. La búsqueda de identidad, tan común en algunas sociedades y subculturas, puede ser menor en grupos donde los modelos sociales son más claros y las alternativas son relativamente limitadas. Aunque las diferencias culturales son posibles, cabe señalar que la maternidad femenina durante la adolescencia tiene efectos aún más deterministas en el desarrollo psicosocial posterior. Se encontró que las características personales de las adolescentes embarazadas las distinguen de otras que no concibieron y que usaron adecuadamente la anticoncepción. En general, el conocimiento y uso de anticonceptivos aumentó después del primer embarazo. Sin embargo, las diferentes actitudes hacia esto pueden estar relacionadas con si contribuyen a la eficacia del uso de anticonceptivos (41).

La pobreza, las escuelas de baja calidad, la desigualdad y la falta de toma de decisiones y control sobre sus planes de vida ponen a las niñas de América Latina y el Caribe en mayor riesgo de embarazo adolescente y precoz. Según un nuevo estudio del Banco Mundial (42), esto a su vez está relacionado con la disminución de las oportunidades educativas, económicas y laborales. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe: Embarazo Temprano, Pobreza y Logro Económico muestra que, a pesar de los avances en los indicadores de educación y salud, el embarazo adolescente y el embarazo temprano siguen siendo desafíos importantes en la región durante la última década. Población femenina a mitad de año y aumento de la participación laboral femenina.

ALC tiene la tercera tasa de fecundidad juvenil más alta, 72 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, detrás de África subsahariana y el sur de Asia 108 y 73 respectivamente. De hecho, la mayoría de los países de la región se encuentran entre los 50 países con las tasas de natalidad adolescente más altas del mundo, con ocho países Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Venezuela, Ecuador, El Salvador y Panamá en el primer lugar (43).

El embarazo adolescente no es solo un problema de salud, también afecta el ámbito socioeconómico de la familia y de todo el país. En el ámbito social, más del 80% de las mujeres jóvenes se ven obligadas a abortar, en ocasiones la familia las supera con sus problemas socioeconómicos y tienen que empezar una vida para la que no están preparadas porque la niña no acepta el embarazo a una edad temprana. un adulto que estaba listo en algún momento para tener un bebé (44)

En la familia, cuando una adolescente queda embarazada, a menudo toda la familia tiene que reunirse para decidir si los padres deben criar al nuevo bebé o abortar el embarazo. Puede ser un gran golpe para la vida familiar y requiere cambios drásticos y cambios en sus actividades normales. Por supuesto, la familia es la unidad básica de la sociedad, el impacto social sobre ella varía según la sociedad a la que pertenece. En Cuba, la preocupación del Estado por su población y las condiciones de nuestro sistema de salud mitiga en alguna medida estos efectos, pero ello no significa que no existan y no interfieran en las

actividades y dinámicas familiares. La respuesta de la familia ante este evento es muy importante para mantener su salud, bienestar y calidad de vida, pues es un proceso en el que no solo se deben tener en cuenta aspectos biológicos, sino también importantes factores psicológicos y sociales (45)

Los temas de salud sexual y reproductiva presentan dos tipos de complejidad para la investigación y la intervención: por un lado, el desarrollo de la SSR desde una perspectiva legal y, por otro lado, la necesidad de propuestas o recomendaciones para poblaciones y educación específicas. (46) y salud (47) como gama de servicios y nivel de atención. La adolescencia se considera particularmente importante en la investigación sobre SSR (48) porque se construye socialmente como una etapa del ciclo de vida para el inicio de relaciones más abiertas, como un hecho empírico radical correspondiente a la variación física y mental (49). Relaciones más abiertas en una sociedad más diversa e inclusiva, pero a la vez baja coherencia de conocimientos e información sobre los procesos y riesgos sexuales y reproductivos entre los jóvenes, asimetría de edad en las relaciones sexuales con jóvenes mucho más jóvenes que los hombres. uso de métodos anticonceptivos y barreras protectoras contra el embarazo precoz, la interrupción del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (51). Problemas sociales y de salud relacionados con el embarazo adolescente y problemas de salud sexual y reproductiva en esta población, revelando escenarios de desarrollo conflictivos y vulnerabilidad a la autonomía de decisión entre los jóvenes (52) puesto que, siendo un conjunto con reincorporación exposición y acondicionamiento de ingresos de ofuscación de los problemas señalados en torno a del llegada de la sexualidad (53), igualmente es un camarilla social en gran medida indefenso por la desprecio instrucción de jaez sobre SSR y la partida de políticas públicas eficaces que impacten en realidad los modelos de lactancia y el vía a los ingresos idóneos para contraponer las estrecheces en esta marcha del ciclo vital (54).

Las situaciones de avatar y de disyunción respecto a la SSR en la villa adolescente, están matizadas por los historiales individuales y dinastía y el fulano de socialización e instrucción que conforman el contexto social en que los comportamientos música valorados socialmente, por ejemplo, el hartazgo a

temprana permanencia es recibido un enfermo dificultad de vigor pública y un engendro social que pasivo organismo superficie desde el encuadre preventivo del vigor y la instrucción (55).

Los jóvenes de hoy reclaman que el derecho a expresar libremente su sexualidad es inherente a su desarrollo (56), y al mismo tiempo adoptan conductas sexuales y reproductivas incompatibles con las obligaciones asociadas a su derecho a expresarse abierta y “naturalmente”, La asunción y la práctica de riesgos no cumplen con las pautas de desarrollo físico y emocional consideradas adecuadas para las etapas del ciclo de vida y las mediciones de los parámetros de SSR. La adolescencia, al igual que la juventud, es un término muy utilizado en el ámbito social, muchas veces un término sobre el que existe más debate que consenso, pero que en la sociedad moderna se ha convertido en un lugar común para el estudio de las conductas sexuales y reproductivas a priori desde la misma época. gente joven de los hechos. hoy y su entorno íntimo familiar y cultural asumen que la sexualidad es “natural” y normal desde edades tempranas, con base en parámetros de frontera biológica que se estandarizan en la interacción social. Desde la perspectiva del adolescente, la sexualidad es un derecho y el control sobre el cuerpo es un resultado directo del aumento de la autonomía (57).
Este es un gran beneficio en la construcción de una sociedad diversa e inclusiva, pero es preocupante que el ejercicio de estos derechos no se entienda como un proceso simultáneo de salud sexual y reproductiva, siendo los jóvenes los que más riesgo corren (58).

En las últimas décadas, las ciencias de la salud han jugado un papel protagónico en la redefinición de los procesos de salud y enfermedad, enfatizando el concepto de salud humana holística y promoción de la salud. De esta forma, la salud combina aspectos del contexto económico y político con aspectos relevantes para el individuo y su entorno, convirtiéndose en un proceso dinámico de construcción individual, colectiva y social. (59).

La promoción de la salud consiste principalmente en conductas dirigidas a mejorar las habilidades y capacidades de individuos y grupos, y aquellas dirigidas a cambiar las condiciones sociales y ambientales para reducir su impacto en la

salud pública e individual. Es un proceso que involucra comportamiento. Estas actividades tienen como objetivo promover espacios saludables en los que los diversos actores se responsabilicen de mantener y mejorar su propio bienestar. (60).

