

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA
FILIAL – CHOTA



TESIS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN
CON LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS
DE CHOTA, CAJAMARCA 2023

AUTORA

DÍAZ DELGADO LUZ HELÍTA

ASESORA

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

CHOTA – CAJAMARCA

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Luz Helíta Díaz Delgado**

DNI: **73418108**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS DE CHOTA, CAJAMARCA 2023.

6. Fecha de evaluación: **09/07/2024**

7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **17%**

9. Código Documento: **oid: 3117:365443937**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 09/07/2024

Firma y/o Sello
Emisor Constancia



Nombres y Apellidos
DNI:26673990

COPYRIGHT © 2024 by
DÍAZ DELGADO LUZ HELÍTA
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

DÍAZ LE. 2024. Factores sociodemográficos y su relación con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota-Cajamarca, 2023

Bach. Enf. DÍAZ DELGADO LUZ HELÍTA. 76 páginas.

Asesora:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Docente Principal de la EAP de Enfermería – Filial Chota.

Disertación académica para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería – UNC 2024.

HOJA DE JURADO EVALUADOR

TÍTULO DE LA TESIS:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON LOS EMBAARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS DE CHOTA, CAJAMARCA 2023

AUTORA: Bach. Enf. Luz Helíta Díaz Delgado

ASESORA: Martha Vicenta Abanto Villar

JURADO EVALUADOR:



Dra. Norma Bertha Campos Chávez
PRESIDENTE



M. Cs. Oscar Fernando Campos Salazar
SECRETARIO



M. Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano
VOCAL

DEDICATORIA

A DIOS, por la vida, la salud y permitirme llegar hasta esta etapa de mi formación profesional, dándome la oportunidad de cumplir mis metas personales y académicas.

A mis padres MODESTO y AIDALIA, por motivarme a seguir con la profesión que elegí, por su esfuerzo, consejos, dedicación y amor. Son ellos mi mayor ejemplo de perseverancia, gracias por la confianza que depositaron en mí.

A mi hermana NERLY ANALI, por estar siempre a mi lado, por su apoyo incondicional. Me siento muy feliz de tenerlo y de compartir gratos momentos cada día.

A mi esposo ALEX JHONATAN, por el gran ser humano que es, soy afortunada de tenerlo a mi lado, por motivarme a ser una mejor persona y por el apoyo que siempre me ha brindado.

Luz Helita

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso, por la vida y la salud, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles de mi formación profesional, por siempre proteger y guiar mis pasos.

A mis padres, hermana, esposo y seres queridos, por el esfuerzo realizado para apoyarme incondicionalmente, por la fuerza moral y el apoyo desinteresado que me brindaron para concluir mi carrera profesional.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial – Chota, por acogerme en sus aulas; a los docentes quienes guiaron mi formación y transmitieron sus conocimientos durante mi formación profesional.

A la Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, por la asesoría, por el apoyo, dedicación, paciencia y motivación durante el proceso de la investigación.

Al Centro de Salud Patrona de Chota, al Hospital José Hernán Soto Cadenillas, por las facilidades brindadas durante la ejecución del presente estudio.

A las madres adolescentes atendidas que participaron de esta investigación, por la colaboración y facilidades brindadas durante la de recolección de datos.

Luz Helita

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
Pág. viii	
LISTA DE TABLAS	ix
GLOSARIO	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I.....	15
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación	15
1.2. Formulación del problema de investigación.....	19
1.3. Justificación del estudio.....	19
1.4. Objetivos	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes del estudio	21
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Hipótesis.....	37
2.4. Variables del estudio	37
2.5. Matriz de operacionalización de las variables	37
CAPÍTULO III.....	41
DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1. Diseño y tipo de estudio	41
3.2. Área de estudio	41
3.3. Población de estudio.....	42
3.4. Criterio de inclusión y exclusión.....	42
3.5. Unidad de análisis	42
3.6. Marco muestral	43
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
3.8. Procesamiento y análisis de datos	45
3.9. Consideraciones éticas.....	45
CAPÍTULO IV	45
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	73

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Factores sociodemográficos relacionados con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, Cajamarca 2023	45

GLOSARIO

Adolescencia:	Periodo de vida que va desde los 10 a los 19 años, tradicionalmente considerada como aquella etapa donde el individuo (adolescente) “carece o adolece de algo”, debido a las transformaciones biopsicosociales que sufre este durante su transición hacia la juventud y adultez, y que están ligadas al contexto social y demográfico en el que vive (1).
Adolescencia temprana:	Se ubica entre los 10 y 13 años, es una etapa de gran confusión para el adolescente, pues está marcada por el inicio de la primera menstruación (mujer) y la primera eyaculación o polución nocturna (varón) (1).
Adolescencia media:	Va desde los 14 a 16 años, el adolescente entiende que los cambios corporales, psicológicos y conductuales son parte de su transición hacia la vida adulta y que la aparición de las características sexual son parte de su proceso de maduración sexual (47).
Adolescencia tardía:	Se presenta entre los 17 y 19 años, la mayoría ya tiene una vida sexual activa, tienen sentido de identidad y pertenencia a un grupo o comunidad, son más apegados a sus padres, aceptan su apariencia corporal y pasan más tiempo con su pareja sexual (6).
Embarazo adolescente:	Suceso materno que ocurre a muy temprana edad (10 a 19 años) y que representa una condición riesgosa para la salud del producto del embarazo (embrión, feto o neonato), la gestante y la familia (4).
Factores sociodemográficos para el embarazo adolescente	Conjunto de situaciones personales (biología, genética, edad), sociales (educación, salud), económicas (ingreso económico), conductuales (estilos de vida) y cognitivas (conocimiento e información) que poseen las adolescentes embarazadas y que podrían haber condicionado su embarazo a muy temprana edad (18).

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos relacionados al embarazo adolescente atendido en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota-Cajamarca, 2023. Estudio cuantitativo, correlacional y transversal, llevado a cabo con 45 adolescentes embarazadas. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario sobre factores relacionados al embarazo adolescente diseñado por Peralta M, en el año 2018. Resultados: El 91,1% tenían entre 15 y 19 años; 80,0% residían en la zona rural; 66,7% profesaban la religión católica; 80,0% no estudiaban; 73,3% tenían estudios secundarios; 93,3% fueron convivientes; 73,3% percibían menos del sueldo mínimo; 64,4% tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 19 años; 68,9% no usaron métodos anticonceptivos antes del embarazo; 95,6% indicaron que su madre no presentó embarazo adolescente; 51,1% pertenecieron a una familia nuclear; 97,8% no sufrieron violencia familiar; 55,6% no contaban con información sobre salud sexual y reproductiva; 64,4% desconocían sobre métodos anticonceptivos. Conclusiones: Los factores sociodemográficos relacionados con el embarazo adolescente incluyen, la procedencia rural 80% (p 0,046), no estar estudiando 80% (p 0,005), cursar la educación secundaria 26,7% (p 0,007), inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años 35,6% (p 0,013), uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo 68,9% (p 0,038), no ser parte de una familia nuclear 51,1% (p 0,001), no contar con información adecuada sobre salud sexual y reproductiva 55,6% (p 0,015) y desconocer sobre métodos anticonceptivos 64,4% (p 0,046).

Palabras clave: Embarazo, adolescente, factores sociodemográficos. (DecS Bireme)

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the sociodemographic factors related to adolescent pregnancy treated at the José Hernán Soto Cadenillas Hospital in Chota, Cajamarca 2023. Quantitative, correlational and cross-sectional study, carried out with 45 pregnant adolescents. The interview was used as a technique and the questionnaire on factors related to teenage pregnancy designed by Peralta M, in 2018, was used as an instrument. Results: 91.1% were between 15 and 19 years old; 80.0% lived in rural areas; 66.7% professed the Catholic religion; 80.0% did not study; 73.3% had secondary education; 93.3% were cohabitants; 73.3% received less than the minimum wage; 64.4% had their first sexual relationship between the ages of 15 and 19; 68.9% did not use contraceptive methods before pregnancy; 95.6% indicated that their mother did not have a teenage pregnancy; 51.1% belonged to a nuclear family; 97.8% did not suffer family violence; 55.6% did not have information on sexual and reproductive health; 64.4% did not know about contraceptive methods. Conclusions: Sociodemographic factors related to teenage pregnancy include rural origin 80% (p 0.046), not studying 80% (p 0.005), attending secondary education 26.7% (p 0.007), beginning sexual relations before the age of 15 35.6% (p 0.013), use of contraceptive methods before pregnancy (p 0.038), not being part of a nuclear family 68.9% (p 0.001), not having adequate information on sexual and reproductive health 51.1% (p 0.015) and not knowing about contraceptive methods 64.4% (p 0.026).

Keywords: Pregnancy, adolescent, sociodemographic factors. (DecS Bireme)

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel global, dado que en las últimas décadas se ha evidenciado que los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad, trayendo con ello diversos problemas de índole social, demográfico, sanitario, epidemiológico, económico y hasta cultural, entre los que se encuentra el embarazo adolescente (1).

El embarazo adolescente es un evento negativo que afecta no solo a la adolescente y su pareja sino también a sus familias y a la sociedad, generando consecuencias, como un mayor número de hijos, deserción escolar, desempleos, subempleo y/o violencia familiar. Además de repercutir en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbimortalidad, sobre todo cuando el embarazo es más precoz (1)(2).

Por estas razones el problema del embarazo adolescente se ha convertido en un hecho social que requiere de urgentes medidas gubernamentales y comunitarias para poder prevenirlo, dado que no solo incrementa las enfermedades y muertes de las madres adolescentes y los infantes, sino también provoca consecuencias biopsicosociales en la adolescente, el conyugue, la familia y la sociedad en su conjunto (3).

Asimismo, los índices de embarazos en adolescentes varían según el contexto social, demográfico y cultural en el que viven los adolescentes; esto debido a diferentes causas, entre ellas, el inicio de la actividad sexual, la funcionalidad familiar, la condición económica, el grado de educación e información sobre salud sexual y reproductiva, el acceso a los métodos anticoncepción, el control de la natalidad, la atención prenatal, etc. (2). Si bien, las causas de embarazos en adolescentes son amplias y complejas estas varían entre los distintos grupos culturales y étnicos (1)(3).

En este contexto la presente investigación sobre los factores sociodemográficos relacionados con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, Cajamarca 2023, tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos que se relacionan significativamente con los embarazos adolescentes, usando para ello, una entrevista de tipo personal como técnica y un cuestionario de recolección de datos como instrumento.

El estudio está estructurado en cuatro capítulos: Capítulo I: Definición, delimitación, formulación del problema de investigación, justificación y objetivos. Capítulo II: Marco teórico, antecedentes del estudio, teorías disciplinares, hipótesis y variables de estudio. Capítulo III: Metodología, diseño, tipo y área de estudio, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, tamaño y selección de la muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, proceso de recolección de datos. Capítulo IV: Resultados, discusión, análisis, conclusiones y recomendaciones. Además de las referencias bibliográfica y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) indica que el periodo de vida comprendido entre los 10 y 19 años es denominado adolescencia; mientras que para el Ministerio de Salud (MINSA) (4) esta etapa se sitúa entre los 12 y 17 años. Sin embargo, independientemente de las diferencias en las edades de inicio, el adolescente es un ente social que requiere y demanda atención sobre salud sexual y reproductiva.

La adolescencia tradicionalmente es considerada como aquella etapa donde el individuo (adolescente) “carece o adolece de algo”, debido a las transformaciones biopsicosociales que sufre durante su transición hacia la juventud y adultez; aspectos que están ligados al contexto social y demográfico en el que vive. En este escenario, se requiere repensar las intervenciones sanitarias dirigidas a promover la salud integral de esta población, más aún con los cambios sanitarios sufridos a partir de la COVID-19 (2).

Durante la adolescencia, la búsqueda de la identidad y autonomía, la identificación sexual, el comienzo de la fertilidad y los cambios en los procesos cognitivos, hacen del adolescente un individuo vulnerable social, psicológicamente (3). Situación que puede traerle problemas, entre los que se encuentra el embarazo precoz (adolescente) definido por la OMS (1), como aquel suceso materno que ocurre entre los 15 y 19, que representa una condición riesgosa para la salud del producto del embarazo (embrión, feto o neonato), la gestante y la familia (5).

El embarazo adolescente es una situación compleja asociada a factores, como los modos de crianza, comportamientos, educación y comunicación familiar, acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, o a los modelos educativos (6)(7). Es uno de los problemas de salud pública que más limita el futuro de la madre adolescente, de su pareja y del propio niño por nacer (8), siendo el resultado de factores sociales, demográficos, biológicos, ambientales, cognitivos,

comportamentales, etc., incrementando el riesgo de un embarazo adolescente (9). Por esta razón, las políticas sociales y sanitarias deben considerarlo como un hecho social, más que un mero suceso circunstancial producto de la búsqueda de su independencia y autonomía (10).

Desde la salud sexual y reproductiva, los factores relacionados al embarazo adolescente pueden originar: inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de planificación familiar, desconocimiento sobre métodos anticonceptivos (11)(12); disfunción y violencia familiar; además de afectación de la salud física, psíquica, emocional y afectiva de la embarazada y su conyugue (13). Por ello, urge que el sistema sanitario le preste mayor atención a la adolescencia y su complejidad comportamental, con el fin de limitar el riesgo de un embarazo adolescente (14).

Las consecuencias del embarazo adolescente incluyen alteraciones en la vida de la madre (abandono escolar, bajo rendimiento académico, discriminación, bullying, rechazo conyugal, desprotección maternal, violencia familiar, etc.); del niño (embarazo no deseado, violencia infantil, retraso en el crecimiento intrauterino, alteraciones psicomotoras, etc.); del conyugue (deserción escolar, rechazo a la madre y el niño); y de la familia (violencia y rechazo familiar) (15)(16); lo que podría provocar modificaciones en el proyecto de vida de todos los involucrados, en especial de la gestante adolescente (17).

En definitiva, el embarazo adolescente está asociado a factores maternos como: la edad de inicio de las relaciones sexuales, edad materna (menor edad mayor riesgo), nivel educativo (nulo o escaso), condición económica (pobre), funcionalidad familiar (disfuncional), estado civil (madre soltera), tipo de familia (monoparental, amplia o extendida), religión que profesa, zona de residencia (rural), información o conocimiento sobre métodos anticonceptivos (desconocimiento), antecedente familiar de embarazo adolescente o violencia familiar (18)(19)(20).

