

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores asociados a embarazo adolescente en el  
Perú, un análisis de ENDES 2024**

Skarlette Sigourney Paula Flores Guerra  
Karoline Jazmin Sanchez Leiva

Para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

Perú, 2026

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**A** : DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**DE** : Mg. VERONICA NELLY CANALES GUERRA  
**ASUNTO** : REMITO RESULTADO DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
**FECHA** : 14 de marzo de 2026

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor de tesis del trabajo de investigación:

**Título:**

Factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024

**Autor:**

1. Skarlette Sigourney Paula Flores Guerra, código de matrícula N° 70062143, de la EAP de MEDICINA HUMANA.

2. Karoline Jazmin Sanchez Leiva, código de matrícula N° 71811101, de la EAP de MEDICINA HUMANA.

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 17 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía: SI
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores: SI  
Nº de palabras excluidas: 15
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante: NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

Mg. VERONICA NELLY CANALES GUERRA

## **Dedicatoria**

Dedico la presente tesis a mi hijo, quien fue mi principal impulso durante este camino académico. A mi esposo por su apoyo constante, paciencia, confianza y acompañamiento incondicional a lo largo de mi formación profesional, siendo un pilar fundamental en cada etapa, y a mi madre, padre y hermano por su amor y compañía.

Skarlette Sigourney Paula

Dedico esta tesis a mis queridos padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y su ejemplo de perseverancia, gracias por enseñarme que los sueños se logran con esfuerzo, disciplina y constancia, esta tesis es tan suya como mía porque cada paso de este camino lo recorrí con su guía y su cariño, les dedico este logro con todo mi corazón.

Karoline Jazmin

## **Agradecimientos**

Queremos manifestar nuestro más profundo y sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron a hacer realidad esta tesis.

A nuestras familias, verdaderos pilares en este trayecto por su amor inquebrantable, paciencia infinita y apoyo constante, gracias por confiar en nosotros aun en los instantes de incertidumbre, por enseñarnos el valor del esfuerzo y la tenacidad, y por estar a nuestro lado en cada paso de este recorrido, este triunfo también les pertenece.

A nuestra universidad, por proporcionarnos las herramientas, saberes y oportunidades esenciales para nuestro desarrollo académico y personal, extendemos nuestra gratitud a los profesores y al equipo administrativo por su entrega, guía y compromiso en la construcción de un ambiente educativo inspirador.

A todos quienes, de manera directa o indirecta aportaron a nuestra preparación y a la concreción de este proyecto les ofrecemos nuestra más genuina gratitud.

Las autoras

### Declaración de conflictos de interés

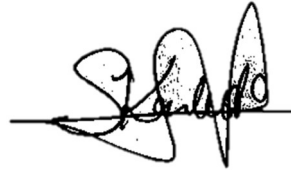
Los autores declaran no tener conflicto de intereses relacionados con la presente investigación. Asimismo , se precisa que el estudio no estuvo condicionado por intereses económica ni por ningun tipo de beneficio o actividad de carácter lucrativo.

Huancayo , 13 de marzo del 2026



---

TESISTA : Karoline Jazmin  
Sanchez Leiva  
DNI : 71811101



---

TESISTA: Skarlette Sigourney Paula  
Flores Guerra  
DNI: 70062143

## Índice de contenidos

Dedicatoria .....	iii
Agradecimientos .....	iv
Índice de contenidos .....	vi
Índice de tablas .....	vii
Abreviaturas o siglas.....	viii
Resumen .....	ix
Abstract.....	x
Introducción .....	1
Objetivos .....	3
Capítulo I: Marco teórico .....	4
1.1. Antecedentes del problema.....	4
1.2. Bases teóricas .....	6
1.3 Definición de términos básicos .....	17
Capítulo II: Materiales y métodos.....	19
2.1. Métodos, tipo y alcance de la Investigación .....	19
2.1.1. Método de la investigación .....	19
2.1.2. Tipo de investigación .....	19
2.1.3. Alcance de la investigación .....	19
2.3. Población y muestra.....	20
2.3.1. Población.....	20
2.3.2. Muestra .....	20
2.4. Técnicas, instrumentos de recolección y análisis de datos .....	21
2.4.1. Técnicas .....	21
2.4.2. Instrumento .....	21
2.4.3. Recopilación y manejo de datos.....	22
2.4.4. Análisis de datos .....	22
2.5. Herramientas estadísticas .....	23
2.6. Consideraciones éticas.....	24
Capítulo III: Resultados .....	25
Capítulo IV. Discusión.....	33
Conclusiones .....	38
Recomendaciones.....	39
Referencias bibliográficas .....	40
Anexos.....	45

## Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes de 15 a 19 años .....	25
Tabla 2. Características reproductivas y de salud sexual de las mujeres de 15 a 19 años .....	26
Tabla 3. Factores asociados al embarazo adolescente en el Perú según regresión logística multivariada .....	27
Tabla 4. Factores demográficos asociados al embarazo adolescente en el Perú.....	29
Tabla 5. Factores gineco-obstétricos asociados al embarazo adolescente en el Perú .....	30
Tabla 6. Factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú .....	31

## Abreviaturas o siglas

<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>ENDES</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
<b>ESI</b>	Educación Sexual Integral
<b>INEI</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>MIMP</b>	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
<b>MINEDU</b>	Ministerio de Educación
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas

## Resumen

El embarazo adolescente constituye un importante problema de salud pública debido a sus implicancias sociales, económicas y sanitarias tanto para la madre como para el recién nacido. A nivel mundial, la maternidad temprana se asocia con mayores riesgos de complicaciones obstétricas, abandono escolar, limitadas oportunidades laborales y perpetuación de ciclos de pobreza. El objetivo de este estudio fue establecer los factores asociados al embarazo adolescente en el Perú un análisis de la ENDES 2024, la investigación adoptó un diseño transversal analítico mediante el análisis secundario de los microdatos de la ENDES 2024. La población de estudio estuvo constituida por 4,174 adolescentes mujeres de 15 a 19 años registradas en la base de datos, se utilizó un modelo de regresión logística multivariada para identificar los factores asociados. Los resultados identificaron que los factores más determinantes fueron el estado civil de convivencia, la edad de 18-19 años, el bajo nivel educativo, el quintil de riqueza más pobre y el inicio sexual temprano, asimismo se encontró una asociación positiva entre el uso de métodos anticonceptivos modernos y el embarazo sugiriendo una posible adopción posterior al inicio de la vida sexual. Se concluye que el embarazo adolescente en el Perú es un fenómeno multifactorial determinado principalmente por condiciones sociodemográficas desfavorables, conductas sexuales de riesgo y limitado acceso a una educación sexual integral efectiva.

**Palabras clave:** embarazo en adolescencia, factores de riesgo, estudios transversales, encuestas epidemiológicas, Perú

## Abstract

Teenage pregnancy is a major public health issue due to its social, economic, and health