La Atención Primaria de Salud es uno de los niveles de atención del Ministerio de Salud Pública, comprende los servicios de promoción, prevención y educación, y representa la contribución de Cuba a la implementación y desarrollo de los programas de atención a la salud, las enfermeras de familia solucionan los problemas de salud. Temas, Comunidades y Participación (61) Permite involucrar a los jóvenes de este nivel a través de intervenciones educativas que incluyen: enseñar sobre la necesidad de un comportamiento sexual responsable, promover la planificación familiar y la crianza informada, y la crianza con el objetivo de promover la salud sexual y desarrollar la conciencia de prevención. (62).

La adolescencia es el período entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que hacen difícil definir un límite cronológico preciso para este período de la vida. Esta es una fase caracterizada por cambios en el campo psicosocial, la estructuración de nuevas funciones que ocurren en todas las áreas, incluyendo los niveles de autoconciencia, relaciones e interacción social, y trastornos psicosociales relacionados, tales como: embarazo no deseado por este motivo, personalidad, trastornos (63).

El embarazo adolescente se define como un “problema” porque está asociado a consecuencias no buscadas y no buscadas como el aborto ilegal, abandono infantil y violencia, así como diversos conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, traslado del cuidado de los hijos, matrimonio forzado. uniones, abandono escolar, dificultades en el parto y diversos problemas de salud del niño y de su madre (64).

Hay mucha experiencia con los programas de educación sexual para prevenir el embarazo adolescente. La gran mayoría basó su estrategia en difundir información sobre la fisiología reproductiva humana, promoviendo el uso de

anticonceptivos; no tuvieron resultados muy impresionantes, por lo que las tendencias en la tasa de natalidad adolescente o la tasa de aborto en este grupo de edad no han caído al nivel esperado.6 Hay muchas organizaciones públicas e intereses privados en la prevención y educación del embarazo adolescente. En este sentido, desde el año 2003, el Día Mundial para la Prevención del Embarazo No Planeado en Adolescentes se celebra en América Latina el 26 de septiembre de cada año, como una campaña educativa que tiene como principal objetivo sensibilizar a los jóvenes para que conozcan los diferencias Existen métodos alternativos de anticoncepción y pueden tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, con el fin de prevenir las altas tasas de embarazo no deseado. (64)

Hoy es imposible entender la política de promoción de la salud de los jóvenes sin una visión interdisciplinar y multidisciplinar de sus peculiaridades. El nivel de involucramiento alcanza los niveles individual, familiar, comunitario y societario, por lo que el sistema de salud debe asumir un rol de liderazgo que va desde brindar información esencial sobre sus necesidades hasta proponer e implementar intervenciones, aun cuando sea responsable de forma primaria, es cubrir el problema, con la correspondiente prioridad, en la agenda de todos los sectores. Debido a la importancia de este tema de salud, se decidió elaborar este trabajo con el objetivo de analizar las consecuencias del embarazo adolescente desde el punto de vista sanitario y social (65).

2.2. Antecedentes

En el contexto internacional Akinyemi AI et al (66), en Nigeria, durante el período 2022, Desigualdades socioeconómicas y utilización de la planificación familiar entre mujeres adolescentes en barrios marginales urbanos en Nigeria; el estudio utilizó datos de la Encuesta de Maternidad Adolescente (2019). Una muestra total de 2.035 mujeres adolescentes de 14 a 19 años que no estaban embarazadas al momento del estudio y residían en barrios marginales seleccionados. Los resultados muestran que sólo el 15% de las adolescentes del Norte y el 19% del Sur informaron el uso de anticonceptivos modernos. Si bien el índice de riqueza y la educación fueron predictores importantes del uso de PF entre los adolescentes de los barrios marginales urbanos del sur, solo la educación fue importante en el norte. Sin embargo, los índices de desigualdad relativa y de pendiente indican además que los adolescentes sin educación y aquellos en el grupo de estatus social más bajo usan muchos menos anticonceptivos en comparación con sus contrapartes con mayor riqueza y estatus social. Aquellos con educación secundaria/superior y el grupo de estatus social más alto, respectivamente, estaban más desfavorecidos en términos de utilización de PF (Educación: RII = 1.86, p < 0.05; IC 95 % = 1.02-2.71; Estatus social: RII = 1.97,p < 0,05; 95% IC = 1.26-2.68) con resultados que muestran un nivel más marcado de disparidad cuando se desagregan por Norte y Sur.

De otro lado, Nyarko SH (67), durante el año 2019, en Ganha, Embarazo no deseado entre mujeres embarazadas en Ghana: prevalencia y predictores. En un diseño de estudio transversal, los datos para este estudio se extrajeron de la Encuesta demográfica y de salud de Ghana de 2014. Se calculó la prevalencia de embarazos no deseados y se ajustaron modelos de regresión logit para predecir los factores que influyen en los embarazos no deseados en el país. Se encontró que la prevalencia total de embarazos no deseados entre mujeres embarazadas en Ghana es del 40%. Antecedentes de características como edad (OR=4,85, IC=1,48-15,84), nivel educativo (OR=0,50, IC=0,26-1,01), estado civil (OR=3,83, IC=1,67-8,75), paridad (OR= 0,13, IC=0,05-0,32) y la región de residencia (OR=0,11, IC=0,03-0,31) fueron los predictores significativos de embarazo no deseado, neto de la necesidad insatisfecha de anticoncepción. Sin embargo, la

necesidad insatisfecha de anticoncepción (OR = 7,13, IC = 1,57-8,91) sirve como un predictor independiente significativo de embarazo no deseado, independientemente de las características de fondo de las encuestadas. Los hallazgos del estudio subrayan fuertemente la necesidad de una mejora significativa en el acceso a métodos anticonceptivos e información sobre planificación familiar en la búsqueda de reducir considerablemente los embarazos no deseados en todo el país.

Así mismo; Tigabu S et al (68), realizaron una investigación en Etiopia, durante el 2019, Modelado de determinantes espaciales del embarazo adolescente en Etiopía; regresión ponderada geográficamente. Se incluyó una muestra total ponderada de 3381 adolescentes. El agrupamiento espacial del embarazo adolescente se exploró previamente mediante el uso de análisis de puntos críticos y estadísticas de exploración espacial para indicar las áreas geográficas de riesgo del embarazo adolescente. Según los hallazgos del análisis exploratorio, se observaron áreas de alto riesgo de embarazo adolescente en las regiones de Somali, Afar, Oromia y Hareri. Las mujeres con educación primaria, pertenecientes al hogar con un quintil de riqueza más pobre que no usaban ninguno de los métodos anticonceptivos y que usaban métodos anticonceptivos tradicionales fueron determinantes espaciales significativos de la variación espacial del embarazo adolescente en Etiopía. El estudio concluye las áreas geográficas donde una alta proporción de mujeres no usa ningún tipo de método anticonceptivo, usa métodos anticonceptivos tradicionales y de hogares con quintiles pobres de riqueza tienen mayor riesgo de embarazo adolescente. Mientras que, aquellas áreas con una mayor proporción de mujeres con educación secundaria tenían un menor riesgo de embarazo adolescente. Los mapas detallados de puntos críticos de embarazo adolescente y sus predictores tuvieron una importancia suprema para los formuladores de políticas para el diseño e implementación de programas dirigidos a adolescentes.

