

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON EL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CENTRO POBLADO CHIRIACO,
DISTRITO IMAZA, BAGUA – AMAZONAS, 2019.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: GEORGINA YSABEL CABANILLAS HERNÁNDEZ

Asesora:

Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES

Cajamarca – Perú

2020

COPYRIGHT © 2020 by
GEORGINA YSABEL CABANILLAS HERNÁNDEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

**DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON EL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CENTRO POBLADO CHIRIACO,
DISTRITO IMAZA, BAGUA – AMAZONAS, 2019.**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:
Bachiller: **GEORGINA YSABEL CABANILLAS HERNÁNDEZ**

JURADO EVALUADOR

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Asesora

Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Jurado Evaluador

Dra. Elena Vega Torres
Jurado Evaluador

M.Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2020



Universidad Nacional de Cajamarca

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

Escuela de Posgrado

CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Siendo las 17.00 horas del día 23 de noviembre de Dos mil veinte, reunidos a través de meet.google.com/vkh-sifb-pdr, creado por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS**, **Dra. ELENA VEGA TORRES**, **M.Cs. DORIS ELIZABETH BRINGAS ABANTO**, y en calidad de Asesora la **Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, CENTRO POBLADO CHIRIACO, DISTRITO IMAZA, BAGUA – AMAZONAS, 2019.**, presentada por la **Bach. en Obstetricia GEORGINA YSABEL CABANILLAS HERNÁNDEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aprobar con la calificación de Dieciséis (16) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia GEORGINA YSABEL CABANILLAS HERNÁNDEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 18.40 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Asesora

.....
Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Jurado Evaluador

.....
Dra. Elena Vega Torres
Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto
Jurado Evaluador

A Dios por darme la fuerza y perseverancia para desarrollar el presente estudio de investigación hasta la fase final y a mis queridos padres por brindarme su apoyo y fuerza moral para concluir mis estudios de postgrado.

Georgina Ysabel.

AGRADECIMIENTOS

A las familias de las adolescentes encuestadas quien gracias a su valioso tiempo se hizo realidad el recojo de datos para la investigación.

A los jueces expertos por su amable aceptación para validar el instrumento de medición, quienes brindaron valiosos aportes para mejorar la estructura y los ítems medir con precisión las variables del estudio.

A los honorables docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca-Filial Jaén; en especial, a mi familia por comprenderme y darme el apoyo moral dentro de la fase de los estudios en la que me encuentro.

...A todos...muchas gracias.

La autora.

Si los factores sociales fueran determinantes específicos fueran muchas las influencias sobre la salud de las personas que se atienden con determinadas complicaciones y riesgos en su salud.

- Rubén A. Osorio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
EPIGRAFE	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
GLOSARIO	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPITULO I	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación del estudio	7
1.4. Objetivos: General y específicos	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Bases Teóricas del objeto de estudio	13
2.3. Hipótesis de investigación	22
2.4. Variables del estudio	23

CAPÍTULO III	24
MARCO METODOLÓGICO	24
3.1. Diseño y tipo de estudio	24
3.2. Población de estudio	24
3.3. Muestra	25
3.4. Unidad de análisis	26
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	26
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.7. Consideraciones éticas	27
3.8. Procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Control de calidad de datos	28
CAPÍTULO IV	29
4.1. RESULTADOS	29
4.2. DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	55
1. Resultados de los jueces expertos, (validez del instrumento)	55
2. Escala de percepción de funcionamiento familiar ff -sil	59
3. Escala que mide los estilos de vida	60
4. Resultados de la prueba piloto	62
5. Instrumentos de recolección de datos	64
6. Consentimiento informado	68
7. Categorización de la variable estilos de vida	69
8. Resultados de la prueba piloto	70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estructura familiar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	29
Tabla 2. Funcionamiento familiar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	30
Tabla 3. Edad y nivel educativo de las adolescentes embarazadas del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	31
Tabla 4. Posición socioeconómica del jefe del hogar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	32
Tabla 5. Jefe del hogar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	33
Tabla 6. Estilos de vida según el embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	34
Tabla 7. condiciones de vida de materiales en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	35
Tabla 8. Condiciones de la vivienda en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.	36

LISTA DE ANEXOS

1. Resultados de los jueces expertos, (validez del instrumento)	55
2. Resultados de la prueba piloto	62
3. Instrumentos de recolección de datos	64
4. Consentimiento informado	68

GLOSARIO

Salud: Es un estado de completo bienestar biopsicosocial y también en el aspecto mental y social 54.

Adolescentes: Son personas que se encuentran en el periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad considerado entre las edades de 11 a 19 años de edad 54.

Embarazo: Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y al feto desde el momento de la engendración 52.

RESUMEN

El presente estudio de carácter descriptivo, correlacional y transversal tuvo como objetivo general establecer la relación entre los determinantes sociales (DS) con el embarazo en adolescentes del Centro poblado Chiriaco, distrito Imaza, Bagua, Amazonas durante el año 2019. La muestra estuvo conformada por 61 adolescentes embarazadas. Los resultados indican que los DS expresan que el jefe del hogar es el padre de la adolescente, quien posee nivel educativo primaria, es obrero y tiene un ingreso económico familiar menor a un mínimo vital. Los DS intermedios indican que el 78,7% de las gestantes adolescentes proceden de familia nuclear y, el 68,9% son disfuncionales. Los estilos de vida de las gestantes prevalecen como no saludables en todas sus dimensiones; fundamentalmente en “responsabilidad en salud” con 98,4% y; “nutrición”, con 90,2 %. De las adolescentes, en etapa temprana, un mínimo porcentaje, han desarrollado estilos de vida saludable en las dimensiones “ejercicio físico” y “manejo de estrés” con 1,6 % respectivamente. Las gestantes en adolescencia tardía, tienen una ligera actitud saludable en el “manejo del estrés” con 23%; además, el material predominante de su vivienda es madera en un 95,1%. En relación a los DS estructurales, la ocupación del jefe del hogar es predominantemente obrero en el 75,4%; y; su ingreso económico es menor a 750 soles con el 95,1%. Se concluye que los DS que se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes son los DS estructurales como nivel educativo, ocupación e ingreso económico del padre de la adolescente, como jefe del hogar.

PALABRAS CLAVE: Determinantes sociales, salud, adolescentes embarazadas.

ABSTRACT

The descriptive, correlational and cross-sectional study aimed to establish the relationship between social determinants and pregnancy in adolescents in the Chiriaco town center, Imaza district, Bagua, Amazonas during the year 2019. The sample consisted of 61 pregnant adolescents. The results indicate that the social determinants of health (SDH) express that the head of the household of teenage pregnant women is the father, who has achieved the primary educational level, is a worker and has a family income less than a vital minimum. Intermediate social determinants indicate that 78.7 % of teenage pregnant women belong to a nuclear family, 68.9 % are dysfunctional. The lifestyles of these pregnant women manifest themselves as unhealthy in all their dimensions, mainly in “health responsibility” with 98.4 % and “nutrition” with 90.2 %. Of the adolescents who are in the early stage, a minimum percentage have developed healthy lifestyles in the dimensions “physical exercise” and “stress management” with 1.6 % respectively. Pregnant women who belong to late adolescence, have a slight healthy attitude in “stress management” with 23 % and the material of their home is mostly wood with 95.1 %. In relation to the structural determinants the occupation of the head of the household is a worker with 75.4 %; 57.4 % are others who contribute financially to the home and their economic income is <to 750 soles with 95.1 %. It is concluded that the SDH that are significantly related to teenage pregnancy are the structural ones, such as educational level, occupation and economic income of the adolescent’s father, as head of the household.

KEY WORDS: Social determinants, health, pregnant adolescents.

INTRODUCCIÓN

La iniciación sexual temprana siempre ha estado relacionada con problemas de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En la actualidad su abordaje, en las adolescentes, tiene gran auge debido a que este grupo poblacional tiene una gran vulnerabilidad. A partir de las conferencias internacionales de población y desarrollo de la mujer, celebradas en el Cairo en 1994 y Beijing en 1995, los países se comprometieron a darle prioridad no solo a su atención por la salud pública, sino a su estudio. En lo referente al inicio de las relaciones sexuales existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y de estar preparados o no 1.

Según estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 39 países Europeos y de América, cuentan con una población adolescente que se encuentra en constante riesgo, debido al inicio precoz de relaciones coitales sin protección; conociéndose que, entre el 25 a 30 % de jóvenes de 15 años, son sexualmente activos y tienen diferentes formas de actividad sexual 2; lo que, aunado a factores como consumo de drogas, alcohol y tabaco, constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los adolescentes, convirtiéndose en un serio problema de salud pública a nivel mundial 3.

Actualmente, en Amazonas, la población entre 12 y 17 años 11 meses y 29 días es de 45, 874 personas representando el 11 % de la población; con un 15 % de embarazo precoz 4.

Bagua forma parte de esta realidad, evidenciándose que la tendencia de embarazos en adolescentes en la Micro Red Chiriaco, durante los últimos cinco años, no ha disminuido; ubicándose por encima del porcentaje nacional, lo cual genera hogares disfuncionales,

madres solteras, incremento de abortos, pobreza, deserción educativa, suicidios, entre otros.

De allí que la presente investigación servirá para desarrollar proyectos de inversión pública que aporten a la mejora de la salud de la mujer gestante adolescente y; sobre todo, prevenir el embarazo en este grupo etáreo, generar aportes con sugerencias a las estrategias y políticas encaminadas a la prevención de embarazo en adolescentes, desde la situación real de estas en Amazonas, quienes conjuntamente con los niños y niñas, requieren de especial atención para garantizar su acceso a oportunidades de desarrollo y ejercicio pleno de sus derechos y por lo tanto a una mejor calidad de vida permitiendo en todo sentido su completo desarrollo al que se desea alcanzar.

Al respecto el estudio denominado determinantes sociales relacionados con el embarazo en adolescentes. Centro poblado Chiriaco, distrito de Imaza, Bagua, Amazonas 2019, para su mejor entendimiento se ha organizado en base a cinco capítulos, además de las referencias bibliográficas y anexos, los mismos que se describen a continuación.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La adolescencia fue valorada, por largo tiempo, sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés; actualmente se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que inducen a que se le dedique mayor atención, pues durante esta etapa se producen importantes transformaciones de diversa índole que conducen al individuo hacia la madurez 5.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica” y fija sus límites entre los 10 a 19 años 2.

El embarazo precoz se produce durante la adolescencia, resaltándose que se da en mujeres que aún no han alcanzado la mayoría de edad jurídica o que tengan dependencia de la familia de origen. Asimismo, el embarazo en una mujer adolescente, generalmente no es deseado y, puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o, interrumpirse por un aborto. Este problema, por su gravedad, puede incrementar el riesgo social de la gestante y el producto 5.

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud a nivel mundial, y se asocia a mayores riesgos médicos (anemia, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte perinatal, entre otros), problemas psicológicos en la madre (depresión post parta, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie

de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros) 6.

En las adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se separa progresivamente del psicológico y social, pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como, por ejemplo, a los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autosuficiente en ambos sentidos 7.

Es importante conocer las características de esta etapa, por la que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a las adolescentes, especialmente durante un embarazo, sabiendo que una adolescente se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando 8.

Desde el punto de vista metodológico, el embarazo en la adolescencia no es asunto estrictamente fisiológico o de manejo irresponsable de la sexualidad, por parte de las adolescentes o familias disfuncionales o por falta de información sobre métodos anticonceptivos; sino que es producto de múltiples interrelaciones, que obedecen al funcionamiento mismo de la sociedad; puede decirse que es la construcción de un modelo sobre el comportamiento sexual entre los miembros de esa sociedad lo que va a determinar que en un nivel más concreto los jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales 9.

