

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tesis

Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el

Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco – 2025

Asesora:

Mg. Soto Trelles, Rosslusa

Autora:

Ramírez Chipana, Lucrecia

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Cusco – Cusco – Perú

2025



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

Acta N°: 059

En la ciudad de Cusco, a los 19 días del mes de diciembre del 2025, siendo las 08:00 am horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por Resolución Sub Directoral N° 0277-2025-UTEA-F02-FCS-EPE-SD de la Escuela Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente :	Mag. Caballero Aparicio Sdenka
Dictaminante :	Mg. Aubert Quispe, Pamela Amanda
Replicante :	Mg. Cuadros Tairo Luz Maribel

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

Tesis Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

Br.: Ramírez Chipana, Lucrecia
(Apellidos y Nombres)

Br.: _____
(Apellidos y Nombres)

Para optar el Título Profesional de:

Licenciado (a) en Enfermería

(Denominación del Título)

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) APROBADO (S):

Por: Mayoría
(Unanimidad o Mayoría) (*)

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Calificación (**)
Br. Ramírez Chipana Lucrecia	Aprobado
Br.	

Siendo las 09:00 am horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

Presidente: Mag. Caballero Aparicio Sdenka
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

Dictaminante: Mg. Aubert Quispe, Pamela Amanda
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

Replicante: Mg. Cuadros Tairo Luz Maribel
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

(*): Mayoría: Dos integrantes del jurado aprueban o desaprueban; Unanimidad: Todos los integrantes del jurado aprueban o desaprueban, Art. 18 RGGAT.

(**): 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.




10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Metadatos

Datos del Autor	
Apellidos y nombres	: Ramírez Chipana, Lucrecia
Tipo de Documento de Identidad	: DNI
Numero de Documento de Identidad	: 23853515
URL ORCID	: http://orcid.org/0009-0005-8269-2833
Datos del Asesor	
Apellidos y nombres	: Soto Trelles, Rosslusa
Tipo de Documento de Identidad	: DNI
Numero de Documento de Identidad	: 45792889
URL ORCID	: https://orcid.org/0000-0003-4648-9895
Datos de la investigación	
Facultad	: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	: Enfermería
Línea de investigación	: Salud Pública
Rango de años en que se realizó la investigación	: Febrero – abril, 2025
Fuente de financiamiento	: Autofinanciado
Porcentaje de similitud	: 10%
URL de OCDE	: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Dedicatoria

A mi hijo, que ha sido mi mayor motivo para seguir adelante, en los estudios y nunca rendirme, y ser ejemplo para él.

A mis padres que han sabido inculcarme buenos sentimientos, valores que me han ayudado en los momentos difíciles en esta etapa de mi vida.

A mis hermanos que de una u otra manera me apoyaron para seguir adelante en el camino de mi formación profesional.

Lucrecia Ramírez Chipana

Agradecimientos

A Dios en primera instancia, por ponerme en el camino a personas tan buenas, por sus sabios consejos, y su apoyo incondicional en todo el trayecto de mi formación profesional. De la misma manera agradezco a mi asesora por darse el tiempo de guiarme y corregirme para elaborar esta tesis, a mis dictaminantes por las enseñanzas, por las instrucciones que me impartieron para la culminación de la tesis.

Por último, agradezco a mis amistades, docentes y demás conocidos por siempre ser un apoyo durante mi etapa de formación profesional.

Lucrecia Ramírez Chipana

Resumen

La investigación titulada, "Factores que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025", tuvo por objetivo determinar los factores que influyen en el embarazo en adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco. Para ello, se adoptó un enfoque deductivo, basado en métodos de investigación cuantitativa básica. El diseño de la investigación fue descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental. La población total examinada estuvo compuesta por 119 adolescentes embarazadas, la muestra fue de 91 que se determinó mediante un muestreo no probabilístico. Los hallazgos destacaron varios factores significativos que inciden en el embarazo adolescente. Cabe destacar que las influencias socioculturales desempeñaron un papel crucial, incluyendo la edad de inicio de la actividad sexual (0,001), el grado de instrucción (0,005) y el nivel educativo de la pareja (0,011); todos los cuales mostraron significancia estadística con valores p inferiores a 0,050. Entre las variables demográficas, la edad de la pareja resultó ser altamente significativa, con un valor p de 0,000. Un factor particularmente influyente fue el tipo de información sobre sexualidad que las adolescentes recibían de sus padres, lo cual presentó una asociación inversa con el riesgo de embarazo, evidenciado por un coeficiente de -0,213 y un valor p altamente significativo de 0,043. En general, el estudio concluyó que estos tres factores influyen notablemente en la probabilidad de embarazo adolescente entre las pacientes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025.

Palabras claves: factores socioculturales, demográficos, de acceso a la información, embarazo, adolescente.

Abstract

The research, titled "Factors Influencing Pregnancy in Adolescents Attending the Maternity Ward of the Cusco Regional Hospital, 2025," aimed to determine the factors influencing pregnancy in adolescents attending the Maternity Ward of the Cusco Regional Hospital. A deductive approach was adopted, based on basic quantitative research methods. The research design was descriptive and correlational, with a non-experimental design. The total population examined consisted of 119 pregnant adolescents, and the sample of 91 was determined using non-probability sampling. The findings highlighted several significant factors influencing adolescent pregnancy. It is worth noting that sociocultural influences played a crucial role, including the age of sexual debut (0.001), the level of education (0.005), and the educational level of the partner (0.011); all of which showed statistical significance with p-values less than 0.050. Among the demographic variables, the age of the partner proved to be highly significant, with a p-value of 0.000. A particularly influential factor was the type of information about sexuality that the adolescents received from their parents, which showed an inverse association with the risk of pregnancy, evidenced by a coefficient of -0.213 and a highly significant p-value of 0.043. Overall, the study concluded that these three factors significantly influence the probability of adolescent pregnancy among patients treated at the Maternity Service of the Regional Hospital of Cusco in 2025.

Keywords: sociocultural, demographic, information access, pregnancy, adolescent factors.

Índice

Metadatos.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Índice.....	ix
Índice de tablas.....	xi
Índice de anexos.....	xiii
I. Introducción.....	14
II. Planteamiento del problema	16
2.1 Descripción y formulación del problema	16
2.2 Objetivos	19
2.2.1 Objetivo general	19
2.2.2 Objetivos específicos.....	19
2.3 Justificación e importancia.....	19
2.4 Hipótesis	20
2.5 Variables	22
III. Marco teórico.....	26
3.1 Antecedentes.....	26
3.2 Bases teóricas	35
3.3 Definición de términos	46
IV. Metodología.....	48

4.1	Tipo y nivel de investigación	48
4.2	Ámbito temporal y espacial.....	49
4.3	Población y muestra	49
4.4	Técnica e instrumentos.....	50
4.5	Procedimientos.....	51
4.6	Análisis de datos	52
4.7	Consideraciones éticas.....	52
V.	Resultados y discusión.....	53
VI.	Conclusiones.....	89
VII.	Recomendaciones.....	91
VIII.	Referencias.....	93
IX.	Anexos.....	99

Índice de tablas

Tabla1 Operacionalización de la variable factores.....	22
Tabla2 Operacionalización de la variable embarazo	25
Tabla 3 Cantidad de pacientes atendidas según meses del 2025	49
Tabla 4 Valores de alfa de Cronbach por variables	52
Tabla 5 Edad.....	53
Tabla 6 Religión	54
Tabla 7 Consumo de bebidas alcohólicas	55
Tabla 8 Edad que inició su vida sexual.....	55
Tabla 9 Edad que inicio su periodo menstrual	56
Tabla 10 Embarazo anterior	57
Tabla 11 Número de parejas sexuales	57
Tabla 12 Algún familiar suyo tuvo un embarazo durante la adolescencia.....	58
Tabla 13 Grado de instrucción.....	59
Tabla 14 Grado de instrucción de su pareja	59
Tabla 15 Grado de instrucción de su mamá	60
Tabla 16 Grado de instrucción de su papá	61
Tabla 17 Lugar de procedencia y su residencia habitual	61
Tabla 18 Tipo de familia a la que pertenece}	62
Tabla 19 Con quién vive habitualmente.....	63
Tabla 20 Ocupación actual.....	63
Tabla 21 Edad de su pareja.....	64
Tabla 22 Recibió información sobre sexualidad por parte de sus padres.....	65
Tabla 23 Recibió sesión educativa sobre sexualidad y planificación familiar en los colegios o establecimientos de salud.....	65
Tabla 24 Utiliza alguno de los siguientes métodos anticonceptivos	66
Tabla 25 Busca información sobre sexualidad a través del celular u otros dispositivos electrónicos.....	67

Tabla 26 Tabla cruzada entre factores socioculturales y la edad del embarazo en las adolescentes.....	68
Tabla 27 Tabla cruzada entre factores demográficos y la edad del embarazo en las adolescentes	72
Tabla 28 Tabla cruzada entre factores de acceso de información y la edad del embarazo de las adolescentes	75
Tabla 29 Factores socioculturales que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco,2025	78
Tabla 30 Factores demográficos que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco,2025	80
Tabla 31 Factores accesos a la información que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco,2025	81
Tabla 32 Relación de factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco.....	83

Índice de anexos

Anexo 01 <i>Matriz de consistencia de la investigación</i>	100
Anexo 02 Documento que autoriza la aplicación del instrumento.....	103
Anexo 03 Constancias de validación de expertos	104
Anexo 04 Cuestionario vacío y cuestionario lleno de una participante	112
Anexo 05 Consentimiento y asentimiento informado.....	120
Anexo 06 Galería de fotos de la recolección de datos.....	121

I. Introducción

El presente estudio tiene la peculiaridad de ser muy significativo para las adolescentes, sus familias y los profesionales de salud del Hospital Regional del Cusco, ya que busca identificar los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad durante el año 2025. Esta problemática representa un reto de salud pública por sus múltiples implicancias sociales, educativas y sanitarias, y comprender sus causas permitirá implementar medidas de prevención más efectivas desde una perspectiva integral.

La investigación contribuirá a visibilizar las condiciones socioculturales, demográficas y relacionadas con el acceso a la información que influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente, con el fin de alertar a los profesionales de salud, especialmente al personal de enfermería, y fomentar estrategias de orientación, comunicación y educación sexual oportuna.

La investigación se estructura en cinco capítulos. En el Capítulo I se desarrolla la introducción. El Capítulo II comprende el planteamiento del problema, que incluye la descripción y formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación, la hipótesis y las variables de estudio. En el Capítulo III se presentan los antecedentes internacionales, nacionales y regionales, así como las bases teóricas de las variables y la definición de términos que orientan la investigación. El Capítulo IV describe la metodología, el enfoque, el tipo y nivel de investigación, el ámbito temporal y espacial, la población y muestra, los instrumentos de recolección de datos, el procedimiento, el análisis de datos y las consideraciones éticas. En el Capítulo V se presentan los resultados descriptivos e inferenciales, así como la discusión de los hallazgos en relación con los antecedentes y

fundamentos teóricos revisados. Además, contiene las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos correspondientes, tales como la matriz de consistencia y los instrumentos utilizados.

II. Planteamiento del problema

2.1 Descripción y formulación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica el embarazo adolescente (EA) en niñas de 10 a 19 años como un factor importante que contribuye a la mortalidad materna e infantil, especialmente en entornos caracterizados por la prevalencia de enfermedades y la pobreza. Este problema ha cobrado cada vez mayor reconocimiento como una preocupación crucial en los debates sobre políticas sanitarias mundiales. La OMS enfatiza que el embarazo adolescente a menudo conlleva graves complicaciones de salud para las madres jóvenes y sus bebés, incluyendo un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad materna. Además, el embarazo precoz se asocia frecuentemente a desafíos sociales más amplios, como el acceso limitado a la educación, la insuficiencia de servicios de salud y las desventajas socioeconómicas, que agravan aún más los problemas de salud de las adolescentes. (1)

Las Naciones Unidas (ONU) ha informado que siete de cada diez jóvenes mujeres que dan a luz lo hacen sin intenciones de planificación para ser madres, esto por sí mismo es un indicio de inseguridad mental y es una amenaza para su salud mental y física. Si se considera la postura de la OMS, entonces el embarazo y problemas sobre el embarazo ocupa el segundo lugar como la causa mayoritaria de muerte en adolescentes de 15 a 19 años a nivel global. En este sentido, se estima también que la tasa mundial de embarazos juveniles se calcula en 46 por cada mil adolescentes. El promedio más alto, al igual que la mayor parte de los países de África, lo ostenta América Latina y el Caribe; la proporción de embarazos adolescentes es de 66,5 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años, afirma el informe

“Aceleración del avance hacia la disminución del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”. (2)

Según el informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (2023), en Perú existe un grupo de jóvenes féminas de entre 15 y 19 años, de las cuales el 8.2% ha tenido un bebé al menos una vez, mientras que otro 1.5% desea concebir por primera vez. Por otro lado, el 17.1% de las mujeres que están en el rango de edad de 15 a 19 años y pertenecen a áreas rurales están expuestas a embarazos. Las adolescentes rurales que ya han dado a luz representan el 14.3% en comparación con las mujeres que esperan su primer parto, que son el 2.8%. Regiones del país como Loreto, Amazonía, Ucayali y San Martín tienen más del 20% de usuarias jóvenes de narcóticos embarazadas, por el contrario, el 8% sigue siendo el límite para Arequipa, Moquegua y Tacna. La situación de las usuarias menores de edad está empeorando con cada día. (3)

El Plan Nacional para Niños y Adolescentes pone especial atención en "facilitar el acceso de los jóvenes a servicios de salud especializados para garantizar una atención centrada en la juventud". Sin embargo, las jóvenes que buscan atención prenatal o de parto necesitan áreas específicas habilitadas para que puedan asistir, pero no pueden encontrarlas en el hospital regional de Cusco (HRC) ni en otros centros médicos, lo que solo empeora la atención fragmentada que ya se ofrece. (4)

Desde el año 2021, la Gerencia Regional de Salud (GERESA) reveló 1961 embarazos en jóvenes (7.5%), y estas cifras se disparan en las áreas alto andinas y amazónicas de la región. De acuerdo al reporte del programa “Si Se ve del Ministerio de Educación”, se evidencio que, en 2023, se registraron 656 casos de embarazos en adolescentes, siendo la provincia de La Convención la que tiene mayor número de casos. (5)

Durante el 2022, según el Plan Internacional en la región se tuvo un 9 % de gestantes adolescentes, de las cuales 23 niñas menores de 10 años siendo forzadas a ser madres de manera prematura. Aunque la tasa de embarazos entre jóvenes ha menguado, en los últimos

años se han incrementado las atenciones por agresión sexual hacia niñas de 10 a 14 años, lo cual podría agravar la severidad y el riesgo de embarazos. (6)

Según el médico residente especializado en Ginecología y Obstetricia, del HRC, Dr. Alexander Antonio Padilla, en el Servicio de Maternidad se atienden aproximadamente entre 5 y 8 gestantes adolescentes por mes, quienes, en su mayoría, según su apreciación presentan casos de gestación precoz, no planificada; evidencian escasos controles prenatales, por consiguiente, no reciben psicoprofilaxis, ni consejería con respecto a la gestación, trabajo de parto y puerperio; ello dificulta, por ejemplo, la determinación de criterios que podrían derivar en alternativas de cesárea, por pertinencia o necesidad. Otro hecho relevante, propio de las gestantes adolescentes es que no se coordinan referencias previas a la atención de parto, puesto que suelen ingresar en situaciones apremiantes, por emergencia, ya en trabajo de parto.

Al respecto durante las labores en el Hospital Regional del Cusco (HRC), se observó que gran porcentaje de adolescentes embarazadas que ingresan a este establecimiento de salud, no están acompañadas por sus progenitores, provienen de hogares disfuncionales, además presentan condiciones de pobreza y provienen de provincias altoandinas.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025?

¿Cuáles son los factores demográficos que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025?

¿Cuáles son los factores de acceso de información que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Determinar los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.

2.2.2 Objetivos específicos

- Describir los factores socioculturales que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.
- Determinar los factores demográficos que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.
- Identificar los factores acceso información que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.