En este sentido, la OMS estima que en el mundo se producen más de 15 millones de embarazos adolescente por año; es decir, a razón de 46 partos por cada mil niñas y 1,1 millones de ellas tienen menos de 15 años; esta situación es más agravante entre los países en vías de desarrollo, donde más del 75% se producen en

condiciones de pobreza, disfuncionalidad familiar, desconocimiento de los adolescentes sobre los MAC, violencia sexual y limitado acceso a los servicios de salud reproductiva (1). En general, el embarazo precoz se ubica entre el 10 y 14%, con diferencias significativas de hasta 30% entre los países desarrollados y subdesarrollados (21).

Latinoamérica se ubica como la segunda región con más embarazos adolescentes, solo por debajo del continente africano, alcanzando 66,5 nacimientos por cada mil adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que representa el 8% de la población adolescente de América Latina (22). El Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) (23), indica que 18% (1,5 millones) de los embarazos en esta parte del mundo son adolescentes; datos que en sí son resultante de factores como la escasa información, limitaciones en acceder a los MAC y las dificultades de género que tiene que afrontar las mujeres en esta etapa.

En el Perú, la problemática sigue siendo igual de preocupante, pues según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) (24), el 8,2% de embarazos reportados en el 2023 eran adolescentes de 15 a 19 años, de estas 6,7% ya eran madres y 1,5% embarazadas, presentándose con mayor incidencia en la selva (23%), en poblaciones rurales (17,1%) y en aquellas adolescentes pobres (14,8%). Situación que se encuentra vinculada a los factores sociodemográficos, culturales, económicos y sanitarios a los que estas expuestas; pues se calcula que 8 de 10 niñas en el país son violentadas sexualmente, 4 de 10 son madres antes de los 15 años y un tercio de estas se practican un aborto en condiciones insalubres (25)(26).

Además, según la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, en el año 2023, identificó que el embarazo adolescente en el Perú fue de 8,9% (rural 15,6% y urbana 7,2%); además, el 75% de las adolescentes embarazadas indicaron que su embarazo no fue planificado, 8,2% eran de la sierra, 15,6% vivían en la zona rural, 16,5% eran pobres, 33,6% tenían educación primaria y 29% no utilizaron MAC (27).

El embarazo adolescente como problema social requiere de una solución rápida, sostenible y eficaz, donde los sectores salud y educación deben ser los encargados de liderar las políticas de prevención, pues esté causa disrupciones en el estado de

salud materno-neonatal, problemas educativos y una carga social y económica para el estado (20)(25). Desde esta perspectiva, cifras en el Perú reportan que la deserción educativa de las adolescentes embarazadas alcanza 85%, la desprotección conyugal 75%, el rechazo familiar 65%, la discriminación 90% y la mortalidad materna adolescente es la tercera causa entre las embarazadas (28).

Asimismo, en Cajamarca según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2023) (29), se estima que el embarazo adolescente fue cercano al 15,2%, donde 13% ya son madres y 2,35 están embarazadas por primera vez, 2,3% vivían en la zona rural, 23,1% fueron abandonadas por su pareja y más del 60% desempleadas. Situación que está asociada a las condiciones socioeconómicas, sanitarias y de equidad de género que tienen que enfrentar las adolescentes y las mujeres en general en la región (30).

Por otro lado, de acuerdo al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en el año 2023 (31), el embarazo adolescente en la provincia de Chota superó el 15,2% y como distrito el 10,1%; presentándose con mayor incidencia en los distritos de Tacabamba y Paccha. Además, en el mismo año según la Dirección Sub Regional de Salud Chota (32), los embarazos adolescentes reportados en los más de 150 establecimientos de salud a su cargo estuvieron alrededor del 12%. Escenario que debe llamar la atención del sector salud para tomar acciones inmediatas en la prevención de esta problemática que menoscaba la salud biopsicosocial de la adolescente y su familia.

En el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota se estima que el embarazo adolescente es cercano al 8%; pues debido a la experiencia se ha podido observar en los consultorios de salud sexual y reproductiva y materno-neonatal un alto número de adolescentes embarazadas que acuden a su control prenatal o en busca de atención médica. Esta situación sería producto de factores como la pobreza, nivel educativo, escasa información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, inicio temprano de las relaciones sexuales, violencia familiar, discriminación, limitado acceso a los servicios de salud, etc.; características propias de la población adolescente que atiende en este establecimiento Hospitalario de Chota.

Además, en la ciudad de Chota en los últimos años se ha podido observar que existen escenarios propicios para que las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes se incrementen, lo que no permite que la frecuencia de embarazos adolescentes disminuya o al menos sea sostenido en el tiempo; pues la proliferación de locales nocturnos de diversión, bares, cantinas, redes sociales que promueven la promiscuidad, el inicio precoz de las relaciones sexuales, etc., han hecho que el problema continúe agravándose.

Desde las evidencias científicas mostradas es necesario que el personal de Enfermería aborde el problema del embarazo adolescente desde el primer nivel de atención, prestándole mayor interés a las acciones preventivo-promocionales individuales (planificación familiar, métodos anticonceptivos, proyecto de vida, autoestima, toma de decisiones y habilidades sociales para la vida), familiares (educación familiar, sexualidad, paternidad responsable) y colectivas (talleres y sesiones educativas sobre salud sexual y reproductiva). Por ello y considerando lo indicado, el estudio se plantea la siguiente pregunta:

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuáles son los factores sociodemográficos que se relacionan con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, Cajamarca 2023?

1.3. Justificación del estudio

El problema del embarazo adolescente se ha convertido en un hecho social que requiere de urgentes intervenciones para prevenirlo, pues no solo incrementa la mortalidad materna que en el año 2022 fue de 16,7%, sino también provoca consecuencias biopsicosociales en las adolescentes, el conyugue, la familia y la sociedad en su conjunto; entre las que se encuentran, la deserción escolar, violencia familiar, abortos insalubres, abandono familiar, enfermedades maternas durante la gestación (preeclampsia, diabetes, endometritis, infecciones) y alteraciones en el neonato (prematuridad, desnutrición, anemia, afecciones graves) (1) (22).

Teóricamente el estudio contribuirá en la obtención de datos actuales respecto a la

magnitud del embarazo adolescente, permitiendo determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con la problemática y aportando información que permita una actuación eficaz para combatir este problema de salud pública. Asimismo, servirá como base teórica para posteriores investigaciones.

El estudio resulta conveniente, pues al describir los factores sociodemográficos que se relacionan al embarazo adolescente facilitará la realización de medidas encaminadas a prevenir el embarazo adolescente, debido a que la gestación en la adolescencia tiene consecuencias negativas sobre la salud individual de la madre y el feto, tanto en su ámbito social, económico, afectivo y salubrista.

La relevancia social del estudio radica en que ayudará a la población adolescente en promover conductas sexuales menos riesgosas e incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva para prevenir el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual; además de mejorar la calidad de vida de los jóvenes, la familia y la comunidad.

La utilidad metodológica del estudio, radica en que servirá como antecedente y guía para posteriores trabajos que busquen abordar la temática de los factores causales relacionados con el embarazo adolescente.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con el embarazo adolescente atendido en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, Cajamarca 2023.

1.4.2. Específico

Describir los factores sociodemográficos que se relacionan con el embarazo adolescente atendido en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, Cajamarca 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

En Nigeria, Okoli et al. (19), en el año 2022 investigaron las desigualdades socioeconómicas en el embarazo adolescente, con el objetivo de identificar los factores que explican la desigualdad socioeconómica en este grupo poblacional; estudio correlacional y trasversal, realizado con 8423 participantes. Resultados: 24,6% tenían menos de 16 años, 75,2% eran solteras, 10,4% iletradas, 20,6% pobres, 64,4% desempleadas, 41,7% cristianas y 54,9% vivían en la zona rural. El embarazo adolescente está asociado a la pobreza, al estado civil, a la falta de información sobre salud sexual y reproductiva y a la religión. Conclusiones: Accionar sobre las condiciones socioeconómicas de la familia y mejorar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva reduce el riesgo de embarazo adolescente.

En Cuba, Góngora et. al. (33), en el año 2022 desarrollaron el estudio sobre las características sociodemográficas que influyen en el embarazo adolescente, cuyo objetivo fue describir las características sociodemográficas que influyen en el embarazo; estudio correlacional y transaccional, realizado en 34 adolescentes embarazadas. Resultados: el 44,1% de las participantes tuvieron menos de 18 años, 24,7% educación secundaria, 52,9% estudiaban y 17,6% eran amas de casa, 26,5% solteras, 41% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años; 17,6% tenían una familia disfuncional, 32,4% tenían una madre con antecedente de embarazo precoz, 29,4% indicaron falta de comunicación familiar y 41,2% eran pobres. Conclusiones: El embarazo adolescente se asoció con la pobreza, antecedente materno de embarazo adolescente e inicio temprano de las relaciones sexuales.

En Filipinas, Tabei et al. (34), en el año 2021 estudiaron la asociación entre embarazo adolescente y factores familiares, donde se propusieron como objetivo investigar la asociación entre ambas variables; estudio correlacional y trasversal, desarrollado en 5120 mujeres adolescentes de 15 a 19. Resultados: 57% no vivían con sus padres, 66,7% procedían de la zona rural, 71,5% tenían secundaria incompleta, 23,6% eran extremos pobres, 81,8% eran desempleadas y 35,6% desconocían sobre MAC. Conclusiones: el embarazo adolescente se asoció a vivir sin sus padres, desconocimiento sobre MAC, ser de familia numerosa, la pobreza, bajo grado de instrucción.

En Uganda, Wasswa et al. (19), en el año 2021 realizaron el estudio, determinantes asociados al embarazo adolescente, con el objetivo fue examinar los determinantes vinculados al embarazo adolescente; investigación correlacional, retrospectiva y transversal, ejecutada con una muestra estratificada por año (2006 = 1936, 2011 = 2048 y 2016 = 4264). Resultados: las participantes fueron casadas (22,8%), menos de 16 años (20,4%), educación primaria (16,6%), condición de pobreza (37,6%), religión católica (40,1%), área rural (75,7%), inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años (40,7%). Conclusiones: el embarazo adolescente se asoció a la pobreza, menor grado de estudios e inicio precoz de las relaciones sexuales. Se recomienda promover la educación de las niñas, incrementar el ingreso económico y mejorar la información sobre salud sexual y reproductiva.

En Ecuador, Arce (35), en el año 2020 estudiaron los factores sociodemográficos e institucionales asociados al embarazo adolescentes, teniendo como objetivo analizar los factores asociados al embarazo adolescente; estudio correlacional, observacional y transversal; desarrollado con 53 adolescentes embarazadas. Resultados: 49,1% tenían entre 15 y 16 años, 39,6% primaria incompleta, 62,3% fueron casadas, 88,7% eran católicas y 49,1% indicaron tener acceso limitado a los servicios de salud. Conclusiones: El embarazo adolescente se asoció a la edad, nivel educativo, estado civil, religión y acceso a los servicios de salud.

En Ecuador, Llanos y Llovet (36), en el año 2019 desarrollaron el estudio. Factores que influyen en el embarazo adolescente, con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo; estudio descriptivo y transversal; ejecutado con 20 adolescentes embarazadas. Resultados: 40% tenían menos de 17 años, 40% indicaron tener problemas familiares, 20% problemas sociales, al igual que económicos y con sus padres; 40% dijeron que sintieron rechazo y fueron maltratadas física y mentalmente por sus padres cuando estos se enteraron de su embarazo; además, 60% desconoce sobre los MAC. Conclusiones: La educación sanitaria de la adolescente ayudará a mejorar su sexualidad y evitar conductas sexuales de riesgo que le lleven a un embarazo (36).

A nivel nacional

Sanca-Valeriano et. al. (37), en el año 2022 desarrollaron el estudio, factores sociodemográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes del Perú, cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados al embarazo adolescente; estudio correlacional, observacional y transversal; ejecutado en una muestra de 49 676 mujeres adolescentes. Resultados: la prevalencia de embarazo adolescente fue de 17,7%; el embarazo se asoció a la edad menor de 16 años, a vivir en la sierra, a la pobreza, o tener instrucción primaria. Conclusiones: Acciones en favor de la educación y mejorar sus ingresos económicos (mayor oportunidad laboral) de la adolescente reduce los embarazos a muy temprana edad.

En Lambayeque, Tingal (38), en el año 2021 estudió los factores influyentes y características sociodemográficas en el embarazo de adolescentes del Centro de Salud San Antonio de Chiclayo, planteándose como objetivo identificar los factores que influyen en el embarazo; investigación descriptiva, observacional y transaccional; ejecutada con 50 adolescentes gestantes. Resultados: se identificó que, 34% tenían entre 11 y 17 años, 8% procedían de la sierra, 24% eran pobres y 84% cursaban educación secundaria; 64% no se identificaban con alguna religión, 44% desconocían sobre MAC, 76% no tenían conocimiento sobre su ciclo menstrual y 82% sobre el anticonceptivo oral de emergencia; 8% no tenían intención de continuar estudiando; 10% vivían solas y 34% no pasaban tiempo con sus padres. Conclusiones: El desconocimiento sobre MAC y usarlo influyen en el embarazo adolescente.

En Lima, Rengifo (39), en el año 2021 investigaron los factores asociados al embarazo adolescente atendido en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, se planteó como objetivo identificar los factores asociados al embarazo adolescentes; estudio analítico de casos y controles, observacional y trasversal; ejecutado en 46 casos y 92 controles. Resultados: el 93,5% tenían entre 15 y 17 años, 89,1% educación secundaria, 45,7% eran solteras, 73,9% amas de casa; 8,7% no recibió educación sexual, 56,5% tuvo su primera relación sexual antes de los 16 años, 4,3% no recibió información sobre MAC, 56,5% no uso MAC en su primera relación sexual; 45,7% tuvo una familia monoparental, 13% tenían mala comunicación paterna, 21,7% eran de madres con embarazo en la adolescencia. Conclusiones: el embarazo adolescente se asoció a la educación, conocimiento sobre MAC y tipo de familia.

En Lima, Mendoza (40), en el año 2020 estudiaron los factores asociados al embarazo adolescente en el servicio de gineco-obstetricia del Centro Materno Infantil Juan Pablo II del Distrito de Villa El Salvador, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al embarazo; estudio analítico, transversal, desarrollado con 133 adolescentes embarazadas. Resultados: la edad menor a 16 años, el nivel educativo de iletrada o primaria. la familia monoparental, la primera relación sexual, la escasa de información sobre salud sexual y reproductiva y la falta de comunicación familiar. Conclusiones: Implementar estrategias para reducir los factores de riesgo sociodemográficos reducirán el número de embarazos adolescentes.