En su naturaleza de fenómeno social, y desde una perspectiva de género, el embarazo adolescente representa una situación que posiciona la vida de una mujer

en una condición de particular vulnerabilidad en relación a las macro estructuras sociales de pensamiento: el machismo y los roles estereotipados de género. Así, subsumiendo los estados biomédicos (obstétricos), emerge una realidad particularmente importante que es la violencia durante el embarazo adolescente. Este fenómeno ha sido definido como un patrón de coerción y control, caracterizado por agresión física, sexual, emocional o su combinación, y amenazas por la pareja actual o por la expareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo ¹⁰.

En algunas sociedades, el matrimonio en edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades ¹¹.

En las sociedades donde el matrimonio de mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos es la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos por lo que dichos embarazos pueden ser considerados como no planificados o no deseados.

El 23% de las mujeres jóvenes, sexualmente activas, admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección, el 70% de las adolescentes manifestaron vergüenza para la adquisición de preservativos u otro anticonceptivo; así como solicitar información a un profesional de la salud. En muchos casos el uso de métodos anticonceptivos es inadecuado; destacando la inexperiencia en el uso del

condón; las adolescentes olvidan con frecuencia la toma de anticonceptivos orales. La tasa de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) es mayor en las mujeres adolescentes, especialmente en las pobres, que en mujeres de más edad. Los índices de embarazos y nacimientos en adolescentes varían según la región, siendo la causa principal el inicio de actividad sexual a temprana edad, educación sexual ausente o inapropiada, escaso acceso a los servicios de anticoncepción y atención pre natal ¹².

La pobreza se asocia con altas tasa de embarazo en la adolescencia, así países económicamente pobres como Nicaragua en América, Nigeria en África y Bangladés en Asia, tienen un índice mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos. En Reino Unido, por ejemplo, alrededor de la mitad de todos los embarazos de menores de 18 años se produce en el 30% de la población más pobre; igualmente en Italia la tasa de natalidad en adolescentes de clases ricas y acomodadas, es solo 3,3 por 1000, mientras que en las más pobres es de 10 por 1000.

En realidad, el embarazo en adolescentes se constituye en un gran problema de salud pública a nivel mundial, representando el 15 a 25% del total de gestaciones; a nivel de América Latina y el Caribe el porcentaje se ha incrementado alarmantemente ¹³.

De acuerdo a las cifras del Banco Mundial la reducción hasta el 2010 fue marginal. En México se tenía 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres; cifra superior a la de otros países latinoamericanos como Costa Rica, Uruguay, Chile o Perú.

En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes, respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores

cercanos al 15% en los últimos 20 años; en Chile se estima que la fecundidad en adolescentes es de un 15%.^{14, 15}.

En el Perú el porcentaje de mujeres que ya son madres o están embarazadas es 13,9%; de éstas, el 10,5% son madres y el 3,5% están gestando por primera vez. En zonas urbanas se reporta un 11,3% y; en zonas rurales, 19,3%. Según los resultados de la Encuesta Demográfica de Salud (ENDES – 2013), esta cifra se incrementa en grupos que presentan rasgos de desventaja social como niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas, como los grupos indígenas. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados ni planificados, y; se da en parejas que no han iniciado una vida en común, lo que generalmente resulta en abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera.¹⁶.

Además de esta realidad, el embarazo adolescente suele ser no planificado, y puede ser producto de violación sexual, constituyéndose en una experiencia negativa, truncando el proceso educativo, ocasionando dependencia económica de la madre, mayor incidencia de problemas perinatales, desconocimiento de temas de salud sexual y reproductiva e inadecuada estructuración de la familia, entre otros¹⁷.

La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según regiones, los porcentajes más altos de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas se presentan en Amazonas, región con mayor tasa de embarazo adolescente (30,5%); seguido de Ucayali (27,3%), Loreto (25,3%), Madre de Dios (23,1%), Ayacucho (22,2%) y San Martín (21,7%). Sin embargo, cuando se analiza en números

absolutos las regiones de Lima, La Libertad, Piura y Cajamarca representan el 51,2% del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que cursan un embarazo. En Amazonas la incidencia de embarazo adolescente (20,8%) es una de las más altas a nivel nacional, llegando a cifras de más del 40% al interior de sus provincias. Las tasas estadísticas muestran que, los niños, niñas y adolescentes que residen en zonas rurales y aprendieron a hablar en una lengua amazónica, son los que mayor exclusión padecen debido a las dificultades que encuentran para ejercer sus derechos ¹⁸.

Durante los últimos tres años (del 2013 al 2015), el Centro Poblado de Chiriaco, cuenta con un total de 1 910 adolescentes entre varones y mujeres de 10 a 19 años; de los cuales el 16% son gestantes adolescentes, convirtiéndose en un gran problema de salud, instando a tomar decisiones y estrategias para disminuir este porcentaje tan elevado y preocupante.

De otro lado los determinantes Sociales de la Salud, considerados como las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan, envejecen y están relacionados con el contexto socioeconómico y político reflejan algunas de las influencias más poderosas en la salud en el mundo moderno. Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud. Un entorno material perjudicial y un comportamiento no apropiado tienen efectos dañinos directos, pero las preocupaciones y las inseguridades de la vida diaria y la falta de entornos de apoyo también influyen, evidenciándose como los factores sociales y económicos en todos los niveles de la sociedad afectan las decisiones individuales y la salud en sí, cada persona es responsable de asegurarse de consumir una dieta saludable, realizar ejercicios, no fumar, no beber en exceso.

No obstante, ahora se conoce qué tan importantes son para la salud las circunstancias sociales y económicas que frecuentemente están más allá del control individual ¹⁹.

Los procesos de exclusión social y el grado de privación relativa en una sociedad tienen consecuencias significativas en la salud, y; pueden ocasionar comportamientos de salud inadecuados que, por ejemplo, en el caso de las adolescentes las llevan a un embarazo precoz y no deseado.

La pobreza, el desempleo y la falta de hogar han aumentado en muchos países, incluidos algunos de los más ricos. En algunas naciones, hasta una cuarta parte de la población total vive en condiciones de pobreza relativa (definida por la Unión Europea como inferior a la mitad del ingreso promedio nacional) ²⁰.

Por lo anteriormente expresado, es que se realizó el presente estudio que tuvo como finalidad estudiar los determinantes sociales y el embarazo en las adolescentes del centro poblado de Chiriaco del distrito de Imaza, Bagua, durante el año 2019.

1.2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los determinantes sociales y el embarazo en adolescentes del centro poblado de Chiriaco del distrito de Imaza, Bagua, Amazonas en el año 2019?

1.3. Justificación del estudio

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema social de vital importancia, debido a su prevalencia, siendo de mayor frecuencia en lugares con factores socioeconómicos deprimidos. En esta realidad, se ha evaluado la tendencia de embarazos en adolescentes en la Micro Red Chiriaco, durante los últimos cinco

años, comprobándose que no han disminuido, ubicándose por encima del porcentaje nacional; lo que viene generando hogares disfuncionales, madres solteras, incremento de abortos, pobreza, deserción educativa, suicidios, entre otros problemas de salud.

Los hallazgos de esta investigación aportan a la propuesta de creación de mecanismos y estrategias de solución, tales como proyectos de inversión pública con el municipio, organización de talleres, capacitaciones y otros, dirigidos a padres de familia, docentes de Instituciones Educativas y comunidad en general; con el propósito de motivar y generar conciencia sobre la sexualidad en la adolescencia, etapa que debe ser asumida con responsabilidad para fortalecer el desarrollo de este grupo etario. Asimismo, los hallazgos aportarán a fortificar la orientación que deben tener los jóvenes para que tomen y asuman prácticas sexuales responsables.

La investigación aportará a identificar situaciones de riesgo de la población adolescente frente a las vivencias de pobreza y extrema pobreza, como las que existen en el centro poblado de Chiriaco, donde repercute un sinnúmero de factores que determinan ciertas situaciones que comprometen la salud de estas personas.

De otro lado, en el desarrollo de la investigación se ha tomado en cuenta la interculturalidad en salud, especialmente de aquellos pueblos originarios, con usos y costumbres propios de acuerdo a su idiosincrasia; constituyéndose en fundamental para implementar estrategias que consideren la cosmovisión de estos pueblos, en conjunto con las acciones del sistema de salud; disminuyendo el obstáculo para el acceso a la atención.

1.4. Objetivos

Objetivo General:

Determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud con el embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, Imaza, Bagua, Amazonas durante el año 2020.

Objetivos Específicos:

- Establecer la relación entre los determinantes estructurales con el embarazo en adolescentes.
- Establecer la relación entre los determinantes intermedios con el embarazo en adolescentes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Luego de realizar diversas búsquedas de investigación en diferentes fuentes sobre los determinantes sociales y su relación con el embarazo en adolescentes; a continuación, se resaltan los siguientes.

Nivel internacional:

Chávez J. y Chica P.¹⁹ en el año 2014, en Cuenca - Ecuador, estudiaron los determinantes del comportamiento sexual de las y los adolescentes en colegios urbanos y rurales de la ciudad de Macas, concluyendo que la frecuencia de convivencia adecuada con padres fue elevada; las condiciones de la vivienda y los servicios básicos estaban disponibles, las condiciones socioeconómicas en definitiva no representaron mayor riesgo. La religión representó un factor muy importante en la población, sólo el 1,1% de esta población no profesaba alguna religión. El 50,1 % de estudiantes no conocen los servicios de salud a donde pueden acudir por información. El 37,7 % de adolescentes refirió haber tenido relaciones sexuales (penetración), con una media de edad de 14,88 años. De los estudiantes que ya presentaron relaciones sexuales, el 36,8% no utiliza ningún método anticonceptivo. El embarazo en la adolescencia se presentó en un 5%.

Luparello R.²⁰ en el año 2014 en, Córdoba-Argentina, realizó un estudio sobre embarazo no planificado y determinantes de la salud en adolescentes embarazadas y registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando. Se observó la presencia de determinantes como: el inicio precoz de las

relaciones sexuales, bajo nivel de instrucción, deserción escolar temprana, carencia de educación sexual integral, menarquia precoz, ausencia de comunicación intrafamiliar respecto a los temas relacionados con la sexualidad, entre otros.

Quintana M.²¹ en el año 2013, en México realizó un estudio sobre determinantes del embarazo juvenil en municipios urbanos, con énfasis en la expansión de la cobertura de la educación media superior, quien planteó como objetivo conocer los determinantes sociales del embarazo juvenil; llegando a concluir que se encontró baja escolaridad, un debut sexual temprano, acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva, expectativas generalmente bajas para la vida y pocas aspiraciones, inequidades de género, hogares monoparentales y normas culturales que existen en el espacio sociodemográfico de las jóvenes.

Nivel nacional:

Montoya M.²², en el año 2016 en la Comunidad Nativa Wawain Imaza – Amazonas, estudió los determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas, llegando a concluir que el 65,2% pertenece a la adolescencia tardía y 34,8%, a la etapa intermedia; el 46% de adolescentes tienen grado de instrucción de secundaria completa; 28% de los jefes de las familias no tienen instrucción educativa; 88,4% de los ingresos los aporta el jefe del hogar; 95% de los ingresos es menor a S/ 850 soles. En relación a la vivienda, 81,4% son multifamiliares, duermen como máximo 5 personas en una habitación y los materiales predominantes de los techos son de yarina, respectivamente; 44% de las viviendas no tienen paredes; 34,8%, eliminan los residuos sólidos en campo abierto y, 32,6%, los queman o los ponen en pozo.

