

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

ESCUELA DE POSGRADO

**SECCION DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



**Determinantes sociales del embarazo en adolescentes atendidas en
establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016**

Tesis para optar el grado de doctorado en Gestión en Salud

Autora

Julian Castro, Jane del Rosario

Asesor- Código ORCID (0000-0002-3723-7277)

Correa Huamán, Doraliza

CAJAMARCA – PERU

2024

ÍNDICE GENERAL

Tema	Pagina N°
Índice general	ii
Índice de tablas	iii
Palabra clave	iv
Título de la investigación	v
Constancia de originalidad	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	1
Metodología	23
Resultados	27
Análisis y discusión	42
Conclusiones	74
Recomendaciones	75
Referencias bibliográficas	77
Anexos	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características socioeconómicas asociadas al embarazo adolescente en mujeres atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.	27
Tabla 2: Situación socioeconómica de las familias de las adolescentes embarazadas y no embarazadas del distrito de Cajamarca, 2016.	29
Tabla 3: Características familiares asociadas al embarazo adolescente en mujeres atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.	32
Tabla 4: Características de la convivencia familiar asociadas al embarazo adolescente en mujeres atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.	35
Tabla 5: Características personales de las adolescentes embarazadas y no embarazadas atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016	37
Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre sexualidad y planificación familiar de las adolescentes atendidas en el Distrito de Cajamarca, 2016.	39
Tabla 7: Manifestaciones biopsicosociales de la sexualidad en las adolescentes atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.	40

PALABRA CLAVE Y LINEA DE INVESTIGACION

Palabras claves

Tema	Determinantes sociales de la salud, y embarazo adolescentes.
-------------	--

Especialidad	Doctorado en Gestión en Salud
---------------------	-------------------------------

Key Words

Topic	Social determinants of health and teenage pregnancy
--------------	---

Specialty	Doctorate in Health Management
------------------	--------------------------------

Línea de Investigación	Salud sexual y reproductiva de la mujer, familia y comunidad
Área	Ciencias medicas y de salud
Sub área	Ciencias de la salud
Disciplina	Epidemiologia.

**Determinantes sociales del embarazo en adolescentes
atendidas en Establecimientos de Salud del Distrito de
Cajamarca, 2016.**

**Social Determinants of Pregnancy in Adolescents in Health
Establishments of the District of Cajamarca, 2016.**



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Determinantes sociales del embarazo en adolescentes atendidas en establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016**" del (a) estudiante: **JULIAN CASTRO JANE DEL ROSARIO**, identificado(a) con Código N° **2006192029**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **20%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 22 de abril de 2024

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

RESUMEN

El objetivo fue establecer los determinantes sociales que se asocian al embarazo en adolescentes del distrito de Cajamarca, 2016. Metodología: Fue una investigación básica, descriptiva, relacional y transversal; en 260 adolescentes (embarazadas y no embarazadas). Resultados: Existe influencia en el embarazo adolescente de los siguientes determinantes sociales relacionados a características socioeconómicas: zona de residencia ($p<0.001$), nivel de educación ($p<0.001$), ocupación ($p<0.001$), condición laboral del jefe del hogar ($p<0.05$), ingreso mensual al hogar ($p<0.001$), material de la vivienda ($p<0.001$), línea de pobreza ($p<0.001$); los relacionados a características familiares fueron: familiares que viven con la adolescente ($p<0.05$), instrucción de la madre ($p<0.001$), estado civil de los progenitores ($p<0.001$), consumo de bebidas alcohólicas en el hogar ($p<0.001$), relación con los padres ($p<0.001$), percepción de muestras de afecto ($p<0.001$), comunicación con los padres sobre sexualidad ($p<0.001$), personas de confianza ($p<0.001$), víctima de violencia familiar ($p<0.001$); los relacionados con características personales: sentimientos ($p<0.001$), libertad de decisión ($p<0.001$), seguro de salud ($p<0.001$), consumo de tabaco ($p<0.05$), asistencia a fiestas ($p<0.001$), consumo de alcohol ($p<0.05$), conocimiento sobre planificación familiar y sexualidad ($p<0.001$), edad y motivo de inicio de relaciones coitales ($p<0.001$), razón por la que no usó anticonceptivos ($p<0.001$).

ABSTRACT

The objective was to establish the social determinants associated with pregnancy in adolescents in the district of Cajamarca, 2016. Methodology: It was a basic, descriptive, relational and transversal research; in 260 adolescents (pregnant and non-pregnant). Results: There is an influence on adolescent pregnancy of the following social determinants related to socioeconomic characteristics: area of residence ($p<0.001$), level of education ($p<0.001$), occupation ($p<0.001$), working status of the head of household ($p<0.05$), monthly household income ($p<0.001$), housing material ($p<0.001$), poverty line ($p<0.001$); those related to family characteristics were: family members who live with the teenager ($p<0.05$), mother's instruction ($p<0.001$), marital status of parents ($p<0.001$), consumption of alcoholic beverages in the home ($p<0.001$), relationship with parents ($p<0.001$), perception of signs of affection ($p<0.001$), communicating with parents about sexuality ($p<0.001$), trusted people ($p<0.001$), victim of family violence ($p<0.001$); those related to personal characteristics: feelings ($p<0.001$), freedom of decision ($p<0.001$), health insurance ($p<0.001$), tobacco use ($p<0.05$), attendance at parties ($p<0.001$), alcohol consumption ($p<0.05$), knowledge about family planning and sexuality ($p<0.001$), age and reason for initiation of intercourse ($p<0.001$), reason you didn't use birth control ($p<0.001$).

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las diferentes etapas de la vida, se desarrollan diferentes condiciones relacionadas a la sexualidad y reproducción, sucede la decisión de tener una pareja, formar una familia a través de la llegada de un bebé, etc., sin embargo, cuando esto sucede en la adolescencia, puede acarrear una serie de consecuencias que afectarán su salud y su bienestar.

Los embarazos adolescentes acarrear un alto riesgo obstétrico, ya que, se produce en mujeres que aún están desarrollándose anatómica y psicológicamente, no tienen una madurez biopsicosocial, necesaria para cumplir la función de madre. Las investigaciones realizadas, indican que aspectos biológicos, psicológicos y de estructura familiar y social influyen en los embarazos adolescentes, ocasionando el incremento de la morbilidad materno infantil; así como, provocando secuelas psicológicas y socioeconómicas que afectan a los padres e hijos de éstos; en muchos casos frustrarán sus aspiraciones personales y profesionales.

El embarazo adolescente, también ha sido asociado con el nacimiento de niños de alto riesgo (Alfonso et al., 2018), niños que probablemente tendrán algunas limitaciones para su crecimiento, desarrollo y bienestar, siendo un indicador negativo para el desarrollo de los pueblos. Siendo una situación preocupante por las consecuencias biomédicas, psicosociales y económicas (morbilidad, frustración de sus aspiraciones, dependencia económica, etc.); generándose de esta manera la necesidad de investigar íntegramente esta problemática, desde el aspecto social.

Las cifras sobre embarazo precoz aumentan en todas partes del mundo, interrumpiendo la etapa de la adolescencia, para dar paso a la maternidad. Se sabe que una de cada cinco mujeres ya ha tenido un hijo antes de los 18 años, además 16 millones de partos son de mujeres adolescentes, principalmente en países en vías de desarrollo, donde las complicaciones obstétricas aumentan, pudiendo causar muertes maternas o perinatales (OMS/OPS, 2014).

Las tasas de fertilidad en adolescentes son variables en cada país, influyendo el nivel de desarrollo que tenga; tal es así, que en Japón, existe una tasa de 4 en mil embarazos

en mujeres de 15 a 19 años, mientras que en México, la tasa es de 82 en mil embarazos (Moya 2017).

América Latina ocupa el tercer lugar de embarazos adolescentes a nivel mundial, de las cuales, 20% corresponde a menores de 15 años. Estos embarazos precoces se asocian a algunos factores relacionados al hogar, como el ingreso familiar, los niveles de pobreza y la educación de los padres; pero también se involucran factores asociados con el género, a la maternidad y paternidad prematura, llegando a idealizar el embarazo por encima del proyecto de vida personal. No obstante, factores como la escasa educación sobre sexualidad, acceso restringido a los métodos anticonceptivos y la poca ejecución del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, empeoran aún más la situación del embarazo precoz (UNICEF, 2015).

En el Perú, existe 20% de jovencitas de 10 a 19 años que se embarazan anualmente (Cáceres, 2013). Sin embargo, estas cifras pueden ser mayores, si se conoce que no todos los embarazos adolescentes se conocen o llegan a término, pues, probablemente, algunos terminen en un aborto espontáneo o inducido.

Además, del grupo de mujeres de 15 a 19 años, 13,6% estuvo alguna vez embarazada, 10,6% ya eran madres y 2,9% estaban gestando por primera vez; así también, 22,5% de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas pertenecen al área rural, 1 de cada 3 adolescentes embarazadas alguna vez terminó primaria, siendo 65 mil niños que nacen anualmente de madres adolescentes (INEI, ENDES, 2015).

Los adolescentes de zonas rurales y de la selva suelen ser las más afectadas, ya que, involucra aspectos sociales, familiares y culturales, evidenciándose que reciben apoyo de su pareja y familia, lo que no ocurre con las adolescentes de zona urbana. En la zona rural, una de 40 adolescentes están unidas en pareja antes de cumplir 15 años y 2% entre 15 y 19 años; en estos casos, la mayoría de adolescentes no tienen proyectos relacionados a educación y empleo, a diferencia de las que residen en zona urbana, demostrándose la escasa información y dificultad para acceder a los servicios de salud reproductiva (Cáceres, 2014).

Así también, algunos estudios realizados en el Instituto Materno Perinatal, señalan que existen algunas características particulares que forman parte del perfil epidemiológico de las gestantes adolescentes, por ejemplo, 13% de niñas de 15 a 19 años son madres, 2% es su primer embarazo, 22% de adolescentes embarazadas residen en zona rural y 37% no tienen nivel de instrucción. Además, señala que en promedio, se produce 218 750 embarazos precoces, correspondiendo a un total de 600 embarazos por día y 25 por hora; cifras abismales que advierten la dimensión del problema de salud pública a nivel nacional (Instituto Nacional Materno Perinatal - INMP, 2015).

Cajamarca tiene una población adolescente que corresponde al 24.5% del total, de ellos, 47% están en situación de pobreza, principalmente los de zona rural; motivo por el cual, es necesario tener en cuenta este grupo poblacional, pues, se convertirá en un segmento prioritario para el sector salud. Es así, que 17,6% de mujeres entre 15 a 19 años estuvieron embarazadas alguna vez en su vida, 13,4% ya son madres y 4,2% están gestando por primera vez; siendo mayor esta proporción en las mujeres de 17 años a más. También existen diferencias relacionadas a la zona de procedencia, existiendo un 5% de mujeres adolescentes que ya son madres en la zona urbana, en comparación con el 21% de la zona rural; por lo que, el embarazo adolescente continúa siendo un problema de gran magnitud, que engloba a los embarazos no deseados, los abortos, y además, las secuelas que deja en la salud y a nivel socio-económico (INEI, 2017).

En ese sentido, se debe tener en cuenta que la adolescencia abarca desde los 12 a 17 años, donde suceden múltiples cambios a nivel hormonal, somático, bioquímico, social y psicológico, el cual permite pasar de la niñez a la etapa adulta (MINSA, 2012). La etapa de la adolescencia representa un cambio crítico que le sucede a todos los seres humanos, y cuyo manejo repercutirá en la vida adulta. Siendo clasificada por la OMS como adolescencia temprana, abarcando desde los 10 a 14 años, y adolescencia tardía, desde los 15 a 17 años (La Rosa, 2013).

Por otro lado, la adolescencia se puede conceptualizar desde 3 enfoques: biológico, sociológico y psicológico.

Biológicamente, la adolescencia es conocida como “una revolución hormonal”, se produce un crecimiento veloz del organismo, existen cambios en la morfología del cuerpo, en los niveles hormonales e inicia la maduración física. Estos cambios hormonales obedecen a la necesidad de alcanzar las características propias de cada sexo, hasta lograr la capacidad procreacional. Sin embargo, en el desarrollo físico del adolescente también influirán los factores genéticos, el ambiente y el estado nutricional (La Rosa, 2013).

Psicológicamente, la adolescencia es un proceso de cambio continuo, teniendo la necesidad de alcanzar la identificación sexual, convirtiéndose en un momento de transición, donde el sujeto puede experimentar como adulto, sin tener mayor responsabilidad, similar al ensayo – error, donde el adolescente adquiere una elevada auto percepción, marca sus ideales y adquiere nuevos roles (La Rosa, 2013).

Sociológicamente, también es un proceso dinámico, de cambio, cuya relevancia social consiste en prepararse para una vida futura empeñosa, exitosa, siendo un adulto útil para la sociedad. Pues, la sociedad, exige el cumplimiento de roles y posiciones complejas, sin embargo, en esta etapa, aún no se espera que el adolescente cumpla funciones, ya que, aún no alcanza su completo desarrollo, hasta que llegue su etapa adulta (La Rosa, 2013).

No obstante, el embarazo adolescente, se convierte en un proceso aún más difícil para las mujeres de 12 a 17 años, ya que, acarrea graves consecuencias, aumentando los casos de mortalidad materna y perinatal, aumenta la demografía y disminuye las oportunidades para el desarrollo adecuado de los jóvenes, ya que aún no alcanzan la madurez psicológica, biológica y educacional (UNICEF, 2014).

El problema del embarazo precoz se asocia a aspectos socioeconómicos y culturales de las familias, así como, el contexto político también influye en esta situación. La historia señala que desde épocas primitivas, civilizaciones agrarias en todo el mundo manifestaban que el embarazo era una categoría divina, por lo que, en la antigüedad, los varones esperaban que las mujeres, desde muy jóvenes, procreen una nueva vida, para garantizar manos para el trabajo y la perpetuación de la especie humana, sobre

todo, en tiempos difíciles. Por lo que, la existencia de madres adolescentes era una situación normal en la sociedad, contaban con el apoyo de sus esposos, la familia y la población en general. También, era concebido como la mejor forma de conservación de la especie a través de la maternidad en edades tempranas, sobre todo en épocas donde la supervivencia era muy complicada (Llanes, 2012).

Actualmente, el adolescente piensa que la libertad de amar se expresa a través del sexo, en forma de reproche a la sociedad consumista y a los patrones de la vida en familia; el aspecto cultural también influye en las manifestaciones de los adolescentes, las condiciones sociales y físicas, los nuevos conceptos invaden la sociedad moderna, donde los conceptos ahora invaden la institución del matrimonio, cambiando la forma de pensar de los jóvenes (Silva, 2022).

La sociedad actual, el mundo globalizado, el uso de tecnologías, la revolución de las costumbres, etc., conllevan a una mayor liberación sexual de los adolescentes, siendo cada vez mayor la frecuencia de embarazos adolescentes; siendo empeorada esta situación por el nivel socioeconómico bajo, la escasa educación, tanto del adolescente, como de su familia (Cerruti, 2013).

A nivel mundial, 16 millones de adolescentes tienen hijos, lo que equivale al 11% del total de nacimientos (OMS reportado en Torres, 2013); de los cuales, 95% provienen de países en vías de desarrollo (OMS/OPS, 2014). Es así, que la tasa de fertilidad en jóvenes entre 15 a 19 años, corresponde a 4 cada mil embarazos en Japón, en comparación a los 82 cada 1000 embarazos en México y a los 300 cada 1000 embarazos en Mauritania (Cáceres, 2013).

El Instituto Guttmacher, en su estudio realizado en América Latina, señaló que las mujeres entre 15 a 19 años tuvieron embarazos no planeados, pero que terminaron siendo aceptados, sin importar que se haya tratado de un descuido o accidente, por no haber utilizado métodos anticonceptivos (OPS, 2013). De esa forma, en el Perú, 20% del total de embarazos al año corresponde a mujeres de 10 a 19 años (Cáceres, 2013); todo ello sin tener en cuenta, que muchos de estos embarazos adolescentes no son

reportados porque no llegan a término, ya sea porque terminaron en aborto espontáneo o inducido.

Así también, a nivel nacional existen 13,6% de jovencitas de 15 a 19 años que ya son madres o estuvieron embarazadas, 65 mil niños al año nacen de mujeres adolescentes, una cada 5 mujeres adolescentes han tenido entre dos a cuatro gestaciones antes de llegar a los 20 años de edad, siendo más frecuente estos embarazos en regiones de pobreza, siendo 22% para zona rural y 7,5% para zona urbana. (INEI, MACRO INC, 2014).

Regiones de la selva y zona rural, registran datos de maternidad en edades muy jóvenes, puesto que se ve influenciadas por aspectos culturales y familiares. En estas zonas se reporta que, una cada 40 adolescentes está unida a su pareja antes de cumplir 15 años y 2% entre los 15 y 19 años, lo que no ocurre con las adolescentes de zona urbana, quienes en su mayoría tienen planteadas metas relacionadas a la educación o trabajo; aun así, en ambos grupos se observa desinformación, falla y difícil acceso a los métodos anticonceptivos y escasa orientación en sexualidad en adolescentes (Cáceres, 2013). De igual forma, en el departamento de Cajamarca el embarazo adolescente es un gran problema, porque se relaciona con los embarazos no deseados, los abortos y las repercusiones en la salud y a nivel económico de cada familia.

A nivel económico, los embarazos adolescentes repercuten aún más en las transformaciones que atraviesa el país, porque las mujeres tendrán menos oportunidades de mejorar su situación económica, de acceder a trabajos bien remunerados, entre otras, es por ello, que las mujeres que tuvieron hijos antes de los 20 años están expuestas a tener problemas económicos, principalmente porque interrumpen su formación académica básica (OPS, 2013). Muchos de estos casos, las gestantes adolescentes no tienen el sostén de sus parejas, no trabajan, convirtiéndose en una carga adicional para los padres, empeorando las situaciones de pobreza y no pudiendo cubrir sus necesidades básicas.

En el aspecto social, incrementa el costo que subsidia el gobierno destinado a la atención de las mujeres embarazadas y sus hijos; por otro lado, cuando estas

adolescentes no reciben el apoyo de sus familiares, se produce lo conocido como un gravamen impuesto por la sociedad, que no es completamente reconocido, pero que, significa la pérdida de la productividad de los jóvenes, cuya educación se ve interrumpida por la maternidad prematura.

En lo personal, las adolescentes embarazadas atraviesan un problema individual que afectará a su salud física y psicológica, repercutiendo también en la pareja y el núcleo familiar; pues tienen que asumir un costo emocional y social, adjudicándose compromisos, que como adolescentes, aún no están preparados, las cuales, se relacionan al desarrollo social, la falta de independencia económica y la atención del recién nacido. El embarazo adolescente provoca que estas jovencitas y sus parejas abandonen sus estudios para trabajar y/o atender al bebé, perdiendo la oportunidad de adquirir destrezas y capacidades para alcanzar un trabajo adecuado que le permita sobrevivir en la sociedad.

El embarazo fuera del matrimonio en la adolescente es alto (OMS, 2014), por lo que generalmente tiene que enfrentar sola el problema. La gestante adolescente se ve obligada a asumir el papel de mujer adulta, teniendo que dejar de lado incluso su educación, pues, además, algunas instituciones educativas restringen que las adolescentes embarazadas continúen su formación académica, limitando sus posibilidades de trabajo en el futuro. Muchas veces el abandono de la educación se debe a una falta de comprensión de las autoridades educativas, que separan a las adolescentes de las escuelas por considerarlas malos ejemplos.

Existen estudios, que señalan que las adolescentes gestantes son abandonadas por parejas, no asumen su paternidad y fueron culpadas por lo ocurrido (Silaua, 2014). Lo que significa para la madre adolescente tener que atravesar condiciones de vida difíciles y la baja oportunidad de darle una calidad de vida adecuada a su bebé.

También se ha demostrado, que el embarazo adolescente amenaza la vida del feto y de la madre, existiendo mayor riesgo de complicaciones cuando la madre es demasiado joven (INMP, 2015). Por otro lado, el MINSA señala que el contexto social en el que se desarrolla la adolescente puede convertirse en un factor de riesgo mayor que la

misma edad cronológica (MINSA, 2014). Así también se devela en el estudio de Valiente et. Al., que el principal problema obstétrico de las madres adolescentes se traduce en la suma de los problemas socioeconómicos y culturales que tienen (Population Council, 2016).

Otro estudio ejecutado en la Ex - Maternidad de Lima, señala que la pobreza también es un factor de riesgo trascendental en el embarazo de las adolescentes y para sus hijos, puesto que a pesar, que pueden ser niños a término o con buen peso, aumenta tres veces la posibilidad de que estos niños mueran, en comparación a las mujeres de 20 años a más; por otro lado, también revelaron que las acciones que realizan en relación a una sexualidad saludable en adolescentes tienen baja repercusión en el objetivo de disminuir la mortalidad materna, la fecundidad y los embarazos no deseados (López, 2014).

En el Perú, los embarazos precoces continúan siendo un problema álgido de salud pública desde hace varios años, tanto la tasa de fecundidad en adolescentes como en la población en general sigue manteniéndose alta, e incluso, el porcentaje sigue en aumento según la ENDES 2015 (ENDES, 2015).

Además, el embarazo adolescente suele afectar sobre todo a mujeres con bajo nivel de instrucción, 34,1% de adolescentes con educación primaria ya son madres; también se produce mayormente en adolescentes de la selva (22,6% ya son madres), de zona rural (17,9% ya son madres), y en las que pertenecen al quintil de riqueza inferior (21,3% ya son madres) (INEI, 2015)

Estas estadísticas reflejan que existen determinantes socioeconómicos y contextuales que se asocia al embarazo adolescente, principalmente a quienes tienen mayor vulnerabilidad; siendo estos determinantes el resultado de la interacción de elementos influyentes a nivel individual, familiar y socioeconómico en las que la adolescente va creciendo desde su infancia (Cáceres, 2013).

El contexto internacional también es responsable de la forma de abordar este problema, tal es así, que los países desarrollados como Estados Unidos, priorizan la salud asignando recursos a las instituciones que no solo se basan en la recuperación de la

salud, sino también en la vida social; por ejemplo, la adolescente embarazada cuenta con atención médica gratuita y recibe apoyo psicosocial; conllevándola a tener un embarazo muy similar a la de una mujer adulta, desde el aspecto biológico (López referido por Cáceres, 2013).

Lo contrario ocurre en países como el Perú, que se encuentra en vías de desarrollo, donde la gestante adolescente no cuenta con apoyo ni acceso a una atención especializada, debido a la falta de recursos económicos, culturales y sociales; aumentando el riesgo de morbilidad materno infantil y ocasionando el empeoramiento de la pobreza (Soletto, 2014).

En el Perú, también se puede observar diferentes contrastes estructurales como diferenciación en las clases sociales y estratos socioeconómicos, observándose en los reportes de estudio de los niveles de pobreza que alrededor del 50% de familias tenían necesidades básicas insatisfechas (Ministerio de Educación, 2015); asimismo, también se evidencia diferentes crisis en algunos aspectos como en educación, vivienda, alimentación, desempleo y el bajo nivel de ingreso per cápita, afectando a las adolescentes embarazadas por su baja capacidad de adquirir y satisfacer sus necesidades (Ministerio de Educación, 2015).