2.3 Justificación e importancia

El embarazo adolescente constituye un desafío para el bienestar público, ya que afecta la salud física y mental de las jóvenes madres, limita su desarrollo social, económico y educativo y perpetúa ciclos de vulnerabilidad. Estas situaciones representan las principales razones que motivan la presente investigación, considerando que en el Perú este problema continúa asociado a factores como la falta de educación sexual, la pobreza y las dificultades familiares, los cuales se evidencian también en la ciudad de Cusco

En el ámbito teórico, el estudio es importante porque busca aportar al conocimiento existente sobre el embarazo adolescente, analizando cómo interactúan los factores socioculturales, demográficos y el acceso a la información en el entorno local. Esto permitirá ampliar la comprensión del objeto de estudio que son las adolescentes embarazadas.

En el ámbito práctico, la investigación es pertinente para el personal sanitario y los educadores de la región, porque el hospital es un establecimiento de referencia regional donde se atiende un número considerable de gestantes adolescentes, lo que permite obtener información actual y representativa del contexto local facilitando la identificación de los factores más influyentes

en el embarazo adolescente. Esta información será útil para elaborar planes, estrategias preventivas y acciones educativas orientadas a reducir los casos de gestación en adolescentes en Cusco.

Socialmente, el embarazo en adolescentes perpetúa la pobreza y vulnerabilidad de las jóvenes madres, a esto se le suma que en algunas zonas del Cusco los recursos educativos y económicos son muy limitados lo cual conlleva a incrementar problemas sociales dentro de la misma familia, ocasionando muchas veces que las madres adolescentes se queden solas incrementando la tasa de hogares disfuncionales.

La metodología aplicada permitió obtener datos confiables de adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, lo cual otorga relevancia institucional al estudio. Los resultados constituyen evidencia útil para la toma de decisiones y el diseño de intervenciones específicas destinadas a la prevención del embarazo adolescente.

En conclusión, este trabajo de investigación es importante ya que sus resultados podrían contribuir a mejorar las estrategias de prevención y educación en salud sexual y reproductiva, además de fortalecer las redes de apoyo social para las adolescentes embarazadas en la región de Cusco.

2.4 Hipótesis

Hipótesis General

H1: Los factores influyen significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025

H0: Los factores no influyen significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

- H1: El factor sociocultural influye significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025.

- H0: El factor sociocultural no influye significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del GEF, 2025.

Hipótesis específica 2

- H1: El factor demográfico influye significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025.
- H0: El factor demográfico no influye significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025.

Hipótesis específica 3

- H1: El factor acceso información influye significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025.
- H0: El factor acceso información no influye significativamente en el EA atendidas en el servicio de maternidad del HRC, 2025.

2.5 Variables

Tabla1

Operacionalización de la variable factores

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Escala de medición	Naturaleza
Factores	Un factor es cualquier elemento o condición que influye o contribuye de forma directa o indirecta en un acontecimiento o resultado determinado.	En la investigación, los factores son aquellas características que se pueden medir o clasificar y que ayudan a explicar una situación o problema. Para el estudio se tomó en cuenta los factores sociocultural, demográfico y acceso a información	Sociocultural	Religión	a. Católico b. Evangélico c. Otros d. Ninguno	Nominal	Cualitativa
				Edad de inicio de actividad sexual	a. 10 a 13 años b. 14 a 16 años c. 17 a 19 años	Intervalar	Cuantitativa
				Edad de inicio de periodo menstrual	a. 10 a 13 años b. 14 a 16 años c. 17 a 19 años	Intervalar	Cuantitativa
				Consumo de bebidas alcohólicas por la adolescente	a. Sí b. No c. A veces	Nominal	Cualitativa
				Con quien vive la adolescente	a. Con ambos padres b. Con uno de los padres c. Sola d. Otro familiar	Nominal	Cualitativa
				Algún familiar se embarazó en la adolescencia	a. Sí b. No c. No lo sé	Nominal	Cualitativa
				¿Tuviste un embarazo anterior?	a. Sí b. No	Nominal	Cualitativa

				Número de parejas sexuales	a. 1 b. 2 a más	Intervalar	Cuantitativa
			Demográfico	Edad	a. 10 a 13 años b. 14 a 16 años c. 17 a 19 años	Intervalar	Cuantitativa
				Procedencia	a. Rural b. Urbana	Nominal	Cualitativa
				Grado de instrucción de la adolescente	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Técnico e. Universitaria	Nominal	Cualitativa
				Grado de instrucción de los padres	a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Técnico e. Universitaria	Nominal	Cualitativa
				Tipo de familia	a. Nuclear b. Extensa c. Monoparental d. Reconstituida	Nominal	Cualitativa
				Ocupación de la adolescente	a. Estudiante b. Comerciante c. Independiente d. Ama de casa e. Sin ocupación	Nominal	Cualitativa
				Ocupación de los padres	a. Agricultor b. Comerciante c. Independiente d. Profesional e. Sin ocupación	Nominal	Cualitativa
				Acceso información	Recibió información sobre sexualidad por parte de sus padres	a. Sí b. No	Nominal

				A quién pregunta sobre dudas respecto a sexualidad	a. Padres b. Amigos c. Internet d. A nadie	Nominal	Cualitativa
				Sesión educativa y planificación familiar en establecimientos de salud	a. Sí b. A veces c. No	Nominal	Cualitativa
				Uso de métodos anticonceptivos	a. Preservativos b. Pastillas c. Ampollas d. Otros e. ninguno	Nominal	Cualitativa
				Acceso a información sobre sexualidad a través de celular u otros aparatos electrónicos	a. Sí b. A veces c. No	Nominal	Cualitativa
				Cómo se enteró que estaba embarazada	a. Prueba de embarazo en casa b. Diagnóstico en establecimiento de salud c. síntomas característicos	Nominal	Cualitativa

Tabla2*Operacionalización de la variable embarazo*

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Naturaleza
Embarazo en adolescentes	El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia en la fecundación del óvulo hasta el parto durante un tiempo aproximado de 38 a 42 semanas.	En el embarazo en los adolescentes la mujer lleva al embrión o feto en su útero, el cual se va desarrollando hasta el día de su nacimiento.	Edad	a. 10 a 13 años b. 14 a 16 años c. 17 a 19 años	Intervalo	Cuantitativa

III. Marco teórico

3.1 Antecedentes

A nivel internacional

García, A. en su trabajo “Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes” Guayaquil Ecuador, 2021.

Objetivo: Determinar la relación existente entre factores socioeconómicos y culturales en el embarazo en adolescentes con la aplicación de un instrumento validado por expertos en salud.

Metodología: El estudio presentó un enfoque cuantitativo y se desarrolló como una investigación de campo, de tipo descriptivo y con un diseño de cohorte transversal. La población estuvo conformada por 100 adolescentes embarazadas y madres, de las cuales se aplicó un plan piloto a 20 participantes. Para la recolección de datos se diseñó un instrumento compuesto por 24 ítems, el cual fue validado por expertos en el área de la salud, quienes evaluaron su validez, pertinencia y coherencia.

Resultados: El análisis de embarazo adolescente evidencia que factores como la edad, la escolaridad y la condición económica influyen significativamente en la vulnerabilidad de las adolescentes, limitando su acceso a información y servicios básicos. La falta de educación sexual formal y la comunicación insuficiente con la familia hacen que recurran a fuentes externas poco confiables para informarse. Asimismo, las decisiones de iniciar la vida sexual suelen estar influenciadas por la pareja y por presiones externas, con escaso apoyo y orientación. La desinformación sobre métodos anticonceptivos y procesos reproductivos resalta la necesidad de fortalecer la educación integral en salud sexual y reproductiva para reducir embarazos no planificados y promover el desarrollo de las adolescentes.

Conclusiones: El embarazo adolescente está estrechamente vinculado a factores socioeconómicos y culturales, como el bajo nivel educativo, la situación económica limitada, la falta de comunicación familiar y la desinformación sobre sexualidad y métodos anticonceptivos. Predomina en adolescentes de 15 a 17 años, ninguno planificado, lo que genera impacto social y emocional. La educación sexual oportuna, la planificación familiar y la comunicación familiar son esenciales para prevenir embarazos no deseados, siendo estas estrategias clave para reducir la incidencia en el futuro. (7)

Coral, D et al. en su investigación "Factores asociados al embarazo en adolescentes en la comunidad de Jimbitono." Paraguay, 2023.

Objetivo: Conocer cuáles son los factores asociados que influyen en el embarazo de los adolescentes en la comunidad de Jimbitono

Metodología: La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental y descriptivo, debido a que no se manipularon las variables. La población estuvo constituida por 147 mujeres con antecedentes de embarazo, de las cuales se seleccionó una muestra de 129 mediante muestreo aleatorio simple, calculada con una fórmula para poblaciones finitas considerando un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%. La información se obtuvo mediante la técnica bibliográfica-documental.

Resultados: El 58.9% tuvo su primer embarazo en la adolescencia, especialmente entre los 17,5 y 19 años. Factores familiares como pertenecer a familias monoparentales o de hecho, tener familiares con antecedentes de embarazo adolescente y mantener relaciones regulares o deficientes con los padres aumentaron el riesgo. Además, la mayoría carecía de conocimiento sobre anticonceptivos, y más de la mitad nunca los utilizó; en cuanto al estado civil, el 48.8% estaba casada, el 26.4% soltera y el 24.8% en unión libre. En el aspecto económico, la mayoría provenía de familias con ingresos de 200 a 350 dólares, mientras que los ingresos más altos se registraron en embarazos ocurridos en la adultez. La educación sexual fue insuficiente, ya que el 31.8% rara vez recibió información y el 27.1% nunca,

evidenciando conductas de riesgo. Por último, la mayoría de las participantes residía en zonas rurales (74.4%) y el 46.5% en comunidades específicas de su localidad.

Conclusión: el embarazo adolescente en esta población estuvo influido principalmente por factores familiares, económicos y la falta de educación sexual, mientras que la mayoría de las adolescentes carecía de conocimiento y uso de anticonceptivos. Las adolescentes provenientes de familias monoparentales o con antecedentes de embarazo en familiares mostraron mayor riesgo, al igual que aquellas con relaciones parentales deficientes. Además, la mayoría residía en zonas rurales y provenía de familias con ingresos bajos, lo que evidencia que la combinación de factores sociales, familiares y educativos contribuyó significativamente al riesgo de embarazo durante la adolescencia. (8)

Cevallos, M et al. en su estudio titulado: “revisión sobre el embarazo adolescente e implicancias sociales.” Guayaquil Ecuador, 2024.

Objetivo: Revisar las implicancias sociales del embarazo adolescente e identificar los factores que contribuyen a su incidencia en adolescentes de entre diez y diecinueve años en América Latina.

Metodología: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos en la base de datos PubMed utilizando términos relacionados con embarazo adolescente, sus causas y prevención. De un total inicial de 411 artículos identificados, 20 cumplieron con los criterios de inclusión: estudios realizados en América Latina, publicados desde 2010 y centrados en la prevención del embarazo en adolescentes de diez a diecinueve años.

Resultados: Los hallazgos indicaron que la falta de educación sexual y el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos fueron factores clave relacionados con la alta incidencia de embarazos en adolescentes. Además, se observó que factores socioeconómicos como la pobreza y la desigualdad tuvieron un papel significativo en este fenómeno. Otros determinantes importantes incluyeron la violencia intrafamiliar y el inicio precoz de la actividad sexual. También se destacó la limitada accesibilidad a servicios de salud y educación

adecuados, lo que contribuyó a agravar la problemática del embarazo adolescente en la región.

Conclusión: El embarazo adolescente representó un problema biopsicosocial con repercusiones negativas en la salud y el desarrollo socioeconómico de las jóvenes. Por ello, consideraron necesario fortalecer la educación sexual, mejorar el acceso a métodos anticonceptivos y promover intervenciones integrales e intersectoriales que involucraran a la familia, la comunidad, el sistema educativo y los profesionales de salud para reducir eficazmente la incidencia de embarazos en adolescentes. (9)

Benítez, S et al. En su estudio titulado “Factores de riesgo relacionados al embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020- 2021.” Asunción Paraguay, 2022.

Objetivo: Describir la distribución de los factores de riesgo relacionados con el embarazo adolescente, a partir de los datos obtenidos en la Unidad de Salud San Gerónimo de Limpio-Paraguay, de enero 2020 a noviembre 2021.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal en adolescentes embarazadas que contaban con al menos dos consultas prenatales. Los datos se obtuvieron mediante encuesta (fuente primaria) y revisión de fichas de consultas prenatales (fuente secundaria). Se aplicaron medidas estadísticas de frecuencia y porcentaje para describir los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes.

Resultados: Se incluyeron 45 adolescentes embarazadas. Entre los factores individuales, el 69% presentó conocimiento básico o deficiente sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. En cuanto a los factores familiares, el 71% mostró repetición de patrones como embarazos precoces en la familia.

Conclusión: El estudio proporcionó información sobre los factores de riesgo en este grupo vulnerable, evidenciando la necesidad de fortalecer acciones de promoción y prevención dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de la Unidad de Salud de la Familia de la localidad. (10)

A nivel nacional

Bances, Y. y Torres, M. en su estudio “Factores que influyen en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo 2022” Chiclayo Perú, 2022.

Objetivo: Determinar los elementos que afectan la gestación en las jóvenes adolescentes que reciben atención en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en 2022.

Método: Investigaciones cuantitativas con enfoque no experimental y enfoque transversal. El estudio incluyó a 45 jóvenes encintas. El artefacto mágico. La herramienta empleada fue un sondeo diseñado y verificado por Tingal V. en 2021.

Resultados: En cuanto a su cuna, el 62% de las jóvenes encintas provienen del litoral. Un 67% de ellas abrazaba alguna creencia espiritual. Asimismo, el 67% no había fallado en ninguna materia. El 71% de las jóvenes encintas compartía hogar con sus progenitores. En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos, el 76% de las jóvenes encintas confesaron que su círculo de amigas no los empleaba.

Conclusiones: Los elementos predominantes en las jóvenes embarazadas fueron, en primer lugar, la carencia de métodos anticonceptivos en su círculo de amigas y, en segundo lugar, la armonía con los progenitores en el hogar. (11)

Rosas, D. y Ubaldo, C. En su trabajo: “Factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Monterrey- Huaraz, 2022” Huaraz, 2022.

Objetivo: Determinar los elementos socioculturales que moldean la gestación en jóvenes del Centro de Salud Monterrey-Huaraz, 2022.

Método: La investigación adoptó una perspectiva cuantitativa, aplicada, con un enfoque no experimental y correlacional. El estudio incluyó a 50 jóvenes encintas que visitan el Centro de Salud Monterrey - Huaraz en 2022. El método empleado fue la encuesta, y el cuestionario incluyó 13 interrogantes sobre aspectos socioculturales y 8 interrogantes sobre el embarazo en jóvenes. Para evaluar la validez del cuestionario, se consultó a tres expertos y se utilizó el

coeficiente Alfa de Cronbach, resultando en un 0,911 para los factores socioculturales y un 0,864 para el embarazo en jóvenes.

Resultados: Los hallazgos revelaron que los factores sociales tienen un impacto notable en el embarazo de jóvenes en el Centro de Salud Monterrey - Huaraz, 2022, con una $p=0,042$ y un $Rho=-0,289$. En contraste, los elementos culturales no influyen de manera notable en el embarazo adolescente en ese centro, con una $p=0,844$.

Conclusión: Se llegó a la conclusión de que los factores sociales tienen un impacto significativo en el embarazo adolescente, mientras que los factores culturales no muestran una influencia significativa. (12)

Fernández, M. en su estudio "Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú, análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020". Lima, Perú, 2021.

Objetivo: El estudio se centró en examinar los factores vinculados al embarazo adolescente en Perú.

Metodología: Se hizo un análisis complementario de la ENDES de 2020, utilizando una muestra de 8,524 adolescentes de 12 a 19 años, cuyas encuestas estaban completas. Se examinaron factores sociales como el estado civil, el consumo de alcohol y las razones para asistir a la escuela, así como factores obstétricos, incluyendo la información sobre métodos anticonceptivos (MAC) proporcionada por centros de salud, médicos y conversaciones con la pareja. Además, se analizó el momento en que las adolescentes comenzaron a usar MAC tras quedar embarazadas. Los datos se procesaron con el software SPSS v26.0, ajustado para muestras complejas, y se calcularon prevalencias con intervalos de confianza del 95% (IC95%), razones de prevalencia (RP) y coeficientes de variación (CV) inferiores al 20%.