Valera P.²³, en el año 2015 en el Hospital Regional de Cajamarca investigó los factores sociodemográficos y personales asociados al primer embarazo en adolescentes. De las 131 adolescentes gestantes con primer embarazo, encontró que existe asociación significativa entre las variables edad de la gestante, ingreso económico familiar, embarazo adolescente en la familia, grado de instrucción, número de parejas sexuales, motivo de relaciones sexuales y utilización de métodos anticonceptivos. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

Yauri S.²⁴, en el año 2014 en Lima, realizó el estudio analítico, de casos y controles, la muestra estuvo conformada por 194 adolescentes divididos en dos grupos: 97 adolescentes con reincidencia de embarazo (Grupo Caso) y 97 adolescentes con un solo embarazo que culminó en parto (Grupo Control). Para el grupo caso se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple y para el grupo control un muestreo por conveniencia. Los resultados muestran que los factores de riesgo personales para la reincidencia de embarazo en la adolescencia fueron el estado civil soltera ($p=0.000$) ($OR=4.53$) y la edad menor o igual a 19 años de la pareja ($p=0.035$) ($OR=2.53$).

Osorio P.²⁵, en el año 2013 en Lima, estudió los factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. En el estudio, de tipo cuantitativo, con diseño observacional-descriptivo, se empleó un cuestionario validado y entrevistó a 100 adolescentes gestantes. Sus resultados incluyen: el 90% se encuentra entre los 14 a 19 años de edad; el 64% proviene de familias desintegradas; 75% tienen grado de instrucción secundaria y, 65% reciben apoyo económico de sus padres.

Balta O.²⁶, en el año 2012 en Chimbote, realizó un estudio sobre los determinantes de la salud en adolescentes embarazadas en el Puesto de Salud “Nicolás Garatea” – Nuevo Chimbote, la investigación fue cuantitativa – descriptiva; para el recojo de la información se escogió una muestra de 70 adolescentes embarazadas a quienes se les aplicó un cuestionario de 38 preguntas cerradas, aplicando las técnicas de la observación y entrevista, obteniéndose los siguientes resultados: el 82,9% tienen entre 15 y 17 años; 75,7% cursaron secundaria completa/incompleta, 48,6% trabajan eventualmente; 51,5% tienen letrina; 50% no fuma actualmente, pero lo hizo antes; 85,7% no realiza actividad física en su tiempo libre y; 58,6% consume refrescos con azúcar 3 o más veces a la semana. Concluye que las adolescentes embarazadas poseen estilos de vida no saludables.

2.2. Bases teóricas del objeto de estudio

2.2.1 Adolescencia.

La adolescencia es un periodo de desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta que suele comenzar entre los once y los trece años con cambios en los caracteres sexuales secundarios y termina a los dieciocho y diecinueve años, sufriendo desde este tiempo grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad, bruscos y acentuados que tienen características diferentes según las estructuras sociales²⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica, y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Es considerada como un período

de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial ²⁹.

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, ya que es en etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en la que poco a poco se deja de ser un niño ²⁸.

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. Por las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

Adolescencia temprana (10 a 13 años).

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física ²⁸.

Adolescencia Media (14 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda ²⁸.

Adolescencia Tardía (17 a 19 años).

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. La madurez psicológica y la incorporación a la sociedad ya como adulto joven pueden ocurrir más rápida o lentamente ²⁸.

2.2.1.1 Embarazo en la adolescencia.

Es importante conocer las características de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes. Durante un embarazo se lo define como: “El embarazo que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen” ²⁴.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la

disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. El embarazo en la adolescencia ha sido considerado un problema debido a diferentes circunstancias o factores que, interactuando entre sí generan consecuencias no favorables para la madre, el hijo y en consecuencia su ámbito familiar y social ²⁴.

El marco de la salud integral del adolescente, permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes ⁸.

2.2.1.2 Las adolescentes embarazadas.

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la

confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan ²⁸.

En otro caso, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del “abuso sexual”, en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. La principal dificultad que enfrentaran los adolescentes para acercarse a un centro de salud estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar. La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes preocupa desde hace años a la comunidad internacional, especialmente a los organismos de salud, las cifras sobre embarazo adolescente o los datos acerca de los riesgos que las y los jóvenes pueden correr en razón de su actividad sexual o por motivos de género, son inquietantes ²⁸.

2.2.1.3 El padre adolescente.

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre; explicándose porque es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Esta exclusión del varón provoca, en él, sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades (“con qué lo vas a mantener”,

“seguro que no es tuyo”, etc.). Al recibir la noticia de la paternidad, el varón se enfrenta a mandatos personales, sociales y a carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias ²⁹.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de “ser padre”. Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser “adoptado” como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre. Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación. Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad ³⁰.

2.2.2 Determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud ¹⁸.

Existen determinantes sociales de la salud que contribuyen a que el embarazo en adolescentes persista, entre estos se describen:

2.2.2.1 Determinantes estructurales.

El estado de salud y de desarrollo de una población viene determinada en gran parte por el contexto social, económico y político. Los valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad, deben ser también considerados ¹⁸.

Funcionamiento familiar

Se estructura como un núcleo fundamental dentro de la sociedad, esta puede ser familias con múltiples problemas conocido como severamente disfuncional, como también puede ser disfuncional, o modernamente disfuncional y una familia unida, la que comparte ideas, opiniones, hay comunicación asertiva a esta se le denomina familia funcional ¹⁸.

Nivel educativo.

En realidad, la posición económica depende mucho para el desempeño escolar en las adolescentes, lo que hoy en día no sucede en las poblaciones vulnerables debido a este déficit económico, de este modo se contribuye al bajo nivel educativo por falta de la educación básica regular de las señoritas. La consecuencia de mayor impacto en una madre adolescente es de menor nivel educativo a corto y mediano plazo, lo que en consecuencia reduce su oferta laboral e influye directamente ya que aquí se menciona a que muchas de ellas están sin nivel educativo, algunas tienen sólo primaria y un muy bajo porcentaje alcanzan el nivel secundario ³⁸.

Ocupación.

Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, incluidos el calor, el ruido, el polvo, los productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud

16. También es aquella que se refiere al trabajo asalariado, es decir al servicio de un empleador ³⁴.

Las personas que aportan económicamente en el hogar y jefatura de hogar

Son generalmente los jefes o los padres debido a los trabajos que realizan y son el sustento necesario para la manutención del mismo, buscan solucionar problemas en conjunto y se esmeran para que cada día su familia crezca libre de problemas de salud y socioeconómicos ³⁴.

Ingreso económico familiar.

Las condiciones de empleo, la ocupación y la posición en la jerarquía del lugar de trabajo también afectan a la salud. Las personas que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensas a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable ⁽¹⁶⁾. Es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás, los que en su totalidad no sobrepasan los 750 nuevos soles ³⁴.

2.2.2.2 Determinantes intermedios.

Son aquellos que después de los estructurales ejercen función esencial dentro de la vida de los seres humanos y su déficit o carencia puede generar serios problemas especialmente en la salud ³¹.

Estilos de vida.

En los embarazos adolescentes se presentan muy a menudo deficiencias en la nutrición, ya que se produce un aumento de las necesidades en esta edad en la que

aún está creciendo. También es un factor importante el hecho de que las adolescentes se alimenten en muchos casos un tanto arbitrariamente y no se ajustan a las auténticas necesidades, presentan con frecuencia déficit de minerales y vitaminas que afectarán no sólo a la madre sino al nuevo ser que lleva en su vientre, en este apartado se puede mencionar a la función de autorrealizarse como persona, ejercer responsabilidad en salud, tener actividades en relación a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como el de practicar el ejercicio físico, alimentarse adecuadamente, practicar el apoyo interpersonal y manejar el estrés promoviendo la salud mental ³¹.

Condiciones de vida.

Las condiciones de vida, son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales relacionadas a los ámbitos laborales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir y estas pueden ser viviendas propias, alquiladas o hasta prestadas, se lo mide por ciertos indicadores observables ³⁵.

Cuando se vive con escasos recursos económicos, motivados por falta de trabajo, que a su vez puede provenir de escasa salud o educación, se dice que las personas tienen una precaria condición de vida, que puede afectar en general a una población, cuando existe una crisis económica global o ser específica de un individuo o grupo ³⁵.

Material de la vivienda.

Hoy en día existen viviendas seguras y no seguras, varían mucho en relación al estudio de suelos ya que a veces son construidas en lugares vulnerables a los huaycos, derrumbes y por el déficit económico que existe pueden ser de adobe,

algunas de ladrillo y cemento y en su mayoría son de madera ³⁵, por ejemplo, en Chiriaco y sus comunidades casi el 95% son viviendas de madera.

Servicio de agua.

Tomando la realidad del estudio el servicio del agua por la condición vulnerable que existe en el centro poblado de Chiriaco es agua entubada y el tratamiento se hace de forma mensual en coordinación con la municipalidad. Por esta misma razón al no ser potable genera riesgo para la salud de las gestantes.

Eliminación de excretas.

La predisposición de las excretas en las comunidades vulnerables genera riesgo porque las personas por la misma idiosincrasia a veces lo hacen al aire libre, pero al respecto influye las sesiones educativas para la elaboración de letrinas la que hoy en día un gran porcentaje si cuentan con ellas donde hacen sus necesidades de evacuación.

2.2.1. Definición de términos

A esta parte pasar el glosario. Confirmando el Número de autor que corresponde

2.3. Hipótesis de investigación

Ha: Los determinantes sociales estructurales e intermedios se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Chiriaco, distrito de Imaza, Bagua – Amazonas.

Ho: Los determinantes sociales estructurales e intermedios no se relacionan significativamente con el embarazo en adolescentes del Centro de Salud Chiriaco, distrito de Imaza, Bagua – Amazonas.

2.4. Variables del estudio

- Determinantes sociales.
- Embarazo en adolescentes.

2.5 Operacionalización de Variables

Definición conceptual de las variables/categorías	Definición operacional de las variables/categorías			
	Variables /categorías	Dimensiones/factores	Indicadores/cualidades	Instrumento de recolección de
Son las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja, envejece y están relacionadas con los aspectos socio-económicos, conductuales, psicosociales, ambientales, biológicos, estas están estructuradas y comprendidas entre las edades desde los 10 hasta los 19 años de edad ¹⁹ .	Variable 1: Determinantes sociales	Dimensión 1: Determinantes estructurales	Estructura familiar	Cuestionario dirigido a gestantes adolescentes
			Funcionamiento familiar	
			Edad	
			Nivel educativo	
			Ocupación	
			Ingreso económico familiar	
			Jefatura de hogar	
		Dimensión 2: Determinantes intermedios	Estilos de vida	
			Tenencia de la vivienda	
			Material de la vivienda	
Servicio de agua segura Eliminación de excretas				
Variable 2: Embarazo en adolescentes	Dimensión 1: edad temprana	10 - 13 años	Cuestionario dirigido a gestantes adolescentes	
	Dimensión 2: edad intermedia	14 - 16 años		
	Dimensión 3: edad tardía	17 - 19 años		

CAPÍTULO III

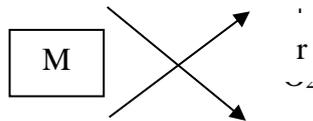
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La investigación de enfoque cuantitativo descriptivo, correlacional, midió los determinantes sociales relacionados con el embarazo en adolescentes; asimismo se describen las características del fenómeno tal y conforme se presentaron en la realidad tomando el tiempo y la recolección de datos de forma correlativa.