Birhanu BE et al (69); en el 2020, en Etiopia; Predictores del embarazo adolescente en Etiopía: un análisis multinivel. El estudio incluyó una muestra de 645 grupos de 2679 mujeres (ponderadas) de 20 a 24 años. Los datos se recopilaron utilizando un diseño de conglomerados de dos etapas que incluye la

selección de áreas de empadronamiento como primera etapa y la selección de hogares como segunda etapa. Se ajustó un modelo de regresión logística de efectos mixtos de dos niveles para determinar los factores a nivel individual y comunitario asociados con el embarazo adolescente. El estudio reveló que 2134 (79,6%) de las mujeres de 20 a 24 años experimentaron un embarazo durante su etapa adolescente. Ser sexualmente activo antes de los 15 años [AOR = 7,9; IC95%: 4,5, 13,8]; estar casado antes de los 15 años [AOR = 30; IC9%: 16,7, 53,9] y ser rural [ORA = 2,2; IC del 95%: 1,4, 3,6] se asociaron positivamente con el embarazo adolescente. Una mujer que vive en una comunidad con una menor proporción de usuarias de anticonceptivos [AOR = 2,3; IC95%: 1,5, 3,5]; también tuvo una asociación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente. Diversos factores tanto a nivel individual como comunitario determinaron el embarazo adolescente. Por lo tanto, el gobierno debe trabajar en la prevención del matrimonio precoz, la iniciación sexual temprana y en mejorar la utilización de la planificación familiar en la comunidad para protegerlas de embarazos que ocurren a una edad temprana.

En américa latina, Jijón M (70) en Ecuador 2021, en su estudio Factores predictores del embarazo en adolescentes y mujeres jóvenes en el Ecuador. Se analiza la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador. La muestra fue probabilística, se selecciona-ron registros mujeres de 10 a 24 años. Se utilizó estadística descriptiva y un análisis de regresión logística múltiple la variable embarazo adolescente es la variable dependiente, las variables predictoras educación, uso de anticonceptivos, situación socioeconómica, área, estado civil, edad en la primera relación sexual. Se reporta Odds ratio. Fueron 38 casos/7587 (0.5%) casos de embarazo en mujeres de 10 a 14 años, 714/6053 (11.8%) de mujeres embarazadas de 15 a 18 años, y 1978/8599 (23%) casos de mujeres de 19 a 24 años que tuvieron una historia de embarazo adolescente. El embarazo adolescente fue de 2730 casos/22239 (12.28%). La variable estado civil "casada o de Unión libre" OR=2.53 (IC95% 2.50-2.56) P<0.001, relaciones sexuales antes de los 14 años OR 5.72 (IC95% 5.63-5.81) P<0.001, necesidades básicas insatisfechas OR = 1.57 (IC95% 1.55-1.59), Escolaridad OR=0.87 (IC95% 0.866-0.87) P<0.001 y el uso de anticonceptivos OR=0.53 (IC95% 0.525-0.537)

P<0.001. La ecuación de predicción tiene una exactitud de 76.1%. el estudio concluye que es posible predecir el embarazo adolescente por lo que se debe trabajar en estas variables.

Cifuentes C et al (71), en Chile 2021, cuyo objetivo, Determinar los factores de riesgo predominantes relacionados con la adquisición de enfermedades de transmisión sexual ITS/VIH en adolescentes que cursan secundaria en Coihueco (Chile). estudio de tipo descriptivo y de corte transversal en un grupo de adolescentes de secundaria. Se utilizó un muestreo simple aleatorio. El rango etario fue 15 a 19 años que cursan 3. ° y 4. ° año de educación media. Se evidenció una comprensión de las infecciones de transmisión sexual. Alrededor del 30,00 % de los estudiantes ha iniciado ya sus relaciones sexuales, lo que demuestra la existencia de prácticas de riesgo como edad de inicio sexual cercana a 15 años, uso de drogas, obtención de beneficios a cambio de sexo y no empleo de condón como medio de protección. No se encontraron evidencias de que los estudiantes hayan contraído infecciones de transmisión sexual. Ante los factores de riesgo encontrados, es necesario educar respecto de la prevención del contagio de infecciones de transmisión sexual

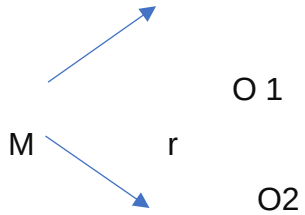
A nivel nacional y local no se han establecido estudios de modelos predictores de salud sexual reproductiva de los adolescentes.

III. MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1. Tipo y diseño de investigación.

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo. No experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio. La presente investigación, fue de diseño analítica y correlacional, retrospectivo de corte transversal

Esquema:



Dónde:

M = Muestra.
O1 = Riesgo social
O2 = Salud sexual reproductiva
r = Relación de las variables de estudio

3.1.1. Hipótesis y Variables.

Ho = El modelo de riesgo social no es determinante en la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes.
Hi = El modelo de riesgo social si es determinante en la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes.

Variable 1: Modelo de riesgo social
Definición conceptual: método de cribado poblacional para identificar a las personas en mayor riesgo (71)

Definición operacional: modelos predictivos de ajuste de riesgo

Variable 2: Salud sexual y reproductiva
Definición conceptual: Completo bienestar físico, psicológico y social de la SSR.
Definición operacional: Indicadores de prevalencia

3.2. Población, muestra y muestreo.

La población de estudio estuvo conformada por 34,702 adolescentes, distribuidos en los 13 distritos de la Región Tumbes.

La muestra estuvo representada por los indicadores sociales, económicos y de salud representantes en razón o proporción numérica, es decir se tuvo en cuenta a toda la población

Muestreo: Dada la naturaleza de la investigación, se conformaron muestreos estratificados por distrito de residencia, según los reportes de las bases de datos del estado peruano

Criterios de selección.Criterios de inclusión.

- Registro de información de adolescentes y sus condiciones sociales y económicas menores de 03 años de antigüedad
- Datos de información en repositorios oficiales del estado peruano

Criterios de exclusión

- Datos no oficiales de poco rigor científico
- Información de las condiciones sociales y económicas de los adolescentes incompletos en repositorios institucionales

3.4. Métodos técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica a utilizar para la presente investigación fue la recopilación documental de las variables en bases de datos oficiales de gobierno como son RedInforma (71), que es un repositorio multisectorial donde se centraliza, almacena, y actualiza la información de bases de datos digitales que contienen los registros/observaciones a nivel de usuarios de los servicios prestados por instituciones públicas a nivel de gobierno central. De otro lado el Sistema de Información Regional para la Toma de Decisiones – SIRTOD (72), es un aplicativo web que lo administra el INEI, donde se encuentró información estadística por departamentos, provincias y distritos; sobre temas demográficos, sociales, económicos, ambientales. Esta plataforma brindo información adecuada para la toma de decisiones de los gobiernos regionales, locales, investigadores y usuarios en general.