A nivel regional

En la ciudad de Cajamarca, Gómez (41), en el año 2022 estudiaron los factores individuales, sociales y familiares presentes en el embarazo adolescente atendido en un Centro de Salud de Cajamarca, se planteó como objetivo determinar los factores presentes en el embarazo adolescente; estudio correlacional y transversal; desarrollado con 40 adolescentes embarazadas. Resultados: 67,5% tenían entre 16 y 18 años, 35% eran amas de casa, 42,5% tenían educación primaria, 47,5% solteras y 50% vivían en la zona rural; 100% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, 97,5% desconocen sobre MAC, 75% tuvieron una madre con embarazo adolescente y 72,5% una familia disfuncional. Conclusiones: La edad, educación, conocimiento sobre MAC y la zona de residencia se relacionan con el embarazo adolescente.

En la provincia de San Ignacio, Castillo (42), en el año 2019 indagaron sobre los factores que influyen en el embarazo adolescente del Centro de Salud San Ignacio; estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado con 86 adolescentes embarazadas. Resultados: 23,3% tenían menos de 16 años, 43% educación primaria, 65,1% eran amas de casa, 39,5% solteras, 51,2% procedían de una familia monoparental, 40,7% tuvieron una madre que se embarazó en la adolescencia, 44,2% no utilizó MAC, 34,9% no acepta su embarazo. Conclusiones: Los factores

que influyen en el embarazo adolescente son prevenibles si se trabaja multisectorialmente y se incide en la información sobre salud sexual y reproductiva.

En la ciudad de Chota, Peralta (43), en el año 2018 estudió las características biológicas, sociales, económicas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes del Hospital José Soto Cadenillas, cuyo objetivo fue identificar y analizar las características relacionadas al embarazo adolescente; estudio correlacional, no experimental y transversal; ejecutado con 41 adolescentes embarazadas. Resultados: 95% de las participantes tuvieron de 15 a 17 años, 71%, vivían en el área rural, 76% eran católicas, 68% educación secundaria, 42% procedían de una familia extensa, 68% no usaron MAC, 83% vivían en precariedad económica, 46% presentaban desprotección familiar y 70% se dedicaban a los quehaceres del hogar. Conclusiones: el embarazo adolescente se asoció a la edad de inicio sexual y a la pobreza.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo teórico del embarazo adolescente

En sociedades como la nuestra donde los patrones de crianza, el sistema educativo, la religión y la sociedad perjudiosa (desaprueba, estereotipa y discrimina) limitan hasta cierto punto la sexualidad de los individuos, más aún de los adolescentes, resulta complejo entender el por qué se observa una alta prevalencia de embarazos cada vez más precoces (44).

Convencionalmente la sociedad acepta que los adolescentes lleguen a tener una profesión y sean económicamente independientes, pues esto les garantizará mejores oportunidades laborales, lo que les permitirá ser capaces de mantener en el futuro a su familia y educar a sus hijos; a diferencia de aquellos que vieron truncadas sus expectativas de vida producto de un embarazo adolescente (44).

Asimismo, se ha identificado las causas probables del embarazo adolescente, entendiéndose que este fenómeno es multifactorial, desde esta

perspectiva existen numerosas corrientes teóricas que explican el porqué de la ocurrencia del embarazo adolescente. Así, desde los modelos teóricos de la Enfermería que podrían explicar este problema tenemos al:

Modelo del sistema conductual de Enfermería de Dorothy Johnson (1980)

Johnson considera a la persona como un sistema conductual en el cual confluyen diversos subsistemas que dependen uno del otro y a su vez de todo el sistema. Por tanto, el individuo como sistema de comportamientos busca el equilibrio mediante el ajuste y adaptación al entorno y a la necesidad de salud que tiene; esto le permitirá tener un estado de salud más eficiente y eficaz, donde los factores biopsicosociales que la determinan den equilibrio y estabilidad a la persona, entendida esta como sistema conductual (44).

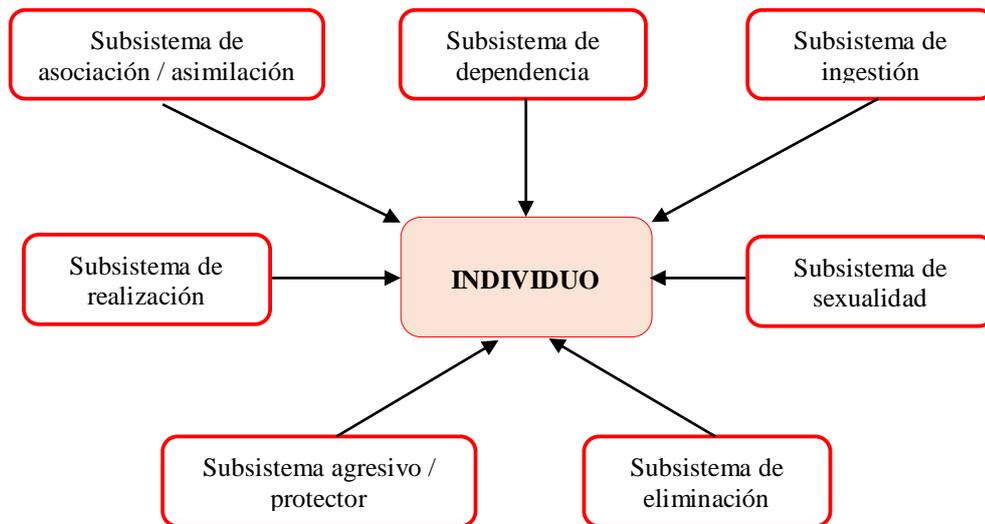
Para Johnson lo que le sucede a la persona en términos sanitario, está relacionado con las conductas que presenta o adopta a lo largo de su vida o en una situación determinada. En esta perspectiva, la persona es un sistema conductual regido por siete subsistemas que interactúan entre sí, donde cada uno posee una entrada y salida que lo hace autónomo, pero cuya actuación afecta de manera positiva o negativa al estado de salud de la persona (44).

Los siete subsistemas incluyen: dependencia, ingestión, eliminación, sexualidad, realización, protección y afiliación (figura 1); de estos, tres ayudarán a fundamentar teóricamente el estudio. 1) la dependencia, donde las conductas se manifiestan en función a la capacidad de respuesta que tiene la persona, esta puede ser física, social, emocional o afectiva (44). En el estudio se asume que las adolescentes tienen una dependencia psicoemocional que lo hace vulnerable a comportamientos que pueden terminar en un embarazo. 2) sexual, orientada a las conductas de reproducción y satisfacción, tales como, seducción, enamoramiento, experiencia sexual, etc. (44). En paralelo, la adolescencia se caracteriza por ser la etapa de inicio de las conductas vinculadas al rol sexual, por lo

que, la falta de información y el desconocimiento sobre temas de salud sexual y reproductiva la exponen a conductas sexuales de riesgo que pueden dar pie a un embarazo). 3) realización, es el dominio del entorno y el logro de la autonomía para la toma de decisiones, convirtiéndose en un subsistema protector de la salud (44). En este punto, se asume que la adolescente que ha alcanzado un cierto grado de maduración intelectual, social, emocional y física tiene la capacidad para tomar decisiones acertadas respecto a su sexualidad, por lo que adopta conductas apropiadas para prevenir el embarazo.

En definitiva, Johnson indica que el individuo siempre se comportará y actuará en función a su forma de pensar, a su modo de vida, a experiencias anteriores, y a factores sociales, demográficos, económicos o culturales con los que interactúa en su entorno; haciendo que su estado de salud se vea afectado positiva o negativamente. Por ello, situaciones estresantes a las que el individuo (sistema conductual) no puede ajustarse o adaptarse se traducen en comportamientos riesgosos (44). Desde la óptica de la investigación, estas conductas pueden manifestarse en comportamientos sexuales de riesgo que podrían hacer que la adolescente quede embarazada.

Figura 1. Modelo del sistema conductual de Enfermería de Dorothy Johnson



Fuente: Raile M y Tomey AM. “Modelos y teorías en enfermería, 2018 (44).

Johnson definió a la Enfermería como aquella “fuerza de regulación externa, que mantiene y restaura el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual” (44). En consecuencia, el profesional de Enfermería es el ente encargado de planificar cuidados preventivos para evitar conductas riesgosas que lleven a los embarazos adolescentes, esto mediante acciones de educación sanitaria como la planificación familiar, información sobre MAC, comunicación familiar, habilidades sociales, etc.

2.2.2. Factores sociodemográficos relacionados al embarazo adolescente

A. Adolescencia

a) Definición

La OMS la define como el periodo de vida que va desde los 10 a los 19 años. Es considerada como aquella etapa donde el individuo (adolescente) “carece o adolece de algo”, debido a las transformaciones biopsicosociales que sufre este durante su transición hacia la juventud y adultez, y que están ligadas al contexto social y demográfico en el que vive (1).

La adolescencia es el ciclo biológico que se encuentra entre la niñez y la juventud, en términos cronológicos comienza justo con los cambios puberales como las características sexuales primarias y secundarias, las

disrupciones conductuales, las crisis emotivas, los conflictos intrapersonales, la volubilidad, la identidad y sentido de pertenencia, y las contradicciones (45).

b) Características de la adolescencia

La adolescencia no solo debe ser vista como una tapa en la que el individuo debe adaptarse a las transformaciones corporales propias de su maduración física y reproductiva, sino también como una transición a una autonomía social, afectiva, emocional y psíquica (3).

Las características psicológicas, la maduración sexual y reproductiva, la presión social, el deseo de experimentar su sexualidad y las conductas de creer que tienen el control, pueden predisponer al adolescente a situaciones sexuales riesgosas que podrían culminar en un embarazo precoz (46).

c) Etapas de la adolescencia

Para la OMS (1) la adolescencia y el embarazo adolescente se divide en tres etapas, cada una de ellas se identifican por particularidades específicas y que pueden generar un incremento en el riesgo de embarazo adolescente:

Adolescencia temprana: Se ubica entre los 10 y 13 años, es una etapa de gran confusión para el adolescente, pues está marcada por el inicio de la primera menstruación (mujer) y la primera eyaculación o polución nocturna (varón); además, de los cambios corporales que se les presenta como signo inequívoco del comienzo de su maduración sexual y reproductiva. Asimismo, desde lo mental el adolescente está más interesado en construir lazos de amistad con amigos del mismo género (1).

Adolescencia media: Va desde los 14 a 16 años, el adolescente va entendiendo que los cambios corporales, psicológicos y conductuales son parte de su transición hacia la vida adulta y que la aparición de las características sexual son parte de su proceso de maduración sexual (1). Sin embargo, las disrupciones con los padres y familiares son cada vez más frecuentes, por lo que consolidan sus lazos amicales (47). Es la etapa donde se ha reportado la mayor frecuencia de inicio de las relaciones sexuales (48).

Adolescencia tardía: Se presenta entre los 17 y 19 años, la mayoría ya tiene una vida sexual activa, tienen sentido de identidad y pertenencia a un grupo o comunidad, son más apegados a sus padres, aceptan su apariencia corporal y pasan más tiempo con su pareja sexual (1). Sin embargo, su autoestima, autoconcepto y expectativas de vida aún son ambivalentes, lo que puede terminar afectando psicológicamente al adolescente (7).

B. Embarazo adolescente

a) Definición

La OMS lo define como aquel suceso materno que ocurre a muy temprana edad (15 a 19 años) y que representa una condición riesgosa para la salud del producto del embarazo (embrión, feto o neonato), la gestante y la familia (1), incrementando la morbimortalidad materno-neonatal en casi 50%, más aún si la futura madre adolescente vive en condiciones de pobreza (6).

El embarazo adolescente es un problema sanitario riesgoso para la madre y el producto (embrión, feto, neonato). Las consecuencias perinatales en un embarazo adolescente representan la primera causa de mortalidad materna y una de las tres causas de morbimortalidad infantil en todo el mundo, esto debido a la inmadurez biopsicosocial que tienen los adolescentes (49).

b) Complicaciones del embarazo adolescente

Las complicaciones del embarazo adolescente son principalmente de tipo psicosociales y afectan a la diada madre/producto (embrión, feto):

- Somáticas maternas

Por su inmadurez física las adolescentes embarazadas presentan especial riesgo a desarrollar trastornos y enfermedades como desnutrición, anemia, hiperémesis gravídica, preeclampsia, eclampsia; siendo más frecuentes y perjudiciales cuanto más joven

es la gestante (22).

- **Somáticas para el producto**

En un embarazo adolescente el embrión o feto se encuentran expuestos a desarrollar una serie de complicaciones que en muchas ocasiones pueden incluso llevar a la muerte al niño; entre estas tenemos: malformaciones congénitas, abortos, natimuertos, parto pretérmino y retraso del crecimiento intrauterino (50).

- **Psicosociales maternas**

En lo psicológico se puede identificar a la ansiedad, el estrés y la depresión; entre los sociales al bajo rendimiento académico y el abandono escolar; estos factores sumados a la desprotección conyugal y familiar y a la violencia intra-familia, arrastran a las adolescentes en optar por acabar con su embarazo, buscando practicarse abortos insalubres que pueden complicar aún más su frágil estado de salud psíquico (16).

c) Riesgos en el embarazo adolescente

Entre los riesgos para la salud de la adolescente que genera un embarazo se han podido identificar a enfermedades como: sangrado vaginal, abortos, toxemias del embarazo, anemia, implantación baja de placenta, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de placenta o infecciones (51)(52).

d) Prevención del embarazo adolescente

La forma más eficaz de prevenir el embarazo adolescente es incrementar su conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, esto mediante actividades de educación y comunicación sanitaria respecto al uso de MAC, planificación familiar, postergación del inicio de las relaciones sexuales, proyecto de vida, habilidades sociales, etc. (53). Además de ir rompiendo las barreras de género, los tabúes en torno a la sexualidad y las limitaciones culturales que generan mayor probabilidad de un embarazo precoz (11).