Es transversal, porque se recolectó datos en un determinado periodo de tiempo ¹⁰,
18.

No experimental y de corte transversal.(arregla la figura siguiente, no se ven bien las letras.



Donde:

M = Es la muestra de estudio constituido por todas las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Chiriaco desde el mes de enero del año 2020.

O₁ = Representa la variable independiente. Determinantes sociales.

O₂ = Representa la variable dependiente. Embarazo en adolescentes.

3.2. Población de estudio

En el estudio de investigación se tuvo como población a 212 gestantes atendidas en el Centro de Salud Chiriaco ³².

3.3. Muestra

La muestra fue probabilística, es decir que todas las adolescentes tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas para formar parte de una muestra y, además cumplen con los criterios de inclusión

3.3.1. Tamaño de la muestra

La muestra ajustada estuvo constituida por 61 gestantes adolescentes, las cuales se obtuvieron utilizando el método probabilístico.

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$\begin{aligned}n &= 400; \\Z^2 &= 95 \% \\p &= 1.96; \\p &= 0.5; \\q &= 0.5; \\E^2 &= 0.05\end{aligned}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (400)}{(0.05)^2 (400 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 82$$

Aplicando la muestra ajustada:

$$f = \frac{n}{N} = \frac{196}{400} > 10\%$$

$$f = \frac{N}{1 + \frac{n}{N}}$$

Reemplazando:

$$f = \frac{82}{1 + \frac{82}{212}}$$

f = 61 gestantes adolescentes.

Procedimiento de muestreo

Probabilístico aleatorio simple, es decir se ha elaborado una relación de todas las gestantes, las cuales han sido codificadas con números aleatorios, luego se ha escrito estos números en pequeños retazos de papel, luego se han introducido en una caja pequeña, posteriormente se ha removido la caja y se han ido sacando todos los números pares hasta obtener el dato de la muestra.

3.4. Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada una de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Chiriaco.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión**3.5.1 Criterios de inclusión**

Ingresaron al estudio todas las adolescentes gestantes de la jurisdicción del centro poblado Chiriaco en las edades comprendidas entre los 11 a 19 años de edad y las que de forma voluntaria aceptaron participar en la presente investigación.

3.5.2 Criterios de exclusión

No ingresaron al estudio las adolescentes gestantes con problemas neurológicos y del habla para comunicarse de forma asertiva, además aquellas que no desearon participar de forma voluntaria.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos para la investigación fue la encuesta, como instrumento se utilizó el cuestionario dirigido a gestantes adolescentes, la misma que describe el recojo de información sobre los factores sociodemográficos, los determinantes estructurales, intermedios y el funcionamiento familiar, la que está estructurada con opciones de respuesta como casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre, repartidos en 14 ítems y a la evaluación calificándolo como familia funcional entre 70 a 57 puntos, seguido de familia moderadamente funcional entre 56 a 43 puntos, familia disfuncional entre 42 a 28 puntos y familia severamente disfuncional entre 27 a 14 puntos respectivamente. Por otro lado, se utilizó la escala que mide los estilos de vida, la que está estructurada con opciones de respuesta de nunca, a veces, casi siempre y siempre repartidos en 48 ítems.

3.7. Consideraciones éticas

En toda la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios de rigor científico:

Confidencialidad: Toda la información se obtuvo al aplicar de forma objetiva el cuestionario dirigido a las gestantes adolescentes, la cual no se hizo pública, se aseguró el anonimato, manteniendo en absoluto resguardo los datos encontrados en las mismas.

Credibilidad: Toda la información obtenida producto de la aplicación del instrumento de medición se ajustó a la verdad, se tuvo en cuenta desde la descripción del objeto de estudio hasta el análisis de la información.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1 Procesamiento

Los datos se presentaron en tablas y el procesamiento se realizó a través del software estadístico SSPS versión 21.0. El análisis se realizó con la técnica de interpretación y síntesis teniendo como base el marco teórico y los antecedentes para el presente estudio.

3.8.2 Análisis de datos

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados referentes a los determinantes sociales de la salud y el embarazo en adolescentes.

Fase inferencial. Consistió en contrastar los resultados con antecedentes y teorías.

3.9 Control de calidad de datos

El instrumento fue validado a través de una prueba piloto aplicado al 10% del total de la población (gestantes adolescentes), las mismas que no formaron parte del estudio.

La confiabilidad se demuestra a través del Alfa de Cronbach (Anexo 2).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la presentación de los resultados encontrados en la investigación, se utilizaron las tablas de contingencia simple y de doble entrada. En primer lugar, se presenta la descripción de los resultados según distribución de frecuencias sobre la estructura y funcionamiento familiar, luego el nivel educativo, ocupación e ingreso económico, estilos de vida y finalmente las condiciones de vida materiales tomados de los instrumentos de medición (escala dirigida a gestantes adolescentes, escala de percepción de funcionamiento familiar FF-SIL y escala que mide los estilos de vida).

4.1.1. Determinantes estructurales y embarazo en adolescentes

Tabla 1. Estructura familiar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Estructura familiar	Embarazo en adolescentes						Total	
	Edad Temprana (10-13 años)		Edad Intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)			
	N	%	n	%	n	%	n	%
Nuclear	1	100,0	17	68,0	30	85,7	48	78,7
Extendida	0	0,0	3	12,0	3	8,6	6	9,8
Ampliada	0	0,0	5	20,0	2	5,7	7	11,5
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado – Chiriaco.

$\chi^2 p=0.459$; ($p>0.05$).

Los hallazgos referentes a la estructura familiar y su relación con el embarazo en adolescentes, del 100 % (61), se evidencia que la familia nuclear es la que predomina con un 78,7 % (48), mostrando un 85,7 % (30) en la edad tardía; seguido de la estructura familiar ampliada con el 11,5 % (7) y un 20,0 (5) de la edad intermedia, y solamente un 9,8 % (6) la familia es extendida y un 12,0 % (3) también de la intermedia.

En relación a esta tabla no existe relación entre la estructura familiar y el embarazo en las gestantes adolescentes: χ^2 ($p>0.05$).

Tabla 2. Funcionamiento familiar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Funcionamiento Familiar	Embarazo en adolescentes						Total	
	Edad Temprana (10-13 años)		Edad Intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)			
	N	%	n	%	n	%	n	%
Familia severamente disfuncional	0	0,0	1	4,0	1	2,9	2	3,3
Familia disfuncional	1	100,0	16	64,0	25	71,4	42	68,9
Familia moderadamente funcional.	0	0,0	6	24,0	8	22,9	14	23,0
Familia funcional	0	0,0	2	8,0	1	2,9	3	4,9
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

$\chi^2 p=0.964$; ($p>0.05$).

En la tabla descrita, en cuanto al funcionamiento familiar en relación al embarazo en adolescentes se observa que del 100% (61), existe un mayor porcentaje con el 68,9% (42), las cuales son las familias disfuncionales, encontrando una mayor distribución de 71,4% (25) en la edad tardía, seguido de la categoría; familia moderadamente funcional 23,0% (14) en la edad intermedia con el 22,9% (8), un 4,9% (3) en familias funcionales con un 8,0% (2) en la edad intermedia y sólo el 3,3% (2) en familia severamente disfuncional también en la edad intermedia con el 4,0% (1).

De esto se concluye que no existe relación entre el funcionamiento familiar con el embarazo adolescente: χ^2 ($p>0.05$).

Tabla 3. Edad y nivel educativo de las adolescentes embarazadas del Centro Poblado – Chiriaco, 2019.

	n	%
Edad:		
De 10 a 13	01	1,6
De 14 a 16	25	41,0
De 17 a 19	35	57,4
Nivel educativo:		
Sin nivel educativo	02	3,3
Primaria	30	49,2
Secundaria	29	47,5
TOTAL	61	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

Los resultados detallados en la tabla muestran que del 100 % (61) de las adolescentes embarazadas según edad y nivel educativo, para la edad existe un mayor porcentaje con el 57,4 % (35) en edades de 17 a 19, seguido de un 41,0 % (25) entre 14 a 16 años y sólo un 1,6 % (1) de 10 a 13 años; asimismo tienen un mayor nivel educativo con el 49,2 % (30) las de nivel primaria, seguido de 47,5 % (29) en nivel secundario y sólo el 3,3 % (2) son sin nivel educativo.

Tabla 4. Posición socioeconómica del jefe del hogar en relación a embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Posición socioeconómica del jefe del hogar	Embarazo en adolescentes						Total		Valor p
	Edad Temprana (10-13 años)		Edad Intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel educativo:									
Sin nivel educativo	0	0,0	1	4,0	1	2,9	2	3,3	x ² p=0.000; (p<0.05)
Primaria	1	100,0	12	48,0	17	48,6	30	49,2	
Secundaria	0	0,0	12	48,0	17	48,6	29	47,5	
Ocupación:									
Empleado	0	0,0	2	8,0	2	5,7	4	6,6	x ² p=0.000; (p<0.05)
Obrero	0	0,0	19	76,0	27	77,1	46	75,4	
Trabajador independiente		0,0	2	8,0	1	2,9	3	4,9	
Empleador o patrono	1	100,0	0	0,0	1	2,9	2	3,3	
Trabajador familiar no remunerado	0	0,0	2	8,0	4	11,5	6	9,8	
Ingreso económico:									
<750 soles	1	100,0	23	92,0	34	97,1	58	95,1	x ² p=0.005; (p<0.05)
751 - 1499 soles	0	0,0	2	8,0	1	2,9	3	4,9	
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

La tabla descrita detalla que, del 100% (61) de las adolescentes embarazadas, en referencia al nivel educativo, se evidencia un mayor porcentaje con el 49,2% (30) con nivel primaria y en la edad tardía representando un 48,6% (17).

Al respecto se puede deducir que existe relación entre el nivel educativo del jefe del hogar donde viven las gestantes adolescentes: x²(p<0,05).

Referente a la categoría ocupación se aprecia un mayor porcentaje con el 75,4% (46), los cuales son obreros y edad tardías quienes hicieron un 77,1 % (27), De esto se afirma que existe relación significativa en lo descrito: x² (p<0,05).

Referente al ingreso económico, se evidencia un ingreso, predominantemente < a 750 soles con el 95% (58) en la etapa de edad tardía, quienes representaron 97,1% (34).

De esto se explica que existe relación entre del ingreso económico con el embarazo en adolescentes: $\chi^2(p<0,05)$.

Tabla 5. Jefe del hogar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Jefe del hogar	Embarazo en adolescentes						Total	
	Edad Temprana (10-13 años)		Edad Intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)			
	n	%	N	%	n	%	n	%
Pareja	0	0,0	3	12,0	18	51,4	21	34,4
Padre	0	0,0	20	80,0	14	40,0	34	55,7
Madre	1	100,0	2	8,0	3	8,6	6	9,8
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

$\chi^2 p=0.000$; ($p<0.05$).

En la presente tabla se aprecia que del 100% (61), el jefe del hogar en relación a la clasificación del embarazo en adolescente, se encontró un mayor porcentaje con el 55,7% (34) que estos son los padres el jefe del hogar en la edad intermedia con el 80% (20), seguido un 34,4% (21) el jefe del hogar es la pareja y sobresale la edad tardía con el 51,4% (18) y finalmente sólo el 9,8% (6) el jefe del hogar es la madre con el 8,6% (3) en la edad tardía.