El instrumento fue el registro de datos de las variables que fueron estudiadas: 1_Escolaridad; 2_Desersión escolar; 3_Pobreza; 3_Indice de carencia; 4_ PEA; 5_Aseguramiento en salud; 6_ Acceso al servicio de salud; 7_Tasa de violencia familiar; 8_Indicadores; 9_Uso de MAC; 10_Prevalencia de E° adolescente (Anexo 2)

Se comprobó la validez del contenido de la herramienta mediante la evaluación de expertos; es una herramienta válida en la formulación de su teoría y métodos a través del índice de validez de contenido.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Para obtener los datos para la investigación se siguieron los siguientes procesos: Verificación de información en la base de datos oficiales. Se aplicaron los metadatos relacionados a la investigación para la búsqueda de algún resultado; Se recopiló la información y registro en una base datos manteniendo la confidencialidad de estos; Se asignó un identificador (ID) a cada registro a fin de mantener la confidencialidad de los datos.

Una vez recolectados, los datos fueron importados a EViews 12 que es un programa estadístico econométrico generador de modelos y escenarios, las variables se analizaran de manera descriptiva para comprender las características básicas de los datos, apoyándonos en la creación de gráficos para identificar tendencias y posibles anomalías. Posteriormente, se especificó el modelo de datos de panel, eligiendo entre un modelo de efectos fijos o efectos aleatorios. Esta elección se basó en la naturaleza de los datos y los objetivos del estudio, y se fortaleció mediante la realización de pruebas como la prueba de Hausman. Con la estimación del modelo seleccionado en EViews 12, se verificará los supuestos del modelo, como la homocedasticidad y la no autocorrelación. Posteriormente se aplicaron pruebas de diagnóstico para detectar problemas como la multicolinealidad o la heterocedasticidad, aplicando correcciones o transformaciones si fueron necesarias.

3.6. Consideraciones Éticas

En relación a la naturaleza del proyecto se ha tenido en consideración la LEY Nº 29733; LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES; 13.1 El tratamiento de datos personales debe realizarse con pleno respeto de los derechos fundamentales de sus titulares y de los derechos que esta Ley les confiere. Igual regla rige para su utilización por terceros.

Dentro de cualquier tipo de investigación es fundamental considerar criterios éticos, estos tienen como finalidad asegurar la calidad, objetividad e integridad del

trabajo de investigación, además en el desarrollo del estudio se pondrá en práctica los principios éticos planteados por Belmont tales como la autonomía, la justicia, beneficencia y no maleficencia, principio de respeto a la dignidad humana mediante confiabilidad y confidencialidad.

Por ende, este trabajo de investigación conto con la aprobación para ejecutarse, teniendo en cuenta dichos principios, el presente estudio contribuirá en el incremento de líneas de la intervención en enfermedades prevenibles, acerca del riesgo social en la salud sexual y reproductiva del adolescente. En el desarrollo del presente estudio no se puso en riesgo la integridad física y psicológica ya que se obtuvo la información del sistema de gobierno RedInforma.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes

Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Población de 12 a 16 años de edad que asiste al grado de educación secundaria que le corresponde a su edad	14.951	1	14.951	2.263	0.230
Tasa neta de matrícula de la población femenina de 12 a 16 años de edad a educación secundaria	1.112	1	1.112	0.111	0.761
Deserción escolar	**64.199**	**1**	**64.199**	**18.553**	**0.023**
Pobreza	3.287	1	3.287	0.043	0.849
PEA sub empleo	7.242	1	7.242	1.908	0.261
Aseguramiento en salud	27.994	1	27.994	0.758	0.448
Porcentaje de mujeres que reportan tener problemas en el acceso a los servicios de salud (Distancia al establecimiento de salud)	14.407	1	14.407	3.975	0.140
Violencia psicológica y/o verbal contra la mujer, ejercida alguna vez por el esposo o compañero: algún control	4.565	1	4.565	0.112	0.759
Porcentaje de mujeres actualmente en unión que usa métodos modernos (Condón)	0.224	1	0.224	0.452	0.550
Porcentaje de mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos que visitaron un establecimiento de salud en los últimos 12 meses y hablaron sobre planificación familiar	2.353	1	2.353	0.192	0.691

En el análisis multivariante para la determinación del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, la deserción escolar es un indicador que está vinculado directa y significativamente con el embarazo en adolescente R2= 64.19; p valor = 0.023.

Tabla 2. Determinar las condiciones socioeconómicas de los adolescentes en los distritos de la Región Tumbes

Año	Población de 12 a 16 años de edad que asiste al grado de educación secundaria que le corresponde a su edad	Tasa neta de matrícula de la población femenina de 12 a 16 años de edad a educación secundaria	Deserción escolar	Pobreza	PEA sub empleo	SIS	Porcentaje de mujeres que reportan tener problemas en el acceso a los servicios de salud (Distancia al establecimiento de salud)	Violencia psicológica y/o verbal contra la mujer, ejercida alguna vez por el esposo o compañero: algún control
2019	50,7	92,3	8,7	14,0	37,8	62,0	32,6	60,5
2020	49,0	88,4	14	33,0	42,2	67,0	31,8	48,2
2021	45,3	87,0	5,3	19,0	42,1	60,0	31,4	48,3
2022	44,3	92,9	5,0	25,0	39,6	71,0	35,6	48,5
2023	44,3	87,4	3,0	29,0	37,9	74,0	37,1	47,0

Las condiciones socioeconómicas resaltantes en los adolescentes de la región Tumbes son el acceso a la salud con una cobertura promedio del 33.7%, el acceso al sistema integral de salud 66.8% y la tasa de pobreza promedio del 24%

Tabla 3. Describir la salud sexual reproductiva de los adolescentes en los distritos de la Región Tumbes

Año	Porcentaje de mujeres actualmente en unión que usa métodos modernos (Condón)	Porcentaje de mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos que visitaron un establecimiento de salud en los últimos 12 meses y hablaron sobre planificación familiar	Embarazo en adolescente
2019	7,6	16,0	12,4
2020	7,6	14,3	15,4
2021	8,8	7,9	11,6
2022	7,1	11,0	11,7
2023	8,2	13,0	8,2

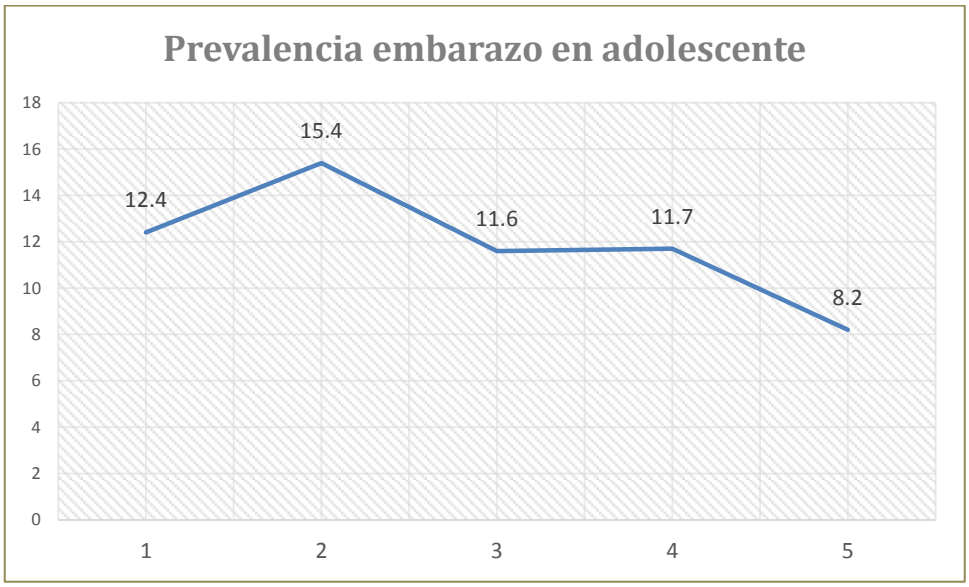
En relación a la salud sexual reproductiva de los adolescentes en los distritos de la Región Tumbes, la cobertura promedio de usuarias que visitaron los establecimientos de salud solo fue del 12.44 %.