2.2.3. Factores sociodemográficos para el embarazo adolescente

Conjunto de situaciones personales (biología, genética, edad), sociales (educación, salud), económicas (ingreso económico), conductuales (estilos de vida) y cognitivas (conocimiento e información) que poseen las adolescentes embarazadas y que podrían haber condicionado su embarazo a muy temprana edad (18). Se pueden agrupar en:

a) Edad actual de la adolescente

El tiempo en años vividos condicionan la aparición de determinados riesgos para la salud biopsicosociales del individuo. Así, las adolescentes por su condición de vulnerabilidad, psíquica, emocional, afectiva y conductual están expuestas a situaciones que podrían inducir un embarazo precoz; incrementando de esta manera las tasas de morbimortalidad materno-infantil, debido a que la edad media de embarazo adolescente se ha reducido a menos de 17 años (12).

b) Zona de procedencia

Históricamente las zonas rurales han sido las más desprotegidas por el estado, y esto ha traído consigo la falta de oportunidades para muchos de los adolescentes, entre otros, el no contar con acceso eficiente a los sistemas sanitarios para recibir información sobre salud sexual y reproductiva, un sistema educativo que promueva entre ellos un proyecto de vida y las limitantes culturales de género (reproducción, machismo, crianza de los hijos, quehaceres del hogar) determinan la presencia de embarazos adolescentes (54).

c) Religión que profesa

Se ha demostrado que la religión que profesa el adolescente está vinculado a sus conductas sexuales. Así, los que indican no pertenecer a un grupo religioso son más propensos a iniciar sus relaciones sexuales a más temprana edad, tener más de una pareja sexual y usar preservativos esporádicamente; esto si son comparados con aquellos que profesan alguna religión, en estos últimos el promedio de

postergación del inicio de las relaciones sexuales es de 1,5 años (55)(56).

d) Estudios actuales

La adolescente que se encuentre estudiando es un factor protector para un embarazo precoz, pues las mayores frecuencias de embarazos adolescentes (85%) se presentan en aquellas que por diversos motivos han dejado de asistir a la escuela o colegio, limitando sus oportunidades, expectativas de futuro y proyectos de vida, haciendo que la mayoría opte por comprometerse tempranamente -aquí juega un rol preponderante la presión familiar y social (57).

e) Grado de estudios alcanzados

A menor grado de instrucción mayor es el riesgo de embarazo precoz, esto debido al escaso conocimiento que poseen las adolescentes sobre su sexualidad, MAC, planificación, entre otros (58). Además, en muchas familias, sobre todo en la zona rural, las pláticas de salud sexual y reproductiva continúan siendo un tabú, orillando a los adolescentes a buscar información entre sus amigos, las redes sociales o simplemente iniciar sus relaciones sexuales con nulo o escaso conocimiento (59).

f) Estado civil

En contextos culturales donde el género femenino aún sigue limitado social, económica y educativamente, es común ver que las adolescentes se comprometen cada vez más jóvenes; pues tradicionalmente estas culturas consideran que deben estar subyugadas a la pareja, a la crianza de los hijos o a los quehaceres del hogar (60). Otras optan por comprometerse precozmente debido a la violencia, machismo o disfuncionalidad familiar que vienen viviendo (12). En ambos casos muchas de ellas terminan siendo desprotegidas por su pareja y/o padres, por lo que tienen que hacerse cargo de su gestación y en delante de su hijo (61).

g) Ingreso familiar mensual

La condición de pobre y pobre extremo de la adolescente es un factor que condiciona en muchos casos al embarazo temprano, dado que sus padres no cuentan con los recursos económicos para brindarles mejores oportunidades de educación menos aún una formación profesional, esto desalienta a la adolescente que finalmente termina por abandonar sus expectativas de vida -si es que lo tiene- y sus estudios para dedicarse a ayudar con la manutención del hogar o casarse (59). En este punto las limitaciones de género, clase social y oportunidades laborales y educativas incrementan el riesgo de embarazo adolescente (62).

h) Edad de la primera relación sexual

El inicio de las relaciones sexuales está vinculado al grado de información sobre salud sexual y reproductiva, al desconocimiento sobre las consecuencias de hacerlo tempranamente, a la edad de su menarquia, a sus estilos de vida, a las instituciones educativas en las que se forman o al tipo de religión que profesan (48). Además, se puede relacionar a la presión social que ejercen sus amigos y pareja para el inicio sexual (47).

i) Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo

La deserción escolar, el rezago educativo, el inicio de la vida sexual antes de los 15 años, el tener madre que no informa a los adolescentes sobre los MAC, los tabúes culturales y la escasa comunicación familiar incrementan el riesgo de un embarazo adolescente (63).

j) Antecedentes maternos de embarazo adolescente

Los adolescentes siguen patrones culturales que adoptan de sus padres, familiares o amigos más cercanos, esto hace que, si la madre o amiga tuvo un embarazo adolescente, ella considere que iniciar sus relaciones sexuales a temprana edad e incluso tener un hijo no es del todo negativo, esto es más evidente entre aquellas adolescentes que por rebeldía o “castigar” a sus padres terminan teniendo conductas sexuales riesgosas que le hacen susceptibles a un embarazo (48).

k) Tipo de familia

Las adolescentes criadas en familias donde hay ausencia de uno de los padres, son más propensas a tener un embarazo precoz, pues no solo está el inicio temprano de las relaciones sexuales, sino también muchas veces la falta de orientación sexual que reciben, pues el padre o madre por sus múltiples tareas termina dejando a la adolescente con sus abuelos o familiares y no dispone del suficiente tiempo para dialogar sobre su sexualidad, esto es más complejo en entornos rurales, familias ultra-religiosas, violencia familiar o en condiciones de pobreza (49).

l) Violencia familiar

La violencia intrafamiliar es una de las principales causas del porque las adolescentes aceptan un compromiso conyugal formal, o tienen conductas sexuales de riesgo que las predisponen a un embarazo, pues al no tener en casa una persona mayor (padre, madre) con quién dialogar sobre su sexualidad o pedirle información sobre salud sexual y reproductiva, más aún cuando cuanta con padres violentos o ha sido criada en un ambiente de violencia y machismo, llegan a experimentar conductas sexuales riesgosas que acaban en embarazo (64)(65).

m) Información sobre salud sexual y reproductiva

La falta de información y desconocimiento sobre los MAC, uso de los MAC, planificación familiar, limitado acceso a los servicios de salud, escasa comunicación con los padres, tabúes familiares sobre sexualidad, ha hecho que los adolescentes cada vez más inicien sus relaciones sexuales sin el suficiente conocimiento sobre lo que implica las consecuencias de ello, desarrollando conductas sexuales de riesgo que pueden terminar en un embarazo (4)(35)(36).

n) Conocimiento sobre métodos anticonceptivos

El desconocimiento sobre los MAC y la forma de utilizarlos, es quizá el factor más determinante para que la adolescente quede embarazada; sin embargo, este riesgo puede incrementarse cuando existen servicios de salud poco eficientes que solo reaccionan ante el embarazo, más no se establecen estrategias para prevenirlo; tales como, consejerías sobre

MAC, disponibilidad y distribución de anticonceptivos, información sobre proyecto de vida y habilidades sociales, etc. (13) (38).

En general, los factores que se relacionan al embarazo adolescente son multifacéticos y son interdependientes uno del otro, esto hace que su abordaje sea muy complejo y las estrategias implementadas de manera individualista no hayan resultado eficaces. Por ello, es muy importante que se priorice la información y educación de esta población en torno a la educación sanitaria, los ingresos económicos, funcionalidad familiar y la desmitificación de que la sexualidad es un tabú del cual está “prohibido” abordarse en la familia y el sistema educativo.

2.3. Hipótesis

H₁: Los factores sociodemográficos están relacionados significativamente con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, 2023.

H₀: Los factores sociodemográficos no están relacionados significativamente con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, 2023.

2.4. Variables del estudio

Variable 1: Factores sociodemográficos

Variable 2: Embarazos adolescentes

2.5. Matriz de operacionalización de las variables

a) Embarazo adolescente

Variable	Dimensión conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
----------	----------------------	------------------------	-----------	--------------------

Embarazo adolescente	Suceso gestacional que ocurre a muy temprana edad y que representa una condición riesgosa para la salud del producto del embarazo (embrión, feto o neonato), la gestante y la familia (1).	Determinado por el registro diagnóstico de embarazo contenido en la historia clínica.	- Mujer embarazada que tiene menos de 19 años	Nominal
----------------------	--	---	---	---------

b) Factores sociodemográficos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores/categorías	Escala de medición	
Factores sociodemográficos	Características sociales y demográficas que presenta la adolescente y que podría predisponerle a un embarazo a temprana edad (menor a 19 años) (18).	Comprende características como la edad, nivel educativo, sexualidad, condición económica, funcionalidad familiar, tipo de familia, etc., conducente al embarazo adolescente.	Edad actual de la adolescente	- 15 a 19 años - 10 a 14 años	Intervalo (dicotómica)
			Zona de procedencia	- Zona Urbana - Zona rural	Nominal (dicotómica)
			Religión que profesa	- Católica - No católica	Nominal (dicotómica)
			Estudios actuales	- Si está estudiando - No está estudiando	Nominal (dicotómica)
			Grado de estudios alcanzados	- Ilustrada - Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal (Politémica)
			Estado civil	- Casada - Conviviente - Soltera - Divorciada	Nominal (Politémica)
			Ingreso familiar mensual	- Más de 1025 soles mensuales - 1025 o menos soles mensuales	De razón (dicotómica)
			Edad de la primera relación sexual	- De 15 a 19 años - Menos de 15 años	Intervalo (dicotómica)
			Uso de MAC antes del embarazo	- Sí - No	Nominal (dicotómica)
			Antecedentes maternos de embarazo adolescente	- No - Sí	Nominal (dicotómica)
			Tipo de familia	- Familia nuclear - Familia no nuclear	Nominal (dicotómica)
			Violencia familiar	- No - Sí	Nominal (dicotómica)
Información sobre salud sexual y reproductiva	- Sí	Nominal (dicotómica)			

				- No	
			Conocimiento sobre MAC	- Sí - No	Nominal (dicotómica)

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El estudio fue de tipo cuantitativo, correlacional (66)(67). Cuantitativo porque recogió información cuantificable, la cual se presenta en datos matemáticos y procesada mediante herramientas estadísticas, permitiendo presentar la información y probar la hipótesis propuesta previamente; y de nivel relacional, debido a que se buscó determinar la relación entre embarazo adolescente y factores sociodemográficos.

El diseño fue de tipo observacional y transversal (66)(67). No experimental, toda vez que no implicó la manipulación de variables, éstos fueron observadas tal como ocurrieron en su entorno natural; y trasversal, debido a que la información se recabó de fuentes primarias (adolescentes embarazadas), en un solo momento y por única vez.

3.2. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el distrito y ciudad de Chota, ciudad localizada a una altitud de 2250 metros; se encuentra limitada por zonas rurales (Norte = Colpa Matara y Shitapampa, Oste = Cochopampa, Sur = Conga Blanca, Este = Santa Rosa Bajo) y de alta incidencia de pobreza (68); la población urbana se dedica al comercio minoritario y al trabajo en instituciones públicas y privadas; mientras la población rural tiene como actividades principales a la ganadería y agricultura (69).

El ámbito de estudio fue el Hospital de Chota, localizado en el centro de la ciudad, es una unidad ejecutora de salud con autonomía administrativa y económica, de categoría II-1, gestionada por el Ministerio de Salud y con dependencia técnica de la Sub Región de Salud Chota. Brinda servicios de salud a las provincias de Chota, Santa Cruz y Hualgayoc. Cuenta con 13 departamentos, entre los que se encuentra los servicios de salud sexual y reproductiva, materno y planificación familiar, que brindan cuidados de salud preventiva y clínica a las adolescentes (70).

El Hospital de Chota, al 2023 contó con una población usuaria de 10 209 pobladores. Tomando en cuenta los reportes oficiales de embarazo adolescente, el

cual asciende a al 8%, se estima que se atendieron 562 mujeres adolescentes, lo que significa 45 embarazos adolescentes esperados en ese año (71).

3.3. Población de estudio

La población de estudio fue definida por las 45 adolescentes embarazadas que se atendieron en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota entre los meses de enero a junio del 2023, periodo en el que se recolectó la información (71). Para Hernández-Sampieri (66), desde la perspectiva metodológica cuando la población es pequeña (menor a 50) participantes, esta debe considerarse en su totalidad y no es conveniente aplicar ningún criterio de muestreo.

3.4. Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión (adolescentes)

- De entre 10 y 19 años que se atendieron en el Hospital de Chota.
- Con historia clínica en el Hospital.
- De la zona rural y urbana.
- Que aceptaron participar voluntariamente del estudio.
- Que firmaron el asentimiento informado e hicieron llegar el consentimiento informado firmado por su apoderado.

Criterios de exclusión (adolescentes)

- Que procedían de otra provincia.
- Referidas de otro establecimiento de salud.
- Que no contaron con historia clínica en el Hospital de Chota.
- Con problemas mentales diagnosticados que limitaron la aplicación de la entrevista.
- Que se negaron a participar del estudio.

3.5. Unidad de análisis

Cada adolescente embarazada que se atendieron en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota en el periodo de ejecución del estudio y que cumplieron con los criterios contemplados para la selección.

3.6. Marco muestral

Fue el registro del total de adolescentes embarazadas que acudieron a su control prenatal en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota entre los meses de enero a junio del 2023, obtenidas del registro de población regional por establecimientos de salud de la DIRESA Cajamarca (71).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos, fue la entrevista de tipo personal, anónima y heteroadministrada (investigadora pregunta = adolescente responde) (66); esto permitió recabar información de la adolescente embarazada con el fin de determinar la asociación entre variables. La entrevista es una técnica útil para recolectar datos directamente de la persona que está vivenciando el hecho, suceso o fenómeno (fuente primaria), esto mediante una conversación con objetivos definidos (72).

El instrumento, fue el cuestionario factores sociodemográficos relacionados con el embarazo adolescente, adaptado del estudio desarrollado por Maribel Peralta (43) en el 2018. Consta de 14 preguntas que en conjunto permiten determinar los factores sociodemográficos que se relacionan con el embarazo adolescente; cuyas respuestas son de tipo dicotómicas y codificadas con uno (1 = categoría de interés) y cero (0 = categoría de verificación).

El cuestionario está organizado en dos secciones, la primera permite identificar el tipo de embarazo adolescente (temprano, intermedio o tardío) y la segunda los factores sociodemográficos que presentan las adolescentes embarazadas (edad actual de la adolescente, zona de procedencia, religión que profesa, estudios actuales, grado de estudios alcanzados, estado civil, ingreso familiar mensual, edad de la primera relación sexual, uso de MAC antes del embarazo, antecedentes maternos de embarazo adolescente, tipo de familia, violencia familiar, información sobre salud sexual y reproductiva, y conocimiento sobre MAC).