Resultados: En Perú, la tasa de embarazo en adolescentes de 12 a 19 años fue del 1.2% (IC95%: 0.9%-1.7%; CV: 0.2). De las adolescentes embarazadas, el 19.3% vivía en la selva y el 29.7% en zonas rurales. Entre los factores sociales identificados destacan: no asistir a la escuela (RP: 7.9, IC95%: 3.8-16.2), abandonar la educación debido al embarazo (RP: 3.4,

IC95%: 1.7-7.0), estar casada o convivir con la pareja (RP: 40.9, IC95%: 21.9-76.3) y el consumo de alcohol (RP: 6.8, IC95%: 2.0-23.4). En cuanto a los factores obstétricos, los más significativos fueron: no recibir información sobre métodos anticonceptivos (MAC) en el centro de salud (RP: 5.8, IC95%: 2.7-12.2) ni por parte del personal médico (RP: 4.5, IC95%: 2.5-8.3), no tener conversaciones con la pareja sobre MAC (RP: 22.8, IC95%: 6.2-83.9) e iniciar el uso de MAC después de quedar embarazada (RP: 6.2, IC95%: 1.7-23.1).

Conclusión: Los factores sociales y obstétricos juegan un papel importante en el embarazo adolescente, siendo las dinámicas de pareja el factor más influyente. (13)

Lozano, S en su estudio: “Conductas de riesgo y factores sociodemográficos relacionados al embarazo adolescente, Hospital de Apoyo Huanta “Daniel Alcides Carrión”, enero a diciembre, 2022” Huanta Perú, 2024.

Objetivo: Determinar la relación de las conductas de riesgo y los factores sociodemográficos con el embarazo adolescente en el Hospital de Apoyo Huanta “Daniel Alcides Carrión” de enero a diciembre de 2022.

Metodología: El estudio fue de tipo básico, con un alcance descriptivo-correlacional y un diseño no experimental. La población estuvo conformada por 202 historias clínicas de adolescentes gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia y Salud del Adolescente del hospital, de las cuales se seleccionó una muestra de 133 historias clínicas. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos.

Resultados: Se identificó una relación estadísticamente significativa entre las conductas de riesgo, los factores sociodemográficos y el embarazo adolescente ($p < 0.05$). El 39.8% de las adolescentes no utilizó métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales, aunque el 99.2% no consumía alcohol y el 100% no consumía drogas. La mayoría tenía entre 17 y 19 años (77.4%), convivía con su pareja (65.4%), presentó menarquia entre los 11 y 13 años (64.7%) e inició relaciones sexuales entre los 17 y 19 años (72.2%), reportando el 100% una sola pareja sexual. En el ámbito educativo, el 88% cursaba o había cursado secundaria, pero el 40.6% no tenía conocimientos sobre educación sexual; además, el 67.7% se dedicaba a

labores domésticas y solo el 22.6% continuaba estudiando. En el contexto familiar, el 18.8% refirió violencia familiar, el 39.1% provenía de hogares disfuncionales y el 25.6% fue víctima de violencia conyugal; finalmente, el 86.5% de las adolescentes fue primigesta.

Conclusión: Se concluyó que el embarazo adolescente estuvo directamente asociado a la falta de uso de métodos anticonceptivos y al bajo nivel de conocimientos en educación sexual, así como a condiciones sociodemográficas desfavorables como la convivencia temprana, la interrupción de los estudios y la dedicación a actividades domésticas. Asimismo, la presencia de violencia familiar y conyugal influyó negativamente en la salud emocional de las adolescentes, favoreciendo conductas de riesgo y contribuyendo al embarazo precoz, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias preventivas y educativas dirigidas a este grupo poblacional. (14)

Rojas, A et al. En su trabajo de investigación “factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Centro De Salud Aparicio Pomares - Huánuco, 2021”. Perú, 2022.

Objetivo: Determinar los factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Centro de Salud Aparicio Pomares - Huánuco, 2021.

Metodología: La investigación fue de tipo observacional, analítica, transversal y prospectiva, con un nivel relacional y un diseño correlacional. La población estuvo constituida por adolescentes que acudieron al Centro de Salud Aparicio Pomares entre enero y diciembre de 2021, conformándose una población muestral de 60 adolescentes embarazadas que participaron en el estudio. La recolección de datos se realizó mediante la técnica de la encuesta, utilizando dos cuestionarios aplicados como instrumentos de fuentes primarias.

Resultados: Los factores socioculturales se asociaron significativamente con el embarazo adolescente en el Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2021, obteniéndose un valor de Chi cuadrado de 30,419 y un nivel de significancia $p < 0.05$. Al contrastar la hipótesis planteada, se confirmó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los factores socioculturales y el embarazo adolescente ($p = 0.016$).

Conclusión: Existe una asociación significativa entre los factores socioculturales y el embarazo adolescente, por lo que se aceptó la hipótesis general de la investigación. (15)

A nivel regional y local

Challco, M. y Nina, Y. En su tesis: "Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes del centro de salud de Andahuaylillas, periodo 2017 – 2019" Cusco Perú, 2021.

Objetivo: Determinar los peligros vinculados al alumbramiento en jóvenes del Centro de Salud de Andahuaylillas, a lo largo del período 2017-2019.

Metodología: Se llevó a cabo un análisis detallado y retrospectivo, con la creación de casos y controles. El estudio incluyó a 30 jóvenes encintas que fueron atendidas en el Centro de Salud del distrito de Andahuaylillas entre 2017 y 2019, además de a 120 jóvenes que no estaban embarazadas.

Resultados: En cuanto a la edad, el 96,7 % de las adolescentes que se encuentran en embarazo están dentro de la franja de 15 a 19 años de edad, mientras que un 3,3 % están entre 10 a 14 años de edad. En el resto de las jóvenes que no están en estado de gravidez el 89,1 % están entre 15 a 19 años de edad y 10,9 % entre 10 a 14 años. El 93,3 % de las mujeres embarazadas tienen un hijo, mientras que un 6,7 % tienen un hijo o un par. En cuanto al nivel educacional, el 50 % de las mujeres maduras de grupo alcanzado han culminado la secundaria, 33,3 % han llegado hasta la primaria, 10% han concurrido a la Universidad y 6,7 % alcanzaron a iniciar la educación primaria. En la población de jóvenes no embarazadas, un 84,8 % visita el colegio Secundario, en tanto que un 7,6 % tienen la educación Primaria y la técnica Superior. La falta de educación se clasificó como un riesgo de tipo individual, mientras que los factores familiares relacionados son la violencia doméstica y la falta de comunicación en la familia.

Conclusiones: En el Centro de Salud de Andahuaylillas, se detectó una conexión directa entre la carencia de educación, la violencia doméstica, la comunicación deficiente, la pobreza económica y el apetito por el alcohol, siendo estos elementos los principales peligros vinculados al embarazo adolescente. (16)

Gómez, M. En su investigación “Factores que influyen en el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos e ITS-VIH/SIDA en adolescentes de la I. E. Manco II La Convención, Cusco – Perú, 2018” La convención, 2021.

Objetivo: Establecer los factores que afectan el conocimiento en relación con evitar embarazos e ITSVIH/SIDA en adolescentes de una entidad educativa.

Metodología: cuantitativo, descriptivo, transversal

Resultados: El 57,1% posee un conocimiento medio sobre la prevención del embarazo, un 28,6% posee un conocimiento limitado y un 14,3% posee un saber profundo. La prueba de chi cuadrado revela que no existe una conexión significativa entre la edad de los jóvenes y su conocimiento sobre la prevención del embarazo ($p > 0.05$). Además, no se halló vínculo entre la edad de la menarquia y el nivel de conocimiento ($p > 0.05$).

Conclusión: Así, se respalda la hipótesis nula y se descarta la tesis alternativa, que insinúa que no hay vínculo entre el grado de sabiduría y los elementos biológicos de los jóvenes. En cuanto al impacto de los elementos sociales en la sabiduría, se descubrió que no existe una conexión significativa entre el origen ($p = 0,199$), la edad de inicio de vínculo ($p = 5,991$), la presencia de pareja ($p = 2,40$), el uso de sustancias nocivas ($p = 0,277$) y la comprensión sobre la prevención del embarazo. Al examinar cómo los elementos culturales influyen en la percepción sobre la prevención de embarazos, se descubrió que hay una conexión notable con la condición civil de los progenitores ($p = 0,046$), la educación de los progenitores ($p = 0,012$), los episodios de embarazos adolescentes en la familia ($p = 0,001$), y una conexión no significativa con el vecindario ($p = 0,871$) y una comunicación abierta con los seres queridos ($p = 0,871$). Así pues, se acoge la visión alternativa y se descarta la noción nula. (17)

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Factor sociocultural

Es el conjunto de principios, rasgos, convicciones, hábitos alimentarios y prácticas culturales que permiten reconocer e identificar a una persona.

- a. **Religión:** Hace alusión al conjunto de convicciones o principios relacionados con una divinidad, que genera sentimientos de veneración y respeto hacia dicha divinidad, y establece normas morales que guían la conducta tanto individual como social de los grupos humanos.
- b. **Tradiciones:** Son un conjunto de prácticas, creencias o costumbres que se transmiten
- c. de una generación a otra dentro de una comunidad, sociedad o cultura. (18)

3.2.2 Factor demográfico

Los factores demográficos comprenden un conjunto de características que permiten definir y analizar estadísticamente a una población o a un grupo dentro de ella, y se utilizan para estudiar sus patrones y su organización colectiva.

- a. **Edad:** corresponde al periodo que transcurre desde que nace un individuo.
- b. **Procedencia:** Se refiere al lugar de origen o nacimiento de una persona.
- c. **Grado de instrucción:** Corresponde al nivel educativo alcanzado por una persona, en función de los estudios realizados en una institución educativa.
- d. **Tipo de familia:** Los modelos familiares han cambiado con el tiempo y se han ido asemejando más a los modelos tradicionales. En generaciones pasadas, era común criarse en hogares con ambos padres. Aunque esta estructura sigue siendo la más común en muchas sociedades, su porcentaje ha disminuido notablemente en varios países. Actualmente, es mucho más frecuente encontrar familias en las que un padre y una madre viven juntos sin estar casados, o familias reconfiguradas tras divorcios o nuevos matrimonios.
- e. **Familia funcional:** Se refiere a aquella que favorece el desarrollo integral de sus miembros y un bienestar general, donde todos se sienten satisfechos con el cumplimiento de las funciones fundamentales de la familia, como la adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos. Además, los integrantes de la familia están motivados y comprometidos, mantienen una comunicación efectiva y promueven la participación activa de los niños en las decisiones que les afectan.

- f. Familia disfuncional:** Se distingue por la falta de cumplimiento de los roles parentales y la confusión en los roles dentro de la familia. Hay constantes conflictos, crisis recurrentes y una notable resistencia al cambio, acompañada de amenazas frecuentes de separación. Las reglas claras son escasas, predominando las normas implícitas o secretas. Los límites familiares son poco claros y se percibe una carencia de afecto por parte de los padres. El funcionamiento social es deficiente, lo que requiere intervención profesional para solucionar los conflictos.
- g. Comunicación con los padres:** La comunicación dentro de la familia es un elemento crucial en las relaciones tanto dentro del hogar como con el entorno. Se considera una de las posibles causas del embarazo adolescente, ya que las jóvenes que enfrentan falta de afecto o problemas familiares buscan definir su identidad, se sienten atraídas por lo prohibido y desafían las normas, con el deseo de sentirse adultas. Aunque suele haber conversaciones, la verdadera comunicación con los padres es limitada, ya que no se abordan de manera directa los temas más sensibles. Los espacios para comunicarse en la familia son pocos y generalmente se reducen a las horas de comida, a menudo debido a los horarios distintos de cada miembro. (19)

3.2.3 Factor acceso a la información

Acción que busca asegurar el acceso a la información necesaria para todas las personas dentro del marco legal.

Muchos adolescentes comienzan su vida sexual a edades muy tempranas, pero no tienen el hábito de preguntar o solicitar de manera directa información o servicios sobre planificación familiar o salud sexual y reproductiva. Aunque la mayoría de los adolescentes tiene la madurez emocional y cognitiva para recibir estos servicios integrales, muchos desconocen que tienen este derecho y que dichos servicios están disponibles.

Asimismo, persisten obstáculos en el camino hacia los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes, alimentados por la indiferencia de ciertos galenos. En numerosas ocasiones, estos expertos no proporcionan la información precisa ni cultivan la confianza necesaria en

las jóvenes que requieren asistencia. En consecuencia, cuando estas jóvenes requieren más respaldo al quedar embarazadas, el personal de salud se ve en la encrucijada de asegurar su cumplimiento con los controles prenatales y se complica la prevención de complicaciones.

El Ministerio de Salud reveló que, en 2015, se brindaron alrededor de 3,170 servicios especializados para jóvenes de 12 a 17 años en un 40% de los centros de salud nacionales. Asimismo, otorgó luz verde a la Norma Técnica de Planificación Familiar (RM N° 652-2016-MINSA), que abre las puertas a los jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a métodos anticonceptivos. Con esta iniciativa, se dismantelarían los muros que impedían a los jóvenes acceder a estos servicios en los centros de salud. (20)

Adolescencia

De acuerdo con la OMS, la adolescencia es la etapa de crecimiento y desarrollo humano que ocurre después de la niñez y antes de la adultez, abarcando los años de 10 a 19. Este periodo se caracteriza por importantes cambios físicos y psicosociales, comenzando con las primeras señales de la pubertad y concluyendo cuando el crecimiento físico llega a su fin. De esta manera, el inicio de la pubertad señala el paso de la niñez a la adolescencia. (21)

En este sentido, el Ministerio de Salud del Perú señala que definir la adolescencia de manera precisa es complicado por diversas razones. La madurez física, emocional y cognitiva, entre otros aspectos, varía según cómo cada individuo vive esta etapa de la vida. Según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, se considera adolescentes a las personas que tienen entre 12 y 17 años de edad. (22)

Etapas de la Adolescencia

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez que abarca, según la OMS, entre los 10 y 19 años, caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos, cognitivos y sociales. Durante esta fase, los adolescentes desarrollan su identidad, autonomía y habilidades para la toma de decisiones, pero al mismo tiempo son más susceptibles a riesgos que pueden afectar su bienestar integral (23)

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez que abarca, según la OMS, entre los 10 y 19 años, caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos, cognitivos y sociales. (24)

Durante esta fase, los adolescentes desarrollan su identidad, autonomía y habilidades para la toma de decisiones, pero al mismo tiempo son más susceptibles a riesgos que pueden afectar su bienestar integral. (25)

a. Adolescencia temprana

La adolescencia temprana, que abarca de 10 a 14 años de edad, es una etapa que se define por profundos cambios emocionales y físicos. Durante esta fase, comienzan a ocurrir los primeros signos de la transformación del cuerpo, que incluyen el crecimiento en altura, cambios en los órganos sexuales y características sexuales secundarias. Estos cambios, que a veces son fácilmente notables, provocan tanto sentimientos de ansiedad como de emoción. En la esfera interna, se están produciendo muchos cambios que no son tan fácilmente perceptibles. Una teoría pseudocientífica sostiene que esta fase es integral para el desarrollo cerebral, ya que el cerebro en esta etapa atraviesa un aumento de crecimiento eléctrico y fisiológico, en el que el número de células se duplica y los tejidos se reconstruyen. Estos cambios afectan la funcionalidad emocional, cognitiva y motora del ser humano.

Las niñas suelen iniciar sus cambios puberales aproximadamente entre 12 y 18 meses antes que los niños, lo que indica que están más avanzadas en su desarrollo tanto físico como mental. El lóbulo frontal, que es la parte del cerebro que se asocia principalmente con el razonamiento y la toma de decisiones, comienza a desarrollarse más en esta fase de la vida para ambos sexos, pero a un ritmo más lento para los niños, que es la razón por la cual los niños tienden a actuar imprudentemente. Este desfase alimenta la impresión de que las niñas maduran antes en la vida.

En la infancia tardía, tanto las niñas como los varones aumentan la consciencia y se ajustan a las normas sociales de género y, por ende, en su comportamiento o apariencia.