Tabla 4. Valor predictivo del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes

Modelo	Criterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	16.094			
Final	0.000	16.094	16	0.446

Al establecer el análisis de regresión para la determinación del valor predictivo del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, este no es significativo p=0.446.

Tabla 5. Prevalencia del embarazo adolescente en los distritos de la Región Tumbes.



La tendencia de la tasa de embarazo del adolescente es descendente en el último quinquenio 2029 – 2023, de 12.4% en el 2019 a 8.2% en el 2023.

Tabla 6. Uso de métodos anticonceptivos como factor protector del embarazo adolescente en los distritos de la Región Tumbes

Pruebas de efectos inter-sujetos					
Variable dependiente: Porcentaje de mujeres actualmente en unión que usa métodos modernos (Condón)					
Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	,224[a]	1	,224	,452	,550
Intersección	14,458	1	14,458	29,150	,012
adolescente	**,224**	**1**	**,224**	**,452**	**,550**
Error	1,488	3	,496		
Total	310,610	5			
Total, corregido	1,712	4			
a. R al cuadrado = ,131 (R al cuadrado ajustada = -,159)					

Al establecer el análisis de regresión logística binaria para la determinación del uso de métodos anticonceptivos como factor protector del embarazo adolescente en la Región Tumbes, se obtuvo un p valor = 0.550, siendo no significativo el factor.

V. DISCUSIÓN

En la tabla 1; En el análisis multivariante para la determinación del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, la deserción escolar es un indicador que está vinculado directa y significativamente con el embarazo en adolescente R2= 64.19; p valor = 0.023.Akinyemi AI et al (66), precisa que; si bien el índice de riqueza y la educación fueron predictores importantes del uso de planificación familiar (PF) entre los adolescentes de los barrios marginales urbanos del sur, solo la educación fue importante en el norte. Sin embargo, los índices de desigualdad relativa y dependiente indican además que los adolescentes sin educación y aquellos en el grupo de estatus social más bajo usan muchos menos anticonceptivos en comparación con sus contrapartes con mayor riqueza y estatus social. Aquellos con educación secundaria/superior y el grupo de estatus social más alto, respectivamente, estaban más desfavorecidos en términos de utilización de PF (Educación: RII = 1.86, $p < 0.05$; IC 95 % = 1.02-2.71.

Tabla 2; Las condiciones socioeconómicas resaltantes en los adolescentes de la región Tumbes son el acceso a la salud con una cobertura promedio del 33.7%, el acceso al sistema integral de salud 66.8% y la tasa de pobreza promedio del 24%. La Atención Primaria de Salud (PVA) es uno de los niveles de atención del Ministerio de Salud Pública, comprende los servicios de promoción, prevención y educación, y representa la contribución de Cuba a la implementación y desarrollo de los programas de atención a la salud, las enfermeras de familia solucionan los problemas de salud. Temas, Comunidades y Participación (61) Permite involucrar a los jóvenes de este nivel a través de intervenciones educativas que incluyen: enseñar sobre la necesidad de un comportamiento sexual responsable, promover la planificación familiar y la crianza informada, y la crianza con el objetivo de promover la salud sexual y desarrollar la conciencia de prevención. (62).

En relación a la salud sexual reproductiva de los adolescentes en los distritos de la Región Tumbes, la cobertura promedio de usuarias que visitaron los establecimientos de salud solo fue del 12.44 % (tabla 3). En américa latina, Jijón M (70) en Ecuador 2021, en su estudio Factores predictores del embarazo en

adolescentes y mujeres. Las variables predictoras educación, uso de anticonceptivos, situación socioeconómica, área, estado civil, edad en la primera relación sexual. Se reporta Odds ratio. Fueron 38 casos/7587 (0.5%) casos de embarazo en mujeres de 10 a 14 años, 714/6053 (11.8%) de mujeres embarazadas de 15 a 18 años, y 1978/8599 (23%) casos de mujeres de 19 a 24 años que tuvieron una historia de embarazo adolescente. El embarazo adolescente fue de 2730 casos/22239 (12.28%). La variable estado civil "casada o de Unión libre" OR=2.53 (IC95% 2.50-2.56) P<0.001, relaciones sexuales antes de los 14 años OR 5.72 (IC95% 5.63-5.81) P<0.001, necesidades básicas insatisfechas OR = 1.57 (IC95% 1.55-1.59), Escolaridad OR=0.87 (IC95% 0.866-0.87) P<0.001 y el uso de anticonceptivos OR=0.53 (IC95% 0.525-0.537) P<0.001. La ecuación de predicción tiene una exactitud de 76.1%. el estudio concluye que es posible predecir el embarazo adolescente por lo que se debe trabajar en estas variables.

Tabla 4; Al establecer el análisis de regresión para la determinación del valor predictivo del modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, este no es significativo p=0.446. En ese orden; Tigabu S et al (68), Las mujeres con educación primaria, pertenecientes al hogar con un quintil de riqueza más pobre que no usaban ninguno de los métodos anticonceptivos y que usaban métodos anticonceptivos tradicionales fueron determinantes espaciales significativos de la variación espacial del embarazo adolescente en Etiopía. Los mapas detallados de puntos críticos de embarazo adolescente y sus predictores tuvieron una importancia suprema para los formuladores de políticas para el diseño e implementación de programas dirigidos a adolescentes.

Tabla 5; La tendencia de la tasa de embarazo del adolescente es descendente en el último quinquenio 2029 – 2023, de 12.4% en el 2019 a 8.2% en el 2023 ; en ese orden de ideas, Birhanu BE et al (69); El estudio reveló que 2134 (79,6%) de las mujeres de 20 a 24 años experimentaron un embarazo durante su etapa adolescente. Ser sexualmente activo antes de los 15 años [AOR = 7,9; IC95%: 4,5, 13,8]; estar casado antes de los 15 años [AOR = 30; IC9%: 16,7, 53,9] y ser rural [ORA = 2,2; IC del 95%: 1,4, 3,6] se asociaron positivamente con el embarazo adolescente. Una mujer que vive en una comunidad con una menor

proporción de usuarias de anticonceptivos [AOR = 2,3; IC95%: 1,5, 3,5]; también tuvo una asociación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente.