Siendo la pobreza uno de los determinantes que influye en los embarazos adolescentes y los grandes problemas sociales del país, se sabe que 49,6% vive en situación de pobreza, siendo 1 de cada 5 personas quienes tienen condiciones de pobreza extrema; encontrándose 27,1% de familias pobres y 44,5% de pobres extremos en la sierra rural (UNICEF; 2013). Además, estas familias pobres cuentan con 6 integrantes en promedio, afectando principalmente a las mujeres (60%) ya los niños y adolescentes, siendo la mitad de la población catalogada como pobre quienes tienen menos de 14 años. Cajamarca no es ajena a esa realidad, pues existe crisis económica, bajos salarios remunerativos y aumento de la tasa de falta de empleo (INEI, 2014).

Por otro lado, los adolescentes que viven en países desarrollados cuentan con un contexto ideológico que se desarrolla a lo largo de su crecimiento en la búsqueda de su identidad y su futuro; sin embargo, en los países desarrollados existen patrones

ideológicos que relegan a la mujer en relación a sus posibilidades nutricionales, educativas, de salud, laborales y sociales, expuestas a mayor riesgo en su vida reproductiva; como embarazarse a temprana edad, a causa de tener una autoestima baja, escasa autonomía, falta de independencia económica y emocional y la madurez para hacerse responsable de su propia vida (Díaz, 2013).

Otro factor influyente es la migración de los adolescentes y sus familias desde el campo y la zona rural hacia áreas marginales de las ciudades a consecuencia del irracional modelo de desarrollo, propiciando las condiciones para un embarazo adolescente, así como, la inadecuada distribución demográfica, concentrándose en la capital del Perú, Lima, y en otras capitales de departamentos. A ello se relaciona, la “explosión demográfica”, pues, vinculándose con la escasa educación sexual que reciben los jóvenes, conllevándolos a desarrollar conductas de riesgo reproductivo.

También se debe hablar del bajo acceso a empleo con condiciones favorables que tienen los adolescentes, principalmente por la interrupción de su formación educativa, además, existe una distribución inequitativa de los ingresos y recursos, generando una situación de vulnerabilidad y desventaja para las adolescentes para acceder a oportunidades de desarrollo colectivo e individual, evidenciándose la desigualdad de género existente en el país.

Otro determinante son los medios de comunicación, pues generan una importante influencia en las actitudes, comportamientos y habilidades de los jóvenes y adolescentes. Encontrándose en algunas investigaciones que los adolescentes ven cuatro horas diarias de televisión en promedio, los periódicos no son muy leídos y en la radio suelen escuchar principalmente música (MINSA, 2014). Además, la ENDES 2014 señaló que 91,9% de mujeres entre 15 y 19 años tienen acceso al uso de un celular, el 81,9% ve televisión una vez por semana como mínimo, pueden escuchar todos los días radio el 81,2% y 74.8% tiene acceso al periódico por lo menos una vez a la semana.

Así también, INEI señaló que de quienes tienen acceso a internet, 47,9% corresponde a mujeres adolescentes, de las cuales, 89,5% son de zona urbana y 10,5% de zona rural;

en cuanto a residencia, en la costa viven el 65,6%, en la sierra el 25,8% y en la selva el 8,6% (INEI, 2016). Todos estos medios de comunicación influyen en la población de diferente manera; por lo que, deberían establecer estrategias para que a través de estos se mejore la educación sexual dirigida a los adolescentes.

Actualmente, los medios de comunicación tienen aspectos positivos y negativos, muestran lo malo que sucede alrededor del mundo, la violencia y la erotización, existe sobre estimulación sexual, reflejando una tendencia relacionada a que el “sexo está de moda” en los adolescentes, por eso, es natural que lo practiquen desde edades tempranas; por lo que, se vuelve indispensable que ante el uso frecuente de los medios de comunicación exista una supervisión y guía parental continua. Así también, se debe mencionar que las redes sociales también son utilizadas periódicamente por los adolescentes, donde consiguen cierta independencia emocional de la familia y comparten experiencias con otras personas semejantes.

El Ministerio de Educación ha desarrollado el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, corroborando que la sexualidad está inmersa en el desarrollo humano de forma integral; la educación sexual debe ser sana, libre y responsable, que facilite la mejora de la calidad de vida, tanto a nivel individual, familiar y social, basados en valores como el respeto y las relaciones equitativas. Para ello, se debe considerar como política, la incorporación de toda la familia escolar, es decir, alumnos, docentes, padres de familia y todos en general, pues todos cumplen roles importantes en la educación de los adolescentes.

La tasa de analfabetismo continúa siendo alto en el grupo poblacional de adolescentes, especialmente el femenino, muchos de ellos no saben leer ni escribir, siendo parte de la escala nacional que representa al 4% de este grupo etéreo. Esta situación es mayor en el área rural con 9%. (INEI/FNUAP, 2015). La educación alcanzada también juega un papel en el tema del cuidado del embarazo, generalmente las que no tienen control del embarazo son las mujeres sin ningún nivel educativo (INEI/FNUAP, 2015).

La educación es una de las principales características que algunas mujeres no pueden señalar que tienen, porque les afecta la pobreza, contribuyendo a tener un rol

subordinado, así como, ser excluida socialmente. La educación sexual también favorece a mejorar el conocimiento biológico, psicológico, social y ético de las adolescentes, contribuyendo a su formación integral; porque busca desarrollar valores, actitudes y comportamientos que le permitan estar saludable, positiva, consciente y ser responsable con las decisiones que toma, teniendo en cuenta su contexto y sociedad (Ministerio de Educación, 2015)

Algunas investigaciones señalan que preocuparse porque a través de los Programas de Educación Sexual se fomente la actividad sexual en los adolescentes es infundado, en cambio, en muchas ocasiones se convierten en la única herramienta para acceder a una adecuada información para el correcto cuidado de la sexualidad en los adolescentes y prevenir embarazos no deseados (Ministerio de Educación, 2015). En ese sentido, la investigación de Alan Guterman Institute realizada en el 2015, señaló que un mayor nivel de educación se asocia a menor predisposición de tener pareja o hijos a edad temprana, en comparación con las mujeres con menor nivel de instrucción; así también, la fecundidad se ve reducida en las mujeres con educación secundaria (Population Council, 2015).

Otro aspecto preocupante es que los adolescentes tienen poca accesibilidad a los servicios de salud, puesto que no están adecuados a sus condiciones, expectativas o inquietudes, los horarios y espacios no están adaptados a sus necesidades de adolescentes; además, la atención debería estar a cargo del personal sensible y capacitado, que respete la confidencialidad y la privacidad al momento de la consulta, que incorpore en su pensamiento que lo que para los adultos significa estar enfermo, no necesariamente signifique lo mismo para los adolescentes, provocando que no acuda al establecimiento a buscar atención (SALAZAR, 2014).

Los adolescentes que necesitan recibir atención prenatal y del parto, se enfrentan a factores influyentes como la situación socioeconómica, factores culturales y el nivel de hostilidad percibido en la atención que reciben en los servicios de salud. En las comunidades muchas de las adolescentes embarazadas no acceden a una adecuada atención prenatal, pues, se enfrentan a varias razones sociales, culturales, etc., entre

ellas, se llega a considerar que el embarazo y el parto al tratarse de un proceso normal de la vida, no necesita de mayor cuidado en las mujeres jóvenes, provocando que no accedan oportunamente a sus atenciones (POPULATION COUNCI, 2015).

Los determinantes socioeconómicos provocan desigualdades en la sociedad, afectando en este grupo etéreo el acceso a los establecimientos de salud, sobre todo, por el crecimiento demográfico, la rápida urbanización, las condiciones no óptimas de trabajo, la baja capacidad adquisitiva y el bajo nivel de instrucción (Soletto, 2014). En la actualidad, los diferentes estratos socioeconómicos que existen en el país, tienen una calidad de vida diferente, porque cada grupo está expuesto a diversos riesgos y distintas posibilidades de acceder a oportunidades que beneficien el desarrollo de las personas y su salud.

Los determinantes reportados que tienen asociación con las altas tasas de embarazos adolescentes son los estratos sociales, siendo más frecuentes en poblaciones marginales y en situación de pobreza. Respecto a la pobreza, las mujeres más pobres son las que más afectadas se ven por el embarazo adolescente, demostrando asociación entre el bajo nivel socioeconómico y la maternidad precoz, perpetuando el ciclo de la pobreza (OPS, 2013).

En el Perú, los hogares de los adolescentes tienen múltiples deficiencias, 41% no tienen acceso a agua potable, 58% no tiene acceso a red de alcantarillado, 30% no tienen electricidad y 37% tiene pisos de arena y tierra, siendo peor la situación en los hogares de zona rural (INEI, 2017). A ello, se añade las dificultades para acceder a los servicios educativos y de salud, los escasos espacios de recreación saludable, la baja promoción de proyectos de vida, entre otros, que terminan repercutiendo en el aumento de los embarazos precoces.

Por otro lado, no se puede dejar de mencionar que en todos los estratos sociales se evidencia un nivel de violencia y machismo que afecta a los niños y adolescentes; siendo las estadísticas que, 41% de ellos reciben golpizas de sus progenitores bajo el concepto de una forma de educar e implantar disciplina; sin embargo, ante esta

situación, la actuación institucional aún es muy reducida (Ministerio de Educación, 2015).

Las causas de los embarazos adolescentes también están determinadas por factores socioculturales, interviniendo también factores psicológicos. En ese sentido, la idiosincrasia de parte de la sociedad peruana aprueba que, principalmente en algunas zonas rurales, la maternidad y los embarazos precoces sean parte fundamental del desarrollo de las niñas y adolescentes, siendo común estas prácticas puesto que culturalmente, representa al único valor social que les brindan a las mujeres (Palomino Nancy, 2013).

Parte de esta problemática también se fundamenta en la escasez de políticas públicas que involucren la salud de los adolescentes; es así, que en la región de las Américas, un total de 8 de 30 países son los que cuentan con políticas explícitas dirigidas al cuidado del bienestar de los adolescentes, enfocándose en aspectos relacionados a su educación, salud, trabajo y justicia, sin embargo, no considera el enfoque del desarrollo humano (Becerra & Mujica, 2016).

Anteriormente, las leyes dirigidas a la población adolescente no se basaban en sus necesidades, sino en el comportamiento que podían tener y que afectaban a los adultos, se consideraba que a diferencia de otros grupos etéreos, tienen menos riesgos que afecten sus vidas; sin embargo, la adopción de hábitos dañinos repercutirá en su vida adulta. Los gobiernos suelen priorizar recursos para poblaciones vulnerables como los niños y las gestantes o púerperas, a pesar de que la etapa de la adolescencia también puede verse vulnerada y afectar su ciclo vital (OPS, 2016).

Se debe buscar iniciativas que promuevan la inversión en la atención integral de la adolescencia, para promover la prevención de conductas de riesgo que afecten su desarrollo holístico, y por ende, que encamine el desarrollo económico del país. Se sabe que el progreso económico del país dependerá del aumento de la población adulta educada, saludable y productiva, para lo cual, el gobierno debe garantizar el acceso equitativo a las oportunidades de crecimiento y desarrollo a los niños adolescentes y jóvenes del país.

Existen instituciones que tuvieron grandes iniciativas para implementar políticas que promuevan el bienestar de los adolescentes, como la OMS, pues reconocen la relevante importancia del bienestar de los adolescentes y jóvenes, y la necesidad de brindarles facilidades de acceso a los diferentes programas de salud que le ayudan a prevenir enfermedades u otras condiciones que los afecten; por lo que promueve la realización de investigaciones que permitan comprender la situación en la que viven y a la que se enfrentan los jóvenes; por otro lado, suscita a las Instituciones y Gobiernos de los diferentes países que se establezca políticas efectivas, que promuevan la participación de los jóvenes y la cooperación entre instituciones (OMS, 2014).

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) es una de las principales instituciones que ha promovido el bienestar de los adolescentes, describiendo a los programas dirigidos a los adolescentes como inadecuados; puesto que no tienen recursos presupuestarios específicos dirigidos a la etapa de vida de los adolescentes. Carecen de un diagnóstico actualizado de la situación nacional, además, la cobertura y disponibilidad de sus programas es insuficiente (OPS, 2016).

En el Perú, el sector salud es la institución que lidera la prevención del embarazo precoz, a través de la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, especialmente diferenciándolos para los adolescentes. Aunque esta medida continúa siendo insuficiente, pues, en el país solo se cuentan con 2 881 servicios diferenciados hasta el momento, lo que abarca al 37% de establecimientos de salud a nivel nacional. En Cajamarca, donde hay mucha población adolescente, no hay establecimientos de salud que tengan un ambiente exclusivo para su atención, pero sí hay establecimientos de salud con horarios especiales para el trato con ellos. Además, algunos establecimientos también cuentan con financiamiento para algunos paquetes de atención médica para jóvenes de 12 a 17 años, además, aumentaron las afiliaciones a los seguros de atención para aumentar las oportunidades de acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Por otro lado, el Ministerio de Salud desarrolló un convenio con el Ministerio de Educación con la finalidad de establecer estrategias de intervención que faciliten la

promoción de la salud en los niños y adolescentes, así como, la prevención de embarazos adolescentes, de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y SIDA, etc., buscando oportunidades que permitan implementar recursos para desarrollar actividades educativas que fomenten el desarrollo de los adolescentes, no obstante, debe complementarse con actividades de comunicación, difusión y marketing social (Ministerio de Salud, 2008).

Si bien es cierto, se han implementado estas estrategias dirigidas a los adolescentes con la finalidad de intentar acercarlos a los servicios de salud, a través de una atención integral, que involucra respeto a sus derechos, igualdad de género e interculturalidad, aún no es suficiente, porque existen restricciones jurídicas, que siguen ocasionando que accedan libremente a la atención en salud sexual reproductiva especialmente.

De igual forma, a través del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, se ha establecido políticas a favor de la niñez y la adolescencia, con la finalidad de conseguir la equidad de oportunidades y prevenir la violencia intrafamiliar, fortaleciendo la familia, realizando esfuerzos para promover conductas sexuales saludables que eviten los embarazos no deseados, y, además, existen políticas a favor del adolescente que se encuentra vulnerable y en abandono (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016).

A través del Ministerio de Educación, también se han establecido estrategias que promuevan la alfabetización y la promoción de la educación en las niñas y adolescentes que residen en zona rural, también han establecido lineamientos que busquen mejorar la calidad educativa, así como, la implementación de la educación sexual en los colegios, sobre todo, en zonas alejadas y de difícil acceso, planteando leyes de protección que eviten la deserción escolar a causa de los embarazos precoces (Ministerio de Educación, 2013).

Así también, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo busca desarrollar oportunidades laborales, mejorar la empleabilidad y el emprendimiento a través de Programas dirigidos a la población juvenil, especialmente a través del servicio de formación para la transición a la vida laboral que ofrecen programas como “Jóvenes a

la Obra”. También, realizan esfuerzos para desarrollar medios que promuevan la experiencia educativa y laboral, así como, el desarrollo de servicios para asesoramiento vocacional y profesional e información laboral (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo).

Por otra parte, es necesario también analizar los determinantes familiares que guardan relación con los embarazos precoces, ya que, la familia tiene un papel importante y decisivo en el comportamiento sexual de los y las adolescentes, ya que constituyen el mejor y más efectivo factor social que promueve normas, valores y creencias en las nuevas generaciones. Entre las funciones de la familia se encuentra la satisfacción de las necesidades básicas de todos sus integrantes, llámese alimentación, educación, salud, vivienda, vestido, esparcimiento, etc.; posibilitando una vida digna y plasmando sus expectativas sociales y culturales (Martín & Tamayo, 2013) Los rápidos cambios demográficos y socioeconómicos ocurridos especialmente en el Perú en los últimos tiempos han provocado que la vida familiar también se vea afectada por procesos rápidos y masivos de migración rural -urbana, industrialización y urbanización, provocando cambios significativos en su composición y estructura familiar, creando tensiones que tienden a desestabilizar a la familia (OMS, 2014).

Se conoce que las mujeres son quienes encabezan los hogares de casi la cuarta parte del total de familias peruanas, puesto que, la ausencia del esposo es muy común en las ciudades en comparación a las zonas rurales (INEI; 2014), asociándose también al alto índice de maltrato intrafamiliar que existe en todos los estratos sociales, lo que provoca que los adolescentes inicien las relaciones sexuales a una edad temprana. Encuestas nacionales recientes realizadas por organizaciones no gubernamentales muestran que 49% de niños son golpeados por sus padres, siendo la forma más común de castigo los insultos, el uso de objetos contundentes, dejarlos sin comer o golpearlos con las manos (Palomino, 2013).

En los sectores populares marginados, la condición de la familia es de privación afectiva y bajo nivel de vida (baja calificación educativa, sanitaria y profesional). El nivel socioeconómico bajo y las dificultades de acceso a los servicios de salud de la

población determina un mayor riesgo de embarazo adolescente. Los conflictos familiares, la violencia intrafamiliar, la incomunicación, la falta de afecto, el autoritarismo, entre otros, provocan que los adolescentes suplan la necesidad de cariño familiar fuera del hogar (Salazar, 2014). Además, la falta de instrucción de los padres provoca que tengan pensamientos son represivos en relación a la sexualidad provoca poca o nula comunicación y una incapacidad para brindar a sus hijos e hijas una adecuada educación sexual (Ministerio de Educación, 2015). Por otro lado, los roles de género que se instruyen en el proceso de socialización de los hijos, tarea que es delegada casi exclusivamente a la madre, provoca el control y represión de los sentimientos, emociones y experiencias que pueden a travesar las niñas, lo que no sucede en el caso de los hijos varones, quienes, en base a la doble moral e idiosincrasia, “tienen permitido realizar mayores cosas que las hijas mujeres”. (Ministerio de Educación, 2015).

Así también, otro de los determinantes influyentes en el embarazo adolescente son los factores individuales, conociendo que “el desarrollo adolescente, especialmente en las mujeres, ocurre de forma discordante, ya que, el cambio físico predispone al cambio psicológico y social” (Mala, 2014). En esta situación, es valioso lograr un proceso de interacción entre los adolescentes junto a su contexto familiar, social, económico y cultural; de lo contrario, se ocasionará consecuencias negativas en varios aspectos, entre ellos la salud (embarazo).

Si bien es cierto, no todas las adolescentes tendrán un embarazo precoz; pero, esta probabilidad es mayor para aquellas que pertenecen a estratos sociales bajos porque viven en situación de carencia económica (MINSA, 2014). Además, también influye las actitudes y comportamientos de la población, pues, están influenciadas por tradiciones, costumbres, normas, experiencias pasadas, conocimientos o educación formal e informal. Un error que se comete a menudo al analizar esta problemática es pensar que las causas son conocidas, asumiendo que es la falta de información en métodos anticonceptivos, pero la raíz del problema no es ese. Las adolescentes padecen de carencias y tensiones que tienen características diferentes según el entorno cultural o el contexto social al que pertenecen.

Muchos adolescentes inician la vida sexual a corta edad, puesto que no tuvieron orientación o educación al respecto, además, lo hacen sin protección provocando el aumento de embarazos precoces, abortos y propagación de infecciones de transmisión sexual; así también, los adolescentes empiezan en la búsqueda del amor y el apoyo de su pareja. Así se evidencia también, en los resultados de un estudio realizado en la Ex Maternidad, en la ciudad de Lima, donde 177 adolescentes embarazadas señalaron que fue una decisión tomada con la finalidad de pertenecer a un “grupo social” que supla el amor que le hace falta de su hogar, por lo que, optaron por establecer su propia familia (INMP, 2015).

Algunas investigaciones demuestran asociación entre el grado de instrucción y la tasa de fecundidad de las adolescentes, lo que quiere decir, que a mayor educación, menor es el número de casos de embarazos precoces; lo que quiere decir que el grado educacional es un factor importante a considerar ante la primera unión sexual, Por otro lado, la presión social de los adolescentes sobre las relaciones sexuales provoca que los niños y niñas creen que sus amigos tienen más experiencia sexual, queriendo lograr la identidad e integración grupal a través del cumplimiento de sus normas, accediendo tener relaciones sexuales.

En el 2016, existieron estudios realizados en diferentes regiones de América Latina que señalaron que la edad de la adolescente no se convierte en el principal factor que influya en su estado de salud, sin embargo, es importante que las jovencitas accedan esencialmente a una atención temprana (OPS, 2013). Sin embargo, en otros estudios se muestra que el embarazo adolescente se asocia a la necesidad que tienen las jóvenes de llenar un vacío emocional, tratando de apoyarse de otras personas (Cáceres, 2013).

Existe evidencia de que muchas niñas son forzadas a tener relaciones coitales y sufren abuso y violación, siendo generalmente las adolescentes de entornos desfavorecidos quienes suelen sufrir abusos sexuales. También, es frecuente que se presente abuso sexual en los adolescentes por parte de hombres mayores, aprovechándose de su condición de vulnerabilidad y necesidades insatisfechas, pues, terminan ofreciéndoles apoyo económico para que accedan a servicios educativos o cubran la alimentación en

su familia, condicionándolas a tener relaciones sexuales (UNICEF, 2014). Otro factor importante es la violencia sexual a la que están expuestas muchas adolescentes, quienes se ven afectadas física y psicológicamente, porque, además, en muchos casos obtienen como resultado un embarazo no deseado; sin embargo, muchos de estos casos no se denuncian, por lo que, no se tiene datos exactos del número de embarazos adolescentes por esta causa.

En base a lo anteriormente mencionado, el presente estudio se justifica en varias razones, entre ellas, la necesidad de tener datos actualizados sobre los determinantes que influyen en la etapa de la adolescencia y que se asocia con el riesgo de tener embarazos precoces; así también, con los resultados se aporta evidencia a la comunidad científica de la necesidad imperiosa de tomar medidas prácticas y realistas ante estos determinantes que desde hace décadas se han convertido en riesgo absoluto para los adolescentes y sus familias.

El embarazo adolescente es un problema social y de salud pública que va en aumento, El embarazo precoz, además de ser un gran problema de salud, se ha visto agravado por situaciones como la pandemia por SARs CoV-19, al limitarse la atención en los servicios de salud por las medidas de aislamiento establecidas; es así, que para el 2020, en Cajamarca se tuvo un porcentaje de adolescentes que estuvo embarazada alguna vez entre los 15 a los 19 años de 9,9% y para el 2021 fue de 15,5%, prácticamente duplicando el promedio nacional (8,9%); lo que a su vez, agrava la situación, porque de estos casos, las regiones donde más se presentaron muertes maternas (MM) en adolescentes fue Piura (8MM), Loreto (6MM) y Cajamarca (4MM) (Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza, 2022).

Indudablemente, una gestación en este grupo etéreo acarrea implicancias biopsicosociales y consecuencias negativas en el bienestar del adolescente y su entorno, las cuales se evidencia a través de indicadores como las elevadas tasas de morbimortalidad materno infantil. Por lo que, este estudio es de gran relevancia, ya que, los resultados obtenidos son un valioso aporte a las autoridades, instituciones,

profesionales involucrados en el trabajo con adolescentes, estudiosos e investigadores del tema, así como para los padres de familia y adolescentes.

Es por ello, que, a partir de la problemática planteada anteriormente, se planteó las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los determinantes sociales que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, en el año 2016?
- ¿Cuáles son los determinantes socioeconómicos que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, en el año 2016?
- ¿Cuáles son los determinantes familiares que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, en el año 2016?
- ¿Cuáles son los determinantes personales que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, en el año 2016?

Por lo que, en la investigación se trabajó con las siguientes variables:

- Determinantes sociales: definidos como las características relacionadas a su entorno social, económico, familiar y personal que se asocia a cada adolescente.
- Embarazo adolescente: definida como aquella gestación que se produce en una mujer que pertenece al grupo etáreo de 12 a 17 años.

En ese sentido, la hipótesis planteada fue:

- Los determinantes sociales que se asocian al embarazo adolescente se relacionan con las características socioeconómicas, familiares y personales de las adolescentes del distrito de Cajamarca, en el año 2016.

Además, se tiene los siguientes objetivos:

- Identificar los determinantes sociales que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, durante el año 2016.
- Reconocer los determinantes socioeconómicos que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, durante el año 2016.

- Señalar los determinantes familiares que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, en el año 2016.
- Precisar los determinantes personales que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, durante el año 2016.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio utilizado en la investigación fue descriptivo - correlacional, porque detalla el problema y reconoce los determinantes sociales asociados al embarazo precoz. También es transversal, porque se ha llevado a cabo en un periodo determinado y explicativo, porque explica como estos determinantes se asocian al embarazo precoz, sin querer determinar la causa, sino buscando un análisis cualitativo y cuantitativo.

M: X → Y

Considerando:

M como muestra

X como variable 1

Y como variable 2

→ Relación entre variables

También se señala que fue una investigación básica, teniendo en cuenta la orientación del estudio, pues se busca contrastar una hipótesis a través de una prueba estadística; y por último, es de tipo relacional, pues se pretendió encontrar la asociación existente entre las variables en estudio. Así también, es de diseño observacional, porque las variables solo fueron observadas, sin que exista ningún tipo de manipulación sobre estas.

La población fue representada por todas las adolescentes embarazadas y no embarazadas, entre enero y diciembre del año 2016, las cuales, fueron un total de 13 319 jovencitas (N=13 319). que fueron atendidas en los diferentes establecimientos de salud adjudicados a la jurisdicción del distrito de Cajamarca.

La muestra fue calculada en base a la fórmula aplicada para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza de 95% (Z=1.96) y un error de 5% (E=0.05), obteniendo un resultado de 260, por lo que, la muestra estuvo conformada por 260 adolescentes del distrito de Cajamarca, que acudieron a los establecimientos de salud, durante el año 2016.

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{(13319)(1.96)^2(0.19)(0.81)}{(0.05)^2(13319-1) + (1.96)^2(0.19)(0.81)}$$

$$n = 260$$

Dónde:

- N: 13 319 (Población de adolescentes atendidas en los E.S: del distrito Cajamarca).
- Z: Nivel de confianza (95% = 1,96).
- n: Tamaño mínimo de muestra.
- P = 0.19 (Probabilidad de adolescentes a embarazarse 19%)
- Q = 0.81 (Probabilidad de adolescentes a no embarazarse 81%)
- E = 0.05: Error máximo tolerable.

Así también, se estableció un grupo de comparación de 80 adolescentes no embarazadas para la verificación de la hipótesis; para lo cual, se realizó un muestreo estratificado para calcular el número de adolescentes embarazadas y no embarazadas que participarán de cada establecimiento de salud, obteniendo los siguientes resultados:

Establecimiento de salud	Proporción por Establecimiento	Muestra	
		Embarazadas	No embarazadas
C.S. MAGNA VALLEJO	10	18	8
P.S. TULPUNA	6	11	5
P.S. MICAELA BASTIDAS	9	16	7
P.S. PATAPATA.	2	4	2
P.S. PARIAMARCA.	4	7	3
P.S. AGOCUCHO	2	3	2
P.S. PACHACUTEC	9	16	7
P.S. ATAHUALPA	5	9	4
P.S. SIMON BOLIVAR	30	50	16

Establecimiento de salud	Proporción por Establecimiento	Muestra	
		Embarazadas	No embarazadas
P.S. SAMANA CRUZ	2	4	2
C.S. HUAMBOCANCHA	7	13	6
P.S. HUAMBOCANCHA BAJA	4	7	3
P.S. PORCON BAJO	2	4	2
P.S. PORCON ALTO	1	2	1
P.S. CHONTAPACCHA	7	16	14
TOTAL	100	180	80

Por último, la unidad de análisis fue constituida por cada una de las adolescentes que fueron atendidas en los diferentes establecimientos de salud que pertenecen a la jurisdicción del distrito de Cajamarca, las cuales, cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Pertenecer al grupo etáreo de 12 a 17 años
- Para el grupo de adolescentes embarazadas, se debe haber confirmado el diagnóstico.
- Tanto las adolescentes embarazadas y no embarazadas deben estar de acuerdo en participar en la investigación, manifestándolo verbalmente.
- No deben tener algún impedimento físico para contestar.

Se utilizó como técnica para medir las variables determinantes sociales a la observación, el análisis documental y la entrevista; para ello, se usó como instrumento de recolección de datos la encuesta.

La encuesta consiste en un conjunto de 34 preguntas cerradas y abiertas (apéndice 1), que recoge la siguiente información:

- Datos generales.
- Características socioeconómicas, familiares y personales.
- Además, se incorporó el Test de Audit, la cual, es un cuestionario que consta de 10 preguntas para identificar el consumo de bebidas alcohólicas (Validado por OMS, 2014).

- También se incluyó el Test de conocimientos sobre educación sexual y planificación familiar (10 ítems) (Validado por OMS, 2014).
- Test de Medición de la línea de pobreza.

El instrumento de recolección de datos fue sometido a un análisis de confiabilidad, a través de una prueba piloto aplicada a 15 adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas; a raíz del cual, se realizó la modificación del formato inicial en un 30% aproximadamente; luego, se obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.796 y 0.877 demostrando que los instrumentos son altamente confiables.

Para el análisis de datos, se utilizó el software SPSS Statics v.26, para aplicar el estudio estadístico descriptivo e inferencial, el cual se presenta en el presente documento, a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas, para observar de forma organizada los resultados. En cuanto a la verificación de la hipótesis, se ejecutó a través de la prueba Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 95% ($Z=1.96$) y un error de 5% ($p<0.05$).

RESULTADOS

Determinantes socioeconómicos asociados al embarazo adolescente

Reconocer los determinantes socioeconómicos que se asocian al embarazo adolescente en el distrito de Cajamarca, durante el año 2016.

Tabla 1.

Características socioeconómicas asociadas al embarazo adolescente en mujeres atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
Edad	n°	%	n°	%		
12 – 14	9	5.0	6	7.5	0.637	p>0.05
15 – 17	171	95.0	74	92.5		
Área de residencia	n°	%	n°	%	21.217	p<0.001
Urbana	43	23.9	43	53.8		
Periurbana	86	47.8	25	31.2		
Rural	51	28.3	12	15.0		
Ocupación	n°	%	n°	%	28.338	p<0.001
Estudia	69	38.3	60	75.0		
Ama de casa	66	36.7	8	10.0		
Trabajo eventual	45	25.0	12	15.0		
Nivel de educación	n°	%	n°	%	76.007	p<0.001
Sin educación	15	8.3	1	1.2		
Primaria	97	53.9	5	6.3		
Secundaria	58	32.2	48	60.0		
Superior	10	5.6	26	32.5		
Religión	n°	%	n°	%	0.698	p<0.05
Católica	167	92.8	71	88.8		
No católica	13	7.2	9	11.2		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

En la tabla se observa que la mayoría de adolescentes embarazadas pertenecen al grupo etáreo de 15 a 17 años (95%) y solo 5% se encontraban en edades de 12 a 14 años; similares porcentajes se evidencia en el grupo de adolescentes no embarazadas, pues, 92,5% tienen de 15 a 17 años de edad.

La tabla muestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas tenía entre 15 a 17 años, con 95%, y solamente 5% de adolescente tenían de 12 a 14 años; asimismo, considerando a las adolescentes no embarazadas, el mayor porcentaje se encontraba entre 15 a 17 años con 92.5%.

En relación al lugar de residencia, 47,8% de adolescentes embarazadas vivían en zona periurbana, seguida del 28,3% quienes vivían en área rural; mientras que, las adolescentes no embarazadas 53,8% vivían en área urbana. El resultado de la prueba estadística muestra asociación significativa entre las variables zona de residencia y embarazo adolescente ($p < 0,001$).

Respecto a la ocupación de las adolescentes, 61,7% de quienes están embarazadas dejaron de estudiar, de las cuales, 36,7% son amas de casa, 25% trabaja eventualmente. En cambio, en el grupo de adolescentes no embarazadas, 75,0% se encontraban estudiando. Constatando en la prueba estadística chi cuadrado que la ocupación tiene un efecto asociado al embarazo adolescente ($p < 0,001$).

En términos de nivel educativo, más de la mitad (53,9%) de adolescentes embarazadas solo tienen educación primaria y 8,3% son analfabetas, esta condición disminuye sus posibilidades y oportunidades de acceder a un trabajo con buenas prestaciones salariales. Mientras que, en el grupo de adolescentes no embarazadas, la mayor proporción (60%) tienen un nivel educacional de secundaria, Así también, a través de la prueba estadística chi cuadrado, se demuestra que el nivel educativo se asocia con el embarazo adolescente ($p < 0,001$).

En relación a la religión que profesan las adolescentes, se encuentra que 92,8% de adolescentes embarazadas y 88,3% de no embarazadas profesan el catolicismo, siendo un porcentaje reducido quienes creen en otras religiones; de esta forma, no se muestra asociación significativa entre las variables religión y embarazo adolescente ($p > 0,05$).

Tabla 2.

Situación socioeconómica de las familias de las adolescentes embarazadas y no embarazadas del distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
	n°	%	n°	%		
Condición laboral del jefe del hogar						
Desempleado	29	16.1	6	7.5		
Trabajo estable	54	30.0	51	63.7	4,026	p<0,05
Trabajo eventual	97	53.9	23	28.8		
Ingreso al hogar mensual	n°	%	n°	%		
< S/. 850.00	88	48.9	12	15.0		
S/. 850.00 - S/.1000.00	64	35.5	27	33.8	44,194	p<0,001
S/.1001.00 - S/.1500.00	19	10.6	32	40.0		
> S/. 1500.00	9	5.0	9	11.2		
Tenencia de vivienda	n°	%	n°	%		
Alquilada	46	25.6	21	26.3		
Usufructuada	25	13.8	7	8.7	2,511	p>0,05
Propia	102	56.7	50	62.5		
Otros	7	3.9	2	2.5		
Material de la vivienda	n°	%	n°	%		
Material noble	21	11.7	19	23.8		
Tapial o adobe	146	81.1	59	73.7	11,300	p<0,001
Quincha	13	7.2	2	2.5		
Servicios básicos	n°	%	n°	%		
Luz, agua, desagüe, basura	97	53.9	58	72.5		
Luz, agua	48	26.7	18	22.5	0,698	p>0,05
Solo agua	35	19.4	4	5.0		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
N° de personas por vivienda	n°	%	n°	%		
4	24	13.3	19	23.7		
5	28	15.6	14	17.5		
6	45	25.0	40	50.0	36,925	p<0,001
7	41	22.8	4	5.0		
8	18	10.0	2	2.5		
9	24	13.3	1	1.3		
N° de personas por habitación	n°	%	n°	%		
1 – 2	46	25.6	70	87.5	88,012	p<0,001
3 – 4	68	37.8	6	7.5		
5 – 6	38	21.1	2	2.5		
Más de 7	27	15.0	1	1.3		
No responde	1	0.5	1	1.2		
Línea de pobreza	n°	%	n°	%		
Pobre extremo	105	58.3	13	16.2	39,9	p<0,001
Pobre no extremo	56	31.1	47	58.8		
No pobre	19	10.6	20	25.0		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

En la tabla se detalla la situación socioeconómica de las adolescentes en estudio, encontrando que la mayor parte de jefes del hogar tenían trabajo en ese momento; sin embargo, en el grupo de adolescentes embarazadas fueron 53,9% de jefes del hogar quienes tenían trabajo temporal, mientras que 63,7% de jefes del hogar de adolescentes no embarazadas tenían un trabajo estable. También se evidenció, al 16,1% de jefes del hogar de adolescentes embarazadas desempleados, a diferencia del 7,8% de jefes del hogar del adolescente no embarazadas que no tenían trabajo. En ese sentido, se observa

asociación significativa entre las variables situación laboral del jefe del hogar y el embarazo adolescente ($p < 0,05$).

Otra característica distintiva es que 48,9% de adolescentes embarazadas manifiesta un ingreso familiar en su hogar menor a S/ 850.00; mientras que, 73,8% de adolescentes no embarazadas tienen un ingreso que fluctúa entre S/. 850.00 y S/.1500.00. Situación que imposibilita satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia y los requerimientos propios de la gestación, demostrando también asociación entre el ingreso mensual al hogar y el embarazo adolescente ($p < 0.001$).

Por otro lado, 56,7% de adolescentes embarazadas tienen vivienda propia, cuyo material predominante es a base de tapial/adobe y 53,9% poseen servicios de agua, desagüe y luz; además, en estas viviendas suelen cohabitar entre seis y 7 personas, correspondiendo a tres a cuatro personas por habitación aproximadamente. En cambio, 62,5% de las adolescentes no embarazadas cuentan con casa propia para su familia, siendo aún mayor el porcentaje de quienes tienen todos los servicios básicos (72,5%), así también, cohabitan hasta 5 personas como máximo en la vivienda y de 1 a 2 personas por habitación. Por lo que, se observa que son las gestantes adolescentes quienes tienen mayor probabilidad de vivir en condiciones precarias; existiendo asociación significativa entre el número de personas que cohabitan en la vivienda y en la habitación con el embarazo adolescente ($p < 0,001$).

Otro tema relevante es la línea de pobreza de las familias de las adolescentes, ya que, 58,3% de las gestantes adolescentes viven en condiciones de pobreza extrema, en comparación al 58,8% de adolescentes no embarazadas que tienen condición de pobreza no extrema; además, solo 10,6% de gestantes adolescentes son catalogadas no pobres y 25% de adolescentes no gestantes tienen la misma condición. Esto refleja las pocas oportunidades de desarrollo personal y familiar que tienen estas adolescentes, razón por la que, se demuestra estadísticamente la asociación estadística que existe entre el embarazo adolescente y la variable línea de pobreza ($p < 0,001$).

Determinantes familiares asociados al embarazo adolescente

Tabla 3.

Características familiares asociadas al embarazo adolescente en mujeres atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
Personas con las que vive	n°	%	n°	%		
Papá y mamá	79	43.9	49	61.2	9,469	p<0,05
Solo con mamá o papá	77	42.8	19	23.8		
Parientes cercanos	13	7.2	8	10.0		
Otras personas	11	6.1	4	5.0		
Estado civil de los padres	n°	%	n°	%		
Solteros	21	11.7	6	7.5	12.938	p<0.001
Casados	38	21.1	32	40.0		
Convivientes	67	37.2	29	36.3		
Separados o divorciados	40	22.2	8	10.0		
Viudos	14	7.8	5	6.2		
Nivel educacional del padre	n°	%	n°	%		
Sin educación	6	3.3	1	1.3	24.006	p<0.001
Primaria	56	31.1	10	12.4		
Secundaria	69	38.3	48	60.0		
Superior	28	15.6	20	25.0		
No conoce	21	11.7	1	1.3		
Nivel educacional de la madre	n°	%	n°	%		
Sin educación	27	15.0	1	1.3	29.385	p<0.001
Primaria	73	40.6	17	21.2		
Secundaria	62	34.4	41	51.2		
Superior	18	10.0	21	26.3		

Antecedentes de						
embarazo adolescente	n°	%	n°	%		
en la familia						
En la madre	67	37.2	15	18.8	29,953	p<0,001
En las hermanas	23	12.8	10	12.5		
En la madre y hermanas	47	26.1	9	11.2		
No hay antecedentes	43	23.9	46	57.5		
Consumo de bebidas						
alcohólicas en la	n°	%	n°	%		
familia						
Con frecuencia	106	58.9	12	15.0	53,733	p<0,001
A veces	67	37.2	48	60.0		
Nunca	7	3.9	20	25.0		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

En la presente tabla se observa que 56,1% de adolescentes embarazadas tienen familias desorganizadas, ya que, están con la ausencia de alguno o ambos padres de familia, a diferencia del 61,2% de adolescentes no embarazadas, quienes reportaron vivir con ambos progenitores; en este ítem también se demuestra asociación entre las variables ($p<0.05$).

Además, se observa que 21,1% de adolescentes embarazadas tenían padres casados y del 22,2% sus padres eran divorciados o separados; en comparación al 40% de adolescentes no embarazadas que tenían padres casados y 10% con padres divorciados o separados; observándose que estas últimas cuentan con padres cuya relación es más estable, lo que demuestra la asociación estadística que existe entre el estado civil de los padres y el embarazo adolescente ($p<0,001$).

En cuanto al grado de instrucción de los padres, se señala que 31,1% de padres y 40,6% de madres de gestantes adolescentes tienen solamente instrucción primaria, existiendo una alta tasa de analfabetismo en las madres (15%); lo que no con el 60% y 51,2% de adolescentes no embarazadas, cuyos de sus padres y madres tienen instrucción secundaria respectivamente, observando solo 1,3% de analfabetismo en ambos

progenitores y porcentajes de 25% y 26,3% de sus padres y madres respectivamente que cuentan con estudios superiores. Por lo cual, se demuestra asociación estadística entre las variables embarazo adolescente y nivel educativo del padre y la madre ($p < 0.001$).

Adicionalmente, se encuentra que 63,3% de adolescentes embarazadas tenían antecedentes de que sus madres o hermanas hayan presentado un embarazo precoz, en comparación al 57,5% de adolescentes no embarazadas que no tenían estos antecedentes; demostrando asociación estadística a través de la prueba chi cuadrado entre antecedentes familiares de embarazo precoz y embarazo adolescente ($p < 0.001$).

Finalmente, se observa que 58,9% de adolescentes embarazadas referían consumo de bebidas alcohólicas y embriaguez en su hogar, a diferencia de solo el 15% de adolescentes no embarazadas que reportaban este problema; siendo esta variable otra de las que se asocia significativamente a embarazo adolescente ($p < 0,001$).

Tabla 4.

Características de la convivencia familiar asociadas al embarazo adolescente en mujeres atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
Tipo de paternidad	n°	%	n°	%		
Autoritario	127	70.6	24	30.0	64.419	p<0.001
Patriarcal	43	23.9	20	25.0		
Democrático	10	5.5	36	45.0		
Recibió muestras de cariño	n°	%	n°	%		
Frecuentemente	10	5.6	38	47.5	84.228	p<0.001
A veces	63	35.0	34	42.5		
Nunca	107	59.4	8	10.0		
Relaciones con sus padres	n°	%	n°	%		
Buena relación	21	11.7	55	68.7	88,775	p<0,001
Regular relación	61	33.9	14	17.5		
Mala relación	98	54.4	11	13.8		
Padres hablaron de sexualidad a los hijos	n°	%	n°	%		
Sí hablaron	9	5.0	39	48.7	67,547	p<0,001
No hablaron	171	95.0	41	51.3		
Padres conocían relación amorosa de las hijas	n°	%	n°	%		
Sí conocían	43	23.9	58	72.5	53,065	p<0,001
No conocían	137	76.1	22	27.5		
Persona en quien confía	n°	%	n°	%		
Padre y/o madre	14	7.8	48	60.0	96,990	p<0,001
Otro miembro de la familia	21	11.7	14	17.5		
Pareja o enamorado	38	21.1	8	10.0		
Amigas y amigos	55	30.5	4	5.0		
Persona religiosa	12	6.7	3	3.8		
Profesor	17	9.4	2	2.5		
No confía en nadie	23	12.8	1	1.2		
Víctima de violencia familiar	n°	%	n°	%		
Sí	156	86.7	33	41.3	57,550	p<0,001
No	24	13.3	47	58.7		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

En la tabla se observan los resultados sobre las características de la convivencia familiar de las adolescentes, encontrando que 70,6% de quienes estaban embarazadas reconocían haber tenido una paternidad autoritaria, mientras que 45% de adolescentes no embarazadas percibieron un trato democrático; lo que, demuestra asociación entre las variables mencionadas ($p < 0,001$). Respecto al cariño que reciben las adolescentes, 59,4% de embarazadas señalaron nunca haberlo sentido y 47,5% de no embarazadas indicaron que si percibían el cariño de sus padres; demostrando que existe asociación significativa entre las variables, a través de la prueba estadística chi cuadrado, pues se obtuvo un valor de $p < 0,001$.

En cuanto a la relación de los adolescentes con sus padres, 54,4% de quienes estaban embarazadas señalaron tener una mala relación, en comparación al 68,7% de las adolescentes que no estaban embarazadas, quienes refirieron tener una buena relación con sus progenitores. Lo que demuestra que la relación entre los padres de forma conflictiva se asocia con el embarazo adolescente, según la prueba estadística chi cuadrado, con un valor de $p < 0,001$. Así también, 95% de adolescentes embarazadas refirieron no haber hablado con sus padres sobre sexualidad, en comparación al 48,7% de adolescentes no embarazadas quienes, si hablaron del tema con sus progenitores, Así se demostró en la prueba estadística chi cuadrado, señalando asociación significativa entre la comunicación sobre sexualidad entre los adolescentes y sus padres y embarazo precoz.

Por otro lado, entre los resultados sale a relucir que 89% de los padres de las adolescentes embarazadas no tenían conocimiento de que sus hijas tenían enamorado o pareja, mientras que, en las adolescentes no embarazadas, 72,5% de padres sabían sobre la relación amorosa de sus hijas, evidenciando asociación significativa ($p < 0,001$) entre las variables a través de la prueba chi cuadrado. Así mismo, se observa en la tabla que 41,6% de adolescentes embarazadas prefiere confiar sus problemas y dudas con sus amigos de la misma edad o con su pareja, mientras que, en el grupo de adolescentes no embarazadas, 60% opta por confiar en sus padres y 17% en algún otro familiar; en este caso, también se demuestra que existe asociación altamente significativa entre las personas en las que confían las adolescentes y embarazo precoz ($p < 0,001$).

Finalmente, en relación a si las adolescentes padecieron violencia familiar, 86,7% de fueron víctimas y 58,7% de quienes no estuvieron embarazadas no fueron víctimas; demostrando asociación significativa entre la variable ($p < 0,001$).

Determinantes personales asociados al embarazo adolescente

Tabla 5.

Características personales de las adolescentes embarazadas y no embarazadas atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
	n°	%	n°	%		
Expresión de sentimientos						
Nunca	39	21.7	4	5.0	87,553	P<0,001
A veces	113	62.8	16	20.0		
Frecuentemente	28	15.5	60	75.0		
Libertad de decisión						
Nunca	128	71.1	16	20.0	86.390	p<0.001
A veces	40	22.2	20	25.0		
Frecuentemente	12	6.7	44	55.0		
Seguro de salud						
Sin seguro	114	63.3	34	42.5	8,972	p<0.001
Con seguro	66	36.7	46	57.5		
Consumo de tabaco						
Nunca	142	78.9	58	72.5	4,520	p<0,05
A veces	30	16.7	21	26.3		
Siempre	8	4.4	1	1.2		
Asistencia a fiestas						
Frecuentemente	93	51.7	18	22.5	48,814	p<0,001
A veces	44	24.4	56	70.0		
Nunca	43	23.9	6	7.5		
Consumo de alcohol (Test de Audit)						
Sin problemas relacionados al alcohol	68	37.8	67	83.7	46.943	p<0.05
Bebedora en riesgo	106	58.9	12	15.0		
Problemas físicos – psíquicos relacionados con la bebida	6	3.3	1	1.3		
Dependencia alcohólica	0	0.0	0	0.0		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

En la presente tabla, se evidencia los resultados obtenidos del análisis de las características personales de las adolescentes, encontrando que 62,8% de gestantes adolescentes refiere a veces expresar sus sentimientos, a diferencia de las no embarazadas, quienes 75% señala expresar sus sentimientos frecuentemente; de esta forma, se encuentra asociación entre la dificultad de expresar sus sentimientos y embarazo adolescente ($p < 0.001$).