En esta etapa, los adolescentes comienzan a experimentar los primeros signos de la pubertad, como el crecimiento corporal acelerado y el desarrollo de características sexuales secundarias. A nivel cognitivo, empiezan a comprender mejor las normas sociales y las consecuencias de sus acciones, aunque todavía dependen en gran medida del apoyo familiar y escolar para la toma de decisiones. (26)

La educación sexual en este rango de edad es fundamental, ya que ayuda a prevenir comportamientos de riesgo, favorece la comprensión de su anatomía y promueve actitudes saludables frente a la sexualidad y las relaciones interpersonales (UNESCO, 2018). La falta de información puede generar vulnerabilidad frente a la presión social, abuso y explotación, así como inicio temprano de la actividad sexual. (27)

b. Adolescencia media (14-16 años)

Durante la adolescencia media, los jóvenes profundizan en la exploración de su identidad y en las relaciones con sus pares. El desarrollo cognitivo les permite un pensamiento más abstracto y la capacidad de evaluar riesgos, aunque su juicio todavía puede verse influenciado por la presión social y la búsqueda de aceptación. (28)

El acceso a educación sexual integral es crucial en esta etapa, ya que facilita la comprensión de métodos anticonceptivos, planificación familiar, derechos reproductivos y prevención de infecciones de transmisión sexual. La falta de orientación en esta fase aumenta la probabilidad de embarazos precoces y exposición a situaciones de vulnerabilidad social y emocional. (29)

c. Adolescencia tardía (17-19 años)

La adolescencia tardía corresponde a los últimos años de la segunda década de la vida, generalmente entre los 17 y los 19 años. En esta etapa, los cambios físicos más significativos ya suelen haberse producido, aunque el cuerpo sigue en proceso de desarrollo. El cerebro continúa evolucionando y reorganizándose, lo que lleva a un aumento considerable en la capacidad de pensar de manera analítica y reflexiva. Al principio de esta etapa, las opiniones del grupo de amigos siguen siendo importantes, pero su influencia disminuye conforme los adolescentes ganan mayor seguridad y claridad sobre su identidad y sus propias ideas.

Durante la adolescencia tardía, las niñas suelen estar más expuestas que los varones a sufrir efectos negativos para su salud, como la depresión. Además, la discriminación y el abuso por motivos de género tienden a incrementar estos riesgos. Las adolescentes son particularmente vulnerables a trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, una susceptibilidad que se ve influenciada por profundas preocupaciones sobre su imagen corporal, las cuales son fomentadas por los estándares culturales y mediáticos de belleza femenina.

La adolescencia tardía se caracteriza por ser una etapa en la que muchas de las preocupaciones de los jóvenes son similares a las de los adultos. La sexualidad se expresa de manera más compleja y los adolescentes muestran una actitud más responsable respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso de métodos anticonceptivos. (30)

En la adolescencia tardía, los jóvenes alcanzan un mayor nivel de autonomía y desarrollo de su identidad, enfrentando responsabilidades similares a las de los adultos jóvenes. Su pensamiento analítico y reflexivo se consolida, lo que les permite evaluar decisiones sobre relaciones sexuales, estudios y empleo. (31)

Sin embargo, los adolescentes tardíos que no cuentan con educación sexual adecuada, apoyo familiar ni acceso a servicios de salud sexual y reproductiva continúan siendo vulnerables al embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual y desigualdades sociales. Esta etapa es crítica para fortalecer la responsabilidad personal y la toma de decisiones informadas, garantizando un tránsito seguro hacia la adultez. (32)

Embarazo

Es el proceso fisiológico que experimenta la mujer desde la fertilización del óvulo hasta el parto, un período que dura entre 38 y 42 semanas. Durante este tiempo, la mujer lleva al embrión o feto en su útero, donde este se va desarrollando hasta su nacimiento. (19)

Embarazo adolescente

Se refiere a aquel que ocurre en una mujer durante la adolescencia, desde la pubertad, que marca el inicio de la capacidad reproductiva, hasta el final de esta etapa. A menudo se le

conoce como "embarazo precoz", ya que ocurre antes de que la joven haya alcanzado la madurez emocional necesaria para asumir las responsabilidades de la maternidad.

Un gran número de adolescentes inicia su vida sexual a una edad temprana, lo cual generalmente conduce a la búsqueda de pareja y a la adopción de roles propios de los adultos. Si se produce un embarazo, la estructura y dinámica familiar cambian para ajustarse a las demandas surgidas de la nueva situación. (20)

De acuerdo con la ENDES 2016, llevada a cabo por el INEI, el 12,7% de las jóvenes de la nación, con edades entre 15 y 19 años, reportaron haber estado embarazadas en algún momento de sus vidas. Esta cifra muestra una reducción de 0,9 puntos porcentuales con relación al periodo anterior. Los porcentajes varían considerablemente según factores como la pobreza, la ubicación geográfica (urbana o rural) y la región natural, siendo en la selva donde la tasa supera más del doble del promedio nacional. Estos factores afectan el acceso de las adolescentes a posibilidades de educación, empleo y de desarrollo tanto personal como familiar en su proceso hacia la adultez.

Por otro lado, aunque en el ámbito rural se observa una leve disminución, a nivel nacional la cifra se mantiene constante debido a un pequeño aumento en las zonas urbanas, incluidas las áreas metropolitanas de Lima, cuyas poblaciones continúan creciendo en comparación con las rurales. (21)

Educación sexual

Se define como una serie de iniciativas enfocadas en transmitir, propagar y promover el saber sobre la sexualidad humana a lo largo de cada etapa de su evolución. Esto abarca temas como la anatomía reproductiva masculina y femenina, la identidad sexual, las relaciones íntimas, la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, las prácticas sexuales seguras, la reproducción en su totalidad y en particular la humana, los derechos sexuales y reproductivos, y otros temas afines. Su misión es fomentar el bienestar y la salud sexual y reproductiva de forma holística. (22)

La educación sexual es un proceso formativo que proporciona a los adolescentes conocimientos sobre su anatomía y fisiología reproductiva, identidad y orientación sexual, métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, así como prácticas sexuales seguras. La falta de educación sexual aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes, incrementando la probabilidad de embarazos tempranos y dificultando la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Para ser efectiva, la educación sexual debe impartirse de manera integral, continua y adecuada a cada etapa del desarrollo adolescente, considerando sus características físicas, cognitivas y emocionales según los rangos de edad (10-13, 14-16 y 17-19 años). Además, es fundamental que esta formación involucre a la familia, la escuela y los servicios de salud, promoviendo la comunicación abierta y fomentando la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones responsables sobre su sexualidad y bienestar reproductivo. (33)

La educación sexual integral está orientada a dotar a los adolescentes de un entendimiento amplio sobre su cuerpo y desarrollo, incluyendo aspectos como la anatomía y fisiología reproductiva, la diversidad en identidad y orientación sexual, los diversos métodos anticonceptivos disponibles, los derechos sexuales y reproductivos, y las prácticas seguras que contribuyen a la salud integral. Cuando este tipo de educación no está disponible o es insuficiente, los jóvenes enfrentan un mayor riesgo de embarazos no deseados en edades tempranas y una mayor exposición a infecciones de transmisión sexual debido a la falta de información precisa y habilidades para tomar decisiones saludables. La evidencia sugiere que programas de educación sexual bien diseñados no solo incrementan el conocimiento, sino que también fomentan actitudes más responsables y habilidades para negociar prácticas sexuales seguras, disminuyendo los comportamientos de riesgo y mejorando la salud reproductiva en general. Este tipo de educación debe ser continua, basada en evidencia y adaptada al nivel de desarrollo de cada grupo etario dentro de la adolescencia, para ser verdaderamente eficaz. (34)

Situación de Vulnerabilidad del Adolescente

Se refiere a un escenario provocado por múltiples motivos, donde los peligros impactan el crecimiento holístico o la protección de infantes y jóvenes, desencadenando la ausencia de salvaguarda de sus derechos. Esto demanda la adopción de estrategias de defensa idóneas y eficientes para mitigar o superar el escenario. Entre los casos que se contemplan se encuentran jóvenes encarcelados, atrapados en pandillas, sometidos a abusos sexuales o laborales, en la calle, en situación de pobreza o extrema pobreza, descendientes de familias disfuncionales o abandonados, entre otros. (30)

La vulnerabilidad en la adolescencia se define como el conjunto de condiciones y factores que incrementan el riesgo de que los jóvenes vean afectado su desarrollo integral, su bienestar físico, emocional y social, así como la garantía de sus derechos. Esta situación se presenta cuando los adolescentes se encuentran en contextos de riesgo, como pobreza, violencia familiar, abandono, exclusión social, abuso sexual o laboral, falta de acceso a educación y servicios de salud, y entornos comunitarios inseguros (35)

Durante la adolescencia, que es una etapa de transición crítica marcada por cambios físicos, cognitivos y emocionales significativos, la exposición a factores de vulnerabilidad puede afectar la salud integral de los jóvenes. Esto incluye un mayor riesgo de embarazos precoces, consumo de sustancias, conductas de riesgo y problemas de salud mental (36)

Asimismo, la vulnerabilidad se intensifica cuando los adolescentes carecen de acceso a información confiable sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, derechos sexuales y salud reproductiva. La educación sexual insuficiente, sumada a barreras en los servicios de salud y a la discriminación de género, aumenta la probabilidad de embarazos tempranos e infecciones de transmisión sexual (37)

Por ello, la evidencia indica que enfrentar la vulnerabilidad requiere estrategias integrales que combinen educación, apoyo familiar y comunitario, garantizando derechos, protección frente a riesgos y asistencia emocional. La prevención debe abordar de manera multidimensional

las necesidades individuales del adolescente, su entorno sociofamiliar y las políticas públicas de protección y salud (38)

Atención en orientación/consejería en salud sexual y reproductiva para la atención integral de la gestante adolescente

Es la labor llevada a cabo por un/a profesional capacitado/a, con habilidades en orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, así como en la atención integral de adolescentes.

(39)

Atención prenatal reenfocada a la gestante adolescente

El experto especializado brindará atención holística en salud a la futura madre, a su pareja y a la familia, respetando los derechos humanos y adoptando una perspectiva de género, equidad y diversidad cultural, con el fin de garantizar un embarazo, parto y puerperio saludables, y el bienestar integral del recién nacido. (40)

Teoría del autocuidado

Dorothea Orem define el autocuidado como una práctica continua en la que el individuo contribuye activamente a su propia vida, considerándola una actividad que se aprende con un objetivo claro. Esta conducta se presenta en situaciones particulares en las que las personas toman acción sobre sí mismas, los demás o su entorno, con la finalidad de regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento, favoreciendo así su vida, salud y bienestar.

El autocuidado es un proceso exclusivo del ser humano que debe desarrollarse de manera razonada, ya sea de forma individual o aprendida, con el fin de preservar la vida, la salud, el crecimiento y el bienestar. Los conceptos de autocuidado, demanda de autocuidado y actividad de autocuidado son fundamentales para comprender las necesidades de acción y las limitaciones de los individuos que pueden beneficiarse de la atención de enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del ser humano, se distingue de otros procesos regulatorios, como el endocrino. Este debe ser aprendido, desarrollado de manera deliberada y constante, y adaptado a las necesidades particulares de cada persona. Estas necesidades

están relacionadas con sus etapas de crecimiento y desarrollo, su estado de salud, características personales, niveles de energía y factores del entorno. (41)

3.3 Definición de términos

Factor: Un factor es cualquier elemento o circunstancia que afecta o tiene impacto, ya sea de manera directa o indirecta, en un evento o resultado específico. En el ámbito de la investigación, los factores son las características que pueden ser cuantificadas o clasificadas, y que sirven para entender o explicar una situación o problema. (42)

Factores sociales: Son aquellos determinantes que influyen en la vida de las adolescentes, tanto de manera directa o indirecta en la gestación adolescente, considerando sus conocimientos, actitudes y percepción personal. (43)

Factor demográfico: Es el conjunto de características que permiten establecer datos estadísticos dentro de un espacio territorial o a un grupo dentro de ella, y se emplean para evaluar sus patrones poblacionales y su estructura social. (44)

Factor acceso a la información: Se refiere al manejo y la utilización de información relacionada con la prevención del embarazo y la salud sexual y reproductiva por parte de la adolescente. (45)

Adolescencia: Es la fase de crecimiento y desarrollo humano que va suscitarse posterior a la niñez y antes de alcanzar la adultez, que comprende entre los 10 y los 19 años. (46)

Embarazo: El embarazo es el proceso fisiológico en la mujer que comienza con la fecundación del óvulo y culmina con el parto, durando aproximadamente entre 38 y 42 semanas. Durante este tiempo, la mujer lleva al embrión o feto en su útero, donde se desarrolla hasta el momento del nacimiento. (47)

Embarazo adolescente: Corresponde a la etapa de gestación en el que la mujer gestante tiene entre 10 y 19 años de edad. (48)

Educación sexual: Es el conjunto de actividades enfocadas en enseñar, divulgar y fomentar la comprensión de la sexualidad humana a lo largo de todas las fases del desarrollo. (49)

Planificación familiar: Es el conjunto de medidas anticonceptivas del cual cada individuo tiene derecho a recibir información para posteriormente realizar su aplicación tanto para prevenir embarazos no deseados como para planificar una gestación en un momento adecuado. (50)

Nivel de instrucción: Refiere al grado educativo de la adolescente gestante, es decir, al grado o ciclo de estudios que ha cursado o está cursando, sin considerar si los ha completado o si se encuentran incompletos, ya sea temporal o definitivamente. (51)

Servicio de maternidad: Es el área o sección del hospital donde la adolescente gestante recibe atención durante el parto. En este espacio, la joven puede realizar el proceso de parto, el alumbramiento y la recuperación hasta que sea dada de alta. (47)

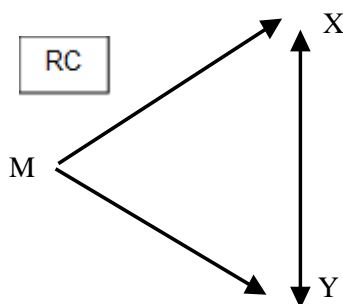
Hospital: Es un establecimiento que forma parte del sistema de salud donde se va brindar atención sanitaria a la población que lo requiera, tanto curativa como preventiva, abarcando incluso el ámbito familiar. (52)

IV. Metodología

4.1 Tipo y nivel de investigación

Es de enfoque cuantitativo, y tipo básico, dado que se enfocó en incrementar el conocimiento teórico sobre un fenómeno o situación, sin necesariamente estar dirigida a resolver problemas prácticos inmediatos. (53)

El nivel es descriptivo y correlacional ya que se buscó describir y relacionar los factores socioculturales, demográficos y acceso a la información que influyen en el embarazo adolescente atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco 2025; por consiguiente, para medir las variables se enfocó en las dimensiones y en la misma, conforme al marco teórico. (54)



Donde:

M: Muestra

X: VI: factores

Y: VD: embarazo adolescente

Rc: Influencia

La investigación corresponde al método deductivo lo cual tiene un enfoque sistemático y coherente que permite derivar conclusiones a partir de conjeturas dadas, con la certeza de

que la conclusión es lógicamente sólida y se garantiza que es correcta siempre que se derive directa e inequívocamente de las afirmaciones iniciales.

El diseño fue no experimental, dado que las variables son: factores socioculturales, demográfico, acceso a la información y embarazo adolescente no fueron sometidas a manipulación y fueron medidas en un solo momento de manera que es de corte Transversal (37).

4.2 **Ámbito temporal y espacial**

Espacial

Se desarrolló en el servicio de maternidad del HRC ubicado en la Av. de la Cultura s/n Wanchaq.

Temporal

El presente estudio se realizó de febrero a abril del 2025.

4.3 **Población y muestra**

Población

La conformaron todas las adolescentes embarazadas que fueron para ser atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, de febrero a abril del año 2025.

Tabla 3

Cantidad de pacientes atendidas según meses del 2025

Meses	Cantidad de gestantes
Febrero	31
Marzo	37
Abril	51
Total	119

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 91 adolescentes embarazadas, extraídas de una población más amplia de 119 mujeres embarazadas. Las participantes se reclutaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que solo se incluyeron en el estudio aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión predefinidos y dieron su consentimiento informado.

Muestreo

Corresponde a un método de muestreo no probabilístico por conveniencia para ello se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

1. Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 10 y 19 años, de acuerdo con la definición de adolescencia establecida por la OMS.
- Adolescentes embarazadas durante el periodo de estudio (febrero a abril del 2025)
- Haber sido atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco
- Tener residencia en la Región Cusco y zonas aledañas que corresponden a la población atendida

2. Criterios de exclusión

- Menores de 10 y mayores a 19 años, ya que no corresponde a la definición de adolescencia establecida por la OMS.
- Adolescentes embarazadas fuera del periodo de estudio (febrero a abril del 2025)
- Adolescentes no atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco, aunque hayan estado embarazadas en el 2025
- No tener residencia en la Región Cusco o zonas aledañas.

4.4 Técnica e instrumentos

Técnica

Se utilizó la técnica de la encuesta.

Instrumento

La herramienta utilizada para la recopilación de datos fue un cuestionario exhaustivo compuesto por un total de 19 preguntas individuales. Este cuestionario fue cuidadosamente diseñado para abarcar tres dimensiones: el factor sociocultural, las características demográficas y el acceso a la información. Cada una de estas dimensiones buscó captar aspectos específicos relevantes para el estudio, permitiendo una comprensión matizada de los antecedentes de los participantes, las influencias sociales y su capacidad para obtener y utilizar la información eficazmente. El factor sociocultural incluyó preguntas relacionadas con creencias culturales, normas sociales y prácticas comunitarias que podrían afectar al objeto de la investigación. El componente demográfico recopiló datos sobre variables como edad, género, nivel educativo, ocupación y otros atributos personales. Por otro lado, la dimensión de acceso a la información evaluó cómo los participantes obtienen, perciben y utilizan diversas fuentes de información, como medios de comunicación, redes comunitarias o recursos tecnológicos. A su vez este instrumento estuvo estructurado de la siguiente forma:

- a. La primera dimensión fue el Factor sociocultural que presenta 06 preguntas para marcar.
- b. La segunda dimensión fue el Factor demográfico que presenta 07 preguntas para marcar.
- c. La tercera dimensión fue el Factor Acceso a la información que presenta 06 preguntas para marcar.

4.5 Procedimientos

Validación

La validación del instrumento se llevó a cabo mediante el juicio de cuatro expertos, quienes evaluaron cada reactivo de las variables y coincidieron en que este es aplicable. Participaron en este proceso la Mgt. Karen Licely Borda Zapani, el Mgt. José Efraín Larrea Campos, la Lic. María Elena Palomino Cusipaucar y la Mgt. Katherine Monchy Corrales Álvarez, quienes emitieron su conformidad respecto a la aplicabilidad del instrumento.

Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad del instrumento de medición se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyos valores resultantes indican el grado de consistencia interna entre los ítems.

Tabla 4

Valores de alfa de Cronbach por variables

Variables	Alpha de Cronbach	Participantes
Factores	0,789	20
Embarazo en adolescentes	0,819	20

Según los resultados de la tabla 4 la consistencia interna de los ítems establecidos para ambas variables es altamente confiables ya que los valores encontrados fueron superiores a 0,700.

4.6 Análisis de datos

Luego de los trámites administrativos se aplicó los instrumentos, una vez concluido este proceso se codificó los datos y se generó la sábana de datos en el programa Excel y luego de ello, esos datos se migraron al programa SPSS a fin de generar gráficos y tablas. Para probar las hipótesis se utilizó el método estadístico de Rho de Spearman, el cual ha permitido examinar la relación entre los factores socioculturales, demográfico y acceso a la información con respecto al embarazo en adolescentes. Todas las tablas consignadas en el estudio cuentan con su respectiva interpretación.

4.7 Consideraciones éticas

Como medida ética fundamental, se obtuvo la autorización del Hospital Regional del Cusco para realizar el estudio y utilizar los instrumentos necesarios. Se solicitó a los adolescentes participantes que leyeran y firmaran un consentimiento informado, indicando claramente que su participación era totalmente voluntaria y reconociendo su derecho a retirarse en cualquier momento. Además, la investigación cumplió con las directrices establecidas para grados y títulos académicos, garantizando que la estructura y el contenido del estudio cumplieran con las normas y regulaciones establecidas.

V. Resultados y discusión

5.1 Resultados

Resultados por objetivos de investigación

Tabla 5

Edad

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
De 17 a 19 años	57	62,6%
De 14 a 16 años	33	36,3%
De 10 a 13 años	1	1,1%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 5 muestra que la mayoría de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, tienen entre 17 y 19 años, representando el 62.6 % del total, seguidas por un 36.3 % que se encuentra en el grupo de 14 a 16 años, mientras que solo el 1.1 % corresponde al grupo de 10 a 13 años. Estos datos evidencian que el embarazo adolescente es más frecuente en las edades mayores del rango considerado, aunque también preocupa la presencia de casos en edades muy tempranas, lo que implica un mayor riesgo social y de salud que requiere atención prioritaria.

La elevada incidencia de embarazos en el grupo de edad de 17 a 19 años puede atribuirse a la mayor prevalencia y continuidad de la actividad sexual durante la adolescencia tardía, sumada a deficiencias en la educación sexual integral y al uso inconsistente o inadecuado de anticonceptivos. Estos factores se ven exacerbados por una mayor autonomía personal, una menor supervisión familiar y las influencias sociales o de pares, todo lo cual contribuye a una mayor propensión a involucrarse en conductas sexuales de riesgo.

Factor sociocultural

Tabla 6

Religión

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Católica	70	76,9%
Evangélica cristiana	12	13,2%
Ninguna	7	7,7%
Otros	2	2,2%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 6 muestra que la mayoría de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC se identifican con la religión católica, con un 76.9%, seguidas por un 13.2% que se declara evangélica cristiana, un 7.7% que no profesa ninguna religión y un 2.2% que pertenece a otras creencias.

Esta distribución evidencia una marcada predominancia del catolicismo, aunque también refleja cierta diversidad religiosa y presencia de adolescentes sin afiliación religiosa, lo cual puede ser relevante al momento de diseñar intervenciones en salud materna con enfoque intercultural y respeto a las creencias personales.

Tabla 7*Consumo de bebidas alcohólicas*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	53	58,2%
A veces	26	28,6%
Si	12	13,2%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 7 muestra que el 58.2 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, manifestaron no consumir bebidas alcohólicas, mientras que el 28.6 % indicó que lo hace ocasionalmente y el 13.2 % señaló que sí consume.

Esta distribución revela que, si bien la mayoría no presenta consumo de alcohol, existe un grupo significativo que sí lo hace, ya sea de forma ocasional o habitual, lo cual representa un factor de riesgo que debe ser considerado en la atención integral durante el embarazo adolescente.

Tabla 8*Edad que inició su vida sexual*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
De 14 a 16 años	62	68,1%
De 17a 19 años	16	17,6%
De 10 a 13 años	13	14,3%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 8 muestra que el 68.1 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, iniciaron su vida sexual entre los 14 y 16 años, seguido por un 17.6 % que lo hizo entre los 17 y 19 años, y un 14.3 % que comenzó entre los 10 y 13 años.

Estos datos evidencian que la mayoría inició su vida sexual en la etapa media de la adolescencia, aunque preocupa la proporción de adolescentes que lo hizo a edades muy tempranas, lo cual puede estar relacionado con mayor vulnerabilidad social, falta de educación sexual o situaciones de riesgo que requieren atención específica en las políticas de prevención del embarazo adolescente.

Tabla 9

Edad que inicio su periodo menstrual

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
De 10 a 13 años	71	78.0%
De 14 a 16 años	20	22,0%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 9 muestra que el 78.0 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, iniciaron su periodo menstrual entre los 10 y 13 años, mientras que el 22.0 % lo hizo entre los 14 y 16 años.

Esta distribución indica que la mayoría experimentó la menarquia en la etapa temprana de la adolescencia, lo cual puede estar relacionado con una mayor exposición a embarazos tempranos si no existe una adecuada educación sexual y acceso a servicios de salud reproductiva desde edades precoces.

Tabla 10*Embarazo anterior*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	56	61,5%
Si	35	38,5%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 10 muestra que el 61.5 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC no han tenido un embarazo anterior, mientras que el 38.5 % sí ha tenido al menos uno.

Esta información revela que una proporción considerable de adolescentes ya ha experimentado un embarazo previo, lo cual evidencia la presencia de embarazos recurrentes en esta población y resalta la necesidad de fortalecer las intervenciones en educación sexual, planificación familiar y seguimiento postparto para prevenir nuevos casos.

Tabla 11*Número de parejas sexuales*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Solo 1	56	61,5%
2 a más	35	38,5%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 11 muestra que el 61.5 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC reportaron haber tenido solo una pareja sexual, mientras que el 38.5 % indicó haber tenido dos o más.

Esta distribución sugiere que, si bien la mayoría ha mantenido relaciones sexuales con una sola pareja, una proporción significativa ha tenido múltiples parejas, lo que podría estar asociado a un mayor riesgo de embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual, reforzando la importancia de una educación sexual integral y acceso a métodos anticonceptivos.

Tabla 12

Algún familiar suyo tuvo un embarazo durante la adolescencia

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No	72	79,1%
Si	19	20,9%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 12 muestra que el 79.1 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, señalaron que ningún familiar suyo tuvo un embarazo durante la adolescencia, mientras que el 20.9 % indicó que sí.

Esta información sugiere que, aunque en la mayoría de los casos no existe un antecedente familiar directo de embarazo adolescente, una quinta parte sí presenta este patrón, lo que podría reflejar la influencia de factores sociales, culturales o familiares en la repetición intergeneracional de esta problemática.

Tabla 13*Grado de instrucción*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	77	84,6%
Primaria	11	12,1%
Técnico	3	3,3%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 13 muestra que el 84.6 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC tienen como grado de instrucción la secundaria, mientras que el 12.1 % alcanzó solo la primaria y el 3.3 % cuenta con formación técnica.

Esta distribución indica que la mayoría de las adolescentes se encuentra aún en etapa escolar, lo que refleja una alta incidencia del embarazo durante la educación secundaria.

Tabla 14*Grado de instrucción de su pareja*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	65	71,4%
Técnico	12	13,2%
Primaria	8	8,8%
Universitaria	5	5,5%
Ninguno	1	1,1%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 14 muestra que el 71.4 % de las parejas de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC tienen como grado de instrucción la secundaria, seguido

por un 13.2 % con formación técnica, un 8.8 % con educación primaria, un 5.5 % con estudios universitarios y un 1.1 % sin ningún grado de instrucción.

Esta distribución refleja que la mayoría de las parejas también se encuentra en un nivel educativo medio, lo que podría estar relacionado con limitaciones en el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, y refuerza la importancia de incluir a ambos miembros de la pareja en las estrategias de prevención del embarazo adolescente.

Tabla 15

Grado de instrucción de su mamá

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	41	45.1%
Primaria	35	38.4%
Secundaria	14	15.4%
Universitaria	1	1.1%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 15 muestra que el 45.1 % de las madres de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, no tienen ningún grado de instrucción, el 38.4 % alcanzó solo la primaria, el 15.4 % cuenta con educación secundaria y apenas el 1.1 % tiene formación universitaria.

Esta distribución revela un bajo nivel educativo predominante en las madres, lo cual podría influir en la limitada transmisión de información sobre salud sexual y reproductiva en el entorno familiar, y constituye un factor de riesgo asociado al embarazo adolescente.

Tabla 16*Grado de instrucción de su papá*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	40	44,0%
Secundaria	34	37,4%
Ninguno	15	16,4%
Universitaria	2	2,2%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 16 muestra que el 44.0 % de los padres de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, tienen como grado de instrucción la primaria, seguido por un 37.4 % con educación secundaria, un 16.4 % sin ningún nivel de instrucción y solo un 2.2 % con formación universitaria.

Esta distribución evidencia un bajo nivel educativo en la mayoría de los padres, lo que, al igual que en el caso materno, puede limitar la orientación y comunicación efectiva sobre temas de salud sexual y reproductiva, influyendo en la ocurrencia del embarazo adolescente.

Factor demográfico**Tabla 17***Lugar de procedencia y su residencia habitual*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Área urbana	43	47,2%
Área rural	38	41,8%
Área urbana marginal	10	11,0%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 17 muestra que el 47.2 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, provienen de áreas urbanas, el 41.8 % de áreas rurales y el 11.0 % de zonas urbanas marginales. Esta distribución revela una participación casi equilibrada entre el área urbana y rural, con una presencia menor pero significativa de adolescentes de contextos urbanos marginales, lo que sugiere que el embarazo adolescente es una problemática transversal.

Tabla 18

Tipo de familia a la que pertenece}

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	38	41,7%
Monoparental	35	38,5%
Extensa	15	16,5%
Reconstituida	3	3,3%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 18 muestra que el 41.7 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, pertenecen a una familia nuclear, el 38.5 % a una familia monoparental, el 16.5 % a una familia extensa y el 3.3 % a una familia reconstituida.

Esta distribución indica que, si bien la familia nuclear es la más frecuente, existe una alta proporción de adolescentes que provienen de hogares monoparentales, lo cual podría estar asociado a factores de vulnerabilidad emocional, social y económica que influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente.

Tabla 19*Con quién vive habitualmente*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sola o con pareja	33	36,3%
Con ambos padres	25	27,4%
Con uno de los padres	17	18,7%
Otro familiar	16	17,6%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 19 muestra que el 36.3 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, viven sola o con su pareja, el 27.4 % convive con ambos padres, el 18.7 % con uno de los padres y el 17.6 % con otro familiar.

Esta distribución revela que una parte importante de las adolescentes ha formado un nuevo núcleo familiar o se encuentra viviendo de forma independiente, mientras que una proporción considerable aún reside en el entorno familiar, lo que refleja diversas dinámicas de convivencia que pueden influir en el nivel de apoyo, orientación y acompañamiento durante el embarazo.

Tabla 20*Ocupación actual*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	33	36,3%
Estudiante	26	28,5%
Sin ocupación	18	19,8%
Otros	14	15,4%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 20 muestra que el 36.3 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, se dedican a labores del hogar como amas de casa, el 28.5 % continúa como estudiante, el 19.8 % no tiene ninguna ocupación y el 15.4 % realiza otras actividades.

Esta distribución indica que una parte significativa ha asumido responsabilidades domésticas, mientras que otra aún mantiene su vínculo con el sistema educativo, lo que refleja diferentes niveles de continuidad en su desarrollo personal y profesional, así como la necesidad de fortalecer políticas de apoyo para evitar el abandono escolar.

Tabla 21

Edad de su pareja

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Más de 20	44	48,4%
De 17 a 19 años	27	29,7%
De 14 a 16 años	15	16,4%
De 10 a 13 años	5	5,5%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 21 muestra que el 48.4 % de las parejas de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, tienen más de 20 años, el 29.7 % se encuentra entre los 17 y 19 años, el 16.4 % entre los 14 y 16 años y el 5.5 % entre los 10 y 13 años.

Esta distribución evidencia que en casi la mitad de los casos las parejas son mayores de 20 años, lo que podría implicar relaciones con diferencias de edad significativas, y en algunos casos con posibles implicancias legales y sociales, especialmente en los casos donde la relación involucra a menores de edad, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas y de protección para las adolescentes.

Factor acceso a la información

Tabla 22

Recibió información sobre sexualidad por parte de sus padres

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	53,8%
No	42	46,2%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 22 muestra que el 53.8 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, indicaron haber recibido información sobre sexualidad por parte de sus padres, mientras que el 46.2 % señaló que no la recibió.

Esta distribución refleja una división casi equilibrada, lo que evidencia que, aunque poco más de la mitad tuvo algún tipo de orientación familiar, una proporción significativa careció de este acompañamiento, lo cual podría haber limitado su conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, influyendo en la ocurrencia del embarazo adolescente.

Tabla 23

Recibió sesión educativa sobre sexualidad y planificación familiar en los colegios o establecimientos de salud

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	64,8%
No	27	29,7%
A veces	5	5,5%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 23 muestra que el 64.8 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, indicó haber recibido charlas sobre sexualidad y planificación familiar en colegios o establecimientos de salud, el 29.7 % señaló que no recibió este tipo de orientación y el 5.5 % manifestó haberla recibido solo a veces.

Esta distribución evidencia que, aunque la mayoría ha tenido acceso a información en temas de salud sexual y reproductiva, aún existe una proporción significativa de adolescentes que carece de una educación sistemática o suficiente, lo que resalta la importancia de fortalecer estos espacios informativos como medida preventiva frente al embarazo adolescente.

Tabla 24

Utiliza alguno de los siguientes métodos anticonceptivos

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	43	47,3%
Preservativos	19	20,8%
Otros	17	18,7%
Ampollas	10	11,0%
Pastillas	2	2,2%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 24 muestra que el 47.3 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC no utilizan ningún método anticonceptivo, el 20.8 % indicó haber usado preservativos, el 18.7 % mencionó otros métodos, el 11.0 % utilizó ampollas y solo el 2.2 % pastillas.

Esta distribución revela que casi la mitad de las adolescentes no empleaba ninguna forma de protección, lo que evidencia una importante brecha en el acceso, uso o continuidad de

métodos anticonceptivos, y subraya la necesidad de fortalecer la educación sexual y el acceso efectivo a servicios de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados.