Tabla 6; Al establecer el análisis de regresión logística binaria para la determinación del uso de métodos anticonceptivos como factor protector del embarazo adolescente en la Región Tumbes, se obtuvo un p valor = 0.550, siendo no significativo el factor. Información similar reporta; Nyarko SH (67); encontró que la prevalencia total de embarazos no deseados entre mujeres embarazadas en Ghana es del 40%. Antecedentes de características como edad (OR=4,85, IC=1,48-15,84), nivel educativo (OR=0,50, IC=0,26-1,01), estado civil (OR=3,83, IC=1,67-8,75), paridad (OR= 0,13, IC=0,05-0,32) y la región de residencia (OR=0,11, IC=0,03-0,31) fueron los predictores significativos de embarazo no deseado, neto de la necesidad insatisfecha de anticoncepción. Sin embargo, la necesidad insatisfecha de anticoncepción (OR = 7,13, IC = 1,57-8,91) sirve como un predictor independiente significativo de embarazo no deseado, independientemente de las características de fondo de las encuestadas. Los hallazgos del estudio subrayan fuertemente la necesidad de una mejora significativa en el acceso a métodos anticonceptivos e información sobre planificación familiar en la búsqueda de reducir considerablemente los embarazos no deseados en todo el país.

VI. CONCLUSIONES

1. La deserción escolar es un indicador determinante del modelo de riesgo social del embarazo adolescente R2= 64.19; p valor = 0.023.

2. Las condiciones socioeconómicas resaltantes en los adolescentes de la región Tumbes, son el acceso a la salud, el acceso al sistema integral de salud y la tasa de pobreza.

3. La tendencia de la tasa de embarazo del adolescente es descendente en el último quinquenio 2029 – 2023, de 12.4% en el 2019 a 8.2% en el 2023

4. El modelo de riesgo social determinante de la salud sexual reproductiva del adolescente en la Región Tumbes, no es predictivo, debido a diversos factores causales del mismo.

5. El uso de métodos anticonceptivos como factor protector del embarazo adolescente en la Región Tumbes, no es significativo en este grupo de estudio.

VII. RECOMENDACIÓN

1. Se sugiere al área de tutoría de las UGEL, un programa de seguimiento a los adolescentes de riesgo.

2. Se recomienda a la Dirección Regional de Salud, establecer políticas para el acondicionamiento de consultorios de atención integral del adolescente.

3. Proponer al Gobierno Regional de Tumbes establecer alianzas estratégicas con los gobiernos locales, organismos internacionales, para una mejor intervención en los sectores de educación y salud en pro de reducir la tasa de embarazo de los adolescentes.

4. Orientar a la unidad de investigación o círculos de estudios del programa de obstetricia para que fortalezca las líneas de investigación en salud sexual y reproductiva del adolescente.

5. Finalmente se recomienda precisar en los proveedores de salud, la promoción de métodos anticonceptivos no solo debe consistir en la entrega de este; sino en el seguimiento y adherencia con una consejería integral y continua.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Organización mundial de la salud. Embarazo en la adolescencia. 15 de septiembre de 2022, disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

2.- Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; United States Agency for International Development. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Atlanta: CDC/USAID; 2005.

3.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La vulnerabilidad reinterpretada, asimetrías, cruces y fantasmas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.

4.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: http://www.paho.org/ HIA/index.html.

5.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: http://www.paho.org/ HIA/index.html.

6.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007. (pg. 177-181). Se puede consultar en: http://www.paho.org/ HIA/index.html

7.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5a Edición, Ginebra, 2007.

8.- Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016

.

9,. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Fecundidad en adolescentes jóvenes de 10 a 14 años. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, PD, 2020.

10.- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950-2100 (births per 1,000 women) Estimates. Edición en línea [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/.

11.- Organismo de Estadística de Zambia, Ministerio de Salud de Zambia y el ICF. Zambia Demographic and Health Survey 2018. Lusaka, Zambia, y Rockville, Maryland, Estados Unidos: Organismo de Estadística de Zambia, Ministerio; 2018.

12.- Junta Nacional de Población y Planificación de la Familia (BKKBN), Statistics Indonesia (BPS), Ministerio de Salud (Kemenkes) e ICF. Indonesia Demographic and Health Survey 2017. Yakarta, Indonesia: BKKBN, BPS, Kemenkes e ICF; 2018.

13.- Chung, W.H, Kim, ME., Lee, J. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. .Journal of Adolescence. 2018; 69: 180-188.

14.- Sully EA, Biddlecom A, Daroch J, Riley T, Ashford L, Lince-Deroche N et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.

15.-Defensoria del Pueblo. situación actual de embarazo en adolescentes exige un mayor acceso a salud sexual y reproductiva y educación sexual integral. 26/09/2022. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-situacion-actual-de-embarazo-en-adolescentes-exige-un-mayor-acceso-a-salud-sexual-y-reproductiva-y-educacion-sexual-integral/

16.- Fleiz B, Villatoro E. Medina M. Alcántara C. Navarro J. Blanco J. Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. Salud Ment, 22 (1999), pp. 14-19

17.- Unicef. Adolescencia 2020. Disponible en: https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia

18.- Brittany Allen, MD, FAAP y Helen Waterman, DO. Etapas de la adolescencia. American Academy of Pediatrics. 2019. Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx

19.- World Health Organization . The Health of Young People . Geneva : WHO ; 1993 . Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/1993/9241561548_eng.pdf (consultado el 4 de Enero de 2020.

20. Hoffman SD . By the numbers: The public costs of teen childbearing . Washington, DC : The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy . 2006.

21. Paranjothy S , Broughton H , Adappa R , et al . Teenage pregnancy: who suffers? . Arch Dis Child 2009 ; 94 (3): 239 – 245

22. Martin J , Hamilton B , Sutton P , et al . Births: Final data for 2006 . Natl Vital Stat Rep 2009 ; 57 (7): 1 - 104 . Disponible en: www.cdc.gov/nchs/births.htm

23. Martin J , Hamilton B , Sutton P , et al . Births: final data for 2005 . Natl Vital Stat Rep 2007 ; 56 (6): 1 - 103 . Disponible en: www.cdc.gov/nchs/births.htm

24. Florenzano R. Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. Guías curriculares. Salud integral del adolescente, Corporación de Promoción Universitaria, 1996. pp. 31-41.

25.- Muuss R. Erik Erikson's theory of identity development. Theories of adolescence, 6th ed, McGraw-Hill, 1996. pp. 42-57.

26. Muuss R. Theoretical expansion and empirical support for Erikson's theory. Theories of adolescence, 6th ed, McGraw-Hill, 1996. pp. 58-83.

27. Sanders RA. Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. Pediatr Rev. 2013;34:354-8.

28. Culbertson J, Newman J, Willis D. Childhood and adolescent psychologic development. Pediatr Clin North Am. 2003;50:741-64.

29. Muuss R. Jean Piaget's cognitive theory of adolescence. Theories of adolescence, 6th ed, McGraw-Hill, 1996. pp. 140-75.

30. Muuss R. Social cognition. Part 2: David Elkind's theory of adolescent egocentrism. Theories of adolescence, 6th ed, Random House, 1988. pp. 264-78.