La validez fue realizada por el juicio de cinco expertos en el área de la salud y con experticia en metodología investigativa, tras la cual se reformuló una pregunta. La validez interna ítem-ítem se obtuvo mediante V-Aiken, cuyo valor alcanzó 0,799, evidenciando que el cuestionario tiene alta validez para su aplicación. La confiabilidad se realizó mediante prueba piloto a siete gestantes adolescentes y fue calculada mediante Alfa de Cronbach, donde $\alpha = 0,867$, indicando fiabilidad aceptable para la administración del instrumento en la población de estudio. Se eliminó una pregunta por duplicidad y se realizaron modificaciones de tipo gramatical y semántico de las preguntas (43).

Proceso de recojo de la información incluyó:

- Solicitud de autorización para la ejecución del proyecto de tesis dirigido a la dirección del hospital.
- Coordinación con el servicio de control prenatal del hospital para acceder a la información y la base de datos (Población regional por establecimientos de salud).
- Selección de las participantes considerando los criterios de inclusión.
- Captación de las participantes, esta acción se realizó en el consultorio de Obstetricia del Hospital, en el momento del control prenatal o mediante visita domiciliaria a la gestante que no fue captada en el hospital (no le corresponde control o no acudió a su control prenatal). Durante la captación la gestante recibió la información completa sobre el estudio; además se decidió la hora, fecha y lugar donde se realizará la entrevista.
- Al momento de la captación se le brindó el consentimiento informado (Anexo 2), para que pudiera ser llenado y firmado por su apoderado y entregado durante la entrevista.
- La entrevista se llevó a cabo en el Servicio de Obstetricia, en el hospital o en el domicilio de la adolescente. El asentimiento informado (Anexo 3) fue corroborado antes de solicitar la firma del consentimiento informado; todo este proceso se realizó antes de la aplicación del cuestionario (Anexo 1).

Confiabilidad del cuestionario modificado por la investigadora

El cuestionario fue sometido a una prueba piloto con 10 gestantes adolescentes que

se atendieron en el Centro de Salud Patrona de Chota. La fiabilidad se midió por medio de Kuder Richardson (KR-20), en el que KR-20 debe ser $> 0,75$ para indicar una confiabilidad aceptable del cuestionario (Anexo 4).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Posterior a la recolección final de los datos, estos fueron verificados de forma manual para garantizar que los cuestionarios hayan sido respondidos en toda su extensión, no existan respuestas duplicadas o estén incompletos. Luego fueron ingresados en una base de datos diseñada en SPSS V.27.0, la cual recibió una identificación que no permitirá mostrar información personal de los participantes.

El análisis estadístico se presenta en una tabla descriptiva e inferencial que contiene frecuencias absolutas y relativas. La prueba de hipótesis se llevó a cabo mediante Chi-cuadrada, considerando un p-valor $< 0,05$ como significativo. Los resultados se interpretan en función a los porcentajes más relevantes y de mayor frecuencia.

3.9. Consideraciones éticas

Los aspectos éticos en el estudio fueron protegidos mediante los principios de la declaración de Helsinki (73), donde se protegió en todo momento que la participante no sufriera daño alguno, primando su bienestar como fin ulterior (beneficencia); que la adolescente, feto o embrión conserven su dignidad humana siendo esta inviolable e inalienable (principio de justicia); además se garantizó el derecho de todas las adolescentes a ser voluntariamente parte del estudio y que pudieran decidir en qué momento no continuar con el mismo.

Por otro lado, se aseguró la confidencialidad y anonimato de las participantes; la credibilidad a través de resultados veraces; la conformabilidad con el reporte de los datos sin alteración o manipulación alguna; y la transferibilidad o aplicabilidad con resultados que cumplieron estándares de calidad científica exigidos para ser replicados y transferidos a escenarios de características poblacionales similares (74).

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Factores sociodemográficos relacionados con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota-Cajamarca, 2023

Factores sociodemográficos		Frecuencias de embarazo		X ²
		N (45)	% (100,0)	
Edad de la madre	15 a 19 años	41	91,1	0,082
	10 a 14 años	4	8,9	
Grado de instrucción de la madre	Urbana	9	20,0	0,046
	Rural	36	80,0	
Estado civil de la madre	Católica	30	66,7	0,158
	No católica	15	33,3	
Número de niños menores de 5 años	Estudiando	9	20,0	0,005
	No estudiando	36	80,0	
¿Usted trabaja actualmente?	Primaria	33	73,3	0,007
	Secundaria	12	26,7	
¿Su horario de trabajo o de quehaceres domésticos le impide llevar a su niño al CRED?	Conviviente	42	93,3	0,071
	Soltera	3	6,7	
¿El tiempo que dedica a cuidar de su le impide llevar a su niño al CRED?	> 1025 soles	12	26,7	0,093
	≤ 1025 soles	33	73,3	
¿El dinero que gasta para llevar a su niño al CRED, le parece demasiado?	De 15 a 19 años	29	64,4	0,013
	< 15 años	16	35,6	
	Sí lo usa	14	31,1	0,038
	No lo usa	31	68,9	
	No lo tiene	43	95,6	0,162
	Si lo tiene	2	4,4	
	Familia nuclear	22	48,9	0,001
	Familia no nuclear	23	51,1	
	Sin violencia	44	97,8	0,075
	Con violencia	1	2,2	
	Con información	20	44,4	0,015
	Sin información	25	55,6	
	Conoce	16	35,6	0,026
	Desconoce	29	64,4	

* $p < 0,05$

Fuente: Factores sociodemográficos relacionados al embarazo adolescente, 2023.

Acerca de la edad de las adolescentes, el 91,1% tenían entre 15 y 19 años, mientras que el 8,9% entre 10 y 14 años; es decir, nueve de cada diez adolescentes embarazadas se

encontraban en la adolescencia tardía. Además, no se observó asociación significativa (p -valor = 0,082) entre el embarazo adolescente y ser menor de 14 años.

Cifras parecidas a la realidad encontrada por, Okoli CI, et al. (19), con 24,6% de adolescentes que tenían menos de 16 años; Góngora AC, et al. (23), con 44,1% menores de 18 años; Tingal V (38), con 34% de entre 11 y 17 años; Rengifo JI (39), con 93,5% entre 15 y 17 años; Gómez SJ (41), con 67,5% de entre 16 y 18 años; Castillo SB (42), con 23,3% menores de 16 años; y Peralta BM (43), con 95% de 15 y 17 años. Estos estudios muestran la actividad sexual de la adolescente y la reducción de la edad de embarazo promedio a edades de entre 15 y 17 años.

La mayor frecuencia de embarazo entre los 15 y 19 años observada en el presente estudio (nueve de cada diez), es probablemente debido a los cambios sociales y reproductivos que experimentan las adolescentes, dado que a esta edad comienza su despertar sexual y el deseo de experimentar la sexualidad, llevándole a tomar riesgos como el quedar embarazada, debido a que muchas de ellas aún no cuentan con la información suficiente sobre salud sexual y reproductiva (46). Además, en el estudio hay una mayor cantidad de adolescentes que cursan la educación secundaria, etapa donde el deseo de experimentar la sexualidad se vuelve más intensa, no solo en las féminas sino también entre los varones.

Estudios han evidenciado que en la adolescencia no hay una edad específica de mayor riesgo a embarazo; sin embargo, entre los 15 y 17 años se ha notado un incremento de los casos de embarazo, esto se corrobora con lo encontrado en el estudio. Al respecto, Peralta BM (43), Sanca-Valeriano, et al. (37), Mendoza JJ (40); y Gómez SJ (41), no evidenciaron asociación entre embarazo y la edad de la adolescente.

Además, las adolescentes por su condición de vulnerabilidad psíquica, emocional, afectiva y conductual están expuestas a situaciones que podrían inducir un embarazo precoz; incrementando de esta manera las tasas de morbilidad materno-infantil, debido a que la edad media de embarazo adolescente se ha reducido a menos de 17 años (13).

Para la zona de residencia, el 80,0% de las adolescentes embarazadas residían en la zona rural, en tanto el 20,0% en el área urbana. Además, se observó asociación significativa (p -valor = 0,046) entre embarazo adolescente y residencia rural.

Estos hallazgos se asemejan a la realidad encontrada en estudios como los de, Okoli CI, et al. (19), donde 54,9% de las adolescentes gestantes vivían en la zona rural; Tabei K, et al. (34), con 66,7%; Gómez SJ (41), con 50%; y Peralta BM (43), con 71%. Asimismo, estos estudios reportaron asociación entre embarazo adolescente y procedencia rural.

La mayor frecuencia de adolescentes embarazadas encontradas en el estudio proceden del área rural (ocho de cada diez), esto estaría vinculado a factores no solo sociales (educación, familia), sino también económicos (ingreso económico), sanitarios (acceso a los servicios de salud) y culturales (costumbres, creencias, patrones de comportamiento) que condicionan a las adolescentes a exponerse a factores de riesgo que incrementan su probabilidad de un embarazo precoz.

Diversos estudios han asociado el embarazo adolescente a la ruralidad, esto posiblemente debido a la falta de oportunidades educativas y laborales en estos contextos, o al limitado acceso a los servicios de salud que se resume a la escasa información sobre sexualidad y planificación familiar, pues en muchas familias el tema de la salud sexual y reproductiva sigue siendo considerado como un tabú (19) (34) (43).

Por otra parte, históricamente las zonas rurales han sido las más desprotegidas por el estado, y esto ha traído consigo la falta de oportunidades para muchos de los adolescentes, entre otros, el no contar con acceso eficiente a los sistemas sanitarios para recibir información sobre salud sexual y reproductiva, un sistema educativo que promueva entre ellos un proyecto de vida, y las limitantes culturales de género (reproducción, machismo, crianza de los hijos, quehaceres del hogar), factores que determinan la presencia de embarazos adolescentes (54).

Respecto a la religión, el 66,7% de las participantes indicaron que profesaban la religión católica, y el 33,3% otras religiones como, la nazarena, evangélica, etc. Además, no se observó asociación significativa (p -valor = 0,158) entre embarazo adolescente y profesar la religión católica.

Resultados que se complementan con lo reportado por Okoli CI, et al. (19), en el que 41,7% de las adolescentes embarazadas eran católicas; al igual que lo evidenciado por Arce VH (35), con 88,7%; Tingal V (38), con 64%; y Peralta BM (43), con 76%.

Las cifras más frecuentes de adolescentes embarazadas cuya religión es católica (seis de cada diez), estarían ligada a que es la religión más extendida en las familias del distrito de Chota, y en general en el país; además de ser transmitida de generación en generación estaría vinculada a la mayor “libertad” que tienen hoy en día los adolescentes respecto a la interpretación de los valores y normas morales-religiosas, sobre todo sexuales, escenarios que los vuelve vulnerables a embarazos adolescentes (36).

Por otro lado, los modelos religiosos siempre se construyen en torno a una sexualidad pura y limpia, donde la castidad y virginidad deben ser principios morales que nunca deberán romperse, reservando las relaciones sexuales únicamente dentro del matrimonio; sin embargo, los medios masivos de comunicación (redes sociales, televisión, internet) inundan a los adolescentes con estímulos visuales destinados a promover la sexualidad, generando un entorno propenso al desenfreno y la lujuria (38). Esta dualidad contrapuesta da origen a confusión, desinformación y ambigüedad sobre lo que tiene que decidir el adolescente en materia de su sexualidad, llevándole muchas veces a adoptar comportamientos que incrementan el riesgo de un embarazo a corta edad (57).

En cuanto a los estudios actuales, el 80,0% de las adolescentes embarazadas manifestaron no encontrarse estudiando, mientras que el 20,0% si lo hacía. Además, se observó asociación significativa (p -valor = 0,005) entre embarazo adolescente y estar estudiando. Asimismo, respecto al grado de estudios alcanzados, el 73,3% de las adolescentes embarazadas tenían al menos estudios secundarios, y el 26,7% educación primaria. Igualmente, se observó asociación significativa (p -valor = 0,007) entre el embarazo adolescente y la educación secundaria.

Estos hallazgos se ven reforzados por lo observado en estudios como los de Góngora AC, et al. (33), donde 24,7% de las adolescentes embarazadas tenían educación secundaria y 52,9% estudiaban; Tabei K, et al. (34), con 71,5% de educación secundaria; Tingal V (38), con 84% de secundaria y 8% que no tenían intención de continuar estudiando; Rengifo JI (39), con 89,1% de secundaria; Gómez SJ (41), con 42,5% de primaria;

Castillo SB (42), con 43% primaria; y Peralta BM (43), con 68% adolescentes que cursaban educación secundaria. Por esta razón, se requiere promover acciones en favor de la educación de la mujer y la mejora de sus ingresos económicos (mayor oportunidad laboral).

Además, el mayor número de casos de adolescentes embarazadas que no están estudiando (ocho de cada diez), y que alcanzaron solo educación primaria (tres de cada diez) refleja el gran impacto negativo que tiene el embarazo en las adolescentes, sobre todo en la futura madre, pues debido al nuevo rol materno que tiene que desempeñar, debe en la mayoría de los casos abandonar su educación (44); por otra parte, la deserción escolar entre las adolescentes embarazadas estaría vinculada a la estigmatización social, a la burla de sus compañeros, y al escaso apoyo familiar que reciben (18).

En este sentido, se ha identificado que el grado de instrucción de la adolescente es uno de los factores que más vinculado se encuentra al embarazo adolescente, dado que a esta edad los individuos no tienen la suficiente madurez psicológica para tomar decisiones acertadas respecto a su sexualidad, más aún si carecen del conocimiento y la información suficiente sobre salud sexual y reproductiva (58) (59).

Uno de los riesgos del embarazo adolescente es que este deserte de la vida educativa; al respecto, Sámano R, et al. (63), refiere que más del 80% de las adolescentes una vez se ven embarazadas optan por no continuar estudiando ni buscar un empleo, dando origen a patrones familiares que transfieren las condiciones de pobreza a sus siguientes generaciones. Estas conductas son el resultado del desinterés y la desesperanza que siente la adolescente al ver truncadas su educación, sus relaciones sociales y sus expectativas personales (34); decisiones que se sustentan en una arraigada asignación de roles de género que la sociedad atribuye a la mujer como cuidadora del hogar y la familia.

Por el contrario, el que la adolescente se encuentre estudiando es un factor protector para un embarazo precoz; pues de acuerdo a Isaac AMA (57), las mayores frecuencias de embarazos adolescentes se presentan en aquellas adolescentes que por diversos motivos han dejado de asistir a la escuela o colegio, limitando sus oportunidades, expectativas de futuro y proyectos de vida, haciendo que la mayoría opte por comprometerse tempranamente, aquí juega un rol preponderante la presión familiar y social.

Asimismo, Braoudé I y Radjack R. (14), indican que al ser diagnosticado el embarazo adolescentes, la siguiente decisión que toma la adolescente es dejar de estudiar, limitando sus oportunidades a encontrar un empleo con salarios que le permitan alcanzar sus metas personales y profesionales, lo que a la larga se traduce en una dependencia económica de familia o el cónyuge. Desde esta mirada, Basu S. y Gorry D. (16), destacan que los padres creen acertada la decisión de juntar a la adolescente con su cónyuge, y priorizar la búsqueda de trabajo antes que asistir a la escuela.

Teniendo en cuenta el estado civil, el 93,3% de las adolescentes fueron convivientes, mientras que, el 6,7% eran solteras. Asimismo, no se observó asociación significativa (p -valor = 0,071) entre el embarazo adolescente y el ser conviviente o soltera.

Estos hallazgos son parecidos a los reportados por Okoli CI, et al. (19), donde 75,2% de las adolescentes embarazadas eran convivientes; al igual que en los estudios de Góngora AC, et al. (33), con 73,5%; Arce VH (35), con 62,3%; Rengifo JI (39), con 53,3%; Gómez SJ (41), con 52,5%; y Castillo SB (42), con 59,5%. Esto podría estar vinculado a la naturaleza del embarazo, pues la mayoría de los casos no son planificados, por lo que la adolescente y su pareja, sumada a la presión familiar deciden convivir, dejando de lado muchas veces sus sentimientos y emociones para hacerse cargo de su nuevo rol como padres.

En este punto, las altas cifras sobre el estado civil de conviviente que presentan las adolescentes participantes (nueve de cada diez) eran de esperarse, pues el embarazo en la mayoría de los casos no es planificado, por lo que la nueva familia tiene que asumir su rol paterno sin antes haberse comprometido formalmente (19); además, en muchos de los casos es la única opción que tiene la nueva pareja dado la presión que ejerce la familia sobre la adolescente y el cónyuge, obteniendo por la convivencia (46).

Asimismo, estudios han reportado que el estado civil de conviviente no es un factor determinante en el embarazo adolescente, esto dado que en la actualidad la convivencia puede ser aceptada cultural y socialmente; además, en algunos casos viene acompañado por un apoyo familiar, especialmente cuando la adolescente es una madre soltera (7) (35).

Según el ingreso familiar mensual, el 73,3% percibían un ingreso menor al sueldo mínimo (≤ 1025 soles), en tanto que, el 26,7% tenía un salario superior al salario mínimo (> 1025 soles). Además, no se observó asociación significativa (p -valor = 0,093) entre el embarazo adolescente y el percibir un sueldo mínimo.

Los resultados muestran que la mayoría de adolescentes participantes vivían con una familia cuyo salario mensual es inferior al sueldo mínimo (siete de cada diez), esto es de esperarse dado que el distrito de Chota es uno de los distritos con los mayores índices de pobreza; además es probable que sus padres no cuenten con una carrera profesional u ocupación laboral que les permita tener mayores ingresos económicos (62).

Los datos también podrían estar vinculados a que muchas de las adolescentes embarazadas aún dependen económicamente de los padres, lo que hace que de alguna manera se sientan más aliviadas respecto a la carga económica y laboral que deben asumir; sin embargo esto no siempre es así, pues en otros casos tienen que asumir desde ya su rol proveedor de recursos económicos para sustentar su embarazo y en adelante el cuidado del niño; lo que entre otros, lleva a la deserción o abandono escolar (59).

Se ha reportado que la pobreza monetaria es uno de los factores que más se relaciona con el embarazo adolescente, dado que limita el acceso de la adolescente y su familia a múltiples recursos, entre ellos a educación y salud (1) (27). En el contexto del estudio donde se ha identificado que la mayoría de adolescentes gestantes proceden de la zona rural, podría deberse a que estas no tienen mayores expectativas personales y profesionales como resultado de la falta de información, o como una forma de salirse del seno familiar, lo que les lleva a tomar decisiones apresuradas respecto a su sexualidad (17). En ambos casos se incrementa el riesgo de embarazo adolescente lo que extiende la dependencia económica más allá de su embarazo, generando un círculo vicioso de mayor pobreza.

Considerando la edad de la primera relación sexual, el 64,4% de las adolescentes embarazadas indicaron que lo iniciaron entre los 15 y 19 años, en tanto, el 35,6% antes de los 15 años. Además, se identificó una asociación significativa (p -valor = 0,013) entre el embarazo adolescente y el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.

Las cifras sobre inicio de las relaciones sexuales observadas en el presente estudio son parecidas a las identificadas por Góngora AC, et al. (33), donde 41% de las adolescentes indicaron haber iniciado su vida sexual antes de los 14 años; Rengifo JI (39), entre los 16 y 17 años (56,5%); Gómez SJ (41), antes de los 15 años (100%); asimismo los estudios de Peralta BM (43) y Mendoza JJ (40) concluyeron una asociación entre embarazo adolescente e inicio precoz de la vida sexual.

Seis de cada diez adolescentes embarazadas indicaron haber iniciado sus relaciones sexuales después de los 15 años. Al respecto, en los últimos años el inicio de las relaciones sexuales se han reducido cada vez a edades más precoces, pues de acuerdo a la OMS (1) el promedio de inicio es de menos de 14 años; esto como resultado del mayor contacto social entre los adolescentes y la presión que ejerce los grupos amicales; esto como lo afirma Nandi P, et al. (49) junto con la inmadurez física y psicológica que caracteriza a las adolescentes las vuelve más vulnerables a tomar decisiones desinformadas sobre su salud sexual y reproductiva que podrían terminar en un embarazo.

Los resultados de inicio precoz de las relaciones sexuales en la adolescencia puede atribuirse a una combinación de factores biopsicosociales: los cambios hormonales que experimentan los adolescentes pueden despertar la curiosidad y el interés en la exploración de su identidad sexual (biológicos); la presión de grupo, la búsqueda de intimidad y la influencia de los medios de comunicación contribuyen a la toma de decisiones relacionadas con la actividad sexual (psicológicos); las dinámicas familiares y la educación sexual (sociales) (1) (44); además, la carencia de información precisa, acceso limitado a MAC y tabues en torno a la sexualidad pueden ser factores de riesgo para que la adolescente inicie su vida sexual sin una planificación adecuada (10) (59).

Por otro lado, el inicio de las relaciones sexuales está vinculado al grado de información sobre salud sexual y reproductiva, al desconocimiento sobre las consecuencias de hacerlo tempranamente, a la edad de su menarquia, a sus estilos de vida, o las instituciones educativas en las que se forman (48). Además de relacionarse a la presión social que ejercen sus amigos y la pareja para el inicio sexual (47).

En el uso de MAC antes del embarazo, el 68,9% de las participantes mencionaron no haber usado MAC, y el 31,1% lo utilizaba. Además, se reportó una asociación significativa (p-

valor = 0,038) entre el embarazo adolescente y la no utilización de los MAC antes del embarazo.

Las cifras sobre uso de los MAC observadas en el presente estudio se condicen con los reportes de Castillo SB (42), donde el 44,2% de las adolescentes embarazadas no utilizó MAC; al igual que el 68 reportado por Peralta BM (43). Asimismo, los estudio de Tabei K, et al. (34); Tingal V (38); y Gómez SJ (41) identificaron asociación entre el uso de los MAC durante las relaciones sexuales y el embarazo adolescente.

El mayor número de adolescentes embarazadas que no utilizaron los MAC (siete de cada diez) indicaría claramente la poca importancia que le dieron las adolescentes a los MAC antes de quedar embarazadas, o la falta de información sobre salud sexual y reproductiva con la que cuentan, esto como resultado del escaso conocimiento sobre el tema, el limitado acceso que tienen las adolescentes a los MAC (13) (20).

Estos hallazgos también podrían explicarse debido a que los adolescentes no suelen planificar sus encuentros sexuales, lo que implica que no consideran con antelación el uso de MAC, a la falta de comunicación o reticencia de sus parejas a utilizarlos, o simplemente por descuido; lo sugiere al sector salud prestarle mayor atención a las actividades de promoción que impliquen el empoderamiento del adolescente en el uso correcto de los MAC. Al respecto, Roman AA, et al (48), refiere que en las últimas décadas los comportamientos sexuales entre los adolescentes se han vuelto más recurrentes y tempranos, y que la mayoría no utiliza los MAC en su primera relación sexual ni para evitar el embarazo ni las enfermedades de transmisión sexual.

En general, la deserción escolar, el rezago educativo, el inicio de la vida sexual antes de los 15 años, el tener madre que no informa a los adolescentes sobre los MAC, los tabúes culturales y la escasa comunicación familiar incrementan el riesgo de un embarazo adolescente (63).

Para el antecedente materno de embarazo adolescente, el 95,6% indicaron que su madre no presentó embarazo alguno antes de los 19 años de edad, en tanto, el 4,4% tuvieron madres con al menos un embarazo en su adolescencia. Asimismo, no se mostró una

asociación significativa (p -valor = 0,062) entre el embarazo adolescente y el antecedente de que la madre también resultó embarazada en su adolescencia.

Desde la perspectiva cultural, los padres son entes que transmiten patrones o comportamientos hacia sus hijos, entre ellos los patrones de sexualidad, esto podría explicar que la adolescente embarazada proceda de una madre que haya tenido un embarazo adolescente (25). Aquí también podría estar influyendo que la madre como resultado del temor a que su hija también tenga un embarazo adolescente, le haya brindado escasa información sobre salud sexual y reproductiva, haciendo que esta busque información inexacta en las redes sociales, grupos de amigos, o simplemente ejerza su sexualidad a modo de experimentación, llevándolo a exponerse aun embarazo precoz (38) (59).

Por lo tanto, los adolescentes siguen patrones culturales que adoptan de sus padres, familiares o amigos más cercanos, esto hace que, si la madre o amiga tuvo un embarazo adolescente, ella considere que iniciar sus relaciones sexuales a temprana edad e incluso tener un hijo no es del todo negativo, esto es más evidente entre aquellas adolescentes que por rebeldía o “castigar” a sus padres terminan teniendo conductas sexuales riesgosas que le hacen susceptibles a un embarazo (48).

De acuerdo al tipo de familia, el 51,1% de las adolescentes embarazadas pertenecieron a una familia constituida por los padres e hijos (nuclear), mientras que, el 48,9% vivían en hogares constituidos por distintos miembros (monoparental, ampliada, extensa). Además, se encontró una asociación significativa ($p > 0,005$) entre el embarazo adolescente y el pertenecer a una familia no nuclear (monoparental, extendida, reconstituida o ampliada). Las cifras coinciden con lo reportado en otros estudios que abordan a la familia y sus relaciones como determinantes del embarazo adolescente. Así, Rengifo JI (39), encontró que 45,7% de adolescentes embarazadas pertenecían a una familia monoparental, al igual que Castillo SB (42), con 51,2%; en el caso de Peralta BM (43) identificó 42% de adolescentes procedentes de una familia extensa.

El estudio evidencia que no se muestra diferencias porcentuales significativas respecto al tipo de familia, pero se observa que casi cinco de diez adolescentes embarazadas provienen de familias donde falta uno de los padres o estos se han vuelto a comprometer,

o donde hay múltiples hogares dentro de la vivienda; situaciones que para las adolescentes representan un riesgo de inestabilidad emocional y económica, que puede traer disfuncionalidad al hogar e incrementar el riesgo de inicio precoz de las relaciones sexuales como una forma de alejarse de los “problemas familiares”, con el consiguiente riesgo de embarazo adolescente (13).

Por otra parte se ha corroborado que el embarazo adolescente es más frecuente entre las adolescentes que presentan problemas familiares y donde existe la ausencia de uno de los padres (monoparental), característica particular de casi la mitad de la muestra del presente estudio; al menos así lo evidencian los reportes de Góngora AC, et al. (33), con 17,6% de adolescentes embarazadas provenientes de una familia disfuncional; Llanos ES y Llovet AM (36), con 40% que indicaron tener problemas familiares y 20% problemas sociales; Gómez SJ (41), con 72,5% de disfuncionalidad familiar; Peralta BM (43), con 46% que presentaron desprotección familiar; y Rengifo JI (39), con 13% que dijeron tener mala comunicación paterna.

En este sentido, se ha identificado que las adolescentes que viven en familias dispersas, desintegradas y conflictivas son más propensas a iniciar a menor edad su actividad sexual, si las comparamos con aquellas en donde la familia tiene mayor comunicación, buenas relaciones y están presentes ambos padres (49); esto quizá asociada a las carencias afectivas que hacen que la adolescente busque llamar la atención o encontrar afecto dentro de sus círculos más cercanos, que terminan ejerciendo presión social para el inicio de las relaciones sexuales y el consecuente incremento del riesgo a un embarazo precoz.

Además, es sabido que dentro de la familia en muchas ocasiones ocurren situaciones que llevan a las adolescentes a exponerse innecesariamente a riesgo de embarazo; entre ellos, la disfuncionalidad familiar, en la que hay poca comunicación y el hablar de sexualidad es un tabú o hasta es visto como algo “malo”; la gran cantidad de integrantes, que hace que las adolescentes siempre busquen escapar de ese entorno y vean al matrimonio o compromiso conyugal como la única forma de hacerlo; la violencia vista como la manera de alejarse de su agresor; o las condiciones de pobreza, que en muchos casos hacen que las adolescentes no cuenten con un proyecto de vida más allá de culminar sus estudios (34)(41).

Acerca de la violencia familiar, el 97,8% de las participantes manifestaron no sufrir violencia alguna dentro de la familia, en tanto, el 2,2% indicó que sí la padecía. Además, no se evidenció una asociación significativa (p -valor = 0,075) entre el embarazo adolescente y el haber sufrido violencia familiar.

Nueve de cada diez participantes indicaron no sufrir de violencia dentro del hogar, resultados que deben ser vistos con cautela, dado que en determinadas zonas, como las rurales de donde proceden la mayoría de las adolescentes embarazadas en el estudio, la violencia física, psicológica y el abuso o maltrato es visto por los adolescentes como algo normal y por los padres y la comunidad como parte de la “crinaza de los hijos”.

Hallazgos que difieren en cuanto a las frecuencias de presentación de la violencia si lo comparamos con el estudio de Peralta BM (43), desarrollado en el mismo escenario de estudio Hospital José Soto Cadenillas, en el que se identificó que 41 (100%) adolescentes embarazadas de 12 a 17 años sufrieron violencia familiar y 46% presentaban desprotección familiar; sin embargo, no se identificó asociación entre violencia y embarazo adolescente, esto debido posiblemente a la forma en que se obtuvieron los datos.

Por otro lado, la disfuncionalidad familiar tarde o temprano lleva a la violencia familiar, la cual muchas veces es ejercida por la madre o el padre, haciendo que las adolescentes inicien su actividad sexual como una forma de “castigo hacia los padres”, adoptando patrones de comportamiento sexual riesgosos para un embarazo prematuro (1)(13).

Muchas veces los casos de violencia no son reportados, por lo que las niñas o adolescentes callan por el temor a la mayor violencia que podría ejercer su agresor, a la estigmatización social, a la vergüenza, a la falta de apoyo familiar, o la escasa capacidad que tienen las víctimas a esta edad para defenderse (18); por lo que su única salida es buscar una pareja que cree que le sacaría de esta situación; esto sumado al desconocimiento que puede tener la adolescente sobre salud sexual y reproductiva, muchas veces acaba en un embarazo (35).

En definitiva, la violencia intrafamiliar es una de las principales causas del porque las adolescentes aceptan un compromiso conyugal de convivencia, o tienen conductas

sexuales de riesgo que las predisponen a un embarazo, más aún cuando no se cuenta en casa una persona mayor (padre, madre) con quién dialogar sobre su sexualidad o pedirle información sobre salud sexual y reproductiva, o cuando ha sido criada en un ambiente de violencia y machismo, lo que les lleva a experimentar conductas sexuales riesgosas que acaban en embarazo (64)(65).

En cuanto a la información sobre salud sexual y reproductiva, el 55,6% manifestaron que no contaban con información al respecto, mientras que el 44,4% mencionaron que sí disponían. Además, no se evidenció una asociación significativa (p -valor = 0,015) entre el embarazo adolescente y el no disponer de la información necesaria sobre salud sexual y reproductiva. Asimismo, considerando el conocimiento sobre MAC, el 64,4% de las adolescentes embarazadas dijeron desconocer sobre MAC; en tanto, el 35,6% manifestaron contar con conocimientos sobre el tema. Asimismo, se encontró una asociación significativa (p -valor = 0,026) entre tener conocimiento y desconocer sobre los MAC.

Lo observado en cuanto a la información que dispone las adolescentes sobre los MAC y la salud sexual y reproductiva es cercano a lo reportado por Tabei K, et al. (34), donde 35,6% desconocían sobre MAC; al igual que Llanos ES y Llovet AM (36), con 60%; Tingal V (38), con 44% (76% no tenían conocimiento sobre su ciclo menstrual y 82% sobre el anticonceptivo oral de emergencia); en todos los casos se evidenció asociación entre el nivel de información disponible sobre sexualidad y MAC con el embarazo adolescente.

El desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva, pero sobre todo de los MAC es quizá el factor más notorio que predispone a la adolescente a tener un embarazo a temprana edad; pues el no utilizar MAC o usarlos de manera inadecuada incrementa el riesgo de embarazo (36). Por ello, es fundamental que los sectores de salud y educación, acompañados por la familia brinden a las adolescentes las herramientas informativas necesarias para ejercer su salud sexual y reproductiva de manera informada y voluntaria.

Aquí también es importante destacar que, como siempre, la educación desempeña un papel crucial en el uso de MAC como forma de prevenir embarazos (36); esto a pesar de que se podría esperar que los adolescentes no inicien su actividad sexual a temprana edad, muchos continúan haciéndolo sin tomar las precauciones debidas, pues la realidad es que

las relaciones sexuales adolescentes son cada día más frecuentes, por lo que la educación en este contexto radica en fomentar la masificación del uso de MAC entre los adolescentes que iniciaron su actividad sexual, a fin de disminuir la incidencia de embarazos tempranos (17)(21).

Por otra parte, ocho de los 14 factores evaluados presentaron asociación estadística significativa ($p < 0,05$), lo que evidencia claramente que las adolescentes antes del embarazo están expuestas a un gran grupo de condiciones sociales y demográficas que impactan directamente en el incremento del riesgo a tener un embarazo temprano.

Los resultados también muestran que el embarazo adolescente es un problema social que requiere de una solución rápida, sostenible y eficaz, donde los sectores salud y educación lideren las políticas de prevención, dado que esté causa interrupciones en el estado de salud materno-neonatal, problemas educativos y una carga social y económica para el estado (20)(25). Desde esta perspectiva, cifras en el Perú reportan que la deserción educativa de las adolescentes embarazadas alcanza 85%, la desprotección conyugal 75%, el rechazo familiar 65%, la discriminación 90% y la mortalidad materna adolescente es la tercera causa entre las embarazadas (28).

Asimismo, se ha identificado que en cualquier parte del mundo las adolescente tienen más probabilidades de embarazo cuando viven en condiciones de pobreza, exclusión social, carecen de servicios sanitarios recuperativos y curativos, falta de equidad de género, disfuncionalidad familiar, etc. (1)(23)(27)(30), factores que no le permiten llevar su sexualidad de manera adecuada, además de ver limitado sus derechos a recibir una información efectiva sobre temas como, el uso de MAC, planificación familiar, paternidad responsables, proyecto y expectativas de vida y habilidades para la vida

Durante la adolescencia, la búsqueda de la identidad y autonomía, la identificación sexual, el comienzo de la fertilidad y los cambios en los procesos cognitivos, hacen del adolescente un individuo vulnerable psicológicamente (3). En este contexto, se requiere repensar las intervenciones sanitarias dirigidas a promover la salud integral del adolescente, más aún con los cambios epidemiológicos y sanitarios sufridos a partir de la exposición a los factores sociodemográficos identificados como riesgosos al embarazo.

Es evidente que el embarazo adolescente es una situación compleja asociada a múltiples factores, entre los que se incluyen, los modos de crianza, las características amicales y conductuales, la educación y comunicación familiar, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a los modelos educativos actuales que priorizan la parte cognitiva, descuidando la salud mental y las habilidades sociales de este grupo etario (5)(61); lo que se constituye como uno de los problemas de salud pública que más limita el futuro de la madre adolescente, de su pareja y del propio niño por nacer (8).

Por otra parte, como se ha corroborado, en muchos casos el embarazo adolescente es el resultado del entorno social, demográfico, biológico y comportamental en el que vive o se desenvuelve, los cuales incrementan el riesgo de un embarazo adolescente (2)(9). Por esta razón, las políticas sociales y sanitarias deben considerarlo como un hecho social, más que un mero suceso circunstancial producto de la búsqueda de su independencia y autonomía.

Con lo evidenciado hasta aquí, cabe precisar que los factores que se relación al embarazo adolescente son multifacéticos e interdependientes uno del otro, esto hace que su abordaje sea muy complejo y las estrategias implementadas de manera individualista no hayan resultado eficaces. Por ello, es muy importante que se priorice la información y educación de esta población en torno a la educación sanitaria, los ingresos económicos, funcionalidad familiar y la desmitificación de que la sexualidad es un tabú del cual está “prohibido” abordarse dentro de la familia y del sistema educativo.

En definitiva, el embarazo adolescente en el presente estudio está asociado a factores maternos como: área de residencia rural, grado de instrucción secundaria, edad de inicio de las relaciones sexuales menor a 15 años, no uso de MAC antes del embarazo, tipo de familia disfuncional, falta de información sobre salud sexual y reproductivo, y desconocimiento sobre MAC (17)(19)(20).

CONCLUSIONES

1. Los factores sociales y demográficos relacionados al embarazo adolescente en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota son : la procedencia rural 80% ($p=0,046$), el no estar estudiando 80% ($p=0,005$), el cursar la educación secundaria 26,7% ($p=0,007$), el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años 35.6% ($p=0,013$), el nouse de métodos anticonceptivos antes del embarazo 68.9% ($p=0,038$), el no pertenecer a una familia nuclear 51.1% ($p=0,001$), el no contar con información adecuada sobre salud sexual y reproductiva 55.6% ($p=0,015$) y el desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos 64.4% ($p=0,026$).

RECOMENDACIONES

Al Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota

- Priorizar en los servicios de atención sanitario la educación y comunicación en salud, promoviendo la sensibilización y empoderamiento sobre salud sexual y reproductiva del adolescente
- Incidir en estrategias preventivo promocionales enmarcadas dentro de las políticas nacionales de salud sexual y reproductiva que busquen prevenir el embarazo entre los adolescentes.

A los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería

- Llevar a cabo investigaciones de intervención que permitan validar programas, planes y estrategias educativas que contribuyan con la prevención y reducción de los embarazos adolescentes.
- Reforzar las habilidades sanitarias en los adolescentes, la familia y comunidad con el objetivo de mejorar la cultura sexual, reforzar la autoestima, promover la paternidad responsable y la educación sexual.

A las familias de los adolescentes del distrito de Chota

- Educar a los padres de familia y los adolescentes sobre paternidad responsable, salud sexual y reproductiva no riesgosa, prevención de enfermedades las transmisión sexual y embarazo adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [citado el 11 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Brito-Placencia D, Burattini-Fredes N, Martínez-Santana D, Sánchez-Montecinos S, Farías-Cancino A, Contreras-Galvez A, et al. Experiencias de participación en salud de adolescentes y jóvenes en tiempos de la pandemia de COVID-19 en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. [Internet]. 2023 [citado el 22 de abril de 2023];47:e27. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2023.v47/e27/>
3. Solano E, Valdés V, Figueredo GB. Embarazo en la adolescencia como reto para el primer nivel de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2021 [citado el 23 de abril de 2023];37(4):e1700. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400018
4. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2019. [citado 01 mayo 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
5. Vásquez Y, Macías P, González A, Pérez C, Carrillo O. Determinantes de la salud en adolescentes de la comunidad Cerro Guayabal, Ecuador. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado el 21 de abril de 2023];45(2):e1451. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n2/e1451>
6. Mann L, Bateson D, Black KI. Teenage pregnancy. *Aust J Gen Pract*. [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2023];49(6):310-316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32464731/>
7. Kaltiala R, Heino E, Marttunen M, Fröjd S. Family Characteristics, Transgender Identity and Emotional Symptoms in Adolescence: A Population Survey Study. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2023 [citado el 20 de abril de 2023];20(4):2948. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36833645/>
8. Carmona CR, Plaín C, Roque L. A propósito del artículo El embarazo es contagioso. *Rev Cuba Med Gen Integr*. [Internet]. 2019 [citado el 18 de abril de 2023];35(2):pp-05. Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/885>

9. Fondo de población de las Naciones Unidas. Cuarta Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe: Políticas para Prevención del Embarazo Adolescente Basadas en Evidencias Nota conceptual [Internet]. Nueva York, USA: UNFPA; 2022 [citado el 21 de abril de 2023]. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_csemap_ver_digital_1.pdf
10. Lara J, Ospino Y, Tamara Y, Andrade A, Ospino J, Salas E et al. Prevención del embarazo a temprana edad a través de la cátedra de educación sexual como estrategia pedagógica apoyada en TIC. *Cultura. Educación y Sociedad* [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2023];9(3):841-848. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7823580.pdf>
11. Rivera J y Yaranga D. Factores socioculturales asociados al embarazo en adolescentes en el Centro de Salud de Chilca [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Chimbote, Perú: Universidad Peruana los Andes; 2018 [citado el 14 de abril de 2022] Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/765/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Cygan HR, McNaughton D, Reising V, Fogg L, Marshall B, Simon J. Teen pregnancy in Chicago: Who is at risk? *Public Health Nurs.* [Internet]. 2020 [citado el 21 de abril de 2023];37(3):353-362. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32196754/>
13. Hernández E, Guamán KA, Ochoa CE. El embarazo de adolescentes y sus consecuencias sociales. *UNIANDES Episteme* [Internet]. 2018 [citado el 21 de abril de 2023]; 5(1):1314-1329. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8297974>
14. Wright LS, Fore S. Community-Engaged Teen Pregnancy Prevention: A Needs Assessment. *Health Promot Pract.* [Internet]. 2022 [citado el 21 de abril de 2023];23(6):1015-1027. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693790/>
15. Braoudé I, Radjack R. Psychosocial factors of vulnerability in teenage pregnancy. *Soins Psychiatr.* [Internet]. 2022 [citado el 21 de abril de 2023];43(343):22-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36731978/>

16. Basu S, Gorry D. Consequences of teenage childbearing on child health. *Econ Hum Biol.* [Internet]. 2021 [citado el 19 de abril de 2023];42:101019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34091239/>
17. Mesías V. Maternidad adolescente y proyecto de vida. Un estudio intergeneracional desde los márgenes urbanos. *Revista Punto Género* [Internet]. 2020 [citado el 13 de abril de 2023];(14):25-48. Disponible en: <https://revistapuntogenero.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/60863>
18. Chalco M, Nina Y. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes del Centro de Salud de Andahuaylillas. [Internet]. 2021 [citado el 21 de abril de 2023]. <http://hdl.handle.net/20.500.12918/6169>
19. Okoli CI, Hajizadeh M, Rahman MM, Velayutham E, Khanam R. Socioeconomic inequalities in teenage pregnancy in Nigeria: evidence from Demographic Health Survey. *BMC Public Health.* [Internet]. 2021 [citado el 21 de abril de 2023].;22(1):1729. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36096790/>
20. Joshi SH, Raut AV, Goswami S, Gupta SS. Perceived burden, causes and consequences of adolescent pregnancy in the rural Maharashtra: a cultural domain analysis. *Int J Adolesc Med Health.* [Internet]. 2020 [citado el 12 de abril de 2023];34(5):305-314. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887186/>
21. United Nations Population Fund. *Motherhood in Childhood: The Untold Story* [Internet]. New York, USA: UNFPA; 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Motherhood%20in%20Childhood%20The%20Untold%20Story_EN.pdf
22. Sousa M, Batista A, Formiga F, Mota J, Silva M, et al. Grupo de gestantes adolescentes: contribuições dos residentes multiprofissionais para o cuidado no pré-natal *Revista Concilium* [Internet]. 2022 [citado el 18 de abril de 2023]; 22(4):836-944. Disponible en: <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/173>
23. Fondo de población de las Naciones Unidas. *América Latina y el Caribe: Embarazo en adolescentes* [Internet]. Nueva York, USA: UNFPA; 2022 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes#:~:text=En%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20registra%20la%20segunda%20tasa,19%20a%C3%B1os%20dan%20a%20luz>
24. Instituto nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, nacional y departamental [Internet]. Lima, Perú: INEI: 2024

- [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf>
25. Calderón H. Factores sociales que inciden en el embarazo adolescente de 13 a 19 años, en el centro de salud Chanduy [Internet]. 2021 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6035>
 26. Fondo de población de las Naciones Unidas. Consecuencias socioeconómicas del embarazo y la maternidad adolescente en el Perú [Internet]. Nueva York, USA: UNFPA-PERÚ; 2021 [citado el 22 de abril de 2023]. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_csemap_ver_digital_1.pdf
 27. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Perú: Prevenir el embarazo en niñas y adolescentes y reducir las muertes maternas, Año 2023 [Internet]. Lima, Perú: MCLCP; 2022 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-09-27/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2022-vf6.pdf>
 28. Espinola-Sánchez M, Sanca-Valeriano S. Embarazo adolescente en Perú: 10 años de evolución y análisis espacial. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2022 [citado el 22 de abril de 2023];15(1):160-161. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000100029
 29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema estadístico nacional: Cajamarca compendio estadístico 2023 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024 [citado el 06 de julio de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6073235/5377908-compendio-estadistico-cajamarca-2023.pdf>
 30. Castrejón A, Julcamoro M. Alianzas Estratégicas Interinstitucionales y Prevención del Embarazo Adolescente en Namora, Cajamarca. [Internet]. 2018 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/27886>
 31. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerable. Resumen regional de Cajamarca [Internet]. Lima, Perú: MIMP; 2024 [citado el 07 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/resumen2/Resumen-Cajamarca.pdf>

32. Dirección Sub regional de Salud Chota. Reporte estadístico del programa materno-neonatal Archivo Excel; 2022.
33. Góngora AC, Fernández BD, Mejias AR, Vázquez CL, Frías PA. Características sociodemográficas que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Obst Ginecl.* [Internet]. 2022 [citado el 22 de abril de 2023]; 48(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/976>
34. Tabei K, Cuisia-Cruz ESS, Smith C, Seposo X. Association between Teenage Pregnancy and Family Factors: An Analysis of the Philippine National Demographic and Health Survey 2017. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021 [citado el 20 de abril de 2023];9(12):1720. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34946450/>
35. Arce VH. Factores sociodemográficos e institucionales, asociados a embarazos en adolescentes del Centro de Salud Fortuna Baja, Ecuador, 2020. [Tesis de Maestría] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad César Vallejo; 2021 [citado el 15 de abril de 2022] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/63772>
36. Llanos ES, Llovet AM. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes. *FACSalud UNEMI.* 2019 [Citado el 21 de abril de 2023];3(4):36-42. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/download/923/786/>
37. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2022 [citado el 22 de abril de 2023];87(1):11-18. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262022000100011&script=sci_arttext
38. Tingal V. Factores influyentes y características sociodemográficas en el embarazo precoz en adolescentes del centro de salud San Antonio Chiclayo 2019 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Seños de Sipán; 2021 [citado el 15 de abril de 2023] Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9115>
39. Rengifo JI. Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” enero – junio 2019 [Tesis de Maestría] [Internet]. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2021 [citado el 15 de abril de 2023]

- Disponible en:
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8613?show=full>
40. Mendoza JJ. Factores de riesgos asociados al embarazo en adolescentes en el servicio de gineco-obstetricia, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Distrito Villa El Salvador, año 2019 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020 [citado el 15 de abril de 2023] Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2844918>
 41. Gómez SJ. Factores individuales, sociales y familiares presentes en el embarazo de adolescentes atendidas en un centro de salud de Cajamarca [Tesis de Maestría] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2020 [citado el 18 de abril de 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/99873>
 42. Castillo SB. Factores de riesgo que influyen en el embarazo de adolescentes que acuden al centro de Salud San Ignacio, Cajamarca, 2019 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2019 [citado el 18 de abril de 2023] Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6476>
 43. Peralta BM. Características biológicas, sociales, económicas y culturales relacionadas al embarazo en adolescentes. Hospital José Soto Cadenillas, distrito Chota-Cajamarca 2018 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019 [citado el 23 de abril de 2023]. Disponible en:
[https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3118/CARACTER%
%c3%8dSTICAS%20BIOL%
%c3%93GICAS%2c%20SOCIALES%2c%20ECON%
%c3%93MICAS%20Y%20CULTURALES%20RELACIONADAS%20AL%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3118/CARACTER%c3%8dSTICAS%20BIOL%c3%93GICAS%2c%20SOCIALES%2c%20ECON%c3%93MICAS%20Y%20CULTURALES%20RELACIONADAS%20AL%20EMBARAZO%20EN%20ADOLESC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 44. Raile M, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 9na Ed. España: Elsevier; 2018. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/modelos-y-teorias-en-enfermeria/alligood/978-84-9113-339-1>
 45. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano?" Revista Ciencias de la Salud. [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2023];17(1): 5-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v17n1/1692-7273-recis-17-01-5.pdf>
 46. Martínez A, Montero G, Zambrano R. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Revista Espacios [Internet]. 2020 [citado el 28

- de abril de 2023];41(47):1-10. Disponible en: <http://w.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>
47. Turi E, Merga BT, Fekadu G, Abajobir AA. Why Too Soon? Early Initiation of Sexual Intercourse Among Adolescent Females in Ethiopia: Evidence from 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey. *Int J Womens Health*. [Internet]. 2020 [citado el 24 de abril de 2023];12:269-275. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32308501/>
 48. Roman AA, Fujimori E, Simões Duarte L, Vilela Borges AL. Prevalence and correlates of early sexual initiation among Brazilian adolescents. *PLoS One*. [Internet]. 2021 [citado el 27 de abril de 2023];16(12):e0260815. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34905552/>
 49. Nandi P, Kramer M, Kottke M. Changing disparities in teen birth rates and repeat birth rates in Georgia: implications for teen pregnancy prevention. *Contraception* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2023];99(3):175-178. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30471260/>
 50. Camargo-Reta AL, Estrada-Esparza SY, Reveles-Manríquez IJ, Manzo-Castilloja, Luna-López MC de, Flores-Padilla L. Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. *Ginecol. obstet. Méx.* [Internet]. 2022 [citado el 27 de abril de 2023];90(6):495-503. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000600495
 51. Alzate M, Dongarwar D, Matas J, Salihu H. The Effect of Sexual Literacy on Adolescent Pregnancy in Colombia. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2020 [ciatdo el 25 de abril de 2023];33(1):72-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31561033/>
 52. Maravilla J, Betts K, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2019 [citado 27 de abril de 2023];145(1):54-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706467/>
 53. Opoku B, Hagan J, Seidu A, Kwame J, Sambah F, Schack T. Examining Pregnancy Related Socio-Cultural Factors Among Adolescent Girls in the Komenda-Edina-Eguafo-Abrem Municipality in the Central Region of Ghana: A Case-Control Study. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2019 [citado el 27 de abril de 2023];

- 7(93):pp.9. disponible en:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00093/full>
54. Dueñas W J, Muñoz MR, Parrales IG. Factores desencadenantes de embarazo precoz en adolescentes de Latinoamérica. MQRInvestigar [Internet]. 2023 [citado el 27 de abril de 2023];7(1):390–410. Disponible en: <http://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/173>
 55. González A. Electra, Molina G. Temistocles. Religiosidad juvenil y su asociación a comportamientos sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en la Región Metropolitana. Rev. chil. obstet. Ginecol [Internet]. 2017 [citado el 26 de abril de 2023];82(4):396-407. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400396
 56. Castañeda J, Santa H. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Enfermería Global [Internet]. 2021 [citado el 26 de abril de 2023];20(62):109-128. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.438711>
 57. Isaac AMA, Fornaris AM, Cardero AB. Factores de riesgo y consecuencias de la promiscuidad en los adolescentes. Revista Científica Estudiantil UNIMED [Internet]. 2020 [citado el 26 de abril de 2023];2(3):384-397. Disponible en: <http://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/45>
 58. Lavanderos S, Haase J, Riquelme C, Morales A, Martínez A. Embarazo Adolescente en Chile: Una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2019 [citado el 26 de abril de 2023];84(6):490-508. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000600490>
 59. Astuti A, Hirst J, Bharj K. Indonesian adolescents' experiences during pregnancy and early parenthood: a qualitative study. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2020 [citado el 25 de abril de 2023];41(4):317-326. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31760844/>
 60. Venegas M, Valles B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 [citado el 26 de abril de 2023];21:e109-e119. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006

61. Salazar A, Acosta MM, Lozano-Restrepo N, Quintero-Camacho MC. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona Y Bioética* [Internet]. 2019 [citado el 26 de abril de 2023];12(2):169-182. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/968>
62. Del Mastro N I. Adapting to poverty and dealing with gender: a comparative perspective on teenage pregnancy in the Peruvian Amazon. *Cult Health Sex* [Internet]. 2023 [citado el 27 de abril de 2023];25(1):33-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34951335/>
63. Sámano R, Martínez-Rojano H, Chico-Barba G, Sánchez-Jiménez B, Sam-Soto S, Rodríguez-Ventura AL, et al. Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2019 [citado el 24 de abril de 2023];16(6):1022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30897835/>
64. Miura PO, Tardivo LSPC, Barrientos DMS, Egry EY, Macedo CM. Adolescence, pregnancy and domestic violence: social conditions and life projects. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [citado el 26 de abril de 2023];73(Suppl 1):e20190111. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490953/>
65. Buzi RS, Smith PB, Kozinetz CA, Wiemann CM. Pregnant Adolescents As Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* [Internet]. 2020 [citado el 26 de abril de 2023];35(13-14):2492-2510. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29294718/>
66. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
67. Tamayo M. Diccionario de la investigación científica. 2º ed. México: Editorial Limusa. 2006.
68. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2019 [consultado 06 marzo 2023]. Disponible en: <http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
69. Carbajal M. Geografía de Chota. Perfil antropogeográficos de la Provincia de Chota. 1ra Ed. Lima: Sociedad Geográfica de Lima; 2014. Disponible desde: <http://isbn.bn.p.gob.pe/catalogo.php?mode=detalle&nt=69612>

70. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota. Ubicación geográfica [Internet]. [citado 01 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.deperu.com/saludnacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/jose-h-sotocadenillas-chota-chota-2622>
71. Dirección Regional de Salud. Población regional por establecimientos de salud. Archivo Excel. Chota, Perú. 2023.
72. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Tercera ed.: Ediciones de la U; 2018.
73. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011. Disponible en: <https://bit.ly/3tfi0FC>
74. Polit Denise F, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.



ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado solo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincera en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

1. ¿Qué edad tienes actualmente?

- a) 15 a 19 años (0)
- b) 10 a 14 años (1)

2. ¿De dónde procedes?

- a) Zona Urbana (0)
- b) Zona rural (1)

3. ¿Cuál es la religión que profesas?

- a) Católica (0)
- b) No católica (1)

4. ¿Actualmente estas estudiando?

- a) Si está estudiando (0)
- b) No está estudiando (1)

5. ¿Qué grado de estudio tienes (concluidos)?

- a) Ilustrada (0)
- b) Primaria (1)
- c) Secundaria (2)
- d) Superior (3)

6. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Casada (0)
- b) Conviviente (1)
- c) Soltera (2)
- d) Divorciada (3)

7. ¿Cuánto es lo que gana en promedio tu familia (solo los que viven en el hogar) al mes?

- a) Más de 1025 soles mensuales (0)
- b) 1025 o menos soles mensuales (1)

8. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

- a) De 15 a 19 años (0)
- b) Menos de 15 años (1)

- 9. ¿Utilizaste métodos anticonceptivos antes de quedar embarazada?**
a) Sí (0)
b) No (1)
- 10. ¿Tú madre quedó embarazada cuando tenía menos de 19 años?**
a) No (0)
b) Sí (1)
- 11. ¿Quiénes integran tu familia (con quienes vive)?.....
decidir:**
a) Familia nuclear (0)
b) Familia no nuclear (1)
- 12. ¿Consideras que hay violencia en tu familia u hogar?**
a) No (0)
b) Sí (1)
- 13. ¿Alguna vez has recibido información sobre salud sexual y reproductiva?**
a) Sí (0)
b) No (1)
- 14. ¿Conoces sobre los métodos anticonceptivos?**
c) Sí (0)
d) No (1)



Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS DE CHOTA, 2023

Objetivo de la investigación:

Determinar los factores sociodemográficos relacionados con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, 2023.

Yo....., identificado (a) con DNI N° mediante la información dada por la Egresada en Enfermería: Díaz Delgado Luz Helíta; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota, de.....del 2023.

Firma de la participante

Firma del asesor



Anexo 3

ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LOS EMBARAZOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS DE CHOTA, 2023

Objetivo de la investigación:

Determinar los factores sociodemográficos relacionados con los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, 2023.

Yo....., identificado (a) con DNI N° mediante la información dada por la egresada en Enfermería: Díaz Delgado Luz Helíta; acepto que mi menor hija brinde la información que solicita la investigadora, esto de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y su identidad no será revelada.

Chota, de.....del 2023.

Firma de la madre o apoderado

Firma del asesor

Anexo 4

CONFIABILIDAD KR-20: CUESTIONARIO DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LOS EMBARAZO ADOLESCENTE

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

^a La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
.081	14



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 "Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA (O) EN ENFERMERIA

Siendo las 09 AM del 05 de Julio de 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico de Enfermería, reunidos en el ambiente SALA DE DOCENTES de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de Tesis denominada: Factores Sociodemográficos y Su Relación con los Embarazos Adolescentes Atendidos en el Hospital José Heinón Soto Casenillas de Otta - Cajamarca, 2023

del (a) Bachiller en Enfermería:

LUZ Helito Díaz Delgado.

Siendo las 11:35 AM del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Buena, con el calificativo de 14 (CATÓLICO), con el cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra A.P.T.A. para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente	<u>Norma Beitha Campos CHAVEZ</u>	
Secretario (a)	<u>Boscar Fernando Campos SNAZAR</u>	
Vocal	<u>LUZ Amparo Nuñez Zambiano</u>	
Accesitario (a)		
Asesor (a)	<u>Marta Vicenta Abanto Villar</u>	
Asesor (a)		

Términos de Calificación:
 EXCELENTE (19-20)
 REGULAR (12 - 13)

MUY BUENO (17 - 18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14 - 16)
DESAPROBADO (10 a menos)