Tabla 25

Busca información sobre sexualidad a través del celular u otros dispositivos electrónicos

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
A veces	43	47,2%
Si	24	26,4%
No	24	26,4%
Total	91	100,0

Interpretación y análisis

La Tabla 25 muestra que el 47.2 % de las adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de maternidad del HRC, manifestaron que a veces busca información sobre sexualidad a través del celular u otros dispositivos electrónicos, mientras que el 26.4 % indicó que sí lo hace de manera habitual y otro 26.4 % señaló que no lo hace.

Esta distribución refleja que, aunque existe un acceso relativamente alto a medios digitales como fuente de información, su uso no es constante ni generalizado, lo que sugiere la necesidad de fortalecer estrategias digitales confiables y accesibles para brindar orientación en salud sexual y reproductiva a los adolescentes.

Tabla 26*Tabla cruzada entre factores socioculturales y la edad del embarazo en las adolescentes*

Factores socioculturales	Categorías	Embarazo en adolescentes					
		10 - 13 años		14 - 16 años		17 - 19 años	
Religión	Católica	0	0.0%	25	27.5%	45	49.5%
	Evangélica - cristiana	1	1.1%	3	3.3%	8	8.8%
	Otros	0	0.0%	1	1.1%	1	1.1%
	Ninguna	0	0.0%	4	4.4%	3	3.3%
Consumo de bebidas alcohólicas	Si	0	0.0%	3	3.3%	9	9.9%
	No	1	1.1%	23	25.3%	29	31.9%
	A veces	0	0.0%	7	7.7%	19	20.9%
Inicio de actividad sexual	10 a 13 años	1	1.1%	8	8.8%	4	4.4%
	14 a 16 años	0	0.0%	23	25.3%	39	42.9%
	17 a 19 años	0	0.0%	2	2.2%	14	15.4%
Inicio del periodo menstrual	10 a 13 años	0	0.0%	1	1.1%	0	0.0%
	14 a 16 años	0	0.0%	28	30.8%	5	5.5%
	17 a 19 años	2	2.2%	40	44.0%	15	16.5%
Embarazo anterior	Si	0	0.0%	10	11.0%	25	27.5%
	No	1	1.1%	23	25.3%	32	35.2%
Número de parejas sexuales	solo 1	1	1.1%	22	24.2%	33	36.3%
	2 a más	0	0.0%	11	12.1%	24	26.4%
Embarazo familiar en adolescencia	Si	1	1.1%	8	8.8%	6	6.6%
	No	0	0.0%	24	26.4%	48	52.7%
Grado de instrucción	Ninguno	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Primaria	0	0.0%	8	8.8%	3	3.3%
	Secundaria	1	1.1%	25	27.5%	51	56.0%
	Técnico	0	0.0%	0	0.0%	3	3.3%
	Universitaria	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Grado de instrucción de la pareja	Ninguno	0	0.0%	0	0.0%	1	1.1%
	Primaria	1	1.1%	4	4.4%	3	3.3%
	Secundaria	0	0.0%	27	29.7%	38	41.8%
	Técnico	0	0.0%	1	1.1%	11	12.1%
	Universitaria	0	0.0%	1	1.1%	4	4.4%
Grado de instrucción de mamá	Ninguno	0	0.0%	5	5.5%	6	6.6%
	Primaria	1	1.1%	20	22.0%	33	36.3%
	Secundaria	0	0.0%	6	6.6%	16	17.6%

	Técnico	0	0.0%	2	2.2%	0	0.0%
	Universitaria	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%
Grado de instrucción de papá	Ninguno	0	0.0%	6	6.6%	9	9.9%
	Primaria	0	0.0%	11	12.1%	29	31.9%
	Secundaria	1	1.1%	16	17.6%	17	18.7%
	Técnico	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Universitaria	0	0.0%	0	0.0%	2	2.2%

Interpretación y análisis

La tabla 26 muestra la tabla cruzada entre factores socioculturales y la edad del embarazo en adolescentes de 10 a 13 años, 14 a 16 años y 17 a 19 años atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025. Se observa que el acceso a información, las creencias religiosas, el consumo de bebidas alcohólicas, el inicio de la actividad sexual y el nivel educativo ejercen un rol decisivo en la edad en que ocurre el embarazo. Entre estos factores, la religión evidencia un predominio en adolescentes de 17 a 19 años con 49.5% que profesan la fe católica, mientras que en el grupo de 14 a 16 años representa 27.5% y en las de 10 a 13 años no se reportaron casos. Esto muestra la persistencia de creencias tradicionales, aunque no necesariamente se constituyen en un factor protector frente al embarazo temprano.

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, en el grupo de 17 a 19 años el 20.9% declaró consumo ocasional, el 9.9% consumo frecuente y el 31.9% no consume. En las adolescentes de 14 a 16 años, el 25.3% manifestó no consumir, el 7.7% señaló consumo ocasional y el 3.3% frecuente. En el grupo de 10 a 13 años, solo el 1.1% indicó no consumir. Estos resultados reflejan que el consumo de alcohol se presenta principalmente en las adolescentes mayores de 17 a 19 años, incrementando la exposición a conductas de riesgo.

El inicio de la actividad sexual también evidencia diferencias por edad. En las adolescentes de 10 a 13 años, el 1.1% ya había iniciado relaciones sexuales. En el grupo de 14 a 16 años, este indicador alcanza 25.3%, mientras que en las de 17 a 19 años asciende a 42.9%. Asimismo, un 15.4% de adolescentes de 17 a 19 años señaló haber iniciado su vida sexual en este mismo rango de edad. Estos datos demuestran que el inicio precoz de la actividad

sexual entre los 10 y 13 años aumenta la vulnerabilidad a embarazos tempranos, mientras que en los 14 a 16 y 17 a 19 años se concentra la mayor proporción de casos.

En cuanto al inicio del periodo menstrual, las adolescentes de 10 a 13 años representan el 2.2%, las de 14 a 16 años alcanzan 30.8% y las de 17 a 19 años concentran 44.0%. Este patrón muestra que la menarquia tardía en el grupo de 17 a 19 años coincide con el mayor número de embarazos, aunque la presencia de menstruación precoz en las de 10 a 13 años incrementa el riesgo de embarazos tempranos.

El embarazo anterior se presenta principalmente en adolescentes de 17 a 19 años con 27.5%, seguido por el grupo de 14 a 16 años con 11.0%, mientras que en las de 10 a 13 años no se registraron casos. Esto evidencia un patrón de recurrencia del embarazo en etapas más avanzadas de la adolescencia.

En cuanto al número de parejas sexuales, el 36.3% de las adolescentes de 17 a 19 años reportó haber tenido una sola pareja y el 26.4% dos o más. En el grupo de 14 a 16 años, el 24.2% manifestó tener una sola pareja y el 12.1% dos o más. En las de 10 a 13 años solo el 1.1% señaló una sola pareja. Esto refleja diversidad en las conductas sexuales, con mayor complejidad a medida que aumenta la edad.

La presencia de embarazo familiar en la adolescencia afecta al 6.6% de las adolescentes de 17 a 19 años, al 8.8% de las de 14 a 16 años y al 1.1% de las de 10 a 13 años, confirmando la influencia intergeneracional en todos los rangos etarios.

El grado de instrucción muestra predominio de educación secundaria en las adolescentes embarazadas de 17 a 19 años con 56%, seguido de las de 14 a 16 años con 27.5% y un 1.1% en el grupo de 10 a 13 años. Asimismo, el nivel educativo de la pareja refleja predominio de secundaria en adolescentes de 17 a 19 años con 41.8% y en las de 14 a 16 años con 29.7%, mientras que en el grupo de 10 a 13 años solo se identificó un 1.1% con primaria.

De igual manera, el grado de instrucción de los padres evidencia limitaciones educativas: en las madres, el 36.3% de las adolescentes de 17 a 19 años reportó nivel primario, mientras que en las de 14 a 16 años fue 22.0% y en las de 10 a 13 años apenas 1.1%. En los padres,

predomina el nivel primario en 31.9% de las adolescentes de 17 a 19 años y en 12.1% de las de 14 a 16 años, con 1.1% de secundaria en las de 10 a 13 años.

En síntesis, la Tabla 26 evidencia que en todos los rangos etarios (10 a 13, 14 a 16 y 17 a 19 años) los factores socioculturales como religión, consumo de alcohol, inicio de actividad sexual, nivel educativo y antecedentes familiares influyen de manera diferenciada en la edad de ocurrencia del embarazo adolescente. Este panorama confirma la necesidad de intervenciones que fortalezcan el acceso a información y promuevan entornos familiares y comunitarios más protectores, considerando las particularidades de cada grupo de edad.

Tabla 27

Tabla cruzada entre factores demográficos y la edad del embarazo en las adolescentes

Factores demográficos	Categorías	Embarazo en adolescentes					
		10 - 13 años		14 - 16 años		17 - 19 años	
Lugar de proveniencia	Área urbana	1	1.1%	14	15.4%	28	30.8%
	Área urbano marginal	0	0.0%	3	3.3%	7	7.7%
	Área rural	0	0.0%	16	17.6%	22	24.2%
Tipo de familia	Nuclear	0	0.0%	16	17.6%	22	24.2%
	Extensa	0	0.0%	4	4.4%	11	12.1%
	Monoparental	1	1.1%	11	12.1%	23	25.3%
	Reconstituida	0	0.0%	2	2.2%	1	1.1%
Con quienes vives	Con ambos padres	0	0.0%	12	13.2%	13	14.3%
	Con uno de los padres	1	1.1%	7	7.7%	9	9.9%
	Sola o con pareja	0	0.0%	8	8.8%	25	27.5%
	Otro familiar	0	0.0%	6	6.6%	10	11.0%
Ocupación actual	Estudiante	0	0.0%	14	15.4%	12	13.2%
	Ama de casa	1	1.1%	10	11.0%	22	24.2%
	Otros	0	0.0%	3	3.3%	11	12.1%
	Sin ocupación	0	0.0%	6	6.6%	12	13.2%
Edad de la pareja	10 a 13 años	0	0.0%	4	4.4%	1	1.1%
	14 a 16 años	0	0.0%	10	11.0%	5	5.5%
	17 a 19 años	0	0.0%	11	12.1%	16	17.6%
	Más de 20	1	1.1%	8	8.8%	35	38.5%

Interpretación y análisis

La Tabla 27 muestra los resultados cruzados entre factores demográficos y la edad del embarazo en adolescentes de 10 a 13 años, 14 a 16 años y 17 a 19 años atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025.

Respecto al lugar de procedencia, se observa que el embarazo en adolescentes de 10 a 13 años proviene únicamente de área urbana con 1.1%. En el grupo de 14 a 16 años, los embarazos se concentran en el área rural con 17.6% y en el área urbana con 15.4%. En las adolescentes de 17 a 19 años, los mayores porcentajes se registran en área urbana con

30.8% y área rural con 24.2%, mientras que en área urbano marginal representa 7.7%. Esto refleja que la ruralidad y la marginalidad urbana son contextos de alta vulnerabilidad, aunque en las adolescentes mayores (17 a 19 años) predomina el embarazo en entornos urbanos.

En cuanto al tipo de familia, el embarazo en adolescentes de 10 a 13 años se presenta únicamente en familias monoparentales con 1.1%. En el grupo de 14 a 16 años predomina la familia nuclear con 17.6%, seguido de la monoparental con 12.1%. En las adolescentes de 17 a 19 años destacan la monoparental con 25.3% y la nuclear con 24.2%, seguidas de la extensa con 12.1%. Este hallazgo evidencia que la estructura familiar influye en la edad de ocurrencia del embarazo, siendo las familias monoparentales y nucleares las de mayor incidencia en adolescentes de 14 a 19 años.

Sobre con quién viven las adolescentes, en el grupo de 10 a 13 años, el embarazo se presenta solo en quienes viven con uno de los padres con 1.1%. En las de 14 a 16 años, se observa mayor frecuencia en quienes viven solas o con pareja con 8.8% y con ambos padres con 13.2%. En el grupo de 17 a 19 años, el embarazo se concentra en quienes viven solas o con pareja con 27.5%, seguidas por las que viven con ambos padres con 14.3% y con otros familiares con 11.0%. Este resultado refleja que la ausencia de un hogar biparental estable incrementa la vulnerabilidad al embarazo, especialmente en adolescentes de mayor edad.

En relación con la ocupación actual, en el grupo de 10 a 13 años el embarazo se presenta en adolescentes amas de casa con 1.1%. En las de 14 a 16 años, predomina el embarazo en estudiantes con 15.4% y amas de casa con 11.0%. En las adolescentes de 17 a 19 años, los mayores porcentajes corresponden a amas de casa con 24.2%, seguidas de estudiantes con 13.2% y sin ocupación con 13.2%. Estos datos evidencian que a menor edad el embarazo se vincula con abandono escolar y asunción de roles domésticos, mientras que en edades mayores el patrón combina responsabilidades familiares con rezago educativo.

Finalmente, en cuanto a la edad de la pareja, el único embarazo en adolescentes de 10 a 13 años corresponde a una pareja mayor de 20 años con 1.1%, lo que revela una relación con significativa diferencia etaria. En el grupo de 14 a 16 años, se observa que el 12.1% de

embarazos corresponde a parejas de 17 a 19 años, el 11.0% a parejas de 14 a 16 años y el 8.8% a parejas mayores de 20 años. En las adolescentes de 17 a 19 años, los embarazos se relacionan principalmente con parejas mayores de 20 años con 38.5%, seguidas por parejas de 17 a 19 años con 17.6%. Esto confirma que, conforme aumenta la edad de la adolescente, también se incrementa la relación con parejas mayores, lo que representa un factor de riesgo social y de desigualdad de poder en la relación.

En síntesis, la Tabla 27 evidencia que los factores demográficos como el lugar de procedencia, el tipo de familia, la convivencia, la ocupación y la edad de la pareja inciden de manera diferenciada en el embarazo de adolescentes según su grupo etario. Mientras que en las adolescentes de 10 a 13 años predominan condiciones de monoparentalidad y parejas mayores, en las de 14 a 16 años se resalta la influencia del contexto rural y la convivencia con padres, y en las de 17 a 19 años sobresalen los embarazos en áreas urbanas, en familias monoparentales y con parejas mayores de 20 años.

Tabla 28

Tabla cruzada entre factores de acceso de información y la edad del embarazo de las adolescentes

Factor acceso a información	Categorías	Embarazo en adolescentes					
		10 - 13 años	14 - 16 años	17 - 19 años	10 - 13 años	14 - 16 años	17 - 19 años
Información sexual por parte de los padres	Si	0	0%	14	15%	35	38%
	No	1	1%	19	21%	22	24%
Pregunta sobre dudas respecto a la sexualidad	Padres	0	0%	13	14%	30	33%
	Amigos	1	1%	5	5%	6	7%
	Internet	0	0%	5	5%	9	10%
	A nadie	0	0%	10	11%	12	13%
Charlas y planificación familiar en colegios y establecimiento de salud	Si	1	1%	17	19%	41	45%
	No	0	0%	14	15%	2	2%
	A veces	0	0%	2	2%	3	3%
Uso de métodos anticonceptivos	Preservativos	0	0%	9	10%	10	11%
	Pastillas	0	0%	0	0%	2	2%
	Ampollas	0	0%	3	3%	7	8%
	Otros	0	0%	4	4%	13	14%
	Ninguno	1	1%	17	19%	25	27%
Busca información sobre sexualidad mediante dispositivos electrónicos	Si	0	0%	6	7%	18	20%
	A veces	0	0%	8	9%	16	18%
	No	1	1%	19	21%	23	25%

Interpretación y análisis

La Tabla 28 muestra los resultados cruzados entre los factores de acceso a la información y la edad del embarazo en adolescentes de 10 a 13 años, 14 a 16 años y 17 a 19 años atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025.

Respecto a la información sexual por parte de los padres, el mayor porcentaje corresponde a las adolescentes de 17 a 19 años que recibieron orientación con 38 %. Le sigue el grupo de 14 a 16 años con 15 % también con acceso a información de sus padres. En contraste, quienes no recibieron información alcanzan 24 % en adolescentes de 17 a 19 años y 21 % en el grupo de 14 a 16 años, mientras que en el grupo de 10 a 13 años se observa 1 % de embarazos en ausencia de orientación. Esto evidencia que la falta de comunicación familiar incrementa el riesgo de embarazo en edades tempranas.

En cuanto a con quién consultan sus dudas sobre sexualidad, el mayor porcentaje se registra en adolescentes de 17 a 19 años que recurren a los padres con 33 %, seguido del grupo de 14 a 16 años con 14 %. En menor medida, acuden a amigos con 7 % en adolescentes de 17 a 19 años y 5 % en el grupo de 14 a 16 años, o al internet con 10 % en 17 a 19 años y 5 % en 14 a 16 años. Sin embargo, una proporción importante no consulta a nadie, alcanzando 13 % en 17 a 19 años y 11 % en 14 a 16 años, lo que refleja aislamiento informativo y mayor vulnerabilidad.

Sobre las charlas de planificación familiar en colegios y establecimientos de salud, el mayor acceso se observa en adolescentes de 17 a 19 años con 45 % y en el grupo de 14 a 16 años con 19 %. Un 15 % de adolescentes de 14 a 16 años refiere no haber recibido charlas, mientras que en 17 a 19 años el porcentaje es bajo con 2 %. Solo una minoría refiere haberlas recibido a veces con 3 % en 17 a 19 años y 2 % en 14 a 16 años. Estos datos reflejan que, si bien las intervenciones educativas llegan con mayor frecuencia a las adolescentes mayores, todavía existe una brecha en los grupos de menor edad.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, el mayor porcentaje corresponde a adolescentes que no usaron ninguno, alcanzando 27 % en 17 a 19 años, 19 % en 14 a 16 años y 1 % en el grupo de 10 a 13 años. Entre quienes sí utilizaron métodos, predominan los preservativos con 11 % en 17 a 19 años y 10 % en 14 a 16 años, seguidos por otros métodos con 14 % en 17 a 19 años y 4 % en 14 a 16 años. El uso de ampollas alcanza 8 % en adolescentes de 17 a 19 años y 3 % en el grupo de 14 a 16 años, mientras que las pastillas

representan solo 2 % en el grupo de mayor edad. Esto muestra que el bajo uso de anticonceptivos está directamente relacionado con la ocurrencia de embarazos en todos los grupos etarios.

Finalmente, respecto a la búsqueda de información sobre sexualidad mediante dispositivos electrónicos, el mayor porcentaje corresponde a adolescentes de 17 a 19 años que no recurren a estos medios con 25 %, seguido del grupo de 14 a 16 años con 21 % y 1 % en el grupo de 10 a 13 años. En cambio, quienes sí buscan información alcanzan 20 % en 17 a 19 años y 7 % en 14 a 16 años. Una proporción importante indica hacerlo a veces con 18 % en 17 a 19 años y 9 % en 14 a 16 años. Estos hallazgos reflejan que, a pesar de la amplia disponibilidad tecnológica, todavía existe un déficit de búsqueda activa de información preventiva en las adolescentes de todas las edades.

En síntesis, la Tabla 28 evidencia que los factores de acceso a la información influyen de manera diferenciada en la edad de presentación del embarazo adolescente. Mientras en el grupo de 17 a 19 años predomina el embarazo asociado a falta de métodos anticonceptivos y ausencia de búsqueda de información, en el grupo de 14 a 16 años destacan la ausencia de orientación paterna y la limitada participación en charlas educativas, y en el grupo de 10 a 13 años, aunque los porcentajes son bajos, se observa que la falta absoluta de comunicación y métodos de prevención se relaciona directamente con la ocurrencia temprana del embarazo.

Resultados de prueba de hipótesis

Resultados inferenciales según las hipótesis específicas.

Objetivo específico 1

Medir los factores socioculturales que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.

Tabla 29

Factores socioculturales que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025

Factores socioculturales	Madres Adolescentes encuestadas = 91	Embarazo en adolescentes	
		Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Valor p
Religión	Católica Evangélica - cristiana Otros Ninguna	-,089	,404
Consumo de bebidas alcohólicas	Si No A veces	,058	,584
Inicio de actividad sexual	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	,339	,001
Inicio del periodo menstrual	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	,100	,384
Embarazo anterior	Si No	-,153	,148
Número de parejas sexuales	solo 1 2 a más	,090	,398
Embarazo familiar en adolescencia	Si No	,162	,125
Grado de instrucción	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitaria	,292	,005
Grado de instrucción de la pareja	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitaria	,266	,011
Grado de instrucción de mamá	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitaria	,089	,399
Grado de instrucción de papá	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitaria	-,108	,310

Interpretación y análisis

La Tabla 29 muestra la relación entre diversos factores socioculturales y el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025, considerando el coeficiente de correlación Rho de Spearman y el valor de p. De acuerdo con los resultados, solo tres factores presentan una relación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente, al tener un valor de p menor a 0.05: el inicio de la actividad sexual (Rho = 0.339, p = 0.001), el grado de instrucción de la adolescente (Rho = 0.292, p = 0.005) y el grado de instrucción de la pareja (Rho = 0.266, p = 0.011). Según la tabla de interpretación de Rho de Spearman, el inicio de la vida sexual muestra una correlación positiva moderada, mientras que los niveles educativos tanto de la adolescente como de su pareja tienen una correlación positiva baja, lo que indica que comenzar la vida sexual a edades tempranas y tener bajo nivel educativo están asociados a una mayor probabilidad de embarazo en la adolescencia. En contraste, los factores como la religión (Rho = -0.089, p = 0.404), el consumo de bebidas alcohólicas (Rho = 0.058, p = 0.584), el inicio del periodo menstrual (Rho = 0.100, p = 0.384), haber tenido un embarazo anterior (Rho = -0.153, p = 0.148), el número de parejas sexuales (Rho = 0.090, p = 0.398), el antecedente de embarazo adolescente en la familia (Rho = 0.162, p = 0.125), así como el grado de instrucción de la madre (Rho = 0.089, p = 0.399) y del padre (Rho = -0.108, p = 0.310), no presentan relación significativa con el embarazo adolescente, ya que sus valores de p son mayores a 0.05 y sus correlaciones son débiles. En conclusión, de los once factores socioculturales evaluados, únicamente tres están vinculados de manera significativa con el embarazo adolescente, resaltando la importancia de la educación y del inicio temprano de la vida sexual como determinantes clave en esta problemática.

Objetivo específico 2

Evaluar los factores demográficos que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025

Tabla 30

Factores demográficos que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025

Factores demográficos	Madres Adolescentes encuestadas = 91	Embarazo en adolescentes	
		Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Valor p
Lugar de proveniencia	Área urbana Área urbano marginal Área rural	-,059	,580
Tipo de familia	Nuclear Extensa Monoparental Reconstituida	,020	,854
Con quienes vives	Con ambos padres Con uno de los padres Sola o con pareja Otro familiar	,149	,159
Ocupación actual	Estudiante Ama de casa Otros Sin ocupación	,186	,078
Edad de la pareja	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	,381	,000

Interpretación y análisis

La Tabla 30, que analiza los factores demográficos relacionados con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025, revela que solo uno de los factores evaluados presenta una relación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente: la edad de la pareja, que tiene un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.381 y un valor $p = 0.000$, lo que indica una relación positiva moderada. Esto significa que, a mayor edad de la pareja, especialmente cuando esta es significativamente mayor que la adolescente, aumenta la probabilidad de embarazo, lo que podría estar vinculado a relaciones desiguales en términos de poder o toma de decisiones. En cambio, no se evidenció relación significativa entre el embarazo adolescente y el lugar de proveniencia (Rho = -0.059, $p = 0.580$), el tipo de familia (Rho = 0.020, $p = 0.854$), las personas

con quienes vive la adolescente ($Rho = 0.149$, $p = 0.159$), ni la ocupación actual ($Rho = 0.186$, $p = 0.078$), ya que en todos estos casos los valores de p son mayores a 0.05 , lo que descarta una asociación estadísticamente confiable. Además, sus correlaciones son bajas o muy débiles según la escala de Spearman. En conclusión, de todos los factores demográficos analizados, únicamente la edad de la pareja se asocia de forma significativa con el embarazo adolescente, resaltando la importancia de considerar el contexto relacional de las adolescentes en las intervenciones preventivas.

Objetivo específico 3

Identificar los factores acceso información que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.

Tabla 31

Factores accesos a la información que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025

Factor acceso a información	Madres Adolescentes encuestadas = 91	Embarazo en adolescentes	
		Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Valor p
Información sexual por parte de los padres	Si No	-,213	,043
Pregunta sobre dudas respecto a la sexualidad	Padres Amigos Internet A nadie	-,128	,227
Charlas y planificación familiar en colegios y establecimiento de salud	Si No A veces	-,173	,101
Uso de métodos anticonceptivos	Preservativos Pastillas Ampollas Otros Ninguno	-,027	,800
Busca información sobre sexualidad mediante dispositivos electrónicos	Si A veces No	-,198	,060

Interpretación y análisis

La Tabla 31, que evalúa el factor acceso a la información y su relación con el embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco en 2025, muestra que solo una de las variables analizadas presenta una relación estadísticamente significativa, ya que su valor de p es menor a 0.05.

En este caso, se trata de haber recibido información sexual por parte de los padres, con un coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0.213 y un valor p de 0.043, lo que indica una relación negativa baja. Esto sugiere que cuando las adolescentes reciben información sexual desde el hogar, se reduce la probabilidad de embarazo, destacando el papel protector del diálogo familiar. Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas en las demás variables evaluadas: preguntar dudas sobre sexualidad a los padres o a otras fuentes (Rho = -0.128, p = 0.227), recibir charlas sobre sexualidad y planificación familiar en colegios o establecimientos de salud (Rho = -0.173, p = 0.101), uso de métodos anticonceptivos como preservativos (Rho = -0.027, p = 0.800) y buscar información sobre sexualidad mediante dispositivos electrónicos (Rho = -0.198, p = 0.060), ya que en todos estos casos el valor de p es mayor a 0.05, lo que indica que no hay relación estadísticamente significativa. Aunque algunas variables presentan correlaciones negativas, estas son bajas y no significativas, por lo que no pueden considerarse determinantes en este análisis.

En síntesis, solo el diálogo con los padres sobre sexualidad muestra evidencia estadística de estar relacionado con la prevención del embarazo adolescente, lo cual refuerza la importancia de fortalecer la comunicación familiar como parte de las estrategias educativas y preventivas.

Objetivo general.

Determinar los factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2025.

Tabla 32

Relación de factores que influyen en el embarazo de las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco

Factores		Madres Adolescentes encuestadas = 91	Embarazo en adolescentes	
			Coefficiente de correlación Rho de Spearman	Valor p
Factores socioculturales	Inicio de actividad sexual	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años Ninguno	,339	,001
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Técnico Universitaria	,292	,005
	Grado de instrucción de la pareja	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitaria	,266	,011
Factores demográficos	Edad de la pareja	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años Más de 20	,381	,000
Factor acceso a la información	Información sobre sexualidad de los padres	Si No	-,213	,043

Interpretación y análisis

Dentro de la tabla 32, se evidencia que existen relaciones estadísticamente significativas entre diversos factores y la ocurrencia del embarazo adolescente, ya que todos los valores de p son menores a 0.05. De acuerdo con la interpretación del coeficiente Rho de Spearman, se identifican relaciones de diferente intensidad. En los factores socioculturales, el inicio de la actividad sexual entre los 10 y 13 años presenta una correlación moderada con el embarazo adolescente (Rho = 0.339, p = 0.001), lo que indica que comenzar la vida sexual a una edad muy temprana aumenta significativamente el riesgo de embarazo.

También se identifican correlaciones bajas pero significativas entre el embarazo y el grado de instrucción de la adolescente ($Rho = 0.292$, $p = 0.005$), así como con el grado de instrucción de su pareja ($Rho = 0.266$, $p = 0.011$), lo que sugiere que, a menor nivel educativo, tanto de la adolescente como de su pareja, mayor es la probabilidad de embarazo, reflejando limitaciones en el acceso a información y prevención. En los factores demográficos, la edad de la pareja muestra la correlación más fuerte de la tabla ($Rho = 0.381$, $p = 0.000$), lo cual indica una asociación moderada a fuerte entre la edad elevada del compañero y el embarazo adolescente, lo que podría reflejar relaciones desiguales en poder y toma de decisiones.

Por último, en el factor de acceso a la información, se encuentra una correlación negativa baja entre el embarazo adolescente y haber recibido orientación sexual por parte de los padres ($Rho = -0.213$, $p = 0.043$), lo que sugiere que el acompañamiento familiar en temas de sexualidad tiene un efecto protector frente a esta problemática. En conjunto, estos resultados reflejan que el embarazo adolescente es un fenómeno multicausal influenciado por factores educativos, familiares, sociales y relacionales, y ponen en evidencia la necesidad de intervenciones integrales orientadas a la educación sexual temprana, el fortalecimiento del entorno familiar y la reducción de desigualdades sociales y educativas.

5.2 Discusión

Esta sección se elaboró considerando cuidadosamente los objetivos de la investigación, ofreciendo un panorama detallado de los hallazgos.

En relación con el objetivo general, los resultados del estudio revelan que los factores socioculturales, demográficos y el nivel de acceso a información desempeñan un papel fundamental en la incidencia del embarazo adolescente entre las adolescentes atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco. Esta perspectiva se encuentra en consonancia con lo evidenciado por García (2022), quien señaló que la edad, escolaridad y condición económica influyen de manera significativa en la vulnerabilidad de las adolescentes, limitando su acceso a información confiable y servicios de salud. En el presente estudio se observó un patrón similar, donde las adolescentes de 15 a 19 años con educación secundaria

incompleta y provenientes de familias de bajos ingresos mostraron mayor riesgo de embarazo, evidenciando la relevancia de los factores socioeconómicos y educativos. Además, tanto García (2022) como este estudio destacan que la comunicación familiar deficiente y la influencia de la pareja impactan de manera directa en la decisión de iniciar relaciones sexuales, reforzando la importancia de la dinámica familiar como determinante clave.

De manera complementaria, Coral et al. (2023) identificaron que pertenecer a familias monoparentales, tener antecedentes de embarazo adolescente en familiares y mantener relaciones parentales deficientes aumentan la probabilidad de embarazo adolescente. En el estudio realizado, se observó que las adolescentes provenientes de familias con escasa cohesión y antecedentes de embarazos precoces presentan patrones similares, lo que evidencia la influencia determinante de los factores familiares en la gestación adolescente.

Asimismo, Cevallos et al. (2024) subrayan la influencia de la pobreza, la desigualdad y la violencia intrafamiliar, así como la falta de educación sexual y el limitado acceso a servicios de salud. En el presente estudio, se observó un escenario similar: adolescentes con bajo nivel socioeconómico, violencia en el hogar y escaso acceso a educación sexual mostraron mayor vulnerabilidad, evidenciando que los factores estructurales y contextuales tienen un papel determinante.

Por su parte, Benítez et al. (2022) identificaron que la repetición de patrones familiares de embarazos precoces y el conocimiento deficiente sobre planificación familiar aumentan el riesgo. Esto se refleja directamente en los hallazgos actuales, donde la escasa educación sexual y la limitada comunicación familiar se presentan como factores clave en la ocurrencia de embarazos adolescentes. En conjunto, estos antecedentes confirman que múltiples factores interactúan y potencian la vulnerabilidad de las adolescentes, validando el enfoque integral del presente estudio.

Concierne a los hallazgos respecto al objetivo específico 1, los resultados del presente estudio indican que la violencia familiar, la comunicación deficiente, la dinámica familiar conflictiva y la influencia de la pareja son factores críticos que determinan el embarazo adolescente. Este

hallazgo coincide con Fernández (2021), quien evidenció que la convivencia con la pareja, el estado civil y las dinámicas familiares afectan significativamente la gestación adolescente, especialmente cuando existe falta de apoyo familiar o comunicación insuficiente. De manera similar, Lozano (2024) encontró que la violencia familiar y conyugal, la dedicación exclusiva a labores domésticas y la interrupción de los estudios incrementan la vulnerabilidad de las adolescentes, mostrando que las condiciones socioculturales del hogar tienen un impacto directo sobre la decisión de iniciar relaciones sexuales y la falta de prevención. Además, Rojas et al. (2022) confirmaron que los factores socioculturales, como la estructura familiar, la cohesión y la participación de los padres, están significativamente asociados con el embarazo adolescente, evidenciando que la influencia del contexto familiar es un patrón consistente.

A nivel regional, los antecedentes de Challco y Nina (2021) resaltan que la violencia doméstica, la pobreza y la comunicación deficiente en las familias son determinantes clave del riesgo de embarazo en Andahuayllillas. Por su parte, Gómez (2021) enfatiza que la educación de los padres y los antecedentes familiares de embarazo adolescente influyen en el conocimiento de prevención y la toma de decisiones de los jóvenes. Estos hallazgos regionales refuerzan la relevancia de los factores socioculturales y familiares en Cusco, mostrando que la población estudiada en el Hospital Regional comparte patrones similares de vulnerabilidad, donde la estructura familiar y la calidad de las relaciones parentales son determinantes cruciales.

Respecto al objetivo específico 2 los hallazgos del presente estudio muestran que la edad (predominantemente 15 a 19 años), la escolaridad incompleta, la residencia en zonas rurales y la situación económica desfavorable constituyen factores demográficos de riesgo. Esto coincide con los hallazgos de García (2022) y Coral et al. (2023), quienes reportaron que adolescentes de menor nivel educativo y provenientes de familias con ingresos bajos presentan mayor vulnerabilidad frente al embarazo, especialmente en contextos rurales donde el acceso a servicios educativos y de salud es limitado. Asimismo, Fernández (2021) evidenció que no asistir a la escuela o abandonar los estudios por embarazo incrementa

significativamente el riesgo de gestación precoz, demostrando que la educación constituye un factor protector fundamental.

A nivel regional, Challco y Nina (2021) y Gómez (2021) confirman que la escolaridad incompleta, la pobreza y los antecedentes familiares de embarazo adolescente son determinantes críticos en la incidencia del embarazo adolescente en Cusco, evidenciando que estos factores demográficos actúan de manera interrelacionada con los factores socioculturales. Los resultados actuales del Hospital Regional refuerzan que la combinación de edad, educación, contexto económico y ubicación geográfica contribuye directamente al riesgo de embarazo adolescente, destacando la importancia de intervenciones focalizadas en estas áreas.

En cuanto, al objetivo específico 3, el presente estudio muestra que la falta de educación sexual formal, la información insuficiente sobre métodos anticonceptivos y el limitado acceso a servicios de salud incrementan la vulnerabilidad de las adolescentes frente al embarazo. Esto coincide con García (2022), quien observó que la desinformación y el desconocimiento sobre procesos reproductivos limitan la toma de decisiones informadas. De manera complementaria, Cevallos et al. (2024) destacaron que la limitada accesibilidad a servicios de salud y educación adecuados contribuye a la alta incidencia de embarazos adolescentes, especialmente en contextos de pobreza y desigualdad. Asimismo, Benítez et al. (2022) reportaron que un conocimiento deficiente sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos aumenta la vulnerabilidad, lo que coincide con los hallazgos del presente estudio, donde la mayoría de adolescentes no utiliza métodos anticonceptivos de manera adecuada. Finalmente, Fernández (2021) evidenció que no recibir información sobre métodos anticonceptivos por parte de centros de salud o profesionales está directamente relacionado con la ocurrencia de embarazos adolescentes.

Estos antecedentes consolidan la evidencia de que el acceso a información confiable y educación sexual integral son factores clave para la prevención del embarazo adolescente. En el caso de la población del Hospital Regional de Cusco, se confirma que la ausencia de

información adecuada y la limitada orientación profesional incrementan significativamente el riesgo de gestación precoz, reforzando la necesidad de intervenciones educativas y programas de asesoría accesibles y sostenibles.

VI. Conclusiones

Primero: Los factores que afectan el embarazo adolescente en el servicio de maternidad del Hospital Regional de Cusco en 2025 abarcan aspectos socioculturales, demográficos y de acceso a la información. Esto indica que el embarazo adolescente no es solo un problema individual, sino que se ve condicionado por una compleja interacción de normas sociales, creencias culturales, características de la población y la disponibilidad de información. Abordarlo eficazmente requiere estrategias holísticas y adaptadas al contexto que consideren el tejido social y cultural único de la comunidad, así como mejorar el acceso a información precisa y recursos adaptados a las necesidades de las adolescentes.

Segundo: Los factores socioculturales que influyen en los embarazos adolescentes en pacientes atendidas en la maternidad del Hospital Regional del Cusco son notablemente significativos. Estos incluyen la edad de inicio de la actividad sexual, con un coeficiente de 0,339 y un valor p de 0,001, lo que indica una fuerte conexión estadísticamente significativa. Además, el nivel educativo de la adolescente, con un coeficiente de 0,292 y un valor p de 0,005, juega un papel crucial, ya que un menor nivel educativo se correlaciona con una mayor probabilidad de embarazo. El nivel educativo de la pareja de la adolescente también muestra una influencia significativa, con un coeficiente de 0,266 y un valor p de 0,011. Estos hallazgos demuestran claramente una relación directa entre estos factores: el inicio temprano de la actividad sexual a menudo conduce a embarazos adolescentes, principalmente debido a un conocimiento insuficiente sobre sexualidad. Además, las adolescentes con educación limitada tienden a tener menos aspiraciones y planes de futuro, lo que aumenta el riesgo de embarazo. El nivel educativo de sus parejas también contribuye, y las parejas con menor nivel educativo pueden reforzar estos patrones e influir en la probabilidad de embarazo adolescente.

Tercero: El único factor demográfico que afecta los embarazos adolescentes en las pacientes atendidas en la maternidad del Hospital Regional del Cusco es la edad de la pareja. Este factor tiene un coeficiente de 0,381 y un valor p de 0,000, lo que indica una relación estadísticamente significativa. Específicamente, los datos sugieren que a medida que

disminuye la edad de la pareja, aumenta la probabilidad de embarazo adolescente. En otras palabras, las parejas más jóvenes se asocian con tasas más altas de embarazos adolescentes, lo que destaca la influencia crucial de la edad de la pareja en este contexto.

Cuarto: El único factor relacionado con el acceso a la información que incide en la edad a la que las adolescentes acuden al servicio de maternidad del HRC es el nivel de información sobre sexualidad proporcionada por los padres. Este factor se asocia con un coeficiente de -0,213 y un valor p altamente significativo de 0,000, lo que indica una fuerte relación estadística. El coeficiente negativo sugiere que existe una correlación inversa entre la cantidad de información sobre sexualidad que los padres comparten con sus hijas adolescentes y la probabilidad de que estas queden embarazadas. En otras palabras, cuanto más completa o frecuente sea la educación sexual proporcionada por los padres, menor será la probabilidad de que sus hijas se embaracen durante la adolescencia. Este hallazgo subraya la importancia de la participación parental y la comunicación abierta sobre sexualidad como medida preventiva contra el embarazo adolescente. Destaca cómo una mayor participación parental mediante el intercambio de información precisa y apropiada sobre sexualidad puede servir como factor protector, reduciendo potencialmente la incidencia de embarazos precoces en adolescentes. En general, los datos sugieren que empoderar a los padres para que hablen abiertamente sobre salud sexual con sus hijas podría ser una estrategia clave para abordar las tasas de embarazo adolescente en esta comunidad o entorno.

VII. Recomendaciones

Primero: Se sugiere que las instituciones de salud, en conjunto con el sector educativo y organizaciones de la comunidad, trabajen en el diseño de estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes, tomando en cuenta los factores socioculturales y demográficos que se han identificado. Es importante que estas acciones sean culturalmente adecuadas, estén alineadas con la realidad local y estén enfocadas en fortalecer las habilidades de las adolescentes, así como el acompañamiento de sus familias y comunidades. El objetivo es crear un ambiente que las apoye y les permita tomar decisiones informadas y responsables sobre su salud sexual y reproductiva.

Segundo: Se propone reforzar la educación sexual integral desde etapas tempranas en las escuelas, con contenidos adecuados y adaptados al contexto cultural de cada comunidad, dando prioridad a estudiantes con menor nivel educativo. También se sugiere poner en marcha programas de formación y orientación dirigidos a adolescentes y sus parejas, enfocados en apoyar la toma de decisiones responsables, la construcción de un proyecto de vida, el desarrollo de habilidades sociales, la prevención de relaciones de riesgo y el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Tercero: Se recomienda llevar a cabo intervenciones educativas y preventivas dirigidas a adolescentes y jóvenes varones, con el objetivo de fomentar su corresponsabilidad en temas de salud sexual y reproductiva. Estas acciones deben trabajarse desde una perspectiva de género, promoviendo relaciones basadas en la igualdad, el respeto y libres de violencia, además de generar conciencia sobre las consecuencias de iniciar relaciones sexuales de forma temprana y sin una adecuada planificación.

Cuarto: Se recomienda poner en marcha programas que ayuden a madres, padres y personas cuidadoras a fortalecer sus habilidades parentales y mejorar la comunicación familiar en temas como la sexualidad, la afectividad y la salud reproductiva. Estas intervenciones deben brindar herramientas prácticas para que puedan hablar con sus hijas e hijos de forma abierta y en el momento adecuado, usando información basada en evidencia

científica, un lenguaje acorde a cada etapa del desarrollo, y siempre respetando los valores y las dinámicas culturales de cada familia.

VIII. Referencias

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2024. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. OPS. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
3. Perú Gd. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2021. Lima;; 2022.
4. MINSA. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. [Online].; 2021. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/GOB>.
5. Diario El Tiempo. Más de 600 casos de embarazos adolescentes. [Online].; 2024 [cited 2025 Enero 18. Available from: <https://eltiempocusco.pe/2024/mas-de-600-casos-de-embarazos-adolescentes/>.
6. MINSA. Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el Mapa del embarazo y la maternidad de niñas y adolescentes en el Perú [Internet]. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2022. Lima: EISA S.R.L.; 2022.
7. García A. Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. Journal of science and research. 2021; 7(2).
8. Coral D, Calvopiña E, Espinosa R, Cajilema A, Suarez L. Factores asociados al embarazo en adolescentes en la comunidad de Jimbitono. Macas;; 2023.
9. Cevallos M, Moreira A, Burga S, Chiluisa M, Zamora A. Factores asociados en adolescentes embarazadas en un Centro de Salud en la ciudad de Guayaquil. Facultad de Medicina Humana URP. 2024; 24(2).
10. Benítez S, Ibarra S, Ruiz Á, Espínola M, Páez M. Factores de riesgo relacionados al embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020-2021. Rev. cient. cienc. salud. 2022; 4(2).

11. Vilchez L, Torres M. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo 2022. Lima:; 2024.
12. Rosas S, Ubaldo C. Factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Monterrey- Huaraz, 2022. Lima:; 2022.
13. Fernandez M. Factores asociados al embarazo en adolescentes en el Perú, análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020. Lima:; 2021.
14. Lozano S. Conductas de riesgo y factores sociodemográficos relacionados al embarazo adolescente, Hospital de Apoyo Huanta “Daniel Alcides Carrión”, enero a diciembre, 2022. Huanta:; 2024.
15. Aquino J, Cabello J, Salinas M. Factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Centro de Salud Aparicio Pomares - Huánuco, 2021. Huánuco:; 2022.
16. Caraguay S, Martinez J. Caraguay S, Martinez J. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes del centro de salud de Andahuaylillas, periodo 2017 – 2019. *Enferm Investig. Investigación y Desarrollo.* 2022.
17. Gomez M. Factores que influyen en el nivel de conocimientos sobre prevención de embarazos e ITS-VIH/SIDA en adolescentes de la I. E. Manco II La Convención, Cusco – 2018. Cusco:; 2021.
18. Garcia A. Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. *Journal of science and research.* 2022; 7(2).
19. Mora P, Garcia A, Soto M, Rodriguez G, Perez J, Martinez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Facultad de Medicina.* 2021; 64(1).
20. Anco M, Pacheco S, Cornejo E, Astudillo R, Ricse C, Alvarez M. Embarazo en la Adolescencia: Factores de Riesgo, Consecuencias y Actividades de Prevención. *Multidisciplinar.* 2023; 7(4).

21. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online].; 2016. Available from: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2016-instituto-nacional-de-estadistica-e>.
22. Cordova G. Educación sexual en los adolescentes de América Latina 2012 - 2021: una revisión sistemática. *Investigación Valdizana*. 2023; 17(1).
23. UNICEF. *The State of the World's Children 2011: Adolescence—an age of opportunity*. New York: United Nations Children's Fund; 2011.
24. OMS. *Salud adolescente: guía para la acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2014.
25. Moreira T, Rocha E, Lima A, Pereira L, Rodrigues S, Fernandes C. Knowledge about Sex Education in Adolescence: A Cross-Sectional Study. *Adolescents*. ; 3(3).
26. Alvarez M. Embarazo en la adolescencia: factores de riesgo, consecuencias y actividades de prevención. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024; 7(10).
27. Mero M, Guerra M, Chila M. Determinantes sociales del embarazo adolescente y su relación con la violencia intrafamiliar en Manabí. *Revista Científica de Salud BIOSANA*. 2024; 3(2).
28. Rojas M, Méndez R, Montero L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2016; 32(15).
29. Pioquinto A. Educación sexual para prevenir infecciones de transmisión sexual en estudiantes de Educación Técnica Profesional. *Revista Didáctica y Educación*. ISSN: 2224-2643. 2024 Enero.
30. Santos D, Alves F, Texeira K. La vulnerabilidad de los adolescentes en la investigación y en la práctica clínica. *Bioét*. 2017; 25(1).

31. Álvarez , H. Embarazo en la adolescencia: factores de riesgo, consecuencias y actividades de prevención.. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024; 12(27).
32. Andrade A, Ferreira de Castro L, Macedo R. Unplanned teenage pregnancy and adolescent sexual behavior. *NASCER E CRESCER Birth and Growth Medical Journal*. Birth and Growth Medical Journal. 2023; 12(24).
33. OMS. *Adolescencia: crecimiento y desarrollo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
34. Santelli J, Kantor L, Grilo S, Speizer I, Lindberg L, Heitel J. Abstinence-only-until-marriage: An updated review of U.S. policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 61(3).
35. UNICEF. *The State of the World's Children 2011: Adolescence—an age of opportunity*. New York: United Nations Children's Fund.; 2011.
36. WHO. *Adolescent pregnancy: Issues in adolescent health and development*. Geneva: World Health Organization; 2010.
37. UNESCO. *Education for health and well-being in adolescence*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.; 2018.
38. López V, Martínez P, Sánchez R. *Adolescencia y factores de riesgo social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 2020.
39. Lopez N, Flores M, Acosta N. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Dominio las Ciencias*. 2020; 6(4).
40. Sanchez O, Zambrano E, Guerrero N, Surita F. Buenas prácticas en la atención prenatal a adolescentes embarazadas: perspectivas de profesionales de la salud. *Obstetricia y Ginecología*. 2021; 72(3).

41. Naranjo Y. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Archivo Médico de Camagüey*. 2019; 23(6).
42. Chiesa T, Gaspio C. Factores de riesgo y determinantes de la salud. *Salud Pública*. 2013; 17(4).
43. A D, Perera C, Bacallao G, Ramirez J. Factores sociales de estilos de vida de adolescentes de un consultorio Médico de Familia de la Atención Primaria de Salud. *Habanera de Ciencias Médicas*. 2017; 16(3).
44. Gongora C, Fernandez D, Mejias R, Vasquez L. Características sociodemográficas que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Pediatr panama*. 2021; 50(3).
45. Flores C, Reyes M. Información sobre Planificación Familiar que recibieron las adolescentes después de un evento obstétrico. *Enfermería universitaria*. 2010; 7(2).
46. Palacios X. ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Eidos*. 2019; 45(4).
47. Alvarado E, Vilema E, Guevara K, Cuello G. Rol del personal de enfermería en el cuidado a la gestante adolescente. *Pinar del Río*. 2023; 27(6).
48. Galves M, Rodriguez L, Sanchez C. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Medicina General Integral*. 2016; 32(2).
49. Cabrera D. Educación sexual integral en la escuela. *UNMAR*. 2021; 40(1).
50. Larrosa M, Molina M, Reyes L. Historia de la anticoncepción y planificación familiar. *Cultura de los Cuidados*. 2023; 27(67).
51. Arias R, Albornoz N. Maternidad adolescente, desigualdad social y exclusión educativa en el Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela). *Espacio Abierto*. 2017; 26(1).
52. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019; 36(2).

53. Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta México: Mc Graw Hill Education; 2018.
54. Carrasco S. Metodología de la investigación científica. Pautas metodológicas para diseñar t elaborar el proyecto de investigación. Lima: San Marcos E.I.R.L; 2017.
55. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance. [Online].; 2021 [cited 2024 Febrero 14. Available from: <https://www.who.int/initiatives/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescent/aa-ha!-guidance-2d-edition>.

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos están resguardados en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes