

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA.



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**“Factores de riesgo asociados con embarazo adolescente en pacientes
atendidas en un centro de salud”**

Área De Investigación:

Salud Pública

Autor:

Sevilla Pérez, Guillermo Francisco

Jurado evaluador:

Presidente: Baltazar Reyes, Luis Baltazar

Secretario: Munares Chacaltana, Freddy

Vocal: Cáceres Ubaldo, Jorge Luis

Asesor:

Cruz Dioses, Fernando Ricardo

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0309-4258>

Piura – Perú

2023

Fecha de sustentación: 20/11/23

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD"

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	ri.uaemex.mx Fuente de Internet	2%
5	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	repositorio.unesum.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	repositoriobibliotecas.uv.cl Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

DRA. FERNANDO CRUZ DÓSES
DOCENTE UPAO - PUNTA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, **Fernando Ricardo Cruz Dioses**, docente, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “**Factores De Riesgo Asociados Con Embarazo Adolescente En Pacientes Atendidas En Un Centro De Salud**”, autor **Guillermo Francisco Sevilla Pérez**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 16 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 16 de agosto de 2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Piura, 16 de agosto de 2023

ASESOR

Dr. Cruz Dioses, Fernando Ricardo

DNI: 05645896

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0309-4258>

AUTOR

Sevilla Pérez, Guillermo Francisco

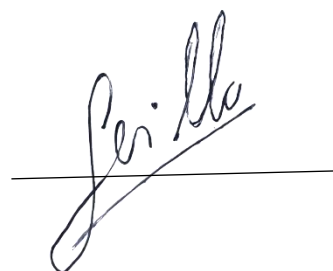
DNI: 70749408

FIRMA:



DRA. FERNANDO CRUZ DIOSES
DOCENTE UPAO - PIURA

FIRMA:



DEDICATORIA

. A mi mamá, que con su amor y paciencia incondicional me acompañaron en todo este largo camino.

. A mi papá, que siempre creyó en mí, me empujó a ser mejor cada día y nunca permitió que me faltase algo.

. A mi hermana Adriana, que estuvo cuando más la necesité y me ayudó cuando no encontraba salida para los problemas.

. A Valeria Celi, que hizo que este proceso tan tedioso se volviera más sencillo con su apoyo y consejo.

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento a mi familia que siempre estuvo pendiente de mí, me apoyó y me hizo saber lo orgullosa que estaba de mí.

A mi asesor el Dr. Fernando Cruz Dioses por haberme guiado y ayudado en la realización de este trabajo.

Al jefe del Centro de Salud I-3 Paccha el Dr. Willy Gonzáles por brindarme todas las facilidades para llevar a cabo la recolección de datos de mi tesis.

A mis docentes por haber compartido sus conocimientos y haberme exigido a lo largo de mi carrera para poder ser así mejor profesional.

Y a todos mis amigos y personas que tuvieron que ver de una u otra manera en la ejecución de este trabajo.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD.

AUTOR: Guillermo Francisco Sevilla Pérez. ¹

ASESOR: Dr. Fernando Cruz Diosese. ¹

1.- Facultad de Medicina Humana UPAO

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: Centro de salud I-3 Paccha

CORRESPONDENCIA:

Guillermo Francisco Sevilla Pérez

Calle los Geranios, MZ C1 Lote 15, Urbanización Jardín I etapa

Teléfono: +51 968 354 044

Email: guillesevillape@gmail.com

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUCCION.....	8
2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	12
3. OBJETIVOS.....	12
4. HIPOTESIS.....	13
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
6. RESULTADOS.....	20
7. DISCUSIÓN.....	29
8. CONCLUSIONES.....	32
9. RECOMENDACIONES.....	34
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
11. ANEXOS.....	41

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes en el Centro de Salud I-3 Paccha durante el año 2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles en el Centro de Salud Paccha de la sierra norte del Perú, donde los casos fueron adolescentes en gestación y los controles adolescentes no gestantes. Se calculó una muestra de 63 casos y 63 controles y se aplicó un muestreo por conveniencia. Se incluyeron variables sociodemográficas y personales, y se usó estadística analítica bivariada y multivariada para encontrar la relación entre las variables independientes y la gestación adolescente.

RESULTADOS: En el análisis multivariado se halló que aquellas que eran amas de casa tenían el doble de riesgo de presentar un embarazo adolescente (ORc=2.37, IC 95%= 1.57 – 3.61, p= <0.001), aquellas participantes que reportaron disfunción familiar, tuvieron 49% más riesgo de presentar un embarazo adolescente (ORc=1.49, IC 95%= 0.08 – 2.05, p= 0.015) y aquellas que reportaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos tuvieron 35% menos riesgo de presentar un embarazo adolescente (ORc=0.60, IC 95%= 0.42 – 0.85, p= 0.004).

CONCLUSIONES: La ocupación actual, la disfunción familiar y haber recibido información sobre métodos anticonceptivos fueron factores asociados al embarazo adolescente en esta población de estudio.

Palabras Clave: embarazo adolescente, factores de riesgo, Piura

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors for pregnancy in adolescents in the I-3 Paccha Health Center during the year 2023.

MATERIAL AND METHOD: A case-control study was carried out at the Paccha Health Center in the northern highlands of Peru, where the cases were pregnant adolescents and the controls were non-pregnant adolescents. A sample of 63 cases and 63 controls was calculated and convenience sampling was applied. Sociodemographic and personal variables were included, and bivariate and multivariate analytical statistics were used to find the relationship between the independent variables and adolescent gestation.

RESULTS: In the multivariate analysis it was found that those who were housewives had twice the risk of having a teenage pregnancy (ORc=2.37, 95% CI= 1.57 - 3.61, $p < 0.001$), those participants who reported family dysfunction had 49% higher risk of having a teenage pregnancy (ORc=1.49, 95% CI= 0.08 - 2.05, $p = 0.015$) and those who reported having received information on contraceptive methods had 35% lower risk of presenting an adolescent pregnancy (ORc=0.60, 95% CI= 0.42 - 0.85, $p = 0.004$).

CONCLUSIONS: Current occupation, family dysfunction and having received information about contraceptive methods were factors associated with teenage pregnancy in this study population.

Key words: adolescent pregnancy, risk factors, Piura.

I. INTRODUCCIÓN:

A nivel mundial, alrededor de 1 de cada 6 personas son adolescentes de 10 a 19 años(1). La adolescencia se considera a menudo como un período de transición caracterizado por una buena salud. A pesar de esta noción, los adolescentes están expuestos a riesgos para la salud relacionados con su sexualidad y reproducción(2, 3). Por ejemplo, el embarazo adolescente y sus implicaciones sociales y de salud asociadas representan un importante problema de salud pública que requiere una resolución crítica en muchas naciones(4, 5).

El embarazo adolescente se define como la ocurrencia de un embarazo en niñas de 10 a 19 años(6, 7). Uno de cada diez nacimientos es de mujeres menores de 18 años, y más del 80% de estos nacimientos ocurren en países subdesarrollados(8, 9). Los porcentajes más altos provienen de regiones en desarrollo, por ejemplo, África, donde el embarazo adolescente oscila entre el 60 y el 80%(10, 11). Los porcentajes son más bajos en América Latina, pero aún representan una gran proporción de mujeres adolescentes, con una prevalencia que varía entre 27 y 41%(12). La disminución del tiempo de la menarquia y el mejor sustento y las mejores formas de vida de las edades más jóvenes son las variables fundamentales que están detrás del alto ritmo de embarazos en adolescentes en todo el mundo.(13). El informe de 2016 de la OMS mostró que la tasa mundial de nacimientos en adolescentes fue de 51 por cada 1000 niñas de 15 a 20 años(14). El embarazo adolescente se ha posicionado como uno de los problemas más frecuentes a nivel salud, sobre todo en países pobres(15, 16). Incluso está asociado a muertes maternas frecuentes y su impacto económico es notorio (1, 14, 16). Así también se relaciona con resultados desfavorables en mayor medida que en mujeres maduras (16, 17). Más de 60.000 niñas adolescentes mueren cada año a causa de estas complicaciones, principalmente en los países en desarrollo(18). La mayoría de la morbilidad y mortalidad materna e infantil están relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones, bajo peso al nacer y parto prematuro(7).

Las mujeres adolescentes embarazadas tienen un mayor riesgo de resultados adversos en el parto, aunque la mayor parte de esta investigación se ha realizado en los Estados Unidos(19). Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen más probabilidades de ser prematuros, con bajo peso al nacer, pequeños para edad

gestacional, y tienen una puntuación de Apgar baja a los 5 minutos(20, 21). Además, la mortalidad perinatal, la mortalidad neonatal, la mortalidad posneonatal, y la mortinatalidad están más fuertemente asociados con los bebés nacidos de madres jóvenes(15, 22). Del mismo modo, los resultados adversos del parto, como la muerte fetal, la muerte neonatal, el parto prematuro y el bajo peso al nacer también son más comunes entre las mujeres de edad materna avanzada (≥ 35 años)(23).

El embarazo adolescente está asociado con varios factores que, cuando se evitan, pueden prevenir problemas de salud graves. En las zonas rurales, el bajo nivel socioeconómico y la falta de acceso a la educación se asocian comúnmente con el embarazo adolescente(24, 25). Junto con las características sociodemográficas, los antecedentes familiares, como la experiencia previa de embarazo adolescente de un pariente cercano, la violencia doméstica e incluso el acoso sexual también son factores asociados con el embarazo adolescente(26).

Byonanebye J et al realizaron un estudio en adolescentes embarazadas en Uganda. La tasa de embarazo adolescente de Uganda aumentó de 7,3/1000 en 2006 a 8,1/1000 en 2011. La región del este central tuvo consistentemente las tasas más altas que otras regiones. En 2006, el embarazo adolescente se asoció significativamente con estar casada, vivir en pareja o separada, en comparación con las solteras. El estado civil y la riqueza también fueron predictores significativos del embarazo adolescente(27).

Ochen AM et al realizaron un estudio para investigar los factores conductuales, familiares y sociales asociados con el embarazo adolescente entre niñas de 14 a 18 años en el distrito de Psitikia Noruega. Un total de 512 adolescentes participaron en este estudio, sin embargo, se realizaron análisis finales para 370 encuestadas. En el análisis bivariable, todas las variables, entre ellas el consumo de alcohol, se asociaron significativamente con el embarazo adolescente. Entre los factores conductuales evaluados, los análisis multivariantes mostraron que tener múltiples parejas sexuales, sexo frecuente y uso irregular de anticonceptivos aumentaba la probabilidad de embarazo adolescente. Entre los factores familiares, se encontró que estar casado aumenta la probabilidad de embarazo en la adolescencia. Se observó que la presión de los compañeros, el abuso sexual y la falta de control sobre el sexo aumentan la probabilidad de embarazo adolescente(26).

Donatus L et al realizaron un estudio para determinar los factores asociados con el embarazo de niñas adolescentes en edad escolar en el distrito de salud de Helkin Este. El estudio muestra una alta prevalencia (72,5%) de embarazo adolescente en las clínicas prenatales muestreadas del distrito de salud de Helkin Este, atribuible a las consideraciones inadecuadas dadas a los factores asociados con el embarazo de niñas en edad escolar. Este estudio ha indicado que la edad de la adolescente al primer embarazo, el bajo uso de anticonceptivos, el nivel socioeconómico y la violencia física son factores que se asocian en gran medida con el embarazo adolescente. Este estudio muestra que los adolescentes obtienen información principalmente de la escuela (53%) y familiares (20%)(10).

Mejia JR et al realizaron un estudio para fue evaluar los determinantes del embarazo adolescente en comunidades indígenas de la selva central peruana. Incluimos 42 casos y 84 controles. En general, el 40,9% tenía entre 14 y 18 años. Encontramos una asociación significativa entre tener 14-18 años (OR = 6,88, IC 95% 2,38-19,86, $p < 0,0001$). También se informó una significación estadística marginal entre tener cinco a seis hermanos y el embarazo adolescente (OR = 2,70, IC del 95%: 0,85-8,61, $p = 0,094$). Además, las adolescentes con comunicación en salud sexual y reproductiva con los padres tenían menor riesgo de embarazo adolescente (OR = 0,17, IC 95% 0,06-0,47, $p = 0,001$)(28).

El embarazo en la adolescencia es también un factor que contribuye a las disparidades de salud a lo largo de la vida, tanto para la madre como para el niño(29). En comparación con las mujeres que se quedan embarazadas durante la edad adulta, las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un bajo nivel educativo y menos oportunidades de empleo(30), una peor salud mental(31), menos apoyo social(30), y un mayor abuso de sustancias(32). Un gran número de investigaciones ha encontrado una asociación entre la maternidad adolescente y la depresión(32), el trastorno de ansiedad(32), los trastornos alimentarios(32), y el suicidio perinatal(33). Según información del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables en conjunto con la UNFA, Piura es uno de los departamentos con la tasa más alta de embarazo adolescente, entre el 2020 y 2021 se registró que en adolescentes de 10 a 14 años hubo un incremento de 32 a 78 hijos nacidos vivos, Sin embargo no han habido cambios significativos en el número de adolescentes de 15 a 19 años que ya eran madres entre el 2000 y 2021 y a su vez, el porcentaje de primigestas disminuyó en un 1.7% llegando así al 1.0% por ciento en los años

mencionados. Entre 2007 y 2017 las provincias de Piura que más aumentaron su porcentaje de maternidad adolescente fueron Piura, Sullana y Morropón(44). Debido a todas las complicaciones y riesgo que implica el embarazo durante la adolescencia mencionadas anteriormente y los datos epidemiológicos del departamento de Piura se ha planteado el presente estudio para identificar los factores de riesgo relacionados al embarazo en población adolescente piurana.

II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Centro de Salud I-3 Paccha durante el año 2023?

III. OBJETIVOS:

3.1.1. Objetivos general:

Determinar los factores de riesgo para embarazo en adolescentes en el Centro de Salud I-3 Paccha durante el año 2023.

3.1.2. Objetivos específicos:

- a) Evaluar las características demográficas asociadas para embarazo en adolescentes incluidas en el estudio.
- b) Evaluar las características educativas asociadas para embarazo en adolescentes incluidas en el estudio.
- c) Evaluar el nivel de conocimiento y prácticas de métodos anticonceptivos son factores de riesgo para embarazo en adolescentes incluidas en el estudio.

IV. Hipótesis:

4.1.1. Hipótesis nula:

No existen factores para el embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Centro de Salud I-3 Paccha durante el año 2023.

4.1.2. Hipótesis alternativa:

Existen factores de riesgo para embarazo adolescente en pacientes atendidas en el Centro de Salud I-3 Paccha durante el año 2023.

V. Material y método:

5.1. Diseño de estudio:

Se realizó un estudio de tipo casos y controles, observacional, analítico correlacional, transversal.

5.2. Población, muestra y muestreo

5.2.1. Población:

Adolescentes atendidas en el Centro de Salud (C.S) I-3 Paccha en el año 2023.

Criterios de inclusión

- **Para los casos**
 - ✓ Adolescentes entre 10 a 19 años.
 - ✓ Adolescentes primigestas atendidas en el C.S I-3 Paccha en el año 2023.
 - ✓ Adolescentes gestantes que desean participar libre y voluntariamente en el estudio.
- **Para los controles**
 - ✓ Mujeres adolescentes entre 10 a 19 años.
 - ✓ Adolescentes sin embarazo actual o historia de embarazos previos.
 - ✓ Adolescentes que acepten participar libre y voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión

- **Para los casos**
 - ✓ Mujeres gestantes mayores de 19 años.
 - ✓ Adolescentes entre 10 a 19 años no primigestas.
 - ✓ Adolescentes que padecieran alguna discapacidad o incapacidad neurocognitiva para dar información. Adolescentes que no firmaran el consentimiento informado.
- **Para los controles**
 - ✓ Mujeres no embarazadas menor de 10 años o mayor de 19 años.
 - ✓ Adolescentes que padecieran alguna discapacidad o incapacidad neurocognitiva para dar información.
 - ✓ Adolescentes que no firmaran el consentimiento informado

5.2.2. Muestra y muestreo

Unidad de análisis: Respuestas de las participantes al cuestionario aplicado de manera presencial.

Unidad de muestreo:

Adolescentes mujeres atendidas en el Centro de Salud I-3 Paccha

5.2.2.1. Tipo y técnica de muestreo

Tamaño muestral:

La muestra fue calculada utilizando el estudio de Rojas Huaman Estrella (34) en el cual se utilizó la fórmula de proporciones independientes, para el grupo de casos y para el grupo de controles, con potencia estadística de 80%, y nivel de confianza de 95%, se calculó un tamaño muestral de 63 casos y de 63 controles:

[3] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	88,400%
Población 2:	67,800%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	63	63	126

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Técnica de muestreo

El muestreo fue por conveniencia hasta completar el mínimo tamaño de muestra para cada grupo.

Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	FORMA DE REGISTRO
Embarazo adolescente	Paciente con edad entre 12 a 19 años con gestación durante el estudio o con antecedente de gestación	Categórica Dicotómica	Nominal	0=No (controles) 1=Si (casos)	Cuestionario

Menarquía	Edad de inicio de ciclos menstruales	Cualitativa politómica	Nominal	0= Precoz Antes de los 12 años - 1= Habitual Entre los 12 y 14 años - 2=Tardía Después de los 14 años.	Cuestionario
Inicio de actividad sexual	Edad en la que alguna de las adolescentes consigna haber tenido su primera relación sexual	Cualitativa politómica	Nominal	0=Temprana: "Inició su actividad sexual entre los 10 a 13 años". 1=Intermedia: "Inició su actividad sexual entre los 14 a 16 años". Tardía: "Inició su actividad sexual entre los 17 a 19 años".. 2=No inicia aun	Cuestionario:
Ocupación	Ocupación habitual de una paciente durante sus actividades diarias.	Cualitativa politómica	Nominal	0=Estudia 1=Trabaja 2=Ama de casa	Cuestionario

Presencia de los padres	Paciente que cuenta con alguno o ambos de los padres presentes durante su proceso de crianza.	Cualitativa politómica	Nominal	0= Ninguno. 1= Uno de los padres. 2=Ambos padres	Cuestionario
Antecedente familiar de embarazo adolescente	Familiar de paciente adolescente que presentó de manera similar gestación durante su adolescente	Cualitativo Dicotómica	Nominal	0=No 1=Si	Cuestionario
Grado de instrucción de los padres	Nivel educativo certificado, mas alto logrado por los padres de las adolescentes	Cualitativo policotómica	Nominal	0=Primaria 1=Secundaria incompleta. 2=Secundaria completa. 3=Superior no universitario. 4=Estudios universitarios incompletos.	Cuestionario

				5=Estudios universitarios completos. 6=Postgrado	
Relación familiar	Relación familiar de la adolescente de acuerdo al test APGAR FAMILIAR	Cualitativa	Nominal	0=Disfuncionalidad familiar: Puntaje: 0-7 puntos 1=Buena Puntaje: 8-10 puntos	Cuestionario
Nivel socioeconómico	Nivel económico de a adolescente reportado durante el estudio.	Cualitativa	Nominal	A=0 B=1 C=2 D=3 E=4	Cuestionario
Recibió información sobre métodos anticonceptivos	Paciente adolescente que al menos recibió una charla durante los últimos 6 meses	Cualitativa Dicotómica	Nominal	0=No. 1=Si	Cuestionario

	de métodos anticonceptivos				
Recibió información sobre sexual y reproductiva	Paciente adolescente que recibió información relacionada a salud sexual y reproductiva	Cualitativa Dicotómica	Nominal	0=No. 1=Si	Cuestionario

5.3. Procedimientos y Técnicas

Procedimientos

- El proyecto redactado fue presentado a la Universidad Antenor Orrego de Piura, el cual fue revisado por el asesor.
- El proyecto corregido después de las observaciones, fue presentado al C:S I-3, para poder acceder a las pacientes adolescentes afiliadas al Centro de Salud.
- Se recolectó la información de los casos mediante los directorios como teléfonos para poder acceder a las adolescentes gestantes, o cuando acudieron a su control prenatal. Los datos de los controles fueron recolectados del programa de Adolescente llevado a cargo por el servicio de Obstetricia.
- La entrevista fue aplicada después de identificar la población tanto de casos como de controles.
- Los datos generados en la entrevista fueron exportados a un programa estadístico para su análisis e interpretación.
- Se redactó un manuscrito final (tesis) para ser sustentada.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- ✓ **Técnicas:** La técnica utilizada para la recolección de datos será por medio una encuesta.
- ✓ **Instrumentos:** El instrumento aplicado fue un cuestionario aplicado por Rojas Huaman Estrella (34) el cual ha sido revisado por expertos y validados con una confiabilidad según Alfa de Cronbach de 0.85 por lo cual es confiable. El cuestionario fue autoadministrado pero supervisado por el investigador.

5.4. Plan de análisis de los datos

Se realizó un análisis estadístico en el programa STATA v.16, el análisis se realizó en tres fases.

Univariado: Las variables cualitativas fueron analizadas con frecuencias y porcentajes. De las variables cuantitativas se calculó su media y desviación estándar.

Bivariado: Se aplicó la prueba de Chi² si la variable fue cualitativa, mientras que se aplicó la prueba de T-Student para variables cuantitativas.

Multivariado: Se utilizó un análisis multivariante mediante modelos lineales generalizados con la familia Poisson, función log. El estimador estadístico fue OR (Odds ratio) con sus intervalos de confianza al 95%.

5.5. Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación cumplió con los principios éticos de Helsinki, como el de beneficencia debido a que los participantes como adolescentes se pudo evaluar qué factores se deben mejorar, para plantear estrategias o programas a futuro, el de no maleficencia porque no se dañó la integridad física a los participantes, los datos individuales fueron manejados confidencialmente únicamente por el investigador, en cuanto a autonomía la participación fue voluntaria, y no se les otorgó beneficios económicos por su participación

VI. Limitaciones

- La principal limitación puede estar en el posible sesgo de información o memoria que las adolescentes puedan agregar al estudio.

VII. RESULTADOS

Se incluyeron 126 adolescentes, cuyo grupo tenía una edad media de 15.7 ± 1.9 años, el 80.9% tuvo una menarquia habitual, el 66.7% tuvo un inicio de la vida sexual intermedia, el 66.7% reportó una presión de su grupo de amistades para el inicio de su vida sexual, 58.7% eran estudiantes, el 56.7% reportó que tuvieron a ambos padres presentes en su crianza, mas de la mitad reportó que había algún antecedente de embarazo en la familia, la mitad tenía un padre con educación básica concluida o educación superior, mientras que solo el 16.7% de las madres de las adolescentes tuvieron educación básica concluida o educación superior. El 61% de las adolescentes tenían un nivel socioeconómico correspondiente al estrato E, el 42.1% reportó disfunción familiar, el 57.1% refiere que ha recibido información sobre métodos anticonceptivos, mientras que el 42.1% reportó haber recibido información sexual y reproductiva. (Tabla 1)

Tabla 1. Características de las adolescentes evaluadas en el Centro de Salud I-3 Paccha, 2023

Variable	n	%
Edad		
Media y desviación estándar	15.7	1.9
Menarquía		
Precoz	17	13.5
Habitual	102	80.9
Tardía	7	5.6
Inicio de actividad sexual		
Temprana	36	28.6
Intermedia	84	66.7
Tardía	6	4.7
Presión de grupo para inicio de vida sexual		
No	84	66.7
Si	42	33.3
Ocupación		
Estudia	74	58.7
Trabaja	15	11.9
Ama de casa	37	29.4
Presencia de padres en la crianza		
Ningún padre	8	6.4
Uno de los padres	47	37.3
Ambos padres	71	56.3

Antecedente familiar de embarazo adolescente		
No	60	47.6
Si	66	52.4
Grado de instrucción del padre		
Educación básica incompleta	63	50.0
Educación básica completa o educación superior	63	50.0
Grado de instrucción de la madre		
Educación básica incompleta	105	83.3
Educación básica completa o educación superior	21	16.7
Nivel socioeconómico		
Estrato C	6	4.8
Estrato D	43	34.1
Estrato E	77	61.1
Disfunción familiar		
No	73	57.9
Si	53	42.1
Recibió información sobre MAC		
No	54	42.9
Si	72	57.1
Recibió información sexual y reproductiva		
No	73	57.9
Si	53	42.1

MAC: Métodos anticonceptivos, Estrato E: Ingresos promedios mensuales S/.1300, Estrato D: Ingresos promedios mensuales S/.2480, Estrato C: Ingresos promedios mensuales S/.3970

Cuando se realizó el análisis bivariado de los factores asociados a embarazo adolescente se encontró que aquellas que presentaron mayor edad tenían menos riesgo de presentar un embarazo adolescente ($OR_c=0.18$, IC 95%= 0.05 – 0.31, $p= 0.006$), aquellas que eran amas de casa tenían 2 veces más riesgo de presentar un embarazo adolescentes que aquellas que eran estudiantes ($OR_c=2.87$, IC 95%= 2.01 – 4.11, $p= <0.001$), aquellas que tuvieron a ambos padres en la crianza presentaron 57% menos riesgo de presentar un embarazo adolescentes ($OR_c=0.43$, IC 95%= 0.29 – 0.64 $p= <0.001$), así mismo aquellas que solo tuvieron a uno de los padres en la crianza presentaron 29% menos riesgo de presentar un embarazo adolescente ($OR_c=0.71$, IC 95%= 0.49 – 0.64, $p= <0.001$).

Por otro lado, se encontró que aquellas participantes que reportaron disfunción familiar, tuvieron 61% más riesgo de presentar un embarazo adolescente, que

aquellas con una buena funcionalidad familiar (ORc=1.61, IC 95%= 0.14 – 2.29, p= 0.007). Además, aquellas que reportaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos (ORc=0.60, IC 95%= 0.42 – 0.85, p= 0.004) y sobre educación sexual y reproductiva (ORc=0.51, IC 95%= 0.33 – 0.78, p= 0.002), tuvieron hasta la mitad del riesgo de presentar un embarazo adolescente. (Tabla 2)

Tabla 2. Factores asociados a embarazo adolescente en pacientes evaluadas en el Centro de Salud I-3 Paccha, 2023

Característica	Controles		Casos		p ^a	ORc	IC 95%		p ^b
	n	%	n	%					
Edad									
Media (DE)	14.9	(0.2)	16.3	(0.2)	<0.001*	0.086	-0.002	+0.17	0.056
Menarquia									
Precoz	10	58.8	7	41.2			Ref.		
Habitual	50	49.0	52	51.0	0.375	0.48	0.67	2.25	0.487
Tardía	3	42.9	4	57.1		0.45	0.58	3.28	0.455
Inicio de actividad sexual									
Temprana	15	41.7	21	58.3			Ref.		
Intermedia	45	53.6	39	46.4	0.490	0.79	0.55	1.14	0.215
Tardía	3	50.0	3	50.0		0.85	0.36	2.01	0.722
Presión de grupo para inicio de vida sexual									
No	38	45.2	46	54.8			Ref.		
Si	25	59.5	17	40.5	0.131	0.73	0.49	1.12	0.155
Ocupación									
Estudia	51	68.9	23	31.1			Ref.		
Trabaja	8	53.3	7	46.7	<0.001	1.50	0.79	2.85	0.214
Ama de casa	4	10.8	33	89.2		2.87	2.01	4.11	<0.001
Presencia de padres en la crianza									
Ningún padre	1	12.5	7	87.5			Ref.		
Uno de los padres	18	38.3	29	61.7	0.004	0.71	0.49	0.99	0.048
Ambos padres	44	61.9	27	38.1		0.43	0.29	0.64	<0.001
Antecedente familiar de embarazo adolescente									
No	32	53.3	28	46.7			Ref.		
Si	31	46.9	35	53.1	0.476	1.13	0.79	1.61	0.480
Grado de instrucción del padre									
Educación básica incompleta	30	47.6	33	52.4			Ref.		
Educación básica completa o educación superior	33	52.4	30	47.6	0.593	0.90	0.64	1.29	0.595
Grado de instrucción de la madre									
Educación básica incompleta	49	46.7	56	53.3			Ref.		
Educación básica completa o educación superior	14	66.7	7	33.3	0.094	0.63	0.33	1.18	0.146

Nivel socioeconómico										
Estrato C	3	50.0	3	50.0						Ref.
Estrato D	22	51.2	21	48.8	0.982	0.97	0.41	2.31	0.957	
Estrato E	38	49.4	39	50.6		1.01	0.44	2.33	0.976	
Disfunción familiar										
No	44	60.3	29	39.7						Ref.
Si	19	35.9	34	64.1	0.007	1.61	1.14	2.29	0.007	
Recibió información sobre MAC										
No	19	35.2	35	64.8						Ref.
Si	44	61.1	28	38.9	0.004	0.60	0.42	0.85	0.004	
Recibió información sexual y reproductiva										
No	27	36.9	46	63.1						Ref.
Si	36	67.9	17	32.1	0.001	0.51	0.33	0.78	0.002	

DE: Desviación estándar, ORc: Razón de Odds cruda, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%, *p*: valor de significancia estadística, MAC: Métodos anticonceptivos, Estrato E: Ingresos promedios mensuales S/.1300, Estrato D: Ingresos promedios mensuales S/.2480, Estrato C: Ingresos promedios mensuales S/.3970

*Determinado mediante la prueba T de student

^aDeterminado mediante la prueba de Chi-cuadrado

^bDeterminado mediante regresión logística haciendo uso de la familia Poisson

Cuando se realizó el análisis multivariado de los factores asociados a embarazo adolescente se encontró que aquellas que eran amas de casa tenían el doble de riesgo de presentar un embarazo adolescentes que aquellas que eran estudiantes (ORc=2.37, IC 95%= 1.57 – 3.61, $p < 0.001$), aquellas participantes que reportaron disfunción familiar, tuvieron 49% más riesgo de presentar un embarazo adolescente, que aquellas con una buena funcionalidad familiar (ORc=1.49, IC 95%= 0.08 – 2.05, $p = 0.015$). Además, aquellas que reportaron haber recibido información sobre métodos anticonceptivos tuvieron 35% menos riesgo de presentar un embarazo adolescente (ORc=0.60, IC 95%= 0.42 – 0.85, $p = 0.004$). (Tabla 3)

Tabla 3. Análisis multivariado de los factores asociados a embarazo adolescente en pacientes evaluadas en el Centro de Salud I-3 Paccha, 2023

Característica	Controles		Casos		ORa	IC 95%		p*
	n	%	n	%				
Ocupación								
Estudia	51	68.9	23	31.1		Ref.		
Trabaja	8	53.3	7	46.7	2.21	1.34	3.63	0.002
Ama de casa	4	10.8	33	89.2	3.41	2.38	4.87	<0.001
Presencia de padres en la crianza								
Ningún padre	1	12.5	7	87.5		Ref.		
Uno de los padres	18	38.3	29	61.7	1.29	0.77	2.19	0.334
Ambos padres	44	61.9	27	38.1	0.78	0.47	1.29	0.343
Disfunción familiar								
No	44	60.3	29	39.7		Ref.		
Si	19	35.9	34	64.1	1.42	1.05	1.93	0.022
Recibió información sobre MAC								
No	19	35.2	35	64.8		Ref.		
Si	44	61.1	28	38.9	0.70	0.49	1.01	0.051
Recibió información sexual y reproductiva								
No	27	36.9	46	63.1		Ref.		
Si	36	67.9	17	32.1	0.64	0.42	0.98	0.041

DE: Desviación estándar, ORa: Razón de Odds ajustada, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%, p: valor de significancia estadística, MAC: Métodos anticonceptivos

*Determinado mediante regresión logística haciendo uso de la familia Poisson, controlando por las variables ocupación, presencia de padres en la crianza, recepción de información sobre MAC y recepción de información sobre salud sexual y reproductiva.

DISCUSIÓN

La presente investigación analizó los factores asociados al embarazo adolescente en una comunidad rural de la sierra norte peruana. Los resultados obtenidos a través del análisis bivariado revelaron asociaciones significativas con algunos factores estudiados, los cuales se analizan individualmente.

En primer lugar, se encontró que aquellas adolescentes que eran amas de casa o que realizaban alguna actividad laboral, tenían mayor riesgo de presentar un embarazo adolescente que aquellas que solo eran estudiantes. Esto podría

deberse a que las adolescentes que dejan la escuela y que inician una vida laboral informal fuera de casa tienen más probabilidad de un embarazo adolescente, esto probablemente se deba a que las adolescentes se enfrentan a una cierta independencia económica parcial y la posibilidad de explorar una vida sexual temprana fuera del hogar. Sin embargo, es crucial destacar las razones que llevan a una adolescente a buscar empleo. Aunque es cierto que vivir en áreas económicamente desfavorecidas podría impulsar a las adolescentes a intentar contribuir al sustento familiar, una investigación realizada entre adolescentes embarazadas encontró que el motivo principal para buscar empleo es adquirir artículos de uso personal y prendas de vestir que sus padres no pueden costear, así como satisfacer sus deseos y participar en actividades recreativas como ir al cine o comer fuera de casa, entre otras (35).

Si bien es cierto que lo hallado se podría interpretar textualmente como que aquellas que no estudian tienen más probabilidad de embarazarse, se debe tener en cuenta el diseño de estudio en esta investigación y la temporalidad de la recolección de datos, lo cual puede prestarse a confusión de interpretación. Lo más probable, y acorde a la literatura, es que aquellas adolescentes que son madres se ven obligadas a dejar de estudiar y por el contrario se vuelven amas de casa o ingresan al mundo laboral, muchas veces informal debido a que aún son menores de edad. Esto es acorde a lo encontrado en un estudio realizado en Colombia (36), donde aquellas adolescentes que eran amas de casa tenían hasta 6 veces más riesgo de presentar un embarazo adolescente, en comparación a las estudiantes. De igual manera se encontró que el desempleo de las adolescentes era un factor de riesgo para embarazo (37, 38).

También se encontró que aquellas adolescentes que vivían en una hogar con disfunción familiar presentaban más riesgo de presentar un embarazo adolescente. La disfunción familiar para el presente estudio se evaluó mediante el test de Apgar familiar, el cual incluye preguntas principalmente sobre la relación entre los miembros de la familiar y la encuestada. En este sentido lo encontrado en el estudio es acorde a lo que reporta la literatura, por ejemplo, en un estudio realizado en un estudiantes gestantes en una zona rural de Chile, se encontró que la mayoría de ellas enfrentaron situaciones de abandono emocional, tanto directo como indirecto, por parte de sus padres, lo cual está asociado con disfunciones familiares. Esto ocurre porque alrededor del 50% de

estas familias son monoparentales, donde las madres asumen el papel de proveedoras económicas para el hogar, dejando a los hijos gran parte del tiempo solos. Como resultado, es probable que los jóvenes busquen satisfacer sus necesidades fuera del ámbito familiar, volviéndose más susceptibles a la influencia de terceros. Además, la falta de una figura paterna que normalmente establece límites y proporciona seguridad emocional y autoconfianza puede llevar a estos adolescentes a desarrollar inseguridades que afecten negativamente su autoestima y su crecimiento psicosocial (39).

Por otro lado, aquellas adolescentes que reportaron haber recibido información sobre educación sexual y reproductiva. Este tipo de educación abarca conocimientos, habilidades y valores relacionados con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, el uso responsable de anticonceptivos y el cuidado durante el embarazo. Al proporcionar a los adolescentes información precisa y completa, así como fomentar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual, se reduce el riesgo de embarazos no planificados. Una educación insuficiente puede incrementar el riesgo de embarazos en jóvenes. Por otro lado, una educación efectiva puede empoderar a los jóvenes para tomar decisiones responsables, reduciendo las tasas de embarazo adolescente y promoviendo el respeto a los derechos reproductivos de cada individuo. Esto es acorde a lo reportado por Chemutai y colaboradores en una ciudad africana, quienes encontraron que las adolescentes que tuvieron una educación sexual en casa tenían 70% menos riesgo de presentar embarazo adolescente (40). Así mismo múltiples estudios de experimentales han demostrado que las intervenciones de los gobiernos o instituciones afines a las adolescentes, disminuyen notablemente el riesgo de presentar un embarazo precoz (41-43).

CONCLUSIONES

- Dentro de las características demográficas asociadas a embarazo adolescente se encuentra la ocupación, donde las amas de casa tienen el triple de riesgo de presentar un embarazo adolescente, mientras que aquellas que trabajan tienen el doble de riesgo de presentar un embarazo adolescente. También la disfunción familiar estuvo asociada al embarazo adolescente, donde aquellas que reportaron disfunción familiar tuvieron 42% más riesgo.
- No se encontraron factores educativos asociados al embarazo adolescente.
- Al evaluar los conocimientos sobre educación sexual, se encontró que quienes reportaron haber recibido información sobre educación sexual y reproductiva tuvieron 36% menos riesgo de presentar un embarazo adolescente.

RECOMENDACIONES

1. Realizar programas de educación sexual integral en las instituciones educativas, que abarquen temas como la anticoncepción, la prevención de infecciones de transmisión sexual y las responsabilidades asociadas a la sexualidad y la reproducción. Estos programas deben ser inclusivos, basados en la evidencia y adaptados a las necesidades y diversidad de los adolescentes.
2. Asegurar el acceso a información precisa y confiable sobre educación sexual y reproductiva. Esto puede lograrse a través de campañas de concientización y el uso de plataformas digitales, así como la promoción de servicios de salud sexual y reproductiva accesibles.
3. Dado que la disfunción familiar ha sido identificada como un factor asociado al embarazo adolescente, es necesario implementar programas de apoyo y orientación para fortalecer la estructura familiar. Esto incluye el fomento de una comunicación abierta entre padres e hijos sobre temas relacionados con la sexualidad.
4. Considerando que las amas de casa y las adolescentes que trabajan tienen un mayor riesgo de embarazo temprano, es importante promover oportunidades educativas y laborales para las mujeres jóvenes. Esto les permitirá tomar decisiones informadas sobre su futuro y desarrollar habilidades para su empoderamiento.
5. Aunque en este estudio no se encontraron factores educativos asociados al embarazo adolescente, es esencial continuar investigando en esta área para identificar posibles relaciones y brindar una visión más completa de los factores que influyen en esta problemática. La investigación constante permitirá mejorar las estrategias de prevención y la eficacia de las intervenciones.
6. Abordar el embarazo adolescente requiere la colaboración de diferentes sectores, incluyendo el gobierno, el sistema educativo, el sector de la salud, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. La coordinación entre estas entidades es fundamental para desarrollar enfoques integrales y sostenibles que promuevan la salud y el bienestar de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [updated 18 Ene 2021; cited 2022 29 Ene]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
2. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of adolescent health*. 2015;56(1):S22-S41.
3. Boyle JA, Yimer NB, Hall J, Walker R, Jack B, Black K. Reproductive Life Planning in Adolescents. *Seminars in reproductive medicine*. 2021.
4. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2013;52(5):517-22.
5. Byonanebye J, Brazauskas R, Tumwesigye N, Young S, May T, Cassidy L. Geographic variation and risk factors for teenage pregnancy in Uganda. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1898-907.
6. Johnson W, Moore SE. Adolescent pregnancy, nutrition, and health outcomes in low- and middle-income countries: what we know and what we don't know. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2016;123(10):1589-92.
7. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2014;121 Suppl 1:40-8.
8. Kassa GM, Arowojolu A, Odukogbe A, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*. 2018;15(1):1-17.
9. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *British Medical Journal Publishing Group*; 2004.

10. Donatus L, Sama DJ, Tsoka-Gwegweni JM, Cumber SN. Factors associated with adolescent school girl's pregnancy in Kumbo East Health District North West region Cameroon. *The Pan African medical journal*. 2018;31:138.
11. Wado YD, Sully EA, Mumah JN. Pregnancy and early motherhood among adolescents in five East African countries: a multi-level analysis of risk and protective factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):59.
12. Neal S, Harvey C, Chandra-Mouli V, Caffè S, Camacho AV. Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: disaggregated data from demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2018;15(1):146.
13. Kerbl R. [Teenage Pregnancies and Birth]. *Padiatrie und Padologie*. 2021:1-3
14. OMS. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud; 2021 [updated 31 Ene 2021; cited 2022 29 Ene]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>.
15. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):195.
16. Honorato DJP, Fulone I, Silva MT, Lopes LC. Risks of Adverse Neonatal Outcomes in Early Adolescent Pregnancy Using Group Prenatal Care as a Strategy for Public Health Policies: A Retrospective Cohort Study in Brazil. *Frontiers in public health*. 2021;9:536342.
17. Zhang T, Wang H, Wang X, Yang Y, Zhang Y, Tang Z, et al. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross sectional study in Hebei, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):339
18. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *Bmj*. 2004;328(7449):1152.

19. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio-Vargas A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2019;33(1):88-99.
20. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe ATA, Yalew AW. Adverse maternal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia: A prospective cohort study. *PloS one*. 2021;16(9):e0257485.
21. Kadhim Jasim S, Al-Momen H, Abdul Razzak Obaid A. Differences in perinatal outcomes in teenage mothers with their first and third pregnancies and predictors of adverse neonatal events: A cross-sectional study. *International journal of reproductive biomedicine*. 2021;19(11):1005-14.
22. Indarti J, Al Fattah AN, Dewi Z, Hasani RDK, Mahdi FAN, Surya R. Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia. *Obstetrics and gynecology international*. 2020;2020:2787602.
23. Weng YH, Yang CY, Chiu YW. Risk Assessment of Adverse Birth Outcomes in Relation to Maternal Age. *PloS one*. 2014;9(12):e114843.
24. Birhanu BE, Kebede DL, Kahsay AB, Belachew AB. Predictors of teenage pregnancy in Ethiopia: a multilevel analysis. *BMC Public Health*. 2019;19(1):601.
25. Islam MM, Islam MK, Hasan MS, Hossain MB. Adolescent motherhood in Bangladesh: Trends and determinants. *PloS one*. 2017;12(11):e0188294.
26. Ochen AM, Chi PC, Lawoko S. Predictors of teenage pregnancy among girls aged 13-19 years in Uganda: a community based case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):211.
27. Byonanebye J, Brazauskas R, Tumwesigye N, Young S, May T, Cassidy L. Geographic variation and risk factors for teenage pregnancy in Uganda. *Afr Health Sci*. 2020;20(4):1898-907.
28. Mejia JR, Quincho-Estares Á J, Flores-Rondon AJ, Reyes-Beltran G, Arias-Sulca IL, Palomino-Hilario E, et al. Determinants of adolescent pregnancy in

- indigenous communities from the Peruvian central jungle: a case-control study. *Reprod Health*. 2021;18(1):203.
29. Moisan C, Baril C, Muckle G, Belanger RE. Teen pregnancy in Inuit communities - gaps still needed to be filled. *International journal of circumpolar health*. 2016;75:31790.
 30. Norris S, Norris ML, Sibbald E, Aubry T, Harrison ME, Lafontaine G, et al. Demographic Characteristics Associated with Pregnant and Postpartum Youth Referred for Mental Health Services in a Community Outreach Center. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2016;25(3):152-8.
 31. Xavier C, Benoit A, Brown HK. Teenage pregnancy and mental health beyond the postpartum period: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*. 2018;72(6):451-7.
 32. Harrison ME, Obeid N, Haslett K, McLean N, Clarkin C. Embodied Motherhood: Exploring Body Image in Pregnant and Parenting Youth. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2019;32(1):44-50.
 33. Orri M, Gunnell D, Richard-Devantoy S, Bolanis D, Boruff J, Turecki G, et al. In-utero and perinatal influences on suicide risk: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Psychiatry*. 2019;6(6):477-92.
 34. Rojas Humán EB. Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018. 2019
 35. García Hernández GE, García Hernández GE. Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Iztapalapa Rev Cienc Soc Humanidades*. 2014;35(77):13-53.
 36. Gómez-Mercado CA, Montoya-Vélez LP. Social, demographic, family and economic factors related to adolescent pregnancy in the urban area of Briceño, 2012. *Rev Salud Publica Bogota Colomb*. 2014;16(3):393-406.

37. Odimegwu C, Mkwanzani S. Factors associated with teen pregnancy in sub-Saharan Africa: a multi-country cross-sectional study. *Afr J Reprod Health*. 2016;20(3):94-107.
38. Poudel S, Upadhaya N, Khatri RB, Ghimire PR. Trends and factors associated with pregnancies among adolescent women in Nepal: Pooled analysis of Nepal Demographic and Health Surveys (2006, 2011 and 2016). *PLOS ONE*. 2018;13(8):e0202107.
39. Venegas Massiel, Valles Berenice Nayta. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019 Sep [citado 2023 Jul 26]; 21(83): e109-e119.
40. Chemutai V, Musaba MW, Amongin D, Wandabwa JN. Prevalence and factors associated with teenage pregnancy among parturients in Mbale Regional Referral Hospital: a cross sectional study. *Afr Health Sci*. 2022; 22(2):451-458.
41. Lameiras-Fernández M, Martínez-Román R, Carrera-Fernández MV, Rodríguez-Castro Y. Sex Education in the Spotlight: What Is Working? Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 4;18(5):2555
42. Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: Quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2022 Feb 22;119(8):e2113144119
43. Marseille E, Mirzazadeh A, Biggs MA, P Miller A, Horvath H, Lightfoot M, Malekinejad M, Kahn JG. Effectiveness of School-Based Teen Pregnancy Prevention Programs in the USA: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Sci*. 2018 May;19(4):468-489
44. Perú P. Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el [Internet]. Unfpa.org. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub->

ANEXO N°1: FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Consentimiento informado para apoderados (para adolescentes menores a 18 años)

Estimado(a), por medio de la presente me permito solicitar la participación de un estudio de investigación, de la adolescente de quien usted es apoderado(a).

El título del estudio es:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD. Mediante este proyecto pretendemos identificar estos riesgos para poder trabajar e incidir en la mejora de la salud sexual y reproductiva en la región.

El estudio consiste en responder un cuestionario sobre preguntas sobre la temática de datos sociodemográficos, familiares y de sexualidad.

Su participación es voluntaria, sus datos serán anónimos y protegidos por el autor. No se le dará compensación económica por su participación. No se le hará daño físico o psicológico durante la aplicación del estudio.

La adolescente será consultada sobre si desea participar del estudio, luego de que usted brinde su autorización; si la respuesta es negativa, no se realizará el estudio, en respeto a la decisión de la menor.

Si Usted acepta, se le invita a contactarnos ante dudas/interrogantes al número 968354044. En caso desee retirarse del estudio puede contactar al investigador principal para el retiro de sus datos.

Firma apoderado

DNI:

2. Consentimiento informado para participantes (para adolescentes 18 o 19 años)

Estimada, por medio de la presente me permito solicitar la participación en un estudio de investigación, cuyo título es:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EMBARAZO ADOLESCENTE EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN CENTRO DE SALUD. Mediante este proyecto pretendemos identificar estos riesgos para poder trabajar e incidir en la mejora de la salud sexual y reproductiva en la región.

El estudio consiste en responder un cuestionario sobre preguntas sobre la temática de datos sociodemográficos, familiares y de sexualidad.

Su participación es voluntaria, sus datos serán anónimos y protegidos por el autor. No se le dará compensación económica por su participación. No se le hará daño físico o psicológico durante la aplicación del estudio.

Si Usted acepta, se le invita a contactarnos ante dudas/interrogantes al número 968354044. En caso desee retirarse del estudio puede contactar al investigador principal para el retiro de sus datos.

Firma

DNI:

ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad: ____ años

Marcar con X los siguientes ITEMS:

¿Usted está embarazada?

Si () No ()

¿A qué edad inicio su primera menstruación (menarquía)?:

Precoz (Antes de los 12 años) **Habitual** (A los 12 – 14 años) **Tardía** (Después de los 14 años)
· () () ()

¿Inició actividad sexual?:

Si () No () Si fuera si la respuesta responder:

¿entre qué edad inicio su actividad sexual?:

Temprana (10 a 13 años) **Intermedia** (14 a 16 años) **Tardía** (17 a 19 años)
· () () ()

¿Ha tenido presión del grupo para el inicio de su actividad sexual?:

Ausente () Presente ()

Ocupación:

Estudia () Trabaja () Ama de casa ()

Presencia de los padres:

Ambos padres () Uno de los padres () Ninguno ()

Antecedente familiar de embarazo adolescente: ¿Algún familiar tuvo embarazo en la adolescencia?:

Si () No ()

Nivel socioeconómico: ¿Cuál es el grado de estudios de sus padres?

Marque con M= Madre y P=Padre:

1. Primaria Completa / Incompleta
2. Secundaria Incompleta
3. Secundaria Completa
4. Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
5. Estudios Universitarios Incompletos
6. Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
7. Postgrado

¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

1. Posta médica / farmacia / naturista
2. Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
3. Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4. Médico particular en consultorio
5. Médico particular en clínica privada

¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

1. Menos de 750 soles/mes aproximadamente
2. Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
3. 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente
4. > 1500 soles/mes aproximadamente

¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

1. 0-1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5 o más.

¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)

1. 9 personas o más.
2. 7-8 personas.
3. 5-6 personas.
4. 1-4 personas.

¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

1. Tierra / Arena
2. Cemento sin pulir (falso piso)
3. Cemento pulido / Tapizón
4. Mayólica / loseta / cerámicos
5. Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo

Recibió información sobre métodos anticonceptivos:

Si () No ()

Recibió información sobre salud sexual y reproductiva:

Si () No ()

Relación familiar: Responder las siguientes preguntas del Test de APGAR familiar.

El presente test contiene un conjunto de ITEMS acerca de la funcionalidad familiar, para responder marca con un aspa (x) una solo de los 3 valores que tienen las frases que se encuentran en la margen derecha.

ITEM	SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
Yo estoy satisfecha con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender más actividades o direcciones.			
Yo estoy satisfecha con la forma en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor, etc.			
Yo estoy satisfecha con la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, espacio y dinero.			
TOTAL, DE PUNTAJE			

Siempre: 2 puntos A veces: 1 punto Casi nunca: 0 punto