Además, también se indagó sobre la libertad que tienen para poder decidir, de las cuales, 71,1% de adolescentes embarazadas señalaron que nunca tuvieron libertad, mientras que, en las adolescentes no embarazadas, 55% señaló si haber tenido libertad. Estadísticamente, también se demuestra asociación significativa entre la falta de libertad en la toma de decisiones y el embarazo adolescente ($p < 0.001$). Respecto a si las adolescentes tenían algún tipo de seguro de salud, 63,3% de las que estuvieron embarazadas no tenían, mientras que, 57,5% de las no embarazadas si contaban con un seguro de salud; encontrando asociación significativa entre las variables ($p < 0.001$).

Por otro lado, se indagó sobre el consumo de tabaco, encontrando que, 78,9% de adolescentes embarazadas nunca consumieron tabaco, 16,7% consumían a veces y 4,4% siempre; en comparación, al 72,5% de adolescentes no embarazadas que nunca consumieron tabaco, 26,3% a veces y 1,2% siempre; encontrando asociación significativa entre las variables ($p < 0.05$). En cuanto a la asistencia a fiestas de las adolescentes, 51,7% del grupo de embarazadas señalaba que acudía frecuentemente, mientras que solo 22,8% de las adolescentes no embarazadas señaló acudir siempre a reuniones sociales, encontrando asociación significativa entre las variables mencionadas ($p < 0,001$).

Finalmente, en relación al consumo de alcohol de las adolescentes, 58,9% del grupo de embarazadas era bebedora de riesgo y 37,8% no tenía problemas relacionados al alcohol; en comparación a las adolescentes no embarazadas, quienes solo 15% era bebedora de riesgo y 83,7% no tenía problemas con el alcohol. Según la prueba estadística chi cuadrado, se demuestra asociación significativa entre las variables consumo de bebidas alcohólicas y embarazo adolescente ($p < 0,05$).

Tabla 6.

Nivel de conocimiento sobre sexualidad y planificación familiar de las adolescentes atendidas en el Distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
Conocimientos sobre sexualidad y planificación familiar	n°	%	n°	%		
Deficiente	135	75.0	8	10.0	96.306	p<0,001
Regular	36	20.0	50	62.5		
Bueno	9	5.0	12	27.5		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

Se evidencia en la tabla 6 que 75% de las adolescentes embarazadas tenía conocimiento deficiente sobre sexualidad y planificación familiar, 20% regular y solo 5% bueno; mientras que, en las adolescentes no embarazadas, 27,5% tenía conocimiento bueno, 62,5% regular y solo 10% deficiente. Por lo que, existe asociación significativa entre el conocimiento de las adolescentes sobre sexualidad y planificación familiar y embarazo precoz ($p < 0,001$).

Tabla 7.

Manifestaciones biopsicosociales de la sexualidad en las adolescentes atendidas en el distrito de Cajamarca, 2016.

Características	Adolescentes				Chi cuadrado	P valor
	Embarazadas		No embarazadas			
	n°	%	n°	%		
Menarquia						
11 a 12 años	21	11.7	13	16.2	1,556	p>0,05
13 a 14 años	143	79.4	58	72.5		
15 a 16 años	16	8.9	9	11.3		
Edad de inicio de relaciones sexuales (años)	n°	%	n°	%		
12 a 13 años	10	5.9	0	0.0	80.059	p<0,001
14 a 15 años	63	34.9	6	7.2		
16 a 17 años	107	59.2	22	27.8		
Motivo de inicio de relaciones sexuales	n°	%	n°	%		
Propia voluntad	42	23.3	6	7.5	51.488	p<0,001
Presión de la pareja	122	67.8	21	26.3		
En contra de su voluntad	16	8.9	1	1.2		
Aún no ha iniciado relaciones sexuales	0	0.0	52	65.00		
Motivo para no usar métodos anticonceptivos	n°	%	n°	%		
Vergüenza o temor de ir al E.S.	36	20.0	5	6.3	63.371	p<0,001
No tenía dinero	7	3.9	0	0.0		
Desacuerdo de mi pareja.	5	2.8	1	1.2		
Relaciones sexuales no planeadas	54	30.0	13	16.3		
Quería embarazarme	24	13.3	0	0.0		
Desacuerdo con los métodos	7	3.9	1	1.2		
Desconocimiento de los métodos	47	26.1	8	10.0		
No se inició sexualmente	0	0.0	52	65.0		
Total	180	100,0	80	100,0		

Fuente: Encuesta a adolescentes, Distrito de Cajamarca, 2016. Jane Julián C.

Se observa en la tabla 7, que 79,4% y 72,5% de adolescentes embarazadas y no embarazadas respectivamente, tuvieron su menarquia entre los 13 y 14 años; no existiendo asociación significativa entre estas variables (p<0,05).

Además, 59,2% de adolescentes embarazadas empezaron las relaciones sexuales alrededor de los 16 a 17 años, 34,9% entre 14 y 15 años y 5,9% entre 12 y 13 años; a diferencia de las adolescentes no embarazadas, quienes solo 27,8% tuvieron relaciones sexuales desde los 15 a 17 años, siendo solo 7,2% las que lo hicieron entre los 14 y 15 años, siendo el 65% quienes no se han iniciado sexualmente. La prueba estadística chi cuadrado demuestra asociación respecto a la menor edad que inician las adolescentes a tener relaciones sexuales y el embarazo precoz ($p < 0,001$).

En cuanto al motivo del inicio sexual, 67,8% de adolescentes embarazadas refirieron que fue por presión de la pareja, 23,3% por voluntad propia y 8,9% en contra de su voluntad; mientras, las adolescentes no embarazadas refieren que han iniciado las relaciones sexuales por presión de la pareja (26,3%), 7,5% por propia voluntad y 1,2% por violación. Al respecto, se evidencia asociación entre las variables motivo de inicio sexualmente y embarazo adolescente ($p < 0,001$).

Finalmente, al consultar a las adolescentes por el motivo por el que no utiliza métodos anticonceptivos frecuentemente, 30% de adolescentes embarazadas señaló que fue porque tuvieron relaciones sexuales no planeadas, 20% por temor o vergüenza de acudir al establecimiento de salud, 26,1% por desconocimiento y 13,3% porque quería embarazarse; mientras que en las adolescentes no embarazadas, 16,3% refieren por no haber planeado tener relaciones sexuales, 10% por desconocimiento de métodos 6,3% por temor o vergüenza de ir al centro de salud y 2,4% por desacuerdo de su pareja o con el uso de métodos. Encontrando asociación entre las variables motivo por el que no usa métodos anticonceptivos frecuentemente con embarazo adolescente ($p < 0,001$).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El bienestar y desarrollo de los adolescentes son perseguidos por un sistema social complejo. Sin embargo, las familias y las sociedades influirán en la vulnerabilidad al que puedan estar expuestas las adolescentes. Esto está relacionado con el entorno en el que viven y puede proporcionar protección o factores de riesgo.

En la presente investigación, se observa que la cantidad de adolescentes embarazadas aumenta con la edad, sin embargo, son las adolescentes más jóvenes las que tienen mayor riesgo biológico en el caso de embarazos adolescentes y las que menos acuden al servicio de salud (5,76%), pues, su estado físico y psicosocial aún es inmaduro. La OMS ha señalado que el riesgo es mayor mientras el embarazo se acerque a la menarquia, ya que las mujeres muy jóvenes lograrán alcanzar una madurez reproductiva hasta después de 5 años de la menarquia (OMS, 2014).

En todos los países, sin importar si son en vías de desarrollo o no, se ha convertido en un desafío muy difícil de alcanzar el lograr disminuir las tasas de embarazos precoces y, sobre todo, los efectos secundarios que se asocian a este. Diversas experiencias médicas al respecto desde la década de 1960 muestran que los embarazos superan los factores puramente biológicos, volviéndose necesario que la atención al adolescente sea integral y de forma diferenciada, adaptada a la problemática que gira en torno al embarazo durante la adolescencia (OPS, 2013).

El estudio demuestra que el porcentaje más alto de embarazo adolescente ocurre entre los 15 y los 17 años, obteniendo datos similares en la investigación realizada por César López del Hospital Hipólito Unanue (Lima), donde la media de edad de las adolescentes embarazadas bajo su cuidado resultó ser de 17,6 años. Asimismo, en una encuesta realizada por el Instituto Materno Perinatal, Nelly Ojeda encontró que 75% de adolescentes embarazadas entrevistadas tenían entre 15 y 17 años (INMPN, 2016).

Dados estos resultados, entonces se infiere que la edad es uno de los principales factores de riesgo que predisponen no solo a un embarazo precoz, sino a la

multiparidad, que a su vez se asociará a complicaciones obstétricas que amenacen su bienestar y el de su bebé. La alta fecundidad está asociada con la mortalidad materna y otras secuelas, puesto que, las mujeres que tienen hijos desde muy jóvenes, mayor será el tiempo de exposición a los riesgos que implica el embarazo y el parto, cada vez que se embarace.

Lo mencionado en el párrafo anterior se sustenta en investigaciones como las realizadas en Piura, donde señala que mientras más joven se embarace la adolescente, mayor será el número de embarazos que pueda tener en toda su vida (Pérez, 2015). De igual forma, la OPS encontró que las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia pueden llegar a tener hasta un promedio de 4.2 hijos dentro de los siguientes 10 años; aumentando estas estadísticas cuando se trata de mujeres procedente de zonas rurales e indígenas (OPS, 2013).

En cuanto al área de residencia, las poblaciones de las áreas metropolitanas intermedias se caracterizan por vivir en condiciones de bajo nivel socioeconómico; por lo que, constituye una característica social desfavorable relacionada con el embarazo precoz. En este caso, la prueba de chi-cuadrado muestra una asociación altamente significativa entre las variables lugar de residencia y embarazo precoz ($p < 0,001$). No obstante, algunos estudios como el de Villon, J. en Huancavelica, reveló datos contrarios al encontrar que 78% de adolescentes embarazadas procedían de zona rural (Villon, 2013). De igual forma, difiere con Ticona, en su estudio realizado en Tacna, quien encontró que 69% de embarazadas vivía en zona rural (Ticona, 2013). Esta diferencia se debe a que se trata de poblaciones de adolescentes de diferentes áreas geográficas, como son Huancavelica, perteneciente a la región sierra, y Tacna, ubicada en la región Costa y siendo la que mayor densidad poblacional urbana tiene.

Por otro lado, incluso en el ámbito internacional, como en Costa Rica, más del 50% de embarazos precoces son procedentes de área rural (OMS; 2014); coincidiendo con los presentes resultados, donde se encuentra una incidencia de 2 gestantes adolescentes de cada 10 que vive en el ámbito rural y 1 de cada 10 adolescentes gestantes en áreas urbanas. Además, se sabe que, en Cajamarca, la tasa de maternidad precoz corresponde

a quienes viven en las zonas rurales, con un 21 %, en comparación con solo 5% de las zonas urbanas, con una diferencia porcentual de 16% entre ambas (INEI, FNUAP, 2015).

El embarazo en la adolescencia es asimilado de diferente forma por cada familia, lo cual, va a depender de las características socioculturales de los diferentes grupos de población. Tal es así, que hay segmentos de la población donde culturalmente se acepta el embarazo precoz, siendo rechazada la concepción de que no ocurriera el embarazo en esta etapa; siendo común estas situaciones en las zonas rurales. Esto significa que socialmente, el embarazo adolescente no es un problema para las familias rurales, tal como lo señala el relato de Rosa Sangay, quien es una madre campesina de una gestante adolescente de 15 años de la zona rural (Paccha Chica Baja), dice:

“Ya es tiempo que aumenté mi hija, es que ya tiene sus años, yo también me comprometí muchachita cumplidos los 14 años. Ya es bueno que tenga familia, para que haya quien nos acompañe y ayuden en la chacra. Si no se embarazaba su compañero no se hacía responsable, no quería trabajar, no le compraba sus cositas, no se preocupa; ahora ya está embarazada tiene que trabajar y comprar poco a poco sus cositas, animalitos, sus terrenitos para que siembre ...”

En el ámbito rural, no se convierte en una catástrofe conocer que una adolescente resultó embarazada; por el contrario, es valorado positivamente, señalando: "Los niños son la razón por la que la gente trabaja". Suelen pensar, que la fecundidad es importante porque los hijos se convierten en una inversión, progreso y funcionamiento económico que dependerá de la tenencia de más hijos (Ministerio de Salud, 2017).

Por otro lado, los embarazos adolescentes no son aceptados en poblaciones urbanas, tanto por sus elementos religiosos y conservadores, así como por los planes de vida del adolescente como por los planes de vida de los adolescentes y sus familias. Es así, que en Cajamarca si se denuncian los embarazos ilegítimos y aquellos casos donde las mujeres deciden abortar; estas situaciones se ven agravadas cuando existen otros factores como el abandono de la familia, conllevando a que la adolescente opte por

atentar incluso contra su seguridad psicológica y física. Esto se demuestra en el siguiente testimonio:

Jacqueline. A. 16 años. (Vive en la zona urbana)

“En mi casa no aceptan mi embarazo; mi papá me ha votado de la casa, dice que soy la vergüenza de la familia. Mi enamorado, después que le dije que estaba embarazada, ya no me volvió a buscar yo le llamo a su celular, pero no me contesta. No sé qué hacer, por lo que pensé en abortar. Mi mamá también me dijo que no debo tener a mi hijo, que debo abortarlo, que ella de donde sea va a sacar dinero, pero que no lo tenga, porque mi papá nunca me va a perdonar y ya no me va apoyar para seguir estudiando, al colegio ya no estoy yendo... ”

A ello, se añade la migración interna, características propias de la realidad demográfica y Cajamarca no es ajena a esta situación. En las últimas décadas, la población está aumentando desmesuradamente a causa de la inmigración, provocando el crecimiento de la población de zona periurbana principalmente, esto acarrea también la aparición o aumento de la problemática social asociada a el hacinamiento, la delincuencia, el pandillaje, falta de recursos, etc.; pues, la mayoría de migrantes provienen del interior del departamento o de otras zonas rurales, teniendo una expectativa de mayor desarrollo.

La población manifiesta su inconformismo a través de un fenómeno conocido como migración, pues, es resultado del disconformismo que manifiesta al observar una inversión heterogénea en las diferentes regiones que afecta su situación socioeconómica, viéndose obligada a migrar a lugares donde exista mayores oportunidades de trabajo, siendo esto un riesgo mayor para quienes son adolescentes, lo que se confirma con el siguiente testimonio:

Juana. 16 años, migrante de la Encañada (Adolescente embarazada)

“... vivía en la Encañada, hace dos años que ya vivo en Cajamarca. Nos tuvimos que venir de nuestro pueblo porque mi papá decía que no hay trabajo, la chacra no produce, que más se pierde y que acá va a encontrar trabajo por la mina, y porque su

hermano está trabajando para la mina y que le pagan bien, y que él le había dicho que le va a conseguir trabajo. Vendimos mis toros y mis terrenos y nos venimos; con esa plata compramos un terreno y construimos la casa con un cuartito. Mi tío Juan le consiguió trabajo en la mina pero solo trabajó unos meses, después le votaron y ahora está sin trabajo fijo, a veces no hay ni para comprar un pan, yo vivo con mis papás, porque el papá de mi bebito me abandonó...”

En la zona periurbana, la población suele convivir con mayor nivel de hacinamiento y pobreza, condicionando a vivir bajo un efecto de depresión, la cual, es un determinante de altas tasas de embarazo adolescente y sus propias consecuencias.

En cuanto a la ocupación, el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas (61,7%) no está estudiando, siendo esta característica dependiente del apoyo de sus padres y otras personas; sin embargo, esto difiere con el grupo de adolescentes no embarazadas, ya que, 75% sí estaba estudiando. Quizás esto se deba, a que un grupo de adolescentes no embarazadas contaba con nivel de instrucción superior, lo que no sucedía con el grupo de adolescentes embarazadas, cuyas ambiciones de estudio y desarrollo se vieron frustradas y con la baja probabilidad de mejorar su nivel socioeconómico. Ante esta situación, el embarazo precoz también condiciona a otros problemas educativos como la deserción, lo cual aumenta los niveles de pobreza.

Al respecto, *Margarita, adolescente embarazada de 15 años*, señala lo siguiente:

“Yo cuidaba a mis hermanos y hacía todas las cosas en la casa, atendía a mis hermanos para que vayan a la escuela, lavaba, cocinaba, limpiaba. Mi mamá salía temprano y llegaba tarde, trabaja en el mercado. Mi papá nos abandonó, se fue con otra mujer. Yo me quedaba sola todo el día, solo con mis hermanos, hasta los domingos mi mamá salía a trabajar, ella no hacía nada en la casa, yo le reclamaba que tenía derecho a estudiar o aprender algo, ella decía para qué, que no necesito, que tengo que aprender a hacer las cosas de la casa, porque ya me voy a casar y no se hacer nada. Ya estaba cansada, parecía que, en lugar de su hija, era su muchacha, y todavía llegaba enojada, me pegaba; por eso, es que yo quería salir de mi casa, aunque no me case, solo me daban pena mis hermanitos”

Así, la responsabilidad de los adolescentes y el trato de sus padres es un requisito previo importante y fundamental para su futuro, ya que, el asumir los roles de madre precozmente, la aleja de sus proyectos de vida planteados inicialmente. Es así, que se continúa formando los estereotipos que están relacionados con las mujeres, las cuales terminan designándolas a tareas exclusivamente del hogar, lo que también contribuye a que la adolescente, además, busque afecto y tranquilidad fuera del hogar, contemplándose la repetición de las historias a manera de círculo vicioso.

Las personas en este grupo de edad suelen completar un año de educación secundaria o se espera que inicie sus estudios superiores; sin embargo, en este estudio, solo 38,3% de adolescentes embarazadas están estudiando; mientras que alrededor del 62% son amas de casa o trabajadoras temporales. La situación es diferente para las jóvenes que no están embarazadas, con 75% que son escolarizadas y solo un 25% son amas de casa o trabajadoras eventuales.

Se reconoce que el desempleo es una de las dificultades que más afecta a la población en general, siendo más complicado, en el caso de los adolescentes que se encuentran en situación de vulnerabilidad afectados por la pobreza, y más aún si se enfrentan a un embarazo precoz, sobre todo tratándose de mujeres que, al estar empleadas, deben aceptar condiciones de explotación si quieren permanecer un trabajo mínimamente pagado; esto se refleja en uno de los testimonios de una adolescente embarazada de 16 años (María):

“Trabajaba en una señora que vendía pollo; trabajaba desde las 4 de la mañana pelando pollos; después tenía que limpiar la casa, lavar, cocinar. No quería que descansara; todo el día trabajaba y me pagaba S/ 60.00 mensuales, que era para que mi mamá comprara la comida de mis hermanos; la señora me daba de almorzar a las 4 de la tarde y una comida diferente a la de ellos. Por eso, cuando mi Manuel me dijo que saliera, yo salí y me fui a vivir con él”

A pesar de existir leyes laborales que protegen a los niños y adolescentes, la situación socioeconómica obliga a muchos jóvenes a recibir salarios muy bajos, a menudo en trabajos marginales. Desafortunadamente, para las mujeres que trabajan fuera del

hogar y, a la vez, dedican algunas horas a las tareas de su propio hogar, la jornada laboral se vuelve una carga muy pesada. Sin embargo, se debe considerar que para las mujeres, tener un trabajo remunerado les brinda un estatus más alto en la familia, ya que será su fuente de ingresos. Económicamente hablando, la situación se vuelve apropiada, pues, cuando la adolescente embarazada o con hijos no trabaja, se convierte en una carga para sus padres y familiares.

Se observa que el embarazo adolescente entre las amas de casa y las que tenían algún empleo remunerado, no es factor decisivo en la deserción del estudio, ya que, todas las jóvenes abandonaron su estudio mucho antes del inicio del embarazo. Esto conlleva a pensar que no cursar algún grado educacional vuelve más propensa a la adolescente a quedar embarazada precozmente, siendo confirmatorio el testimonio de Martha, adolescente embarazada de 16 años:

“Estudié hasta 5 años de primaria; ya no estudie más porque mis papás no tenían dinero; hace años que he dejado de ir a la escuela. Yo quería seguir estudiando pero mis papás no quisieron, me pusieron a trabajar en una casa, ... si hubiese estudiado no estaría así, mi vida fuera otra”

En Cajamarca, principalmente en las zonas rurales y alejadas, continúan los estereotipos sobre el valor del capital humano, donde los hombres tienen más oportunidades de desarrollo, mejor educación, más oportunidades de empleo y salarios más altos que las mujeres. Las mujeres se limitan al trabajo doméstico y agrícola clásico, a condiciones sociales que terminan favoreciendo el embarazo adolescente, pues, sus proyectos de vida se ven limitados al tener que realizar ocupaciones relacionadas a la agricultura, el pastoreo y las labores del hogar que le son adjudicadas por su condición de mujer. Rosalía, adolescente embarazada de 16 años corrobora esto con su testimonio:

“Yo desde chica pasteo mis ovejas; sólo dos años me pusieron a la escuela. Mi papá decía que para qué voy a estudiar más, que para cocinar y cuidar los animales no se necesita más estudio; pasteaba y en tiempo de siembra y cosecha tenía que ayudar a

cocinar y en la chacra. Así nos ordenaban nuestros papás, si no lo obedecíamos nos azotaban, no podíamos desobedecer...”.

En cuanto al nivel de instrucción, es preocupante comprobar que más de la mitad (53,9%) de las adolescentes embarazadas tienen algún grado de primaria o son analfabetas, pues con esas condiciones, tendrán dificultades para insertarse en el mercado laboral. Lo contrario se observa en el grupo de adolescentes no embarazadas, quienes en su mayoría cursan estudios secundarios, lo que les brinda mejores oportunidades económicas para su futuro, gracias al apoyo de sus padres, logrando tener más éxito en la continuación de sus estudios, asociándose también a que son adolescentes que residen sobre todo en el área urbana.

Las investigaciones realizadas muestran que las adolescentes embarazadas suelen tener poca o ningún nivel educacional, por lo que, esto demuestra la asociación significativa entre la baja escolaridad y el embarazo adolescente, corroborándose en la prueba estadística chi cuadrado ($p < 0,001$).

Estos resultados reflejan que se espera un mejor panorama para las mujeres adolescentes, en comparación al proyectado por el INEI; sin embargo, aún está lejos de alcanzar que las mujeres accedan equitativamente a un nivel educativo adecuado. Por lo tanto, existe una necesidad creciente de mejorar las oportunidades educativas para las mujeres.

El MINSA señala que la baja escolaridad se relaciona significativamente con el inicio sexual temprano y el embarazo en adolescentes; así también, los altos índices de pobreza obligan a los adolescentes a trabajar antes de poder estudiar, arriesgando su bienestar (Ministerio de Educación, 2015).

Las investigaciones señalan que entre las causas de la pobreza se encuentra la baja escolaridad de la población (Antépara, 2022), lo que condiciona un bajo nivel socioeconómico. Esto indica que un nivel económico más bajo para las adolescentes embarazadas se correlaciona con la alta proporción de adolescentes embarazadas en extrema pobreza en el estudio (58,3%).

Los países en desarrollo tienen prácticamente el mismo índice de nivel educativo; es así, que, en el 2015, es así, que en México se informó que 60% de adolescentes embarazadas no tenían educación y 40% se enfrentaba a la deserción o la falta de oportunidades educativas. (PICK, 2016) Como se puede ver, las adolescentes embarazadas generalmente tienen menos educación y esta proporción va en aumento.

En cuanto a la religión, es una característica común de las adolescentes embarazadas y no embarazadas profesar la religión católica (92,8% y 88,3% respectivamente), por lo que, no se evidencia correlación entre las variables ($p > 0,05$).

Al respecto, se puede mencionar que las pautas morales inculcadas por ciertas religiones pueden proporcionar un medio relativamente protector ante el embarazo adolescente. Sin embargo, la religión católica da a las personas cierta libertad de tomar decisiones en sus vidas, incluso en su salud sexual. A pesar de que, las religiones tienen preceptos y mandamientos, lejos de imponer su observancia, otorga albedrío en comparación con otras religiones. En el caso de otras religiones, se observa que la práctica de relaciones sexuales es significada de pecado, siendo condenado si este sucede antes de matrimonio porque es concebido como objeto de placer. Así, los adolescentes que ya han iniciado las relaciones coitales, sienten que su experiencia sexual debe ser reprimida, por lo que, callan ante esta situación y no buscan ayuda que les permita conocer la forma de evitar riesgo para su salud.

En cuanto al nivel socioeconómico familiar de las jóvenes embarazadas y no embarazadas, se observa una diferencia en relación a que los jefes del hogar de las adolescentes embarazadas tienen trabajos eventuales, en comparación a las no embarazadas, quienes tienen un trabajo estable. También se observa, un mayor porcentaje de desempleo en los jefes del hogar de las adolescentes embarazadas, en comparación a las no embarazadas; sin duda, esta situación se relaciona con los niveles de pobreza y pobreza extrema que condicionan a las adolescentes embarazadas y sus familias, por lo que, se evidencia que, la mayor proporción de jefes del hogar de las adolescentes embarazadas trabajan en condiciones laborales precarias, sin beneficios laborales, donde no existe bienestar para ellos y sus hijos.

Así también, otra característica llamativa entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas fue la diferencia en el ingreso familiar mensual, siendo menor para las adolescentes embarazadas, en comparación a las no embarazadas; lo que impedirá que puedan cumplir con las necesidades básicas y las que se añade durante el embarazo de las jóvenes, por los bajos ingresos económicos que presentan; demostrando asociación entre el ingreso familiar y el embarazo adolescente ($p < 0.01$).

Los bajos ingresos económicos de las familias de los adolescentes condicionan su contexto y situación, pues, los convierte en víctimas de la pobreza, quienes terminan teniendo dificultades para acceder a los servicios de salud, educación, no cuentan con poder adquisitivo para una canasta familiar básica, colocándolos en situación de vulnerabilidad y riesgo a eventos que afecten su salud sexual, emocional y social.

En las características de la vivienda de las adolescentes embarazadas, 56,7% viven en condiciones sanitarias precarias, donde el número de personas por departamento y por habitación se relaciona significativamente con el embarazo adolescente. El INEI es una de las instituciones que viene reportando estas condiciones nefastas en las que viven muchas de las familias cajamarquinas, tanto en el área urbana y en la zona rural, donde no tienen energía eléctrica, tampoco acceso a agua potable, sus desagües, en el mejor de los casos, es a través de letrinas, de lo contrario, más del 50% descartan sus excrementos en matorrales o campos (INEI – 2016).

Cajamarca tiene uno de los índices más altos de déficit de servicios de saneamiento y alcantarillado, impactando significativamente en la calidad de vida y en la salud de las personas; por lo que, existe alta asociación entre el embarazo adolescentes y las condiciones de la vivienda familiar en la que viven.

El tamaño de la familia que se encuentra en los resultados de la investigación es grande (7 personas), 20% más que el promedio de la provincia de Cajamarca, la cual es 5 personas/familia, especialmente con adolescentes embarazadas. Identificar estas circunstancias de hacinamiento en las que conviven las adolescentes con sus familias permite reconocer un factor social de gran impacto, ya que las adolescentes comparten hogares que muchas veces carecen de privacidad.

Tanto dentro del país como en Cajamarca, la pobreza se agrava sobre todo para las adolescentes embarazadas, lo que no permite cubrir las necesidades básicas de las familias. Por lo que, Cajamarca se ubica en el quinto lugar de pobreza, lo cual, se ilustra con los indicadores utilizados para calificar la línea de pobreza (INEI, 2014).

Encontramos así que 58,3 adolescentes embarazadas viven en situación de pobreza extrema y 58,9% en pobreza. Adicionalmente, se encontró que de las adolescentes embarazadas en estudio, 90% se encuentran en algún grado de pobreza, situación que condiciona el bajo potencial de desarrollo personal y familiar, por lo que, existe asociación significativa entre los niveles de pobreza y el embarazo precoz ($p < 0,001$).

Al respecto, los reportes del INEI señalan que 6 millones de peruanos no logran satisfacer sus necesidades básicas (INEI, 2014), por otro lado, la OMS confirma que los casos de embarazos adolescentes en la Región de las Américas se producen principalmente en poblaciones vulnerables de bajos ingresos; La Rosa, hizo una afirmación similar, encontrando que a menor nivel económico y educativo, mayor frecuencia de embarazo adolescente. Las adolescentes pobres tienen tasas de natalidad más altas que las no pobres, esta afirmación puede no ser muy persuasiva, ya que el sector adinerado puede pagar fácilmente los abortos, ocultando así los embarazos a sus hijas adolescentes.

Un estudio sobre sexualidad adolescente en Buenos Aires encontró que 40% de adolescentes que recibían atención en una maternidad formal procedían de los estratos socioeconómicos y culturales más bajos, en su mayoría eran trabajadoras domésticas y desertoras escolares, corroborando que los embarazos adolescentes suelen suceder en familias pertenecientes a clases sociales bajas (Bonner, 2015). La situación es quizás aún peor en Chile, donde el 86% de las adolescentes embarazadas tienen nivel socioeconómico bajo (Pérez, 2015).

Las investigaciones demuestran que los embarazos adolescentes se convierten en factores que desencadenan un proceso de perpetuación de la pobreza (Stern, 2015); siendo conocido con el nombre de “síndrome de fracaso”, “feminización de la miseria” o “puerta de entrada a la pobreza” y muchos otros nombres asignados (Acosta; 2015).

Estos argumentos sostienen que este fenómeno reduce las oportunidades de obtener un trabajo bien remunerado y digno, reduciendo el acceso a los recursos que permitan a los niños crecer adecuadamente, situación que continúa como un círculo vicioso. Estas percepciones de las adolescentes sobre la pobreza se expresan en lo expresado por María, gestante de 16 años:

“Tengo 3 meses de embarazo. Yo me salí a vivir con mi pareja porque en mi casa la plata no alcanzaba ni para comer. Mi papá no tenía trabajo, y como él (pareja) tenía plata, porque tiene su taxi, me compraba ropa, cosas y también me daba plata para lo que quisiera. Si no me hubiera embarazado, cómo estuviera en mi casa; ahora lo que mi esposo me da para mí, yo hasta le llevo a mi mamá”.

Lo dicho por María demuestra que el embarazo precoz se convierte en una puerta de escape de la pobreza para las adolescentes, ya que, perciben que tendrán mejores oportunidades con sus parejas que las que tienen con su familia, pudiendo obtener protección económica a ellas y sus hijos.

En cuanto a los determinantes familiares de las adolescentes embarazadas y no embarazadas, es necesario entender primero, que la familia es la unidad básica de la sociedad, donde cada persona debe hallar los elementos necesarios para modelar su personalidad, especialmente durante la adolescencia, que se identifica por impetuosos y amplios cambios físicos, sociales y psicológicos.

Se piensa que la ruptura familiar es uno de los factores más influyentes en el riesgo de embarazos adolescentes, orillándoles a iniciar y continuar siendo sexualmente activos. La pertenencia a grupos familiares estables favorece que los adolescentes convivan armónicamente con otras personas, bajo un principio de respeto y amor inculcado por los padres, que faciliten un desarrollo adecuado y equilibrado de los adolescentes.

Los embarazos precoces surgen en el contexto en el cada adolescente crece y se desenvuelve, siendo los condicionantes de este contexto un problema de gran importancia, ya que, puede influir en su vida tanto para bien como para mal, existiendo determinantes sociales que influirán en su futuro (Bonner, 2015).

Antiguamente, la idiosincrasia de las diferentes culturas que se desenvuelven a lo largo del territorio nacional, considera que un embarazo en la adolescencia no es un problema, por el contrario, puede llegar a ser incluso “una costumbre o tradición” siendo afrontado por cada quien según sus posibilidades y necesidades. Esta situación continúa siendo la misma, la diferencia es que hoy en día no todas cuentan con una gran familia protectora, ahora, hay millones de madres adolescentes en todo el mundo que viven sin el apoyo de sus familias, ni el estado o alguien que las proteja.

En el presente estudio, se encuentra que 57,2% de adolescentes que se encuentran embarazadas provienen de familias inestables y desorganizadas con uno o ambos padres desaparecidos. La diferencia es que ser miembro de una familia precaria y sin la presencia de alguno de los padres, las adolescentes tiene más probabilidades de estar expuestas a un inicio precoz de las relaciones coitales, y por ende, de quedar embarazada a esta edad debido a una variedad de circunstancias como la falta de apoyo, supervisión y afecto, a la ansiedad, falta de autocontrol, entre otras.

Muchos estudios confirman que las adolescentes embarazadas provienen de familias incompletas; así lo señala el Instituto Materno Perinatal, pues en algunos de sus estudios encontró que muchas de estas adolescentes embarazadas tenían hogares monoparentales, siendo vulnerables a tener una pareja sexual incluso antes de los 15 años (Ministerio de Salud, 2016).

Lo contrario ocurre con aquellas adolescentes que no se encuentran embarazadas, ya que, en el presente estudio, en su mayoría conviven junto a sus dos progenitores, siendo una circunstancia que brinda más seguridad a las adolescentes, y si bien esta es una explicación muy relativa, es notoria la asociación que se presenta en la mayoría de las adolescentes embarazadas, las cuales, tuvieron la falta uno de los padres.

En cuanto al estado civil de los padres de las adolescentes, 21,1% de padres estaban casados y 22,2% estaban divorciados o separados; encontrando un porcentaje mayor (40%) de padres casados en el grupo de adolescentes no embarazadas. Estas características familiares representan factores de riesgo muy importantes en el

embarazo precoz; resultados que coinciden con Ojeda, N, quien señaló que 48% de las adolescentes embarazadas de su estudio tenían padres separados (CACERES, 2013).

La Rosa, es otro investigador que señala el mismo modelo condicionante del embarazo precoz, asociado a los hogares monoparentales, especialmente cuando la pareja es económica y emocionalmente inestable, pues, termina evadiendo las responsabilidades de la paternidad; de igual forma, Jauregui y Schwartz (CEPAL-2015) encontró resultados similares en su investigación realizada en Chile, señalando que la transmisión intergeneracional de hogares monoparentales se confirma cuando las gestantes adolescentes viven en hogares con solo la presencia de la madre y en condiciones de pobreza, perpetuando este ciclo en las siguientes generaciones; esto demuestra la asociación entre las variables estado civil de los progenitores y el embarazo en la adolescencia ($p < 0,001$).

El nivel de educación de los padres es otro determinante familiar estudiado, donde se evidenció un alto índice de analfabetismo en las madres de las adolescente embarazadas (15%), en comparación al 51,2% de madres de las adolescentes no embarazadas quienes cuentan con estudios a nivel secundario; lo mismo sucede con los padres, siendo 40,6% quienes tienen educación primaria en el grupo de adolescentes embarazadas, a diferencia del 60% de padres de adolescentes no embarazadas que tienen educación secundaria.

Al respecto, UNICEF (2013), en una de sus publicaciones señala que en Cajamarca las madres no sobrepasan los 4 años de escolaridad, evidenciándose la inequidad de oportunidades y las desventajas al que las mujeres están sometidas y que no garantiza el papel madre cuidadora y orientadora del hogar, agravándose aún más la situación en aquellas madres analfabetas de las adolescentes, pues, crecerán en un entorno inadecuado para su desarrollo social y familiar.

La baja escolaridad de los padres de las adolescentes embarazadas determina la baja comunicación con sus hijas, así como, la inadecuada educación sexual que se debe iniciar desde el hogar; a esto se suma los diferentes tabúes que existen en la sociedad relacionados al tema, disminuyendo la capacidad de lograr entablar una conversación

que verdaderamente oriente a los adolescentes y los capaciten la toma de decisiones correcta en su salud sexual y reproductiva; es por ello, que se demuestra la asociación que existe entre el embarazo adolescente y el bajo nivel educativo de los padres ($p < 0,001$).

También se ha indagado respecto al antecedente de embarazos adolescentes en la familia, encontrando que 63,3% de madres o hermanas de las jóvenes en estudio si habían tenido embarazos precoces, sucediendo lo contrario con las adolescentes no embarazadas; lo que, conlleva a confirmar que el antecedente familiar de un embarazo en la adolescencia sí tiene relación con los embarazos precoces ($p < 0,001$). Carmen Alayo encuentra similares resultados en su investigación, observándose la repetición de estos patrones culturales (Ministerio de Salud, 2014).

Se puede apreciar, que en las familias donde se ha presentado un embarazo precoz, existen creencias o costumbres que se asocian a factores que determinan sus condiciones de vida, como las oportunidades económicas y sociales, la participación en grupos sociales o de apoyo, las restricciones ambientales y necesidades familiares. A lo largo del tiempo, se observa transiciones y cambios en la idiosincrasia de la población, donde se evidencia una aceleración del ritmo de vida, provocando que en ocasiones la maternidad precoz sea una opción aparentemente viable para las jóvenes, observándolo como una forma de desarrollo personal.

Otro aspecto importantes el consumo de bebidas alcohólicas por miembros de la familia, hasta llegar al punto de embriagarse, siendo mucho mayor la proporción de adolescentes embarazadas que tienen este problema (58,9%) en comparación a las adolescentes no embarazadas, pues, fue un 15% las jovencitas que indicaron que sus familias si consumen alcohol hasta embriagarse; estos datos además reflejan, la problemática global que se tiene en cada familia respecto al consumo de alcohol, pues, además que se trata de un ejemplo erróneo que se brinda a los adolescentes y niños de las familias, significa la posibilidad de descuido por parte de los progenitores que coloca en riesgo y vulnerabilidad ante un embarazo adolescente; todo esto, sin mencionar que se ha convertido en una práctica habitual el consumo de alcohol en la

familia, hasta ser aceptada dentro de las prácticas culturales. Una situación familiar experimenta Elvira, adolescente de 15 años:

“Yo vivo con mi abuelita, ella es muy viejita, también vivo con mi hermano y mi papá; mi mamá se fue de la casa hace 3 años, nos dejó solos, no nos llevó porque se fue con mis dos hermanos chicos y dice que la plata no le alcanza. Ella se fue porque mi papa le pegaba mucho; y mucho se emborrachaba casi todos los días. Después que mi mamá se fue de la casa, a mí me pegaba mi papá cuando se emborrachaba; a media noche me sacaba de mi cama para que le atienda y me sienta a su lado mientras él tomaba; ahora ya no sólo me pega mi papá sino también mi hermano, el otro día estaba conversando con mi amiga y mi hermano me agarro a patadas delante de ellos y me metió a la casa, aprendido igualito que mi papá, es un malo a veces me deja sin comer, a pesar que yo preparo la comida. Ahora que me he comprometido, pensaba que las cosas iban a cambiar, pero todo sigue igual, a veces me quiero morir...”

Este es uno de los tantos casos que diariamente suceden en las diferentes sociedades y culturas del país, las cuales, refleja la grave situación y vulnerabilidad a la que están expuestas las adolescentes, a consecuencia de los determinantes familiares que influyen en sus estilos de vida; desde pequeñas se ven enfrentadas a situaciones de violencia, consumo de alcohol y otros problemas sociales que afecta su integridad física y psicológica; condenándola a continuar su vida con una baja autoestima, sin proyectos de vida, sin afecto y buscando opciones para sobrevivir a través de un compromiso que aparentemente le brinda la oportunidad de dejar los maltratos de su familia; sin embargo, no suele ser esa la verdadera solución.

Los progenitores de las adolescentes ejercen diferentes tipos de paternidad, los cuales, también se asocian con el embarazo precoz, encontrando la mayor parte de las adolescentes que están embarazadas estuvieron sometidas a una paternidad autoritaria; lo que no sucede con las adolescentes no embarazadas, quienes en su mayoría manifestaron haber recibido un trato democrático. El trato democrático está relacionado a mayores oportunidades de no iniciar relaciones coitales y embarazarse,

pues facilita un ambiente de seguridad y comunicación intrafamiliar, situación que no ocurre en las familias autoritarias (Quintana, 2015).

En ese sentido, se comprueba que los determinantes familiares son decisivos para el futuro desarrollo de los adolescentes, entre ellos, el tipo de trato y convivencia que lleven influirá en la capacidad de tomar decisiones para su bienestar, las familias deben demostrar afecto, comprensión y apoyo hacia los hijos adolescentes, pues, contribuyen a su desarrollo; sin embargo, esto no sucede cuando los padres tienen un trato permisivo o autoritario con sus hijos, ya que esto orientará a la crítica y desaprobación de los adolescentes, orillándolos a tomar decisiones que pueden afectar su futuro.

De esta forma, se demuestra relación entre el trato autoritario de los padres y el embarazo adolescente ($p < 0,001$), por lo que, es necesario reconocer el rol social que constituye la familia en la crianza de los hijos, influenciando notoriamente en el aspecto emocional del crecimiento y desarrollo integral de los adolescentes, siendo uno de los principales factores que determinan la toma de decisiones y el comportamiento sexual de ellos.

La base de las familias democráticas son el amor y la comunicación, lo que permite que los adolescentes desarrollen una actitud madura psicosocial, siendo el propósito principal de los padres lograr que los adolescentes aprendan a ejercer un sentido de responsabilidad, cultivando un equilibrio entre la autonomía y el control paternal.

Otro determinante está relacionado a las muestras de cariño hacia los adolescentes en su hogar, la cual, en la presente investigación se evidencia marcadas diferencias entre las jóvenes embarazadas y no embarazadas, siendo las primeras quienes manifestaron nunca recibir muestras de cariño, esto se puede relacionar también, con la dificultad que presentan los padres al tener la necesidad de cuidar a sus demás hijos, además de las diferentes tareas que tienen como amas de casa o trabajadoras; demostrando, la necesidad del soporte afectivo que debe recibir un adolescente.

En ese sentido, la falta de cariño percibido por las adolescentes o la falta de atención de los padres, provoca que ellas busquen atención y el cariño en otras personas ajenas al hogar, orillándolas a tener una personalidad emocionalmente inestable, pues lo que

obtienen de las relaciones amorosas o pasajeras no satisface la necesidad de cariño que tienen, por el contrario, las vuelve a colocar en situación de vulnerabilidad ante un embarazo adolescente.

Las personas necesitan afecto y cariño para ser felices, para demostrar seguridad y desarrollar una alta autoestima; y para ello, la familia es la encargada de dar este apoyo emocional necesario durante la adolescencia. Los niños que no recibieron amor a una edad temprana son los que no saben dar amor y experimentan más problemas de comportamiento sexual. La declaración de amor, el trato cálido de los adolescentes, tiene una función principal que le ayudará a mejorar la capacidad de individualidad. A través de la presente investigación, se demuestra que muchas de las adolescentes embarazadas tienen una gran necesidad de sentir amor y comprensión en sus hogares, por lo que, terminan buscando la forma de llenar ese vacío con el amor que les ofrece una relación de pareja que las orilla a mantener relaciones sexuales, exponiéndose a embarazos posteriores.

Así también, hay adolescentes que tienen que estudiar y trabajar desde lugares distintos a sus hogares, padecen mucho desarraigo y nostalgia; por lo que, para aliviar esta situación, buscan parejas maduras en su afán de recibir atención, pero, penosamente, muchas veces terminan siendo madres adolescentes solteras o abandonadas. Los adolescentes tienen importantes necesidades psicoemocionales que los moldean a lo largo de su vida, las cuales se asocian y son cubierta con el entorno del hogar, es por eso, que cuando son descuidados o desatendidos, puede afectar su desarrollo, conllevándolo a buscar afecto en otras personas y colocándolos en riesgo para su salud.

Respecto a los determinantes individuales que se asocian al aumento de los embarazos adolescentes, se identifica a la búsqueda de la identidad, ya que buscan diferentes formas de ser, pierden el autocontrol, fragilidad emocional por una mayor necesidad de afecto, la cual, cuando el hogar no es satisfactorio, las adolescentes lo buscarán en otras partes. Los padres deben mostrar afecto y una cálida comunicación con sus hijos para que sean considerados como un apoyo emocional, sobre todo en momentos

críticos donde requieran ayuda. La falta de afecto se asocia significativamente con los embarazos precoces ($p < 0,001$).

En la investigación se evidencia que la relación de las adolescentes embarazadas con sus padres se basa en conflictos y peleas en el 54,4%, notándose la diferencia en el grupo de no embarazadas, quienes 68,8% señalaron tener buena relación con sus padres. En ese sentido, se demuestra que una relación con los padres defectuosa ocasiona la pérdida de confianza de la adolescente, quien, indudablemente buscará cubrir estos vacíos emocionales con afecto de personas ajenas que, de alguna manera, le brinden tranquilidad y comprensión, pero que, sin embargo, pueden representar el camino hacia problemas sociales como el embarazo adolescente, entre otros. Así lo confirma la siguiente declaración de Alicia Susana, una adolescente embarazada de 16 años:

“Nunca me lleve bien con mi papá; él siempre está gritando a todos, nunca conversamos bonito con él, ni siquiera en la hora de comida (nos está sacando en cara la comida que nos da), muchas veces pasaban semanas que ni me miraba, no me responde ni el saludo, es feo, esto, no solo lo ha hecho conmigo, también con mis hermanos, por eso que mi hermano de 15 años se escapó de la casa y no volvió, él está en Lima, para mi papá, todo lo que hacemos está mal, quise postular a la universidad a medicina pero él decía que no sirvo para nada, solamente para cocinar y lavar, eso me dolía mucho, en cambio mi enamorado, el papá del bebé que voy a tener, dice que si confía en mí, que doy para más, y que puedo llegar a estudiar medicina y que me va a ayudar a seguir estudiando, ... ya estaba cansada no aguantaba más a mi papá, por eso yo quería salir de mi casa, y como mi enamorado me dijo que quería vivir conmigo, lo decidí y me fui con él, ahora estoy tranquila, solamente tengo pena por mis hermanos y mi mamá...”

Debido a las malas relaciones con los padres, las adolescentes terminan viviendo en un ambiente hostil y se ven obligadas a abandonar el hogar para evitar o huir de los conflictos. Así también se demuestra en una investigación realizada sobre iniciación de las relaciones sexuales e influencia familiar, donde, demostraron que los

adolescentes tienen más probabilidad de postergar el inicio de las relaciones sexuales cuando existen una buena relación con sus padres (Cáceres, 2013). Si los adolescentes no logran satisfacer sus necesidades emocionales en el hogar, las adolescentes buscan afecto fuera de él, incluso, inconscientemente, buscan embarazarse con la creencia de que es una forma de asegurar el amor de su pareja.

Otra característica llamativa en las adolescentes embarazadas fue que el 95,0% nunca había discutido su sexualidad con sus padres (fisiología genital, relaciones sexuales, planificación familiar). Esto contrasta con el grupo de adolescentes no embarazadas, donde el 51,3% fueron informados sobre su sexualidad por sus padres. Este es otro ejemplo de la creencia preexistente de los padres de que las escuelas son quienes deben cumplir con esta responsabilidad. Esto se observó en un estudio realizado en Huancayo, donde 92% de padres de familia de adolescentes con bajo nivel socioeconómico, afirmaban que la única responsabilidad de brindar educación sexual es de los docentes de las instituciones educativas (Gonzales, 2014).

Este contexto no es único para los países latinos, sino también para países como Estados Unidos, donde se encontró en una encuesta nacional que los adolescentes que tenían menos probabilidades de iniciar relaciones coitales son aquellos cuyos padres mantienen conversaciones abiertas sobre sexualidad (OMS, OPS; 2014). En la presente investigación se encontró una alta proporción (75,0%) de adolescentes embarazadas con información sexual insuficiente, además, en casa, no hay un trato abierto y comprensivo con el sexo. A pesar de luchar con la sexualidad en el hogar, muchos padres se niegan a educar a sus hijos al respecto debido a los mitos y temores de creer que tendrán relaciones sexuales.

Actualmente, es común que a las personas les resulte difícil relacionarse con el tema de la sexualidad, porque ha sido ignorado y escondido durante años. Por lo tanto, los padres muchas veces no saben cómo abordar este tema con sus hijos y prefieren ignorarlo o prohibirlo Evidencia de una fuerte asociación con el embarazo.

Así también, en el estudio se descubre que muchos de los padres de las adolescentes embarazadas no conocían la relación de su hija con novio o pareja (89,0%); a

diferencia del grupo de adolescentes no embarazadas, cuyos padres, en su mayoría informaron estar conscientes de sus relaciones con novios y parejas (72,5%). Esto también refleja la dificultad que representa en las familias alcanzar la confianza necesaria que le permita a las adolescentes presentar a sus novios o enamorados a sus padres, porque probablemente, con lo dificultoso que se vuelve para los padres entablar una conversación sobre educación sexual, el aceptar que su hija tenga una pareja también será complicado, e incluso, será prohibido.

Se sabe que, las actitudes de las adolescentes embarazadas para ocultar las relaciones corresponden a tipos de relaciones con padres predominantemente autoritarias e involucran maltrato físico y psicológico. Las actitudes de ocultar las relaciones de pareja a los padres están fuertemente asociadas con las adolescentes embarazadas ($p < 0,001$), porque estas actitudes pueden llevar a los adolescentes a encontrarse con sus parejas a distancia, sin la supervisión de un adulto, donde podrían iniciar prematuramente la actividad sexual y quedar embarazadas.

Otra característica de las embarazadas adolescentes es la falta de apoyo familiar, por lo que, si tienen algún problema, prefieren confiar en un amigo o enamorado de su edad (41,6%). Lo que no sucede con las adolescentes no embarazadas, pues, 60,0% dice confiar en sus padres cuando surgen problemas. Esto probablemente, se relaciona con el tipo de trato que recibieron de sus padres, ya que, un trato autoritario orillará a las adolescentes a alejarse y perder la confianza, provocando que los padres no sean las personas más cercanas a ellas.

Durante la adolescencia, los amigos son una fuente importante de comprensión, quienes les generan confianza, porque pensará de la misma forma y no habrá probabilidades de ser ridiculizados. Los amigos cercanos y los que se han vuelto muy importantes se convierten en confidentes que comparten consejos y ayuda, además, es valioso para ellos que los amigos acepten a los enamorados, pues demuestran su comprensión y cariño. No obstante, no siempre el apoyo que brindan estos amigos es positivo. Es por ello, que se comprueba que la falta de apoyo familiar es muy relevante para la presencia de embarazos en la adolescencia. ($p < 0,001$)

Otro determinante importante es el que manifestaron las adolescentes embarazadas, pues, 86,7% fueron víctimas de algún tipo de maltrato intrafamiliar, en contraste con el 58,7% de adolescentes no embarazadas quienes señalaron no experimentar ningún tipo de violencia intrafamiliar. Resultados similares encontró la OPS en América Latina, señalando que la violencia intrafamiliar está asociada al embarazo adolescente. Esto se debe a que provoca daños emocionales y los adolescentes muchas veces tratan de salir de casa para evitar estas situaciones (Organización Mundial de la Salud, 2011).

La violencia intrafamiliar es un álgido problema social que ocurre en toda clase social, a nivel mundial, cuyas raíces culturales y psicológicas sobresalen en todo tipo de familias, sin diferencias sociales ni económicas (INEI; 2015). Demostrándose que el abuso es un signo de una sociedad en serios problemas, y que el abuso sufrido a una edad temprana tiene un impacto profundo y duradero en la sociedad y en los jóvenes, pues serán afectados en su desarrollo físico, psíquico y social del ser humano.

Hablar de las estadísticas sobre violencia física es alarmante, particularmente en menores de edad, se conoce que muchísimos niños han sido maltratados y abusados por sus propios padres y familiares, miles han muerto y los que sobreviven han sufrido traumas psicológicos. Sin embargo, estas víctimas de violencia manifestarán el grave daño emocional infligido recién hasta la pubertad o cuando ya se está convirtiendo en padre (Ministerio de Educación, 2015).

A nivel nacional, existe una cultura de violencia contra niños, jóvenes y mujeres de toda clase social. Las investigaciones muestran que un asombroso 41% de niños son golpeados por sus padres, siendo considerado esto como un método de disciplina natural y apropiado; sin embargo, las instituciones no logran mostrar resultados que realmente permitan prevenir y combatir el maltrato infantil (Ministerio de Educación, 2015). En ese sentido, las adolescentes que han sido maltratadas, tendrán consecuencias psicológicas que afectarán su autoestima, impidiéndoles valorarse y conllevándolas a un embarazo adolescente.

Los estilos de vida también son determinantes relacionados a las adolescentes embarazadas y no embarazadas. Un determinante personal asociado al embarazo

adolescente es la capacidad de expresión de sus sentimientos que tienen, donde, en el grupo de embarazadas refirieron en su mayoría que sólo ocasionalmente expresan lo que siente, mientras que el grupo de no embarazadas indica que frecuentemente manifiestan lo que sienten y piensan. Esto refleja la situación de las familias en cuanto al nivel de comunicación que tienen, pues quienes no han desarrollado la capacidad de expresarse se debe a la presencia de un modo de comunicación vertical, donde las mujeres tienen que aceptar todo lo que se les pide o dice.

El aspecto familiar se ve involucrado en la actitud personal, una relación entre los miembros de la familia de forma autoritaria determinará la baja disposición de personalidad y baja autoestima de los adolescentes, lo que, puede extenderse a decisiones no negociables para entablar relaciones sexuales. Existe una correlación muy importante entre la pobre expresión emocional de las adolescentes y el embarazo precoz ($p < 0,001$).

Lo mencionado anteriormente también se ve reflejado en la capacidad de decisión de los adolescentes, pues, 71,1% de adolescentes embarazadas dijeron no tener libertad para tomar decisiones, ocurriendo lo contrario con las adolescentes no embarazadas. La alta proporción de adolescente que no tuvieron la libertad de tomar sus decisiones conlleva a pensar en la baja capacidad que pueden tener para dirigir y controlar sus vidas, siendo influenciada esta situación también por la forma de paternidad y relación entre los miembros del hogar.

Una forma de crianza autoritaria, donde las decisiones relacionadas a la familia son tomadas por un solo miembro de forma tirana, sin permitir la participación de los demás, conlleva a una sobreprotección de los jóvenes que provocará que sientan necesidad de independencia y de autoafirmarse como adolescentes, lo cual, lo harán a través del ejercicio de su vida sexual, pues quieren reflejar que toman decisiones similares a un adulto.

La toma de decisiones responsables es una habilidad que se adquiere a través de la práctica a lo largo de la niñez y la adolescencia, pero si no se les da esa oportunidad desde una edad temprana, nunca podrán hacerlo. La adolescencia es una etapa donde

se deben desarrollar estas habilidades que les permitirá definirse a sí mismos con mayor claridad. Como resultado, los adolescentes toman más decisiones independientemente de la influencia directa de sus padres; sin embargo, cuando estos son reprimidos por quienes los rodean, no le permiten desarrollar emociones apropiadas.

La toma de decisiones demanda la necesidad de asumir las consecuencias y debe ser fomentada por los padres desde el principio. Los padres deben permitir que sus hijos en crecimiento desarrollen asertividad y autonomía en las decisiones que toman, para que desarrollen habilidades de manejar la presión de los compañeros, ejerciendo sus derechos y libertad con responsabilidad. El estudio demuestra que la falta de práctica en la toma de decisiones de las adolescentes que conviven en un ambiente autoritario se relaciona con los embarazos precoces ($p < 0,001$).

La descripción anterior asume que muchos factores psicológicos están involucrados en el desarrollo humano y la formación de la personalidad de las adolescentes, lo que lleva a la afirmación y orientación sexual, estos son los sentimientos, las emociones, las relaciones con los demás, la imitación, la expresión corporal y la autoestima (Quintana, 2015).

Algunas investigaciones publicadas destacan que las características de las elecciones de estilo de vida de los adolescentes se correlacionan con los de sus compañeros con los que se relacionan, incluidos vestimenta, lenguaje y entretenimiento. Los hallazgos sugieren que la falta de orientación de los adolescentes, y de fortalecer su capacidad de expresión y de decisión puede influir en el inicio y mantenimiento de la actividad sexual.

Otro determinante social es si la adolescente contaba con algún tipo de seguro en salud como el SIS, EsSalud u otro; encontrando que 67,3% de adolescentes embarazadas no tenían ningún tipo de seguro y 57,5% de adolescentes que no estaban gestando sí tenían. Sin embargo, tras la revisión de la literatura se observa que estos datos difieren de la Encuesta Nacional de Hogares, donde solo se señala que solo 20,1% de adolescentes no tienen seguro de salud.

El tener seguro de salud brindará a los adolescentes la oportunidad de acceder a los servicios de salud, lo que le sirve para acercarse y conocer temas relacionados a su sexualidad y a la prevención de riesgos que pueden afectar su salud; no obstante, esto va a depender también de la disponibilidad de estos servicios en los establecimientos de salud, así como la capacidad que tengan para brindar una atención diferenciada e integral al adolescente. Ambos aspectos van de la mano, al hacer un análisis de los factores determinantes que se asocian a las altas tasas de fecundidad en este grupo etáreo; así como el grado de empatía que puede mostrar el profesional de salud durante la atención de las adolescentes, siendo necesario evitar la censura a la sexualidad durante la adolescencia, asumiendo que será parte de su desarrollo.

Por otro lado, la participación en fiestas o reuniones sociales se evidencia como otro determinante asociado con el 51,7% de gestantes adolescentes principalmente, pues, en el caso de las adolescentes no embarazadas, se encontró que solo el 22,8% fueron quienes acudieron con frecuencia a este tipo de reuniones sociales ($p < 0,001$). El problema en la asistencia a reuniones sociales radica en la poca capacidad que tienen las adolescentes para tomar decisiones de forma consciente y correcta, pues, este tipo de reuniones se caracteriza por la incitación al consumo de bebidas alcohólicas, de esta forma, si las adolescentes erróneamente deciden aceptar esta incitación, se expondrán a una cadena de factores posteriores, como la embriaguez, la falta de autocontrol, el inicio precoz de relaciones sexuales, entre otras. Pudiendo corroborar lo mencionado con el testimonio de Marilú, una gestante adolescente de 17 años:

“No me daban permiso para ir a fiesta, pero igual yo siempre iba, no me perdía ninguna... Yo esperaba que mis papás se duerman y me escapaba por la ventana, con mi vecina. Luego se enteraron porque mi primo me encontró en una fiesta, estaba un poco mareada, él le contó a mi papá y me castigaron, pero igual, yo seguía escapándome. Mi mamá lloraba porque mi papá le gritaba, creo que también le pegaba por mi culpa, le decía que seguro he salido como ella, porque ella ha sido así”

Este aspecto del consumo de bebidas alcohólicas se presenta como un problema muy álgido entre las adolescentes del estudio, pues, se encontró en el grupo de embarazadas

que 58,9% eran bebedoras de alto riesgo, mientras que las no embarazadas, el porcentaje de adolescentes que no tenían problemas con el alcohol era mucho mayor (83,7%); lo que demuestra una asociación altamente significativa ($p < 0,001$) con el embarazo precoz.

Resultados similares se encontró en una investigación realizada en Lima, donde el investigador reportó que 68,5% de adolescentes consumía alcohol y 39% tabaco (Cáceres, 2013), En una situación similar, reportada en otro estudio, encontraron que 68% de adolescentes de 12 a 14 años y 84% de 15 a 18 años consumían alcohol, donde ellos mismos señalaban que lo hacían por baja autoestima, poco asertividad en el hogar, etc. (Silaua, 2014). Así también se demuestra en el siguiente testimonio:

Cecilia, adolescente embarazada de 15 años:

“Siempre he ido a fiestas cuando me invitaban; mis papás me daban permiso, confiaban en mí, pero siempre me aconsejaban que no vaya a recibir licor. Pero un día, en los quince años de mi compañera de colegio, me hicieron tomar cerveza; con 3 vasos me sentía mareada, rara. Mi enamorado, que era mayor que yo, me decía que no me preocupe, que él me llevaría a mi casa. Yo pensé que él era bueno y que me llevaría a casa, como siempre lo había hecho. Tomamos un taxi, pero no me llevó a mi casa; me llevó a su casa y allí él me forzó para estar con él; aunque lloraba y quería defenderme no podía, sentía que no tenía fuerzas”.

Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, la tasa de consumo de alcohol en la provincia de Cajamarca disminuyó 2.6 puntos porcentuales en el 2015, desde el 2013 (DEVIDA, 2013). Sin embargo, el consumo de bebidas alcohólicas sigue siendo considerado como parte de una tradición cultural, pues, es aceptada como parte de las relaciones sociales, religiosas, festividades, en el trabajo y/o durante las actividades de ocio; sin embargo, es importante educar a los jóvenes sobre los peligros que entraña el consumo de alcohol, ya que, se puede asociar con menor autoestima, falta de valores y comunicación, dificultades en las relaciones familiares, así como, también se asociará con el embarazo adolescente.

En cambio, el consumo de tabaco no refleja mayor diferencia de consumo entre las adolescentes embarazadas y no embarazadas; no obstante, no deja de ser un porcentaje alto (78,9% y 72,2% respectivamente). En ese sentido, se ha observado que las respuestas ante esta problemática son poco confiables porque es socialmente inaceptable que los jóvenes participen en estas experiencias, principalmente en las zonas rurales.

Otro de los determinantes sociales personales es el nivel de conocimientos sobre sexualidad y planificación familiar que tienen las adolescentes, observándose en el estudio que es deficiente para el 75% de adolescentes embarazadas y regular para el 62,5% de no embarazadas.

Estos resultados tienen cierta similitud con los presentados por el Instituto Materno Perinatal, ya que, en una investigación realizada en dicha institución se encontró que 74% de las adolescentes embarazadas que estaban en estudio tenían escaso nivel de conocimientos en educación sexual (MINSa – INMPN, 2014). El déficit de conocimientos básicos sobre educación sexual en las adolescentes evidencia que estos temas continúan siendo un tabú para incluirlos en las conversaciones familiares, demostrándose en este estudio incluso al evidenciar que las adolescentes no responden estas preguntas por vergüenza o miedo.

Es lamentable, evidenciar que muchos adolescentes no logran obtener información adecuada, correcta y completa sobre las funciones sexuales, la relación entre los sexos y como se previene el embarazo; a ello se suma que, los que si tienen acceso a esta información, conocen la perspectiva biológica, es decir no se toma en cuenta otras condiciones psicoafectivas y los valores que se necesitan para darle un sentido integral, que permita construir sus propósitos a futuro.

En el Perú, tanto en los hogares como en las instituciones educativas, no se brinda una educación sexual suficiente; el sistema de educación pública no acostumbra ofrecer una formación adecuada que contribuya al desarrollo personal; y solo se enfocan netamente en el aspecto biológico. También se debe considerar que no todos los jóvenes tienen acceso a una educación superior, por lo que, disminuyen sus

oportunidades para acceder a oportunidades laborales idóneas, manteniéndolos desocupados y afectando su desarrollo personal, pues, se encuentran vulnerables a situaciones de riesgo que pueden desencadenar en un embarazo precoz, agravando aún más su desarrollo.

También se debe mencionar la falta de programas que cuenten con personal capacitado en la educación sexual dirigida hacia adolescentes, pues, la poca información que arriba a los adolescentes es a través de pares ignorantes, o de revistas y películas, quienes, definitivamente, no brindan una adecuada orientación. Esta información proporcionada por los amigos es muy limitada y puede estar sesgada por prejuicios o puede ser incorrecta; convirtiéndose en un problema grave, porque el adolescente no se percata de la diferencia de creer estar bien informado y realmente estarlo, así que actúa en base a creencias falsas. La falta de conocimientos sobre educación sexual y planificación familiar, la información incompleta, inexacta o mal interpretada que reciben los adolescentes de fuentes poco confiables también es condicionante del inicio de relaciones sexuales y embarazos precoces.

Por otro lado, existe un prejuicio erróneo y cerrado en torno a la educación sexual, ya que para muchos detractores la suposición de "informar" significa "inducir" a las adolescentes. Sin embargo, se ha demostrado en diferentes estudios, entre ellos el de Marcel y asociados, que un año después de brindar educación sexual, es más efectivo el uso de anticonceptivos de forma adecuada en comparación a las que no habían recibido la orientación (UNICEF; 2015).

Entre los determinantes sociales personales de las adolescentes, también es necesario mencionar algunas manifestaciones biopsicosociales de su sexualidad, como la edad de la menarquia, encontrando en la investigación que ésta fue similar en ambos grupos de adolescentes embarazadas y no embarazadas, ocurriendo en la mayoría entre los 13 y 14 años, por lo que, esta característica biológica de las adolescentes no se convierte en un determinante de los embarazos precoces ($p > 0,05$). Sin embargo, resultados disímiles encontró Horacio Toro, quien señaló que la edad promedio de la menarquia en América Latina es entre 11 y 12 años (OPS; 2013).

A lo largo del tiempo, se ha evidenciado cambios en el desarrollo de la madurez biológica, psicológica y social durante la adolescencia; por ejemplo, la edad de la menarquia se reduce significativamente, lo que significa que las adolescentes tienen mayor probabilidad de embarazarse prematuramente; en cambio, la madurez psicosocial se desplaza a edades más avanzadas, ya que para alcanzarla se requiere de mayor tiempo para lograr que la adolescente sea autovalente (Mendoza et al., 2016).

En cuanto a la edad de la primera relación sexual, se encuentra otro rasgo distintivo entre los grupos de adolescentes, siendo 59,2% de las embarazadas quienes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 16 y 17 años, 34,9% las que iniciaron entre 14 y 15 años, existiendo un grupo reducido (5,9%) que inició las relaciones coitales aún más precozmente, entre los 12 y 13 años; en cambio, en el grupo de no embarazadas, 65,0% ha retrasado el inicio de las relaciones sexuales. En el presente estudio, la mediana de edad del inicio de las relaciones sexuales es más alta que la reportada en la Encuesta Demográfica de Educación y Salud, donde se señala que los adolescentes sexualmente activos tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, 2020).

No obstante, se debe considerar que los datos brindados por las adolescentes pueden tener un sesgo de información, ya que se trata de aspectos relacionados a su intimidad; sin embargo, es evidente que son las gestantes adolescentes quienes han iniciado muy precozmente las relaciones sexuales; en ese sentido, se afirma que a más temprana edad se haya iniciado la vida sexual, mayor riesgo y probabilidad de embarazarse precozmente.

En algunos estudios realizados en México, la OMS señala que los jóvenes inician las relaciones coitales a partir de los 17 años, principalmente sin protección anticonceptiva (OMS, 2014). En cambio, el MINSA estima que 50% de adolescentes son sexualmente activas a los 17 años, habiendo iniciado las relaciones sexuales alrededor de los 16 años (MINSA, 2014).

Otro antecedente relacionado mencionó que de 528 estudiantes de colegios que cursaban los últimos años de secundaria o academias preuniversitarias del distrito de

El Agustino, 284 mujeres iniciaron su vida sexual a los 15.2 años (Quintana y Vásquez, 2015). En cambio, otra investigación realizada en adolescentes de colegios nacionales secundarios, encontraron que el inicio de las relaciones sexuales fue a una edad promedio de 13.5 años; manifestando que el inicio precoz se asocia a tener familias desestructuradas, estudiar en colegios diferenciados por sexo, estudiar en turno tarde, tener pares que ya se iniciaron sexualmente, trabajar y estudiar a la vez y las actitudes machistas (La Rosa, 2013). Resultados similares se observa en el presente estudio, pues, se evidencia que los adolescentes que viven en hogares monoparentales o no estructurados tienen más probabilidades de tener una pareja sexual antes de los 15 años.

Los estudios sobre conducta sexual adolescente en Cajamarca son escasos, y las cifras encontradas pueden estar subestimadas dada la renuencia de las mujeres a brindar información sobre su vida sexual. Sin embargo, en el presente estudio, la mediana de edad de la primera relación sexual es similar a la encontrada en un estudio realizado en Lima (Vega y Centeno, 2014), siendo para las mujeres a los 16 años de edad; estos datos se pueden relacionar con los tipos de ambientes frecuentados por los jóvenes, pues, se sabe que la influencia de la "modernidad" es mayor en las zonas costeras. De esta forma, se comprueba y se explica que el inicio precoz de las relaciones sexuales también es un factor determinante en el embarazo en la adolescencia.

Otro aspecto importante es analizar el motivo por el que las adolescentes iniciaron la relación coital, encontrando en la mayoría que fue por presión de su pareja, en embarazadas y no embarazadas. Esto demuestra el prototipo "macho" que aún predomina en la sociedad en general, la cual, se ve reforzado por la baja autoestima que parecen tener las adolescentes, lo que las orilla a aceptar la presión de sus parejas para iniciar las relaciones sexuales.

Resultados similares se encuentra en un artículo aplicado en Lima, en 2014, pues, reportó que 89% de adolescentes mujeres refirieron haber estado presionadas por sus parejas para tener relaciones sexuales (La Quintana, 2014). Esto se relaciona con un relato de una adolescente que manifiesta lo siguiente:

Al respecto, Alejandra, una gestante de 16 años de edad menciona lo siguiente:

“... desde que comencé a salir con mi enamorado, me exigía para tener relaciones sexuales, yo al principio no quería, tenía miedo, sobre todo porque mis padres no sabían que tenía enamorado, él me decía que es algo natural que todos lo hacen, y que eso nos va a unir más, y que si yo no acepto es porque no lo quiero, y siempre me decía eso, a veces se enojaba y ya no me buscaba, también decía que sería mejor que termináramos nuestra relación, porque yo no aceptaba tener relaciones, yo no quería que me deje, porque lo quiero mucho, yo pienso que no puedo vivir sin él, por eso acepté”

Es común observar que las adolescentes aceptan iniciar las relaciones coitales porque no tienen la capacidad de hacer valer su opinión para postergar sus actividades sexuales, debido a la baja autoestima que tienen y a la poca autovaloración que inculcan sus padres en ellas mismas, ya que, en las sociedades machistas no se fortalece este aspecto en las mujeres, lo que las condiciona a estar vulnerables ante situaciones similares que conlleve a un embarazo adolescente.

Esta situación se torna más complicada, al evidenciar en el estudio que las adolescentes embarazadas y no embarazadas que ya tienen una vida sexual activa, no suelen usar anticonceptivos debido a que tienen relaciones sexuales no planificadas (30,0% y 16,3%, respectivamente); lo que conlleva a pensar que, la posibilidad de no quedar embarazada durante la práctica de relaciones coitales sin protección sea prácticamente nula. Pero este desinterés por el uso de anticonceptivos seguros, no solo es por la frecuencia incierta o la baja planificación de las relaciones sexuales, sino por desconocimiento de estos métodos y la forma de acceder a ellos, ya que no cuentan con la confianza suficiente de comunicarle o preguntarle a sus padres y además tienen vergüenza de acudir a un profesional de salud que para ella es desconocido; he ahí la importancia de realizar campañas de salud en las instituciones educativas que aperturen la confianza y la comunicación.

A pesar de que, en el estudio se encuentra que algunas adolescentes tienen conocimientos muy básicos sobre los métodos de planificación familiar, estos no son

utilizados por diferentes causas, entre ellas, el temor que tienen de pedirle a su pareja que utilice preservativo, pues temen ser señaladas o criticadas; por otro lado, también enfrentan varias barreras para acudir a los servicios de salud a solicitar anticonceptivos, lo que aumenta su temor y el riesgo de tener embarazos no deseados. Por ejemplo, la mayoría de los adolescentes no acuden por temor a las críticas de aquellos de quienes esperan atención; muchos profesionales que trabajan en el campo de la medicina no están equipados con las habilidades para trabajar con adolescentes y no brindan la atención adecuada que demuestre empatía y confianza para orientarlos adecuadamente.

Otra de las razones por las que los adolescentes no usan métodos anticonceptivos es el temor y desconocimiento que tienen a los efectos secundarios que puedan provocar, pues, terminan dejándose llevar por comentarios de otras personas que manifiestan incomodidad ante estos efectos, pues, desconocen que pueden ser tratables. Por otro lado, también señalan como motivo el temor a ser identificados en la compra o adquisición de los métodos anticonceptivos, o a que el personal de salud les cuente a sus progenitores. Así también, señalan que en ocasiones adquirir estos métodos requiere de un estipendio que no pueden cubrir, orillándolos a tener relaciones coitales sin protección y a desencadenar un embarazo en la adolescencia.

La falta de conocimiento sobre el uso y aprendizaje de anticonceptivos, la falta de preparación para el compromiso sexual y la inmadurez emocional que dificulta el análisis de las consecuencias conductuales son factores que aumentan la probabilidad de embarazo adolescente; siendo este, un problema de salud pública con múltiples factores y determinantes causales como se ha demostrado a lo largo de la investigación; con los cuales, si bien se ha resaltado la importancia de brindar una adecuada educación sexual y contribuir con una educación a nivel nacional uniforme, también, es necesario abordar los problemas relacionados a la estructura familiar y personal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Se presenta las siguientes conclusiones:

Algunos de los determinantes socioeconómicos que se asocian al embarazo adolescentes son vivir en área periurbana, desertar el colegio para realizar quehaceres del hogar, tener nivel de instrucción primaria, que el jefe del hogar tenga trabajos eventuales, que presenten un ingreso económico menor a 850 soles, vivir en hacinamiento, con 6 a más integrantes o en habitaciones compartidas por 3 o más personas y la pobreza extrema.

Algunos de los determinantes familiares que se asocian al embarazo adolescente son pertenecer a familias monoparentales, con padres convivientes, o tener una madre con nivel de instrucción primaria, también los antecedentes de embarazo precoz en algún miembro de la familia, tener padres autoritarios, que no manifiestan muestras de cariño explícitas o una buena relación con sus hijos, no tienen buena comunicación para brindar educación sexual o dar a conocer su relación amorosa, padecen de violencia intrafamiliar; y, además, las adolescentes prefieren confiar en sus amigas.

Algunos de los determinantes personales asociados al embarazo adolescente son la falta de expresión de sus sentimientos, escasa práctica en la toma de decisiones, no tener seguro de salud, acudir a reuniones sociales frecuentemente, tomar bebidas alcohólicas, tener deficiente nivel de conocimientos en educación sexual, haber iniciado las relaciones sexuales a los 16 años o antes, sobre todo si fue por presión de la pareja y sin utilizar un método anticonceptivo.

Recomendaciones

Las principales recomendaciones que surgen a raíz de la investigación con la finalidad de contribuir a la disminución del embarazo adolescente son:

Implementar programas de desarrollo juvenil que contribuya al desarrollo de los adolescentes y a ampliar las oportunidades laborales y educativas, promoviendo la reinserción escolar y fomentando expectativas positivas para sus proyectos de vida, a través de actividades que, facilite la adquisición de capacidades para la vida, educación vocacional, capacitación en oficios, etc., contribuyendo a la reducción de la pobreza y las disparidades socioeconómicas en que viven las adolescentes.

Efectuar alianzas institucionales estratégicas, que involucren a diferentes sectores como salud, educación, trabajo y otras organizaciones públicas y privadas, con la finalidad de unificar esfuerzos y fortalecer las estrategias que permitan llegar a los adolescentes para fomentar una calidad de vida adecuada que beneficie su salud y su futuro.

Se recomienda al personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención tomar la iniciativa de fortalecer las atenciones diferenciadas a los adolescentes, así como, no dejar de lado el modelo de atención integral de salud basada en familia y comunidad; ya que acercándose a la comunidad y reconociendo los principales determinantes en los que se desarrollan se facilita la identificación de riesgos que pueden repercutir en la salud de los adolescentes.

También se recomienda a los establecimientos de salud a trabajar en conjunto con las autoridades locales, provinciales y regionales, con el enfoque de integrar en el contexto sociocultural en el que viven las adolescentes, sesiones educativas talleres a la población en general, padres de familia, autoridades, líderes para propiciar un entorno habitable que fortalezcan las decisiones libres, responsables e informadas del adolescente sobre el ejercicio de su sexualidad y la prevención del embarazo en adolescentes.

Además, es necesario que los establecimientos de salud, implementen un consultorio para atención diferenciada del adolescente, así como, establezcan horarios adecuados para que tengan las facilidades para hacer uso de estos servicios, que permita que los adolescentes tengan una atención integral y amigable con la finalidad de lograr su confianza para la expresión de sus problemas psicosociales y que tengan la oportunidad de discernir y dar solución a estos problemas.

Las instituciones educativas también deben contribuir con mejorar la educación sexual impartida en el colegio, así como una guía u orientación a los padres de familia para que en el hogar también adquieran las capacidades y habilidades de iniciar una conversación constante con sus hijos, principalmente durante la etapa de la adolescencia y procurando suprimir tabúes, mitos o costumbres que afectan a su desarrollo.

Otro aspecto a tener en cuenta son los medios de comunicación tradicionales, electrónicos, redes sociales, etc., las cuales deben convertirse en herramientas positivas que sirvan para difundir contenidos que puedan generar interés y educación a los adolescentes; pero a su vez, deben ser supervisados, ya que, también pueden representar un riesgo para ellos.

Finalmente, se recomienda continuar realizando investigaciones en los grupos etáreos de los adolescentes, con la finalidad de seguir investigando opciones que permitan contribuir con una mejor educación, salud y desarrollo para quienes serán el futuro del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, L. (2015). *Embarazo en La Adolescencia Morbimortalidad Peri natal*. Lima - Perú.
- Antépara, I. (2022). *Embarazo en la adolescencia*.
https://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm
- Alfonso, L., Arias, M., & Mendoza, L. (2018). *Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal*. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(5), 375–382. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>
- Banco Interamericano de Desarrollo; (2016). *Educación de calidad: ¿un anticonceptivo eficiente?* New York: Resolución Ministerial N° 636-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Análisis de la Situación de Salud de las y los Adolescentes. Recuperado el 22 de junio desde
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. (2015). *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe*.
- Becerra, F., & Mujica, O. (2016). *Equidad en Salud para el Desarrollo Sostenible*. In *Revista de Salud Pública y Nutrición* (Vol. 15, Issue 1).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn161d.pdf>
- Belitzky, R. (2013). *Resultados perinatales en madres jóvenes: Estudio comparativo en maternidades latinoamericanas*. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Washington DC: OPS. Publicación Científica; (pp. 72-221).
- Bonder, G (2015). *Adolescencia: Proyectos de vida y salud sexual*". Ed. Centro de Estudios de la Mujer. Buenos Aires Argentina, 103 Págs.
<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v71n2/art05.pdf>
- Cáceres, CF. (2014). *Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*". Lima - Perú. Ed. Redes Jóvenes.

- Cáceres, CF. (2013). *La Sexualidad de los adolescentes y los jóvenes limeños contemporáneos, En Salud Reproductiva, nuevos desafíos*, Curso Internacional Salud Reproductiva y Sociedad. Lima, Ed. IEPO.
- Campos, B. & DIAZ, L. (2012). *Complicaciones durante el embarazo en adolescentes*, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima- Perú.
- Cárdenas, J. (2013). *¿Qué es el maltrato físico y emocional?*” Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a04v60n4.pdf>
- Centro de Estudios Poblacionales de América Latina (CEPAL), *Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2015, mayo). Población y Desarrollo*”. Vigésimoséptimo periodo de sesiones Oranjestad, Araba.
- Cerruti, S. (2013). *Sexualidad Humana*. Montevideo- Uruguay. Talleres Gráficos EDINOR.
- CLP (1999) *Código de los derechos del niño y el adolescente*. Legislación. Perú.
- Colegio de Obstetras (2013). *Cap. Niños y adolescentes*. Rev. Obstetricia (8), Lima- Perú. pp. 19-21
- Díaz, Elsy. (2013). *Adolescencia y embarazo*. 12.pgs. Recuperado el 27 de julio del 2016 en: <http://www.eduso.net/res/winarcdoc.php?id=633>
- Diaz, L.& Gonzales, C. (2016). *Embarazo en adolescentes*. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima- Perú
- Dirección Regional de salud Cajamarca. (2016). *Análisis Situacional de Salud Cajamarca 2015*. Cajamarca – Perú.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. (2020). *Otros determinantes de fecundidad*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/pdf/cap005.pdf
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. (2020). *Otros determinantes de fecundidad*.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/pdf/cap005.pdf

Florenzano, R. (2015). *Frecuencia y maltrato infantil y sexual en adolescentes de Santiago de Chile: antecedentes familiares y consecuencias*. Rev. Psiquiatr. Clin. 12 (2): pp. 60-66 . Recuperado el 18 de abril del 2015 en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91220105.pdf>

Flora Tristan. Centro de la mujer peruana. (2014, mayo). *Violencia familiar*. Lima - Perú.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2015). *El bono demográfico en las regiones del Perú*. Lima.

Franco, O. (2014). *El año de las niñas gestantes. Santiago de Chile*. Recuperado 19 de abril del 2016 en: http://www.revista.spotmediav.com/pdf/2-1/10_embarazo_en_adolescentes.pdf

Godoy da F., y Col. (2014). *Epidemiología Social e a asistencia a saude da population; Brasil*. Recuperado el 30 de abril del 2015 en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91220105.pdf>

Gonzales, G.F. (2014). *La Adolescencia en el Perú*. Ed. UNCH., Perú,

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2015). *Encuesta Demográfica y de salud Familiar (ENDES)- 2014*. Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017, junio). *Informe técnico N° 2 Estado de la Niñez y adolescencia*. Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). FNUAP. (2017). *Estado de la Población Peruana 2016*. Lima - Perú;

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). PNUD. (2014). *Informe de desarrollo sobre el desarrollo humano del Perú*. primera Edición. Lima, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, FNUAP. (2015, agosto). *Cajamarca: Población, Mujer y Salud*. Lima - Perú.

- Instituto Materno Perinatal. (2014, julio). *Niveles de vida Perú subidas y caídas; 2013*. Lima - Perú.
- Instituto Materno Perinatal. (2016). *Manual del Curso Nacional Adolescencia Salud Reproductiva*. Lima - Perú
- Instituto Materno Perinatal. (2015). *Manual del Curso Nacional Adolescencia Salud Reproductiva*. Lima – Perú.
- J. Sihber, T. (2015). *El Embarazo en la Adolescente*. EE.UU. Recuperado el 13 de enero del 2016 en: [http:// el-mundo.es](http://el-mundo.es).
- Lararin, S. (2013). *Dos décadas de acción en: El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas*. Banco Interamericano, Pág. 114. Recuperado el 13 de enero del 2016 en: <http://studylib.es/doc/626864/determinantes-sociales-de-la-salud>
- La Rosa, L. (2013). *Adolescencia e Iniciación Sexual*. Lima – Perú. CESY GRAF S.A.
- Loli, A. (2013). *La Sexualidad en la Adolescencia*. SMMISA. Lima.
- López, L. (2014). *Salud reproductiva: Derechos Sexuales y reproductivos. Conferencia en el taller “Promoción, defensa pública y definición de planes de acción regionales”* Red nacional de promoción de la mujer. Lima.
- Mala. M, & Denise L. (2014). *Adesao da gestante adolescente ao tratamento prenatal. Brasil, 2014*.
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2022). *Prevenir el embarazo en Niñas y Adolescentes y Reducir las Muertes Maternas*.
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-09-27/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2022-vf6.pdf>

- endoza, L., Claros, D., & Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia. <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.MENDOZA10.pdf>
- Ministerio de Educación. (2015). *Guía de Educación y Sexual: Formación Magisterial*. Lima Perú.
- Ministerio de Educación. (2015). *El Embarazo en la Adolescencia*. Lima, Perú;
- Ministerio de Educación. (2015). *Prevenimos el embarazo adolescente*. Lima – Perú.
- Ministerio de Salud. (2015). *Por la vida y la salud*. Lima.
- Ministerio de Educación. (2013). *Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía Subdirección de Fomento de Competencias Ministerio de Educación República de Colombia*. MINEDU.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; Fondo de Población de Naciones Unidas. (2013). *La mortalidad materna en el Perú, 2005 al 2012*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *El derecho a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes*. www.minsa.gob.pe
- Ministerio de Salud. (2017). *Programa de Salud reproductiva y planificación familiar -2016*. Lima – Perú
- Ministerio de Salud, Pathfinder, USAID. (2013). *Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para la orientación a adolescentes en salud sexual y reproductiva*. Lima – Perú.
- Ministerio de Salud, USAID. (2013). *Por Una Juventud Sana Comprometida Con Su Desarrollo*. Perú.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2022). *Información Institucional*. MTPE.

- Ministerio de Salud - Instituto Materno Perinatal. (2014). *Adolescencia y Salud Reproductiva*. Lima,
- Ministerio de Salud. *Plan multisectorial de prevención del embarazo en adolescentes, 2013 – 2021*. Lima – Perú.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, M. (2016). *Plan Nacional de Fortalecimiento a las familias 2016 - 2021*.
<https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP. (2019). *Plan de acción conjunto para prevenir la violencia contra las mujeres, así como brindar protección y atención a las víctimas de violencia, con énfasis en los casos de alto riesgo para el año 2019*. <https://www.mimp.gob.pe/files/Plan-de-accion-conjunto-2019.pdf>
- Moya, C. (2017). *La Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes en América Latina y el Caribe*. www.advocatesforyouth.org
- Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional *Serie Documentos Metodológicos N°28* Versión revisada: Perú, 26 de enero de 2015.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, *Publicaciones científicas N° 552*. (2015). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington,
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del Embarazo En Adolescentes*. Recuperado el 12 de enero del 2016 en:
<http://www.tractionproject.org/sites/default/files/La%20Morbilidad%20Mater na%20Extrema%20en%20la%20Red%20Hospitalaira%20del%20Pais.pdf>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2011). *Los jóvenes y los riesgos sanitarios*.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-sp.pdf

- ONG Save the Children. (2017). *En deuda con la niñez*
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052382.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015)., *Asamblea General. “VII Embarazo en adolescentes: sus derechos reproductivos. Campaña por el acceso universal a la salud reproductiva.* Recuperado el 15 de marzo del 2016 en:
http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/07/IPPF_FactSheet-4_Health-ES1.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Y COL (2016). *Embarazo de la Adolescente en América Latina y el Caribe.*
http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013) *La Salud en las Américas; Cap. V, Volumen II; 2013.* Recuperado el 13 de mayo del 2016 desde
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/#>
- Palomino, N. (2013). Rev. *Hacarera de la Red Rural N° 20 Edic. Flora Tristán Cap. Madres sin haber dejado de ser niñas.* pp. 48-51 Lima Perú
- Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021(PNAIA 2021), aprobado por Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP
- Pérez, A y Donoso, E. (2015). *Obstetricia.* Chile. 2ª Edic. Edit. Mediterránea. Chile.
- Pick, S., (2016). *Conocimientos de los Adolescentes de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos.* México.
- Ponce, & La Rosa, L. (2013) *Nuestra sexualidad: Mis abuelos, mis padres y yo: Construcción social de la sexualidad en tres generaciones.* Lima – Perú. Ed. Lluvia
- Population Council – Proyecto INOPAL III (*Investigación operativa y cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe*). (2016). *Mensajes sobre salud sexual y reproductiva.* Tomo I; Ed.

Solar servicios New York Cáp. Adolescencia y maternidad sin riesgos. pp. 17-22

Portilla, A. & cols. (2015). *Educación Sexual Para Adolescentes*. CEDER. Arequipa - Perú. Recuperado el 8 de mayo del 2016 en: http://www.academia.edu/5928150/El_g%C3%A9nero_como_determinante_social_de_la_salud

Quintana, A. & Vásquez, E. (2015). *Construcción Social de la Sexualidad Adolescente*. IES. LIMA – Perú. Tarea Asociación Gráfica Educativa.

Salazar, V. (2014). *Situación de la Salud del Adolescente en el Perú*. Perú.

Secretaría Nacional de la Juventud (SENAJU). (2015). *Primera Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados finales*. Lima:

Silaua, L. (2014). *La Adolescencia y la juventud en el Perú*.

Silva, I. (2022). *La adolescencia y su interrelación con el entorno* (Injuve (Ed.); 1st ed.).

Soletto, J. (2014). *El Enfoque de Riesgo de Mortalidad materna una perspectiva Latino Americana Informe Especial*. Lima Perú.

Stern, C. (2015.). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. México, 137-143

Ticona, M. & Huánuco, D. (2014). *Riesgos del Recién Nacido de las Madres Adolescentes*. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Diagnostico 39. Perú, pp. 35-40.

Torres, C. (2013). *Jóvenes y Violencia*. Lima. Perú.

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2015.). *Análisis de situación de la Niñez y la mujer en Lima*. Lima - Perú;

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2014). *Resumen del estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú 2013*, Lima Perú.

- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2017). *Situación del país adolescencia (12 – 17 años) Perú*.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (UNICEF). (2015). *El embarazo en adolescentes está ligado a determinantes sociales, económicos y culturales*. Fondos UNICEF
- Vega, I. & Centeno B. (2014). *Amor y Sexualidad en Tiempos del SIDA*. Lima – Perú.
- Villon, J. & Loyola, E. (2013) *Embarazo en adolescentes. Estudio realizado en Acobamba – Huancavelica. Ginecología y Obstetricia*. Perú. Pp. 116-119.
- Wilhelm, J & Col. (2013) *La edad Materna como factor de Riesgo del Embarazo en la Selva del Perú. Diagnostico Perú*. Pp. 80-84.
- Yáñez, V. (2015). *Embarazo indeseado en adolescentes*. Revista de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Lima. pp. 89-96.

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de operacionalización de variables

Variable /Subvariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
			Embarazo adolescente		
Determinantes sociales	Características socio económicas: Son aspectos relacionados a su entorno y a su nivel económico		Área de residencia	Urbana	Nominal
				Periurbana	
				Rural	
			Ocupación	Estudia	Nominal
				No estudia	
			Nivel de educación	Sin educación	Ordinal
				Primaria	
				Secundaria	
			Religión	Superior	Nominal
				Católica	
			Condición laboral del jefe de familia	No católica	Nominal
				Desempleado.	
				Trabajo estable.	
			Ingreso mensual al hogar	Trabajo eventual.	De razón
				< S/. 850.00.	
				S/.850.00-S/. 1000.00.	
				S/1,001.00-S/. 1,500.00.	
			Tenencia de la vivienda.	> S/. 1000.00	Nominal
				Alquilada.	
	Usufructuada.				
Propia.					
Tipo de material de la vivienda	Otros	Nominal			
	Noble.				
	Adobe/tapial.				
Servicios básicos en la vivienda	Quincha.	Nominal			
	Agua, desagüe, luz, recojo de basura.				
	Agua, luz.				
N° de personas por vivienda.	Agua.	Ordinal			
	4				
	5				
	6				
	8				
N° de personas por habitación.	9	Intervalo			
	1-2.				
	3-4.				
	5-6.				
Personas con las que vivía.	7+	Nominal			
	Ambos padres.				
	Solo con madre/padre.				
	Con parientes.				
Estado civil de los padres.	Con otras personas	Nominal			
	Solteros.				
	Casados.				

orden en el desarrollo integral de las personas			Conviviente.	
			Divorciados/separados.	
			Viudos.	
		Nivel de educación del padre	Sin educación.	Ordinal
			Primaria.	
			Secundaria.	
		Nivel de educación de la madre	Superior.	Ordinal
			Sin educación.	
			Primaria.	
		Antecedentes de embarazo en adolescentes en la familia	Secundaria.	Nominal
			Superior.	
			Madre.	
		Consumo de bebidas alcohólicas/ embriaguez en el hogar	Hermanas	Nominal
			Madre y hermanas.	
			No se presentó	
		Tipo de paternidad	Con frecuencia.	Nominal
			A veces.	
			Nunca.	
		Recibió muestras de cariño.	Autoritario.	Nominal
Patriarcal.				
Democrático.				
Padres hablaron sobre sexualidad	Frecuentemente.	Ordinal		
	A veces.			
	Nunca.			
Padres enterados de relación amorosa.	Sí.	Nominal		
	No			
Persona en quien confía.	Sí.	Nominal		
	No			
	Padre/madre.			
	Alguien de la familia.			
	Enamorado.			
Víctima de violencia familiar	Amigos.	Nominal		
	Religioso.			
Expresión de sus sentimientos.	Profesor.	Nominal		
	Sí.			
	No			
Libertad para poder decidir	Nunca.	Nominal		
	A veces.			
	Frecuentemente.			
Asistencia a reuniones sociales	Nunca.	Nominal		
	A veces.			
	Frecuentemente			
Consumo de bebidas alcohólicas (Test de Audit)	No problemas relacionados con el alcohol.	Nominal		
	Bebedora en riesgo.			
	Problemas físicos-síquicos relacionados con la bebida.			
	Dependencia alcohólica			
Conocimientos sobre sexualidad y	Deficiente: 0 a 4 puntos.	De razón		
	Regular: 5 a 7 puntos.			

			planificación familiar	Bueno: 8 a 10 puntos	
			Edad de menarquia	11-12.	Intervalo
				13-14.	
				15-16.	
			Edad de inicio de relaciones sexuales	No inicio	De razón
				12-13.	
				14-15.	
				16-17	
			Motivo de inicio de relaciones sexuales	Propia voluntad.	Nominal
				Presión de la pareja.	
				Violación	
			Motivo por no utilizar métodos anticonceptivos	Descriptiva	Nominal

Anexo N° 2: Matriz de consistencia

Problema	VARIABLES	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>¿Cuáles son los determinantes sociales que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016?</p>	<p>Embarazo adolescente</p> <hr/> <p>Determinantes sociales (Características socio-económicas)</p> <p>(Características familiares)</p> <p>(Características personales)</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Establecer los determinantes sociales que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar los determinantes socioeconómicos que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca</p> <p>Señalar los determinantes familiares que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca</p> <p>Precisar los determinantes personales que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca</p>	<p>Existen algunos determinantes sociales que influyen significativamente en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016.</p>	<p>La población estuvo representada por todas las adolescentes atendidas en los establecimientos de salud de la jurisdicción del Distrito de Cajamarca, embarazadas y no embarazadas, entre enero y diciembre del 2016, siendo un total de 13,319. La muestra estuvo conformada por 260 adolescentes, siendo calculado a través del utilizando el muestreo aleatorio estratificado, con una confiabilidad de 95% y un error máximo tolerable del 5% para proporciones poblacionales finitas.</p>

Anexo N° 3: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD SAN PEDRO VICERRECTORADO ACADÉMICO ESCUELA DE POSTGRADO

Título de la investigación:

DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CAJAMARCA. 2016.

Investigadora:

Obsta. Jane Julián Castro

Introducción y Objetivo del Estudio:

Se le invita a participar en el presente estudio, el cual tiene por objetivo establecer los determinantes sociales que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en los establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016; para lo cual se le aplicará una encuesta para la recolección de los datos.

Participantes:

Las participantes de la presente investigación serán adolescentes atendidas en los establecimientos de salud de la jurisdicción del Distrito de Cajamarca, embarazadas y no embarazadas, entre enero y diciembre del 2016.

Confidencialidad:

La información obtenida a través del instrumento de recolección de datos será mantenida bajo estricta confidencialidad, garantizándole mantener en reserva su participación y los datos que brinden al entrevistador. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento, puesto que se trata de información médico – legal.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este proyecto de investigación.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Sin embargo, se prevé que los resultados sirvan para plantear estrategias para la salud de las adolescentes gestantes.

Derecho de retirarse del estudio:

También es importante darle a conocer que usted tiene derecho a retirarse de la investigación, si así lo deseará, en cualquier momento, sin que esto provoque alguna consecuencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:
identificada con N° DNI.....y edad....., bajo la tutela
de mi padre/madre:, con DNI
manifestamos estar de acuerdo para participar en la investigación titulada
“DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO DE CAJAMARCA, 2016”; para
lo cual manifiesto que se nos ha explicado la finalidad y la metodología de recolección de
datos que se utilizará durante su ejecución.

La participación en el proyecto es voluntaria y, para qué así conste, tanto mi padre/madre y yo
firmamos y plasmamos nuestras huellas en este consentimiento informado autorizando mi
colaboración.

A los__ días del mes de _____ del año 20__.

Adolescente:

Firma: _____

DNI: _____

Huella: _____

Padre/madre del Adolescente:

Firma: _____

DNI: _____

Huella: _____

Anexo N° 4: Instrumento de recolección de datos

**DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DISTRITO
DE CAJAMARCA**

EMBARZADA: Sí () No ()

I. DATOS GENERALES:

1. Apellidos y Nombres:.....

2. Edad (años)..... Domicilio:

3. Residencia: Urbano (), Rural (), Periurbana ().

4. Estado civil.....5. Ocupación:..... 6. Religión:.....7 .G° instrucción:

II CACTERÍSTICAS FAMILIARES

Vivienda,

8. Tenencia: Propia (), Alquilada (), Prestada (), Usufructuada (),

9. Materiales: Noble (), Adobe/tapial (), Quincha (),

10. N° de personas por habitación.....

11. N° de personas que viven en la vivienda:

12. Cuenta con:

Agua (), Desagüe (), Luz (), Disposición de excretas (), Recojo de Basura ().

III. INTEGRANTES DE LA FAMILIA Y SUS CARACTERÍSTICAS.

Miembros	Parentesco	Estado civil	Sexo	Edad	G° de Ins	Ocupación	Condición Laboral	9.Ingreso
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
TOTAL								

14. En tu familia alguien se ha embarazado cuando era adolescente:

Madre (), Hermanas (), No se presentó ().

15. En tu hogar consumen alcohol y llegaban a la embriaguez:

Siempre (), A veces (), Nunca ().

16 ¿Qué tipo de trato recibiste de tus padres:

Autoritario: Si () No ()

1 ¿Los hombres no expresan ni reciben cariño?, ()

2 ¿El padre o figura masculina es la autoridad en casa? ()

3 ¿Él toma las decisiones en casa? ()

4 ¿Los varones no participan en las tareas de hogar? ()

5 ¿Los hombres son atendidos por las mujeres de la casa? ()

6.2 Patriarcal: Si () No ()

1 ¿El padre expresa sentimientos de cariño y protección a la familia? ()

2 ¿El hombre patriarcal provee bienes y servicios a su familia? ()

3 ¿Toma decisiones consultando a su esposa, pero él tiene la última palabra? ()

4. Participa en las tareas domésticas que implica uso de fuerza física. ()

6.3 Democrático: Si () No ()

1 ¿El hombre y la mujer expresa y recibe afecto? ()

2 ¿Las decisiones se toma en familia? ()

3 ¿Todos los miembros de la familia comparten las tareas de hogar? ()

* 2 o más respuestas positivas – (Sí)

17. Recibiste muestras de cariño por tus padres:

Siempre (), A veces (), Nunca ().

18. Como calificas la relación de convivencia con tus padres (comprensión,

amor): Buena (), Regular (), Mala ().

19. Tus padres te hablaron sobre sexualidad (Relaciones sexuales, planificación familiar, diferencias anatómicas, fisiológicas entre el hombre y la mujer, enamoramiento). Sí () No ().

20 Cuenta con al algún tipo de seguro (SIS; Es SALUD; otro):

Si (), No ().

21. Tus padres estaban enterados que tenías enamorado/pareja: Si (), No ()

III. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

ACTITUD DE LA ADOLESCENTE

23. Expresas siempre lo que sientes:

Nunca (), A veces (), Frecuentemente ().

24. Tenías libertad para poder decidir:

Nunca (), A veces (), Frecuentemente ().

25. A quien confiabas tus problemas:

26. Que hacías en tu tiempo libre:

27. Pertenecías a algún grupo juvenil (religioso, deportivo, teatro, etc.):

Si (), No ().

28. Asistes a reuniones sociales: Bailes, parrilladas/ polladas, discotecas, cumpleaños, peñas, etc.

Frecuentemente: más de 4 veces al mes ()

A veces: menos de 4 ves al mes ()

Nunca ().

29. Consumes tabaco: Siempre (), A veces (), Nunca ().

ALGUNAS MANIFESTACIONES BIOPSIKOLÓGICAS DE LA SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE.

31. Edad de la que tuviste tu primera menstruación..... Años,

32. Edad de tu primera relación sexual.....

33. Motivo por lo que iniciaste tus relaciones sexuales:

Propia voluntad (), Presión de pareja/amistades (), Violación ()

34. Cuál fue el motivo por lo que no utilizaste ningún método anticonceptivo:

TEST CONOCIMIENTOS

EDUCACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN SEXUAL

1. - ¿Qué es educación sexual?

- a.- Conocimientos sobre funciones anatómicas, biológicas del organismo humano.
- b.- Saber sobre relaciones sexuales.
- c.- Saber cuántos hijos tener.
- d.- Todas.
- e.- Ninguna.

2.- ¿Qué es menstruación?

- a.- Hemorragia uterina mensual a través de los genitales.
- b.- Hemorragia que viene por las vías urinarias.
- c.- Hemorragia que indica un aborto.,
- d.- Todas.
- e.- Ninguna

3.- ¿Que es ovulación?

- a.- Unión del óvulo con el espermatozoide.
- b.- Proceso mediante el cual logra penetrar el útero.
- c.- Es la salida del óvulo maduro por el ovario.
- d.- Proceso de formación del óvulo.
- e.- No sabe.

4.- Indique cuales son los genitales externos femeninos.

- a.- Monte de Venus, útero y clítoris.

- b.- Labios mayores, labios menores, ovarios.
- c.- Trompas de Falopio, labios mayores, clítoris.
- d.- Monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris.
- e.- No sabe.

5.- ¿Por qué se produce el embarazo?

- a.- Por la mezcla del semen con la sangre menstrual.
- b.- Cuando hay contacto entre los genitales del hombre con la mujer.
- c.- Por la unión del óvulo con el espermatozoide.
- d.- Por un beso.
- e.- No sabe.

6.- ¿Cuándo puedes quedar embarazada?

- a.- Durante los días de tu regla.
- b.- Probablemente a los 14 días después del primer día de tu regla.
- c.- Los últimos días del mes.
- d.- Cualquier día del mes.
- e.- No sabe.

7.- ¿Las relaciones sexuales te permiten?

- a.- Expresar amor entre la pareja.
- b.- Obtener placer sexual.
- e.- Ninguna de las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores

8.- ¿Los métodos anticonceptivos permiten?

- a.- Nunca más volver a tener hijos
- b.- Evitar el embarazo.

- c.- Lo usan sólo las mujeres.
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores.

9.- ¿Qué es Planificación Familiar?

- a.- Es la decisión libre de cuantos hijos tener y cuando tenerlos.
- b.- Cuidarse para no salir embarazada nunca.
- c.- No tener relaciones sexuales como pareja.
- d.- Todas las anteriores.
- e.- Ninguna de las anteriores.

10.- ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?

- a.- Enfermedades que se heredan.
- b.- Aquellas que se transmiten por contacto sexual.
- c.- Aquellas que se contagian por picadura de insectos.
- d.- Ninguna de las anteriores.
- e.- Todas las anteriores.

Gracias, por tu colaboración

CALIFICACIÓN DEL TEST DE CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN SEXUAL

1.- ¿Qué es educación sexual?

a.- Conocimientos sobre funciones anatómicas, biológicas del organismo humano.	Adecuado	1 punto
b.- Saber sobre relaciones sexuales.	Inadecuado	0 puntos
c.- Saber cuántos hijos tener.	Inadecuado	0 puntos
d.- Todas.	Inadecuado	0 puntos
e.- Ninguna.	Inadecuado	0 puntos

2.- ¿Qué es menstruación?

a.- Hemorragia uterina mensual a través de los genitales.	Adecuado	1 punto
b.- Hemorragia que viene por las vías urinarias.	Inadecuado	0 puntos
c.- Hemorragia que indica un aborto.	Inadecuado	0 puntos
d.- Todas.	Inadecuado	0 puntos
e.- Ninguna	Inadecuado	0 puntos

3.- ¿Que es ovulación?

a.- Unión del óvulo con el espermatozoide.	Inadecuado	0 punto
b.- Proceso mediante el cual logra penetrar el útero.	Inadecuado	0 puntos
c.- Es la salida del óvulo maduro por el ovario.	Adecuado	1 puntos
d.- Proceso de formación del óvulo.	Inadecuado	0 puntos
e.- No sabe.	Inadecuado	0 puntos

4.-Indique cuales son los genitales externos femeninos.

a.- Monte de Venus, útero y clítoris.	Inadecuado	0 puntos
b.- Labios mayores, labios menores, ovarios.	Inadecuado	0 puntos
c.- Trompas de Falopio, labios mayores, clítoris.	Inadecuado	0 puntos
d.- Monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris.	Adecuado	1 punto
e.- No sabe.	Inadecuado	0 puntos

5.- ¿Por qué se produce el embarazo?

a.- Por la mezcla del semen con la sangre menstrual.	Inadecuado	0 puntos
b.- Cuando hay contacto entre los genitales del hombre con la mujer.	Inadecuado	0 puntos
c.- Por la unión del óvulo con el espermatozoide.	Adecuado	1 punto
d.- Por un beso.	Inadecuado	0 puntos
e.- No sabe.	Inadecuado	0 puntos

6.- ¿Cuándo puedes quedar embarazada?

a.- Durante los días de tu regla.	Inadecuado	0 puntos
b.- Probablemente a los 14 días después del primer día de tu regla.	Adecuado	1 punto
c.- Los últimos días del mes.	Inadecuado	0 puntos
d.- Cualquier día del mes.	Inadecuado	0 puntos
e.- No sabe.	Inadecuado	0 puntos

7.- ¿Las relaciones sexuales te permiten?

a.- Expresar amor entre la pareja.	Inadecuado	0 puntos
b.- Obtener placer sexual.	Inadecuado	0 puntos
c.- Procrear un nuevo ser.	Inadecuado	0 puntos
d.- Todas las anteriores	Adecuado	1 punto
e.- Ninguna de las anteriores	Inadecuado	0 puntos

8.- ¿Los métodos anticonceptivos permiten?

a.- Nunca más volver a tener hijos.	Inadecuado	0 puntos
b.- Evitar el embarazo	Adecuado	1 punto
c.- Lo usan sólo las mujeres	Inadecuado	0 puntos
d.- Todas las anteriores	Inadecuado	0 puntos
e.- Ninguna de las anteriores.	Inadecuado	0 puntos

9.- ¿Qué es Planificación Familiar?

a.- Es la decisión libre de cuantos hijos tener y cuando tenerlos.	Adecuado	1 punto
--	-----------------	----------------

b.- Cuidarse para no salir embarazada nunca.	Inadecuado	0 puntos
c.- No tener relaciones sexuales como pareja.	Inadecuado	0 puntos
d.- Todas las anteriores.	Inadecuado	0 puntos
e.- Ninguna de las anteriores.	Inadecuado	0 puntos

10.-¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?

a.- Enfermedades que se heredan	Inadecuado	0 puntos
b.- Aquellas que se transmiten por contacto sexual.	Adecuado	1 punto
c.- Aquellas que se contagian por picadura de insectos.	Inadecuado	0 puntos
d.- Ninguna de las anteriores.	Inadecuado	0 puntos
e.- Todas las anteriores.	Inadecuado	0 puntos

PUNTAJE:

Nivel de conocimiento deficiente : 0 a 4 puntos.

Nivel de conocimiento regular : 5 a 7 puntos.

Nivel de conocimientos bueno : 8 a 10 puntos.

MEDICIÓN DE LA LÍNEA DE POBREZA

LÍNEA DE LA POBREZA TOTAL.

Es el valor de la canasta mínima de bienes (incluidos los alimentos) y servicios.

DOMINIO DE ESTUDIO	LÍNEAS DE POBREZA TOTAL (SOLES MENSUALES PER CAPITA)		
	2014	2015	2016
CANASTA BASICA FAMILAR	292.00	303.00	328.00

FUENTE: INEI – EVOLUCION DE LA POBREZA MONETARIA EN EL PERU-2017.

POBREZA TOTAL:

Comprende a las personas cuyos hogares tienen ingresos o consumo per cápita inferiores al costo de una canasta total de bienes y servicios mínimos esenciales.

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
JULIAN CASTRO JANE DEL ROSARIO	26691942	2006192029@usanpedro.edu.pe	
<small>Apellidos y Nombres</small>	<small>DNI</small>	<small>Correo Electrónico</small>	
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/> Maestría <input checked="" type="checkbox"/> Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
Determinantes sociales del embarazo en adolescentes atendidas en establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016			
5. Programa Académico			
DOCTORADO EN GESTION EN SALUD			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público ² (info:eu-repo/semantics/openAccess)	<input type="checkbox"/> Acceso restringido ³ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)		
<small>(*) En caso de restringido sustentar motivo</small>			

A. Originalidad del Archivo Digital


Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.


B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS ⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. ⁶

	<small>Lugar</small>	<small>Día</small>	<small>Mes</small>	<small>Año</small>
	Cajamarca	4	06	2024

Huella Digital





Firma

Importante

1. Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2
2. Ley N° 30035 Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S 006-2015-PCM
3. Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822
4. En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DECC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital
5. Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra
6. Según el inciso 1.2.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales RENATI Las universidades, instituciones e escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA.

Nota: - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, párr. 32.3).

Determinantes sociales del embarazo en adolescentes atendidas en establecimientos de salud del distrito de Cajamarca, 2016

ORIGINALITY REPORT

20%	12%	2%	12%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to American Public University System Student Paper	10%
2	repositorio.unc.edu.pe Internet Source	1%
3	hdl.handle.net Internet Source	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	1%
5	repositorio.uladech.edu.pe Internet Source	<1%
6	repositorio.uap.edu.pe Internet Source	<1%
7	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet Source	<1%
8	pt.scribd.com Internet Source	<1%

9	www.researchgate.net Internet Source	<1 %
10	repositorio.unfv.edu.pe Internet Source	<1 %
11	documentop.com Internet Source	<1 %
12	www.adolec.org Internet Source	<1 %
13	issuu.com Internet Source	<1 %
14	repositorio.usanpedro.edu.pe Internet Source	<1 %
15	1library.co Internet Source	<1 %
16	myslide.es Internet Source	<1 %
17	cdn.www.gob.pe Internet Source	<1 %
18	es.slideshare.net Internet Source	<1 %
19	docs.bvsalud.org Internet Source	<1 %
20	Submitted to Universidad Nacional Agraria La Molina	<1 %

21	repositorio.utn.edu.ec Internet Source	<1 %
22	economia.uniandes.edu.co Internet Source	<1 %
23	loestados.wordpress.com Internet Source	<1 %
24	www.popact.org Internet Source	<1 %
25	www.clubensayos.com Internet Source	<1 %
26	docs.google.com Internet Source	<1 %
27	KLOHN CRIPPEN BERGER S.A.. "MEIA del Proyecto Minero Antamina por Incremento de Reservas y Optimización del Plan de Minado.- IGA0013037", R.D. N° 054-2011-MEM-AAM , 2021 Publication	<1 %
28	www.slideshare.net Internet Source	<1 %
29	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Student Paper	<1 %
30	vdocumento.com Internet Source	

		<1 %
31	web.unfpa.org Internet Source	<1 %
32	www.aldeae.net Internet Source	<1 %
33	prezi.com Internet Source	<1 %
34	repositorio.continental.edu.pe Internet Source	<1 %
35	www.coursehero.com Internet Source	<1 %
36	www.dspace.uce.edu.ec Internet Source	<1 %
37	gredos.usal.es Internet Source	<1 %
38	somoshalcones.com Internet Source	<1 %
39	www.eclac.cl Internet Source	<1 %
40	www.scielo.cl Internet Source	<1 %
41	enfermeriabuenosaires.com Internet Source	<1 %

42	watermark.silverchair.com Internet Source	<1 %
43	www.yorokobu.es Internet Source	<1 %
44	www.cepal.org Internet Source	<1 %
45	adultosmayores.info Internet Source	<1 %
46	repositorio.ucss.edu.pe Internet Source	<1 %
47	repositorio.unica.edu.pe Internet Source	<1 %
48	sitio.colegiofranciscadelasllagas.com Internet Source	<1 %
49	Lucy H. López Reyes. "Adolescent pregnancy, adolescent childhood and its severe impacts on Peruvian society. A permanent tragedy", <i>Anales de la Facultad de Medicina</i> , 2023 Publication	<1 %
50	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Perú Student Paper	<1 %
51	Submitted to Universidad Andina Néstor Caceres Velasquez Student Paper	<1 %

52	Submitted to Universidad Estatal de Milagro Student Paper	<1 %
53	Submitted to Universidad TecMilenio Student Paper	<1 %
54	americanae.aecid.es Internet Source	<1 %
55	observatorioviolencia.pe Internet Source	<1 %
56	pt.slideshare.net Internet Source	<1 %
57	repositorio.ug.edu.ec Internet Source	<1 %
58	www.consumer.es Internet Source	<1 %
59	www.iosrjournals.org Internet Source	<1 %
60	www.tuotromedico.com Internet Source	<1 %
61	jalayo.blogspot.com Internet Source	<1 %
62	pro-rio.org Internet Source	<1 %
63	repositorio-digital.cide.edu Internet Source	<1 %

64	www.aracenanoticias.com Internet Source	<1 %
65	www.lpp-uerj.net Internet Source	<1 %
66	www.pinterest.com Internet Source	<1 %
67	www.secep.gob.ni Internet Source	<1 %
68	core.ac.uk Internet Source	<1 %
69	espanol.tusaludmag.com Internet Source	<1 %
70	repositorio.usmp.edu.pe Internet Source	<1 %
71	www.jimenez-aybar.com Internet Source	<1 %
72	www.pidhdd.org Internet Source	<1 %
73	www.scribd.com Internet Source	<1 %
74	art.ridne.net Internet Source	<1 %
75	docero.tips Internet Source	<1 %

76	doczz.net Internet Source	<1 %
77	es.scribd.com Internet Source	<1 %
78	m.panamaamerica.com.pa Internet Source	<1 %
79	observatorio.campus-virtual.org Internet Source	<1 %
80	onlinecitassoundrali.hatenablog.com Internet Source	<1 %
81	pesquisa.bvsalud.org Internet Source	<1 %
82	repositorio.uncp.edu.pe Internet Source	<1 %
83	repositorio.up.edu.pe Internet Source	<1 %
84	repositorio.usfq.edu.ec Internet Source	<1 %
85	search.bvsalud.org Internet Source	<1 %
86	tesis.pucp.edu.pe Internet Source	<1 %
87	www.apost.com Internet Source	<1 %

88	www.sec.es Internet Source	<1 %
89	xipe.insp.mx Internet Source	<1 %
90	antropologiafisica.org Internet Source	<1 %
91	biblioteca.usac.edu.gt Internet Source	<1 %
92	cursodef.webcindario.com Internet Source	<1 %
93	cybertesis.unmsm.edu.pe Internet Source	<1 %
94	dspace.unitru.edu.pe Internet Source	<1 %
95	es.ismico.org Internet Source	<1 %
96	inba.info Internet Source	<1 %
97	larepublica.pe Internet Source	<1 %
98	mariestopes.org.mx Internet Source	<1 %
99	mendive.upr.edu.cu Internet Source	<1 %

100	pdfcookie.com Internet Source	<1 %
101	repo.sibdi.ucr.ac.cr:8080 Internet Source	<1 %
102	repositorio.unab.edu.pe Internet Source	<1 %
103	repositorio.upao.edu.pe Internet Source	<1 %
104	repositorio.upica.edu.pe Internet Source	<1 %
105	scielo.isciii.es Internet Source	<1 %
106	ssr12.blogspot.com Internet Source	<1 %
107	transparencia-economica.mef.gob.pe Internet Source	<1 %
108	upao.edu.pe Internet Source	<1 %
109	www.aquilatinos.com Internet Source	<1 %
110	www.consortio.edu.pe Internet Source	<1 %
111	www.convencion.org.uy Internet Source	<1 %

112	www.elheraldo.com.ec Internet Source	<1 %
113	www.gender-budgets.org Internet Source	<1 %
114	www.gob.mx Internet Source	<1 %
115	www.huffingtonpost.es Internet Source	<1 %
116	www.ilustrados.com Internet Source	<1 %
117	www.investigarmqr.com Internet Source	<1 %
118	www.ordenjuridico.gob.mx Internet Source	<1 %
119	www.studocu.com Internet Source	<1 %
120	www.theibfr.com Internet Source	<1 %
121	cdigital.dgb.uanl.mx Internet Source	<1 %
122	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	<1 %