4.1.2. Determinantes intermedios y embarazo en adolescentes.

Tabla 6. Estilos de vida según el embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Estilos de vida		Embarazo en adolescentes						Total	
		Edad Temprana (10-13 años)		Edad Intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)			
		n	%	N	%	n	%	n	%
Autorrealización	Saludable	0	0,0	6	9,8	9	14,8	15	24,6
	No Saludable	1	1,6	19	31,1	26	42,6	46	75,4
Responsabilidad en salud	Saludable	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,6
	No Saludable	1	1,6	25	41,0	34	55,7	60	98,4
	Saludable	1	1,6	3	4,9	5	8,2	9	14,8
Ejercicio físico	No Saludable	0	0,0	22	36,1	30	49,2	52	85,2
	Saludable	0	0,0	2	3,3	4	6,6	6	9,8
Nutrición	No Saludable	1	1,6	23	37,7	31	50,8	55	90,2
	Saludable	0	0,0	5	8,2	10	16,4	15	24,6
Apoyo interpersonal	No Saludable	1	1,6	20	32,8	25	41,0	46	75,4
	Saludable	1	1,6	6	9,8	14	23,0	21	34,4
Manejo del estrés	No Saludable	0	0,0	19	31,1	21	34,4	40	65,6
	Saludable	1	1,6	25	41,0	35	57,4	61	100
Total		1	2	25	41	35	57,4	61	100

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

$\chi^2 p=0.751$; ($p>0.05$)

Con respecto a los estilos de vida según el embarazo en adolescentes, del total del 100% (61), se encontró un mayor porcentaje de 75,4% (46) que los estilos de vida en la autorrealización no son saludables en la adolescencia tardía con el 42,6% (26), seguido de un 98,4 % (60) de responsabilidad en salud, 85,2% (52) en ejercicio físico, 90,2% (55) en nutrición, 75,4% (46) y 65,6% (40) en manejo del estrés de las cuales todas las categorías no encontraron en no saludables predominantemente.

Se concluye que no se encontró relación estadística entre los estilos de vida y el embarazo adolescente, en cualquiera de sus etapas ($p<0,05$).

Tabla 7. Tenencia de la vivienda y embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Tenencia de la Vivienda	Embarazo en adolescentes						Total	
	Edad temprana (10-13 años)		Edad intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Propia	1	100,0	24	96,0	34	97,1	59	96,7
Alquilada	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	1,6
Prestada	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	1,6
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

$\chi^2 p=0.126$; ($p>0.05$).

En la tabla que antecede se aprecia que del 100 % (61) de las condiciones de vida materiales en relación al embarazo en adolescentes, predominando con el mayor porcentaje de 96,7% (59) donde la condición de la vivienda es propia y son de las adolescentes en etapa tardía con el 97,1% (34) y sólo un 1,6% (1) es alquilada y prestada respectivamente.

De estos resultados se concluye que no existe relación entre las condiciones de la vivienda con el embarazo en adolescentes: $\chi^2(p>0,05)$.

Tabla 8. Condiciones de la vivienda en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2019.

Condiciones de la vivienda	Embarazo en adolescentes								Valor p
	Edad Temprana (10-13 años)		Edad Intermedia (14-16 años)		Edad Tardía (17-19 años)		Total		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
Material de la vivienda:									
De adobe	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	1,6	x ² p=0.673; (p>0.05).
De ladrillo y cemento	0	0,0	0	0,0	2	5,7	2	3,3	
Madera	1	100,0	25	100,0	32	91,4	58	95,1	
Servicio de agua segura:									
Si	0	0,0	12	48,0	21	60,0	33	54,1	x ² p=0.581; (p>0.05).
No	1	100,0	13	52,0	14	40,0	28	45,9	
Eliminación de excretas:									
Servicios higiénicos	0	0,0	2	8,0	1	2,9	3	4,9	x ² p=0.023; (p<0.05).
Letrina	1	100,0	19	76,0	24	68,6	44	72,1	
Campo abierto	0	0,0	4	16,0	10	28,6	14	23,0	
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0	Total

Fuente: Cuestionario aplicado a gestantes del Centro Poblado-Chiriaco.

Los hallazgos que se reflejan en la tabla 8, evidencian que del 100% (61), el tipo de material de la vivienda es de madera predominantemente con el 95,1% (58) y en la adolescencia tardía con el 91,4% (32), estas cuentan con servicio de agua segura representando 54,1% (33), eliminan sus excretas en letrinas en un porcentaje de 72,1% (44) y estos son adolescentes en la etapa intermedia con un 76,0% (19).

Se concluye que no se encontró relación estadística entre el material de la vivienda y el embarazo adolescente, en cualquiera de sus etapas (p>0,05).

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La investigación muestra relación significativa entre los determinantes sociales (nivel educativo, posición social, ingreso económico y jefe del hogar) con el embarazo en adolescentes debido que se demostró los siguientes datos estadísticos ($X^2:P=0.000$; $X^2:P=0.000$; $X^2:P=0.005$; $X^2:P=0.000$), así mismo se estudiaron los determinantes socioeconómicos, culturales, estilos de vida y del entorno, del cual se contribuye a la mejora continua de los servicios de la salud al estudiarlas en forma detallada, asimismo se busca disminuir el embarazo en adolescentes de esta zona considerada como vulnerable, en donde existe pobreza y extrema pobreza.

Respecto a la estructura y funcionamiento familiar, como determinantes intermedios, y su relación con el embarazo en adolescentes se discute que en cuanto a la estructura familiar en relación al embarazo en adolescentes del Centro Poblado Chiriaco, 2020, se encontró un mayor porcentaje con el 78,7 % (48), donde la estructura familiar es nuclear, es decir que son aquellas familias convivientes formadas por los miembros de un único núcleo familiar en donde los usos y costumbres no varían por razas e ideologías distintas; asimismo constituye un problema homogéneo y de implicaciones negativas en el nivel social y de salud tanto para la adolescente como para su núcleo familiar, el grupo formado por los padres y sus hijos y un menor porcentaje de 9,8 % (6) en la estructura familiar extendida; estos datos se contrasta cuando la Organización Mundial de Salud (OMS) a la estructura nuclear, la define como el conjunto de individuos quienes integran una determinada familia y estos se interrelacionan dentro de la sociedad.

Hoy en día se toma como prioridad a la educación sexual y sanitaria para ser una familia más integrada y formada con valores ético morales y sobre todo con el criterio del autocuidado en la persona, familia y comunidad para hablar de familia funcional y sobre todo evitar de esta manera el embarazo en las adolescentes, tal es el caso que se evidencian el mayor porcentaje con el 68,9 % como familias disfuncionales y dentro de ellos existen gestantes adolescentes, y esto es producto del desempleo, múltiples hijos, los cuales tergiversan a lo que menciona Ferrer para el hecho de que la educación sexual y sanitaria debe ser una prioridad en una población vulnerable para evitar los riesgos en la salud, sobre todo aplicado al presente estudio y referido a la prevención sobre el embarazo en adolescentes.

Así mismo, en el estudio se constató que el mayor porcentaje de las gestantes adolescentes entrevistadas viven bajo condiciones socioeconómicas malas que le impiden continuar su desarrollo y cumplir proyectos de vida, convirtiéndolas en miembros dependientes de otras familias ya formadas quienes les dictan las reglas a cumplir y las decisiones que muchas veces no son las más adecuadas; no obstante hoy consideran que casi en su totalidad las adolescentes dependen de los padres y en mínima cantidad (uno) de sus compañeros de vida, lo que en la vida práctica de la zona se observa cotidianamente y es debido a que los padres prefieren mantener económicamente a su hija y compañero de vida antes de que su hija sea embarazada soltera, lo que a su vez agrava la situación debido a que las decisiones no las toman las nuevas parejas sino que los padres o suegros siendo los jefes de los hogares formados, de esto está el análisis de que en la mayoría de familias disfuncionales y de parejas adolescente casi en la mayoría de casos aún existe sobreprotección; asimismo que menciona que los determinantes culturales como las relaciones familiares, los factores religiosos, las costumbres y creencias, los mitos, y las

prácticas de salud sexual y reproductiva se encuentran presentes en las familias de la población estudiada.

De acuerdo a la edad y nivel educativo la población es vulnerable tomando predominancia a los embarazos que ocurren dentro de la adolescencia y con mayor certeza se muestran incidencia en los indicadores y que el embarazo a temprana edad va en aumento sostenido y que ello es prueba de que las causas señaladas son la justificación incuestionable de las acciones de intervención y sobre todo, que las intervenciones no son del todo eficaces por la mala disposición del propio adolescente y su familia, es decir debido a la causa de falta de educación y sin asumir responsabilidades la adolescente ya quiere muchas veces experimentar ser madre, entonces nace la necesidad de formar una familia que por cuestiones de edad no crean una familia responsable.

Estos datos se contrastan con el estudio de Girón¹⁷, quien demostró que la edad de las personas es un factor influyente en la salud percibida, la edad como factor determinante; igualmente, en cuanto mayor es el nivel de estudios de las personas mejor es la valoración de la salud percibida y positiva; a medida que es mayor el ingreso familiar mensual, mejoran ambas graduaciones de salud positiva.

Por esta razón es que se analiza la situación referenciada a la edad, la cual, la educación y el ingreso económico, donde confluyen como un factor que, de forma directa, ha permitido que ocurra el problema, tal y como se puede apreciar en los datos estadísticos descritos y detallados en el estudio.

En referencia al jefe del hogar, se destaca que en el 55,7 %, los padres de las adolescentes embarazadas siguen asumiendo el papel de jefe del hogar, acción estrictamente ligada a los usos y costumbres propios de su cultura y que desempeñan roles de pareja, padre y

madre donde la prioridad de paternalismo la ha tenido el padre, o comúnmente conocido como APU, quien es considerado hasta la fecha como una autoridad máxima dentro de las comunidades nativas, la que se ha descentralizado a zonas más vulnerables, estudiando así los estilos de vida y esto ocurre con frecuencia en el Centro Poblado de Chiriaco, ante esta situación las adolescentes heredan los usos y costumbres propias para engendrar hijos desde edades tempranas y debido a esta gran causa la familia se convierte en disfuncional porque no se independizan para formar una familia, criar a sus hijos con responsabilidad y asumir roles como el de planificación familiar, educación de los niños entre otros factores que son propios de una familia funcional y asunción de responsabilidades.

Se puede afirmar que el nivel educativo y la jefatura de hogar, dentro de la adolescencia, son situaciones para la cual la pareja joven no está preparada, pues tienen que enfrentar la vivencia conjunta en el manejo del hogar y experimentar una paternidad/maternidad para la cual no están preparados y es allí donde nacen las dificultades para criar y educar a los hijos con responsabilidad y una educación que les ayude a sobresalir o a superar la pobreza, mayor facilidad de interrelacionarse y no ser tan vulnerable para que a temprana edad este gestando.

Se puede apreciar que en la adolescencia temprana, bajo nivel educativo y siendo jefe de hogar son individuos propensos a tener problemas intrafamiliares, experimentan y desarrollan la paternidad de donde nacen las dificultades de engendrar hijos y criarlos con responsabilidad y educación de un mejor nivel, equitativamente ellos son empleados dentro de la interrelación con sus semejantes generando un ingreso económico mínimo vital para poder sobrevivir y mucho más riesgoso es cuando por estas razones las familias se van convirtiendo en disfuncionales y con embarazos no deseados por estas acciones y por falta de interculturalidad donde intervienen diversas instituciones del estado, tal es el

caso que han representado el mayor porcentaje con el 49,2 % dentro del nivel primaria y en la adolescencia intermedia con el 48,0 % (12) y también un porcentaje mínimo de 3,3 % sin nivel, los cuales demuestran que si existe el problema y está vigente en la población adolescente a pesar de que los sistemas de salud tratan en su mayoría de brindar atención, promoción y prevención en salud.

Del mismo modo se puede comparar con el estudio realizado por Luparello¹⁸ en el 2014 en Córdoba-Argentina, quien obtuvo que el 80 % de los embarazos no fueron planificados, 90 % ocurrió en la adolescencia tardía. Respecto al nivel de instrucción: 7 % fueron analfabetas funcionales, 76 % con escolaridad incompleta y el 88 % abandonó la escolaridad. El 61 % de adolescentes se embarazaron entre los 15 y 19 años. Concluyó que se presentó una alta incidencia de embarazos no planificados y en edades tempranas.

Las adolescentes tanto como sus parejas entiendan y se concienticen que planificar dentro de la familia es uno de los métodos y responsabilidades familiares que ayuda a evitar muchas de las veces los embarazos no deseados y por consiguiente se puede tener un mejor estilo de vida para los hijos quienes están en constante crecimiento y desarrollo, estos a su vez necesitan vivir más cómodamente y generaran impulsos a estudiar y adquirir una profesión la cual les permitirá generar ingresos propios para el desarrollo de su región en ese caso para el distrito de Chiriaco.

De forma similar Pacheco¹⁹, investigaron los determinantes Sociales de embarazos en menores de 15 años, alta incidencia de embarazos no planificados y en edades tempranas, falta de información-educación en salud sexual y reproductiva. Las acciones intersectoriales e interdisciplinarias podrían incidir positivamente en la prevención y resolución de esta problemática.

Los resultados revelan que, en su mayoría, los estilos de vida son generalmente no saludables, es decir no existe autoconciencia para el autocuidado de su salud en las adolescentes embarazadas; enfrentándose a deficientes condiciones de vida por sus niveles de pobreza y extrema pobreza; la misma situación se aprecia cuando la vivienda es propia, siendo el material predominante la madera; por eso es que se puede relacionar al autógrafo Osorio²⁴, quien explica los factores que se asocian al embarazo en adolescentes embarazadas que provienen de familias desintegradas, considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

Es habitual que las adolescentes embarazadas asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y siendo privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad.

En cuanto a los estilos de vida, dentro de ellos a la autorrealización, responsabilidad en salud, ejercicio físico, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés son en su mayoría los mayores porcentajes no saludables y la vivienda es propia, denominándolo como no saludable, no presta las condiciones necesarias para serlo ya que dentro de ellos existen más viviendas de madera, existe agua pero muchas de ellas son inseguras e insalubres y la mayoría tiene letrina para la eliminación de excretas; es decir por la mismas condiciones socioeconómicas en que viven las gestantes y que se ha reflejado explícitamente y tácitamente en los datos estadísticos plasmados en el estudio de investigación.

Citando y comparando, de este modo, a Barrientos Núñez y Tobar Herrera. Concluyen que los determinantes sociales son fundamentales en la prevención de los embarazos en adolescentes, que al tener una inestabilidad en una de estas determinantes sociales hacen que las adolescentes tomen decisiones que culminen con el incremento del embarazo en edades tempranas de la vida ²⁰.

Por otro lado, Balta²⁶, en su estudio sobre los determinantes de la salud concluyó que las adolescentes embarazadas poseen estilos de vida no saludables. El estilo de vida de la población es fundamental para la prevención del embarazo o la planificación de la familia para poder concebir los hijos que pueda mantener en forma digna y darles el apoyo para su superación personal, en el estilo de vida de cada individuo se encuentra su alimentación, hábitos de recreación, periodos de sueño descanso, hábitos higiénicos y la conducta sexual formada por el número de parejas sexuales, uso de métodos de protección y planificación y la promiscuidad, siendo así, que los embarazos en las adolescentes se presentan muy a menudo deficiencias en la nutrición de las jóvenes, ya que se produce un aumento de las necesidades en esta edad en la que aún está creciendo.

El embarazo en adolescentes es un problema debido a que afecta su salud educación proyecto de vida, relaciones sociales, culturales y su economía entre otros aspectos.

Ser madre adolescente suele iniciar y reforzar, sin distinciones sociales una serie de condiciones de vulnerabilidad asociadas a la falta de preparación para esta nueva responsabilidad, características propias del desarrollo en esa etapa y a la adopción de roles de género tradicionales, así como a la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de la adolescencia. La maternidad temprana, suele tener efectos negativos graves en los hijos e hijas de las adolescentes, exponiéndolas a condiciones adversas que obstaculizan su desarrollo⁵⁵.

Los determinantes estructurales que influyen la salud de las adolescentes, como la clase social, la desigualdad económica y social y la educación, están también en la base de la ocurrencia del embarazo adolescente. El embarazo adolescente se asocia a factores como la pobreza, el bajo nivel educativo y la deserción escolar, que dificulta posteriormente la inserción en el mercado laboral y por ende la obtención de suficientes recursos económicos perpetuando estas trampas de pobreza⁵⁶.

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica.

Desde el abordaje intercultural, la adecuación a su cultura es un bagaje inmenso en relación a los usos y costumbres como el adaptarnos al idioma para comprender sus necesidades; en este sentido hay diversos estudios que demuestran que la relación interpersonal y la amistad hace que se descubra secretos entre el que brinda la atención como el que recibe, ya que es muy necesario conocer las formas o estilos de vida como por ejemplo saber que en las comunidades awajun y en el distrito de Chiriaco existen parteras que atienden aun el parto vertical de las gestantes y mucho más cuando éstas son primerizas por el mismo temor a que sean miradas, no hay un buen consentimiento del esposo para con el personal de la salud y por ahí se genera la deserción en cuanto a controles prenatales, suplementación de hierro entre otros, entonces de aquí nace el problema del embarazo adolescente y radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los establecimientos de salud por su propia cultura²⁸.

En el área de salud para nadie es un secreto la dificultad que existe en la distribución del tiempo libre por el déficit de lugares de esparcimiento o actividades recreativas, culturales o deportivas planificadas fundamentalmente para los jóvenes. Muchos son capaces de crear sus propias formas de empleo del tiempo libre en la escuela, la familia o con su pareja, pero no todos cuentan con los medios necesarios, y si a esto sumamos las limitaciones de recursos y el poco apoyo familiar, de las embarazadas adolescentes entrevistadas la utilización del tiempo libre fue inadecuada.

Finalmente se considera que la investigación, es un aporte muy importante ya que servirá para tener en cuenta el diagnóstico situacional del Centro Poblado de Chiriaco relacionado al embarazo en adolescentes, la cual permitirá aplicar estrategias del trabajo en la atención primaria de salud, tomando prioridad a la salud materno neonatal, para fines de investigación, docencia, entre otros.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados para el estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las adolescentes del estudio se caracterizan por tener una edad que oscila entre 17 y 19 años y; poseer grado de instrucción primaria.
2. Respecto a los determinantes estructurales, el jefe del hogar es mayoritariamente el padre de la adolescente, y su posición socioeconómica se caracteriza por poseer nivel educativo primaria, ser obrero y percibir menos de un ingreso mínimo vital; teniendo relación significativa con el embarazo en adolescentes.
3. Se comprueba parcialmente la hipótesis, pues existe relación, solamente entre el ingreso económico, ocupación y nivel educativo del jefe del hogar, con el embarazo adolescente; y no existe relación entre determinantes sociales intermedios y el embarazo en adolescentes.

RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Amazonas (DIRESA)

Gestionar planes de mejora continua sobre los servicios de salud dirigido a la mujer gestante adolescente para brindar mayor sostenibilidad a la atención de su salud teniendo en cuenta la estructura familiar, accesibilidad, tiempo de espera para la atención de su salud entre otros que toman vital relevancia en la parte preventiva promocional.

Organizar la difusión y la educación en salud sobre prevención del embarazo en adolescentes, tomando como prioridad a los colegios, familias disfuncionales donde la salud de las adolescentes está siendo vulnerada.

A la Red de Salud Bagua en coordinación el Centro de Salud de Chiriaco

Promover la prevención del embarazo en adolescentes, así como la educación sexual en mutuo acuerdo con las instituciones educativas.

Organizar talleres de escuelas de padres, en los que se fomente la comunicación asertiva entre los integrantes de la familia, tanto como el apoyo municipal para salvaguardar la vida y salud sobre todo considerando necesidades básicas de vivienda, alimentación y predisposición de agua.

Generar, en las familias, un compromiso pactado para mejorar sus estilos de vida en cuanto a higiene, lavado de mano, actividades físicas, manejo del estrés, etc.

Empoderar a las familias para que, a través de sus autoridades locales, soliciten el apoyo municipal en relación al mejoramiento de su vivienda y, esta sea a través del gobierno regional y nacional.

Al Ministerio de Educación a través de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) – Bagua

Capacitar a los docentes sobre la importancia de la información clara, técnica y precisa a los adolescentes sobre la salud sexual, reproductiva y sobre todo que se articule con el personal de Salud del Centro de Salud de Chiriaco a fin de prevenir el embarazo en adolescentes.

Identificar y firmar alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales para realizar proyectos de inversión pública en bien de todo el distrito, con prioridad en las familias donde existen gestantes adolescentes para mejorar el material de su vivienda, tener agua segura y disponer de una letrina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salomón G, Álvarez P. Iniciación sexual y sus efectos en la salud de las adolescentes. Lima; 2010. Casa editorial abril. Cap. II. Págs. 51-65.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Riesgos para la salud de los jóvenes. Washington; 2011.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva sobre la prevención del embarazo. Washington; 2016. Pg. 345.
4. Dirección Regional de Salud, Amazonas. El embarazo en adolescentes. Chachapoyas-Amazonas; 2017. (Acceso el 15 de mayo del 2017). Disponible en: http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/MAIS/adolescente/reunion_r/DIRESA-AMAZONAS.pdf.
5. Rodríguez A, Ramos A. La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Cuba; 2011. Revista Cubana de Salud Pública. Pág. 34.
6. García A, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev. Cienc. Médicas Pinar Río. junio de 2018;22(3):3-14.
7. Centro Nacional de Educación Sexual. Sida. La Habana: CENESEX; 2010. (Acceso el 15 de diciembre del 2015). Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad/sida2.htm>.
8. Echevarría N, Gutiérrez Escobar M. Embarazo en Adolescentes y adolescencia de Venezuela. Celsan; 2006. (Acceso el 13 diciembre del 2015). Disponible en: www.iin.oea.org.
9. Tiwari A, Chan KL, y Fong D, The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. BJOG; 2011. 115(3):377-84. doi:1111/j.1471-0528.2007.01593. x.

10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud del adolescente y el joven en las Américas; 2017.
11. Lowdermilk W, y Bobak P, Versión española de la 6 edición Maternity & Women Health Care; 2014.
12. Organización Mundial de la Salud – OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Transición de la fecundidad cambio social y conducta reproductiva en embarazo; 2017.
13. Romero M, Abalos E, y Ramos S, La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. OSSyR marzo; 2013. (Acceso el 21 diciembre del 2015). Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf .
14. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú; 2017.
15. Libro de medicina persona, familia y relaciones humanas 4º; 2011. (Acceso el 22 diciembre del 2015). Disponible en: <http://www.guioteca.com/adolescencia/%C2%BFcomo-prevenir-el-embarazo-adolescente>.
16. Universidad Científica del Sur. Facultad de Medicina Humana. Lima-Perú; 2017.
17. Organización Mundial de la Salud – OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, La salud del adolescente, un reto, una esperanza. Washington Transición de la fecundidad cambio social y conducta reproductiva en embarazo; 2017.
18. Revista Cubana de Medicina General Integral. Versión On-Line ISSN 1561-3038; 2016.
19. Chávez J, Chica P. Determinantes del comportamiento sexual de las y los adolescentes en colegios urbanos y rurales. Ecuador; 2014.

20. Luparello R, embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal. Córdoba-Argentina; 2014.
21. Quintana M, determinantes del embarazo juvenil en municipios urbanos en México, con énfasis en la expansión de la cobertura de la educación media superior. México; 2013.
22. Montoya M. Determinantes sociales de la salud del embarazo en adolescentes residentes en la comunidad nativa Wawain-Imaza-Amazonas; 2016.
23. Varela Z, y Paz J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. Ecuador; 2016. Pág. 14.
24. Yauri S. Casos y controles para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima; 2014.
25. Osorio P. Factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Lima; 2013.
26. Balta O. Determinantes de la salud en adolescentes embarazadas, en el Puesto de Salud Nicolás Garatea – Nuevo Chimbote; 2012.
27. García Q. Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. España; 2014. Págs. 38-61.
28. Valera P. Los factores sociodemográficos y personales asociados al primer embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca. Cajamarca; 2015.
29. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi>
30. Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Argentina; 2012. (Acceso el 15 de diciembre del 2015).

- Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/pdf/indicadores-basicos-2012.pdf>.
31. Romero D, y Ramos H. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el objetivo de desarrollo del milenio 5. Argentina; 2013. (Acceso el 21 de diciembre del 2015). Disponible en http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf.
 32. Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud del adolescente, un reto, una esperanza, transición de la fecundidad cambio social y conducta reproductiva en el embarazo. Washington; 2016.
 33. Ministerio de Salud. Prevención del embarazo adolescente. Lima; 2014. (Acceso el 15 de octubre del 2018). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adolescentes/_cont.asp.
 34. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima – Perú; 2011.
 35. Organización Mundial de la Salud (OMS), determinantes de salud. Washington; 2016. (Acceso el 11 de julio del 2017). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.
 36. Los determinantes de la salud percibida en España | Semantic Scholar [Internet]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Los-determinantes-de-la-salud-percibida-en-Espa%C3%B1a-Davi%C3%B1a/98623932f1506f7b96f5ebb6ce0773a1e3fbe0ce>
 37. Venegas M, Valles BN, Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Pediatría Aten Primaria*. septiembre de 2019;21(83): e109-19.
 38. Determinantes Sociales de Embarazo en Menores de 15 Años [Internet]. UNFPA Colombia. 2018 [citado 21 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-sociales-de-embarazo-en-menores-de-15-a%C3%B1os>.

39. Merino EI, Rosales Inestroza E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de Unidad de Salud AltaVista, enero a junio de 2010. [Internet] [masters]. Universidad de El Salvador; 2011. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11358/>
40. Barrientos W, y Tobar R, determinantes sociales de la salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la unidad de salud la hachadura Municipio de San Francisco Menéndez departamento de Ahuachapan. Ecuador; 2011.
41. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDEPENDENCIA NACIONAL PUNO, 2017. :81.
42. Organización Mundial de la Salud (OMS), manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproducción de adolescentes y jóvenes. Washington; 2011.
43. Tomas P, Organización Panamericana de la Salud (OPS), manual de medicina de la adolescencia, serie PALTEX para ejecutores de programas de Salud. No 20. Washington; 2010. D. C. 20037. P. 473-518.
44. Ortiz M, algunas consideraciones socio familiares que influyen en la prematuridad precoz en el policlínico Frank País. Cuba; 2011.
45. Armas D, estudio clínico epidemiológico de embarazo en la adolescencia. España; 2014.
46. Red de Salud Bagua-C.S. Chiriaco. Censo local. Bagua-Amazonas; 2015.
47. Pender N, escala sobre estilos de vida. España; 2008. (Acceso el 10 de julio del 2017). Disponible en: https://www.google.com.pe/search?q=pender+1987&oq=pender+1987&gs_l=psy-ab.3...164848.168714.0.169233.11.10.0.0.0.0.0..0.0....0...1.1.64.psy-ab..11.0.0.vboztQqfx-I

48. Langner F, embarazo adolescente recorta nivel educativo. México; 2014. (Acceso el 01 de setiembre del 2017). Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2014/07/20/embarazo-adolescente-recorta-nivel-educativo>.
49. Suárez C, Salud del Adolescente. La Habana: ¿Científico Técnica; 2005. Acceso el 03 de enero 2016. Disponible en: www.fmed.uba.ari/soba/linessit.htm_31 k.
50. Osorno-Romero P, Flores-Pulido A, Mendez-Hernandez P. E MBARAZO EN ADOLESCENTES Y RIESGO DE COMPLICACIONES PERINATALES. :6.
51. García E, y González G, Dorta Guridi Z, Nodal. Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. RevPsicol Sex; 2009. 12(1):238.
52. Genuis SJ, The dilemma of adolescent sexuality. Juane; 2006. 15(2):55565.
53. Garrido F, Fernández L, y Pedrosa B, Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 1424 años de edad. GacSanit; 2008. 22(6):1522.
54. García R, Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. Rev. Cubana de salud pública. 2017. 43(2). P. 192. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200006.
55. UNFPA. Determinantes Sociales de embarazo en menores de 15 años. Bogotá: s.n; 2014.
56. Araujo, A. &. Factores de riesgo que contribuyen a la ocurrencia del embarazo adolescente. Revista Cuidarte/ Programa de enfermería UDES, Brasil. 2013.

ANEXOS

ANEXO 01



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA Escuela de Postgrado MAESTRÍA EN CIENCIAS

CUESTIONARIO DIRIGIDO A GESTANTES ADOLESCENTES

Me dirijo a Ud. para saludarla y al mismo tiempo hacerle conocer que se está realizando un estudio de investigación titulado: DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO POBLADO CHIRIACO, DISTRITO IMAZA, BAGUA, AMAZONAS 2016; por lo a continuación se le presenta un cuestionario, de carácter anónimo, el cual será utilizado sólo para fines de investigación científica, agradeciéndole ser sincera en sus respuestas.

Se le agradece infinitamente por su colaboración y comprensión. Gracias.

I. DATOS GENERALES

- Edad :
- Estado civil:
- Grado de instrucción:.....
 - a. Sin nivel educativo ()
 - b. Primaria ()
 - c. Secundaria ()
 - d. Superior ()
- Zona de procedencia:
- Religión:
- Ocupación:
 - a. Estudiante ()
 - b. Ama de casa ()
 - c. Otro () Especificar:

II. DATOS DEL EMBARAZO

- Puesto/Centro de Salud de procedencia:
- Número de embarazo:
- Tiempo desde el último embarazo hasta el actual:

III. DETERMINANTES ESTRUCTURALES

- ¿Quién es el jefe del hogar?
 - Pareja ()
 - Padre ()
 - Madre ()

Otro () Especifique:

- ¿Cuál es el grado de instrucción del jefe del hogar?

- a. Sin nivel educativo ()
- b. Primaria ()
- c. Secundaria ()
- d. Superior ()

- ¿Cuál es la categoría de ocupación del jefe del hogar?

- Empleado(a) ()
- Obrero(a) ()
- Trabajador(a) independiente ()
- Empleador(a) o patrono(a) ()
- Trabajador(a) familiar no remunerado ()
- Trabajador(a) del hogar ()

- ¿Quién(es) aportan económicamente al hogar?

Gestante () Pareja () Otro () especifique:.....

- ¿Cuál es el ingreso económico total de la familia (en soles)?

- a. Menor o igual a S/ 750 soles ()
- b. De S/ 751 a S/ 1499 soles ()
- c. Mayor o igual a S/ 1500 soles ()

IV. DETERMINANTES INTERMEDIOS

- ¿Cuáles la condición de trabajo del jefe del hogar?

- a. Trabaja por nombramiento ()
- b. Trabaja por contrato ()
- c. Trabaja eventualmente ()
- d. Actualmente no trabaja ()

- ¿Cuál es la estructura de su familia?

Integrantes:	Estructura de la familia:
1.	
2.	Nuclear ()
3.	Extendida ()
4.	Ampliada ()
5.	
6.	

- Su vivienda es:

Propia () Alquilada () Prestada ()

- El material de su vivienda es:

De adobe () De ladrillo y cemento () Otro ().....

- ¿Con cuántos ambientes para dormitorio cuenta en su vivienda?
- ¿Cuántas personas viven en su casa?:
- En su vivienda cuenta con:
Servicios de agua segura SI () No ()
- ¿Dónde eliminan las excretas?:
- ¿Dónde eliminan los residuos sólidos?:

ANEXO 02
ESCALA DE PERCEPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
FF -SIL

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted puede clasificar y marcar con una X la respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toma decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otra persona.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que tenemos.					

Evaluación:

Familia funcional:	70 – 57 puntos
Familia moderadamente funcional:	56 – 43 puntos
Familia disfuncional:	42 – 28 puntos
Familia severamente disfuncional:	27 – 14 puntos

ANEXO 03

ESCALA QUE MIDE LOS ESTILOS DE VIDA

A continuación, se le leerá una serie de frases, las cuales corresponden al modo como Ud. practicó sus hábitos personales antes del embarazo.

Por favor responda a las siguientes preguntas indicando la frecuencia en que llevó a cabo cada acto mencionado.

N = Nunca. V = A veces C = Casi siempre S = Siempre.

1. Toma un litro de leche al día.	N	V	C	S
2. Utilizó algún método anticonceptivo	N	V	C	S
3. Se respeta y se quiere así misma.	N	V	C	S
4. Hacía caminatas para estirar los músculos al menos tres veces por semana.	N	V	C	S
5. Escogía alimentos que no tengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	C	S
6. Se daba un tiempo para el descanso o la siesta después de tomar sus alimentos.	N	V	C	S
7. Acudió a un personal de salud para solicitar métodos anticonceptivos.	N	V	C	S
8. Tomaba la vida con entusiasmo y optimismo.	N	V	C	S
9. Cree Ud. que según pasaban días su vida mejoraba	N	V	C	S
10. Conversaba con amigos íntimos sobre sus preocupaciones y problemas personales.	N	V	C	S
11. Estaba consciente de las situaciones que originaban preocupación en su vida.	N	V	C	S
12. Se sentía feliz y contenta con su familia.	N	V	C	S
13. Hacía ejercicios respiratorios por 20 a 30 minutos al menos tres veces por semana.	N	V	C	S
14. Comía tres buenas comidas al día.	N	V	C	S
15. Leía libros acerca de planificación familiar.	N	V	C	S
16. Estaba contenta con sus fuerzas y debilidades (lo que podía y no podía hacer)	N	V	C	S
17. Se había trazado metas a corto y largo plazo en la vida	N	V	C	S
18. Elogiaba fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	V	C	S
19. Evitaba la ingestión de alimentos grasos y salados.	N	V	C	S
20. Utilizaba algún método anticonceptivo.	N	V	C	S
21. Pensaba siempre en el futuro.	N	V	C	S
22. Participaba en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.	N	V	C	S
23. Sabía lo que quiere conseguir hasta los 19 años.	N	V	C	S
24. Le gustaba dar y recibir cariño y abrazos. de sus Familiares.	N	V	C	S

25.Mantenía buenas relaciones interpersonales con sus vecinos y amigos, etc.	N	V	C	S
26.Evitaba ingerir alcohol, café, drogas.	N	V	C	S
27.Diariamente hacía 15 a 20 minutos a relajamiento o meditación.	N	V	C	S
28.Conversaba con profesionales calificados sus inquietudes sobre cómo prevenir el embarazo.	N	V	C	S
29.Estaba conforme con sus logros y éxitos.	N	V	C	S
30.Cuando realizaba ejercicio físico controlaba su pulso.	N	V	C	S
31.Dedicaba tiempo a sus padres y/o hermanos.	N	V	C	S
32.Asistía al centro de salud para control de su salud	N	V	C	S
33.Asistía programas educativos sobre mejoramiento del medio ambiente.	N	V	C	S
34.Para cada nuevo día era interesante y tenía desafíos.	N	V	C	S
35.Todos los días consumía alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales frutas, carnes, legumbres, cereales, raíces y tubérculos.	N	V	C	S
36.Relajaba los músculos antes de dormir.	N	V	C	S
37.Era de su agrado y satisfacción el ambiente donde vivía.	N	V	C	S
38.Hacía actividades físicas de recreo como nadar, jugar vóley, etc.	N	V	C	S
39.Era expresiva al demostrar amor y calor humano hacia otras personas.	N	V	C	S
40.Pensaba en cosas agradables antes de dormir.	N	V	C	S
41.Trataba de mantenerse tranquila por su propio bien.	N	V	C	S
42.Pedía información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarse y como conservarse bien de salud.	N	V	C	S
43.Examinaba su cuerpo para observar y detectar cambios o alguna señal de enfermedad.	N	V	C	S
44.Era realista en las metas que se proponía alcanzar.	N	V	C	S
45.Buscaba y mantenía la paz y tranquilidad en su hogar.	N	V	C	S
46.Asistía a programas educativos sobre el cuidado de la salud durante la adolescencia.	N	V	C	S
47.Con qué frecuencia daba o recibía cariño de las personas que le interesan.	N	V	C	S
48. Cree Ud. que su vida tiene un propósito.	N	V	C	S

Gracias.

ANEXO 04

Consentimiento informado Universidad Nacional de Cajamarca Escuela de Post Grado

La Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca es una entidad dedicada a la docencia e investigación de diversos temas en el área de la Salud Pública y de interés para la población.

Actualmente, se viene realizando un estudio cuyo objetivo es conocer y analizar los Determinantes Sociales de la Salud y su relación con el embarazo en el Centro Poblado de Chiriaco, Distrito de Imaza. Se realiza el presente estudio porque al aprender sobre las condiciones sociales en que viven las mujeres, se espera contribuir a mejorar su salud, evitando complicaciones en el embarazo.

Título de la investigación: Determinantes Sociales Relacionados con el Embarazo en Adolescentes, Centro Poblado Chiriaco, Distrito de Imaza, Bagua, Amazonas 2016”.

Beneficios de las participantes en este estudio:

- Identificar oportunamente aquellos determinantes sociales de la salud que se constituyan en factores de riesgo que afecten el estado de salud mental de las mujeres adolescentes embarazadas.
- Generar estrategias de apoyo a las políticas de salud para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres durante la etapa prenatal.

Riesgos de participar en esta Investigación:

Esta investigación no realizará ninguna modificación intencionada de la conducta de las participantes, cada una es libre de expresar sus experiencias y si en algún momento se siente intimidado o vulnerado puede retirarse del estudio.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos y Anonimato

La información que suministre cada una de las participantes será privada y sólo la investigadora tendrá acceso a ella, manejándose en completa discreción, pues su uso es de carácter investigativo y la identidad e información personal será de total privacidad.

Participación voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio, así mismo si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, lo puede hacer libremente.

Persona encargada del estudio:

Georgina Ysabel Cabanillas Hernández. Si tiene alguna pregunta acerca de esta investigación puede comunicarse al 994486469.

Declaración del Investigador

De manera cuidadosa se ha explicado a la participante sobre la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que basada en lo mejor de mi conocimiento las gestantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza requisitos, riesgos y beneficios para participar en este estudio.

.....
Br. Georgina Ysabel Cabanillas Hernández
INVESTIGADORA

YO.....,estoy de acuerdo con participar en el estudio “Determinantes sociales relacionados con el embarazo en Adolescentes, Centro poblado de Chiriaco, Distrito de Imaza, Bagua, Amazonas 2016”

.....
Nombre:
DNI:

ANEXO 05

Resultados de los jueces expertos, (validez del instrumento).

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición (cuestionario dirigido a gestantes adolescentes), se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 50$), al 5% de significancia estadística.

Prueba binomial.

ÍTEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	3	100	0	0	0.03458	**
2	3	100	0	0	0.03458	**
3	3	100	0	0	0.03458	**
4	3	100	0	0	0.03458	**
5	3	100	0	0	0.03458	**
6	3	100	0	0	0.03458	**
7	3	100	0	0	0.03458	**
8	3	100	0	0	0.03458	**
9	3	100	0	0	0.03458	**
10	3	100	0	0	0.03458	**
TOTAL	30	100	0	0	7.072	**

Fuente: Apreciación de los expertos.

* : Significativa ($P < 0.05$).

** : Altamente significativa ($P < 0.01$).

1) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = \gamma = 0.95 (95\%)$$

2) **Función de prueba**

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y

únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 50, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

Su fórmula es la siguiente:

$$Z = \frac{\bar{p} - P_0}{\sigma_p}, \quad \sigma_p = \sqrt{\frac{P_0(1 - P_0)}{n}}$$

Donde:

Z: Se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1.

\bar{P} : Es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

P_0 : Es el porcentaje de aceptación o rechazo a favor de la hipótesis nula (Ho).

σ_p : Es la desviación estándar.

n: Es el número de jueces consultados (muestra).

3) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal VT = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es:

Al 5%: RR/Ho: VC > 1.6449; RA/Ho: VC < 1.6449.

4) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

N = 50, P = 50% y p = 100%. De donde resulta que: VC = 5.041

5) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 7.072$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión dicho instrumento de medición es válido.

Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre los instrumentos de medición (juicio de expertos).

ITEM	EXPERTO*			TOTAL
	1	2	3	
01	1	1	1	3
02	1	1	1	3
03	1	1	1	3
04	1	1	1	3
05	1	1	1	3
06	1	1	1	3
07	1	1	1	3
08	1	1	1	3
09	1	1	1	3
10	1	1	1	3

* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

PROFESIONALES CONSULTADOS

- ✓ Dr. EDWIN GONZALES PACO (Decano la Faculta de Ciencias de la Salud del Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas).
- ✓ M. Cs. ELFERES MUNDACA CASTAÑEDA (Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Jaén).
- ✓ M. Cs. JAIME MUNDACA ARAUJO (Enfermero asistencial en el Hospital I Héroes del Cenepa. ESSALUD – Bagua).

Confiabilidad Del Instrumento

Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 10 gestantes adolescentes, luego se calculó el coeficiente de confiabilidad de alfa de Crombach cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{St^2} \right)$$

Donde:

K = 38 Número total del cuestionario

K-1 = 38 - 1 = 37

S_i^2 = la suma de la varianza de cada ítem

St^2 = la varianza total de ítems

Donde:

si $\alpha > 0,60$ el instrumento es confiable

$\alpha = \frac{5}{4} (1 - \frac{416025}{7784100})$

$\alpha = 0,97$

El instrumento es confiable.

ANEXO 06

SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS VARIABLES

DIMENSIONES	INDICADOR	X2	P-Valor	significancia
Determinantes Estructurales	Jefe del hogar	,000	0,05	significativo
	Nivel educativo del jefe del hogar	,000	0,05	significativo
	Ocupación del jefe del hogar	,000	0,05	significativo
	Aporte económicamente al hogar	,043	0,05	significativo
	Ingreso económico familiar	,645	0,05	no es significativo
Determinantes Intermedios	Condición de trabajo del jefe del hogar	0,126	0,05	no es significativo
	Estructura familiar	0.459	0,05	no es significativo
	Funcionamiento familiar	0.964	0,05	no es significativo
	Estilos de vida:-Autocorrelación	0.751	0,05	no es significativo
	-Responsabilidad en salud	0.269	0,05	no es significativo
	-Ejercicio	0.111	0,05	no es significativo
	-Nutrición	0.173	0,05	no es significativo
	-Apoyo Interpersonal	0.943	0,05	no es significativo
	-Manejo del estrés	0.848	0,05	no es significativo
	Tenencia de la vivienda	0.702	0,05	no es significativo
	Material de la vivienda	0.673	0,05	no es significativo
	Servicios y suministros básicos	0.360	0,05	no es significativo
	Hacinamiento	0,6820	0,05	no es significativo

ANEXO 07

CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ESTILOS DE VIDA

Estilos de Vida No Saludable: 0 – 5 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 6 – 13 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Autorrealización: $x = 2,03$

Estilos de Vida No Saludable: 0 – 2 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 3 – 6 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Responsabilidad en salud: $x = 0,99$

Estilos de Vida No Saludable: 0 – 1 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 2 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión ejercicio físico: $x = 0,49$

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

Estilos de Vida en la Dimensión nutrición: $x = 0,4$

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

Estilos de Vida en la Dimensión apoyo interpersonal: $x = 0,25$

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

Estilos de Vida en la Dimensión manejo del estrés: $x = 0,45$

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

ANEXO 08

Resultados de la prueba piloto

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,824	16

es aceptable a partir de 0.70 

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ITEM1	18,50	8,809	,245	,662
ITEM2	19,50	9,809	,246	,661
ITEM3	20,22	9,974	,073	,680
ITEM4	20,35	9,603	,240	,660
ITEM5	20,02	8,992	,335	,648
ITEM6	19,98	8,786	,393	,639
ITEM7	20,04	8,922	,350	,645
ITEM8	20,35	9,013	,322	,648
ITEM9	20,30	9,599	,322	,654
ITEM10	20,39	9,248	,282	,655
ITEM11	20,38	8,558	,465	,628
ITEM12	20,24	8,872	,330	,648
ITEM13	19,63	9,915	,106	,676
ITEM14	19,55	9,929	,149	,669

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas	85,316	131	,652		
Intra-personas					
Inter-elementos	234,862	15	15,657	71,057	,000
Residual	422,138	1966	,214		
Total	656,000	1980	,332		
Total	741,316	2111	,352		

Media global = 1.35

Interpretación: el nivel de significancia es igual a 0,000, por lo tanto, este dato es < que 0,05, la cual nos indica que es altamente significativo, entonces es confiable y dicho instrumento de medición se puede aplicar al 100% de la población objeto de estudio.

Distribución porcentual sobre persona que aporta económicamente

Persona que aporta económicamente								
Gestante	0	0,0	1	4,0	0	0,0	1	1,6
Pareja	0	0,0	5	20,0	20	57,1	25	41,0
Otros	1	100,0	19	76,0	15	42,9	35	57,4
Total	1	100,0	25	100,0	35	100,0	61	100,0

PRUEBA DE HIPOTESIS

HO: $\mu = \mu_0$

HI : $\mu \neq \mu_0$

NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\alpha = 0.05$

ESTADISTICA DE PRUEBA: ANOVA 1FACTOR

Los determinantes	F	Sig.
embarazo en adolescentes	0.287	0.751

DECISION: $P > 0.05$

La HO, no se rechaza.

CONCLUSION:

No existe diferencia entre los determinantes sociales estructurales e intermedios y el embarazo adolescente del Centro de Salud Chiriaco, distrito de Imaza, Bagua – Amazonas.