31. JA Furzan , A. Yuburí , S. Eizaga , J. García-Benavides. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gac Med Caracas , 118 (2010) , págs. 119 – 126

32. RF López , RJ Morales. Sexo autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente Universidad Med , 5 (2003) , págs. 3 - 11
Google Académico.

33. M. Hernández-Valencia. Tendencias de la reproduccion femenina y riesgos asociados con el embarazo. Rev Mex Med Reprod , 3 (2011) , pp. 101 – 104

34. Embarazo en adolescentes, problema de hoy [Internet]. México, DF: Grupo Multicolor. Salud Medicina [en línea]. 2017 [citado 23/02/2017]. Disponible en: http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-alud/embarazo/articulos/embarazoen-adolescentes-problema-de-hoy.html

35.-Chacón O'Farril D, Cortes Alfaro A, Álvarez García A, Sotonavarro Gómez Y. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2015;41(1) [aprox 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_1_15/gin06115.htm

36.-Mora Cancino AM, Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y Reproducción Humana [en línea]. 2015;29(2):7682. Instituto Nacional de Perinatología, México. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175

36.-El embarazo de la adolescente y los problemas familiares. México, DF: Infogen [en línea]. 2014. Disponible en: http://infogen.org.mx/el-embarazo-dela-adolescente-y-los-problemas-familiares

37. Hernández A, y otros. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública de México. 2015; 57 (2): 135-143. 38. Colomer-Revuelta J. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Revista Pediatrica de Atención Primaria. 2005; 7 (1): 77-79.

39. Zocarrés JJ, Iborra A, Tomás JM. El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en

dominios específicos. Anales de Psicología. 2009; 25 (2): 316-329.

40. Rodríguez-Cabrera A, y otros. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana Salud Pública. 2013; 39 (1): 161-174.

41. Yago-Simón T, Tomas-Aznar C. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. Anales de Psicología. 2015, 31: 972-978.

42. Pérez-García I, Pérez-Campos EF, Plá-Ernst E. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2005; 7 (1): 81-87.

43. Rondón A, Rojas M. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad católica del Norte. 2015; 1 (34): 222-237.

44. Galinsky A.M. The association between developmental assets and sexual enjoyment among emerging adults. The Journal Of Adolescent Health, 2011; 48 (6) 610-615.

45. Niño-Bautista L, y otros. Cambios persistentes en conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander - Colombia. Revista Salud UIS. 2012; 44 (2): 21-33.

46. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. 2012; 7 (1): 151-160.

47. Ravelo A. Las transformaciones biológicas y psicosexuales de la adolescencia. Salud Vida. [En línea] 2003. http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6205.

48. Saintout F, Forni P. Jóvenes e incertidumbres: percepciones de un tiempo de cambios: familia, escuela, trabajo y política. Buenos Aires: FLACSO; 2010.

49. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013; 78 (1):4-13.

50. Campos-Arias A, y otros. Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2004; 33(4): 367-377.

51. Oviedo M, García, M. C. El embarazo en situación de adolescencia: una impostura en la subjetividad femenina. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2011; 9 (2): 929-943.

52. Blanco L, Cedre O, Guerra M. E. Factores determinantes del embarazo adolescente. Odontología pediátrica. 2015; 14 (2): 109-119.

53. Rojas M, Soto A. La formación investigativa en la universidad: métodos cuantitativos de investigación. Bucaramanga: Publicaciones UIS; 2015.

54. Rojas M, Linares J. Sociología y familia. relaciones por construir. Bucaramanga: Publicaciones UIS; 2012.

55. Rojas M, Méndez R, Rodríguez A. Subjetividad en la evaluación de la calidad de vida en contextos urbanos. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2012; (37): 212-235.

56. Sommer M. Addressing Structural and Environmental Factors or Adolescent Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. American Journal of Public Health. 2015; 105(10): 19731981.

57. Posada, C. Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. Revista Sexología y Sociedad. 2014; 10 (25): 4-10

58. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cub Salud Pública. 2013 [citado 8 Mar 2013];39(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S086434662013000100015&script=sci_arttext

59. Sierra Pérez D, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Barceló Montiel Z, Fernández Corona BG, et al. Programa del médico y la enfermera de la familia. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.

60. Quintero Paredes PP, Castillo Rocubert N, Roba Lazo BC, Padrón Gonzálezz O, Hernández Hierrezuelo ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Cienc Méd. 2012 [citado Feb 2012];16(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm16-1/120112.html

61. Alarcón Argota R, Coello Larrea J, Cabrera García J, Monier Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enferm. 2009 [citado Jun 2009];25(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci_arttext

62. Climent GI. Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. Cuad Fac Humanid Cienc Soc Univ Nac Jujuy. 2009 [citado Dic 2009];37(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S166881042009000200010&script=sci_arttext&tlng=pt

63. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev Cubana Enferm. 2012 [citado Ene 2012];28(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000100004

64. Coto Batista T, García Raga M, Linares Rodríguez A. Efectividad de una intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual y embarazo en adolescentes. Bayamo 2010 - 2011. Rev Multimed. 2013 [citado Mar 2013];17(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/2.html

65. Llanes Rodríguez AA, Quevedo Arnaiz NV, Ferrer Herrera I, De la Paz Carmona A, Sardiñas Montes de Oca O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. Rev Camagüey. 2009 [citado Feb 2009];13(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102502552009000100009&script=sci_arttext&tlng=pt

66. Akinyemi AI, Ikuteyijo OO, Mobolaji JW, Erinfolami T, Adebayo SO. Socioeconomic inequalities and family planning utilization among female adolescents in urban slums in Nigeria. Front Glob Womens Health. 2022 Aug 2;3:838977. doi: 10.3389/fgwh.2022.838977. PMID: 35983351; PMCID: PMC9379284.

67. Nyarko SH. Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors. J Pregnancy. 2019 Jan 30;2019:2920491. doi: 10.1155/2019/2920491. PMID: 30834145; PMCID: PMC6374858.

68. Tigabu S, Liyew AM, Geremew BM. Modeling spatial determinates of teenage pregnancy in Ethiopia; geographically weighted regression. BMC Womens Health. 2021 Jun 24;21(1):254. doi: 10.1186/s12905-021-01400-7. PMID: 34167542; PMCID: PMC8223368.

69. Birhanu BE, Kebede DL, Kahsay AB, Belachew AB. Predictors of teenage pregnancy in Ethiopia: a multilevel analysis. BMC Public Health. 2019 May 17;19(1):601. doi: 10.1186/s12889-019-6845-7. PMID: 31101101; PMCID: PMC6525551.

70. Jijón M. Factores predictores del embarazo en adolescentes y mujeres jóvenes en el Ecuador: Un modelo de regresión logística múltiple. Rev. ecuat. pediatr ; 22(2): 1-7, 31 de agosto del 2021. Artigo em Espanhol | LILACS | ID: biblio-1284505

71. Cifuentes Zúñiga Camila Fernanda, Gaete Villegas Guisella Alejandra, Sepúlveda Saldias Claudia Mariela, Morales Ojeda Ismael Antonio, Parada Jiménez Darynka Angélica. Factores de riesgo para infecciones de trasmisión sexual en adolescentes de un colegio de educación secundaria. Horiz. Med. [Internet]. 2021 Ene [citado 2024 Abr 11] ; 21(1): e1125. Disponibleen: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000100002&lng=es.

72. Sistema de información regional para la toma de decisiones. INEI 2023. Disponible en: https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta

X. ANEXOS

ANEXO 1.- CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, PAUL VILCHEZ CASTRO, con DNI Nº 00252184, de profesión DOCENTE, grado académico DOCTOR; con código de colegiatura 11856, labor que ejerzo actualmente como Docente, en el Programa Académico de Obstetricia.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento denominado “Modelo de riesgo social en la salud sexual reproductiva de los adolescentes de la Región Tumbes, 2023”; Luego de hacer las observaciones pertinentes a los ítems, concluyo en las siguientes apreciaciones.

Criterios evaluados	Valoración positiva			Valoración negativa	
	MA (4)	BA (3)		PA (1)	NA (0)
1. Calidad de redacción de los ítems.	X				
2. Amplitud del contenido a evaluar.	X				
3. Claridad semántica y sintáctica de los ítems.	X				
4. Congruencia con los indicadores.	X				
5. Coherencia con las dimensiones.	X				

Apreciación total:

MA=Muy adecuado (x) BA=Bastante adecuado ( ) A= Adecuado ( )

PA= Poco adecuado ( ) No adecuado ( )

DOCTOR PAUL VILCHEZ CASTRO

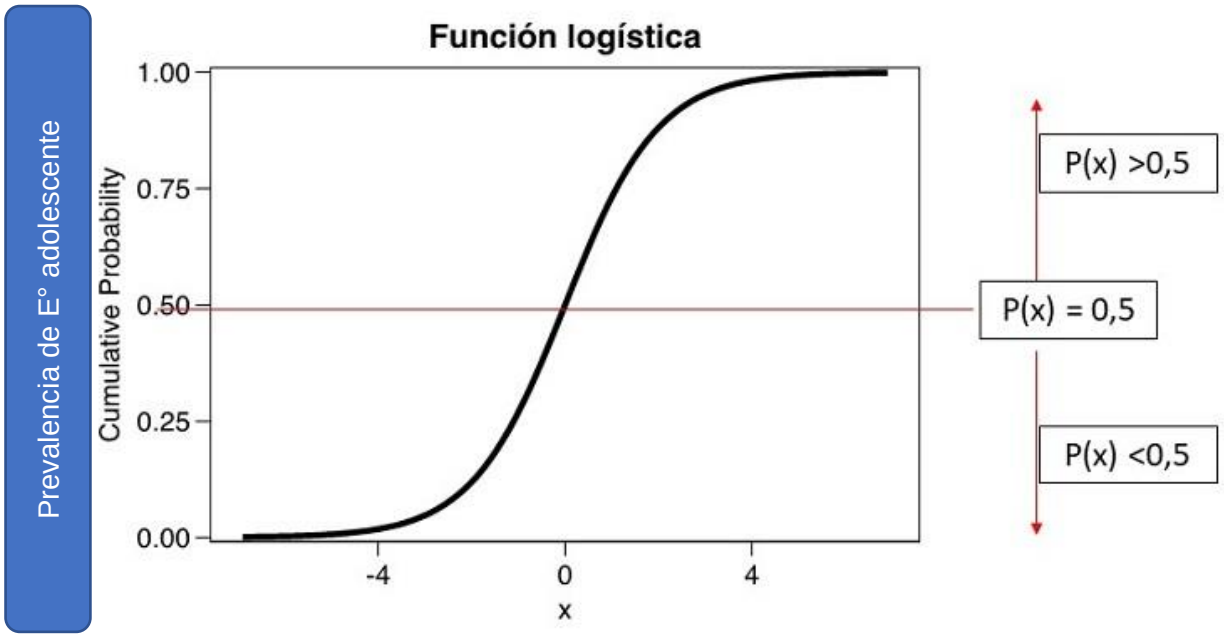
DNI OO252184

Firma y sello

Anexo 2. Registro de datos

Items	Distritos	Población adolescente	Dimensiones										
			Determinante social								Salud sexual reproductiva		
			Escolaridad (%)	Desersión escolar (%)	Pobreza (%)	Indice de carencia /razón	PEA (%)	Aseguramiento en salud (%)	Acceso al servicio de salud (%)	Tasa de violencia familiar (%)	Uso de MAC (%)	Prevalencia de E° adolescente (%)	Prevalencia de ITS/VIH (%)
1	Tumbes												
2	Corrales												
3	San Jacinto												
4	Pampas de Hospital												
5	San Juan de la Virgen												
6	La Cruz												
7	Zorritos												
8	Canoas de Punta Sal												
9	Casitas												
10	Zarumiila												
11	Aguas Verdes												
12	Papayal												
13	Matapalo												

Anexo 3. Modelo predictivo



Riesgo social= Determinante social = Indicador social= Razón/ proporción

Anexo 4. Operacionalización de la Variables

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valoración de las escalas
Riesgo social	método de cribado poblacional para identificar a las personas en mayor riesgo (71)	modelos predictivos de ajuste de riesgo	Determinantes social	Escolaridad	continua	Alto riesgo social
				Desersión escolar	continua	
				Pobreza	continua	
				Indice de carencia	continua	Mediano riesgo social
				PEA	continua	
				Aseguramiento en salud	continua	
				Acceso al servicio de salud	continua	Bajo riesgo social
				Tasa de violencia familiar	continua	
Variable 2	**Definición conceptual**	**Definición operacional**	**Dimensiones**	**Indicadores**	**Escala de medición**	Alta
						Media
Salud sexual y reproductiva	Completo bienestar fisico, psicologico y social de la SSR	Indicadores de prevalencia	Salud sexual reproductiva	Uso de MAC	continua	
				Prevalencia de E° adolescente	continua	Baja
				Prevalencia de ITS/VIH	continua	

Anexo 5. Cronograma

N°	Actividades	Meses			
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
1	Presentación del plan de tesis				
2	Búsqueda y recolección de los artículos y datos referidos al tema de fichado				
3	Revisión bibliográfica				
4	Desarrollo y ampliación del marco teórico				
5	Elaboración de los instrumentos de recolección de datos				
6	Comunicación con los profesionales a entrevistar				
7	Entrevista con los profesionales				
8	Sistematización y tabulación de los datos				
9	Análisis e interpretación de los datos recopilados				
10	Edición y corrección de estilo				
11	Elaboración del informe de tesis final				

Anexo 6. Presupuesto

Tipo	Servicios	Unidad	Costo unidad	Monto total
Adquisición de bienes	Material de escritorio (hojas, tóner de impresión, lapicero)	Global	100.00	100.00
	Incentivo para participantes	30 unidades	15.00	450.00
	Sub total			**550.00**
Servicios	Internet	100 horas	1.00	100.00
	Impresión de cuestionarios y fotocopia de documentos	Global	120.00	120.00
	Movilidad	10 traslados	10.00	100.00
	Sub total			**320.00**
Total general				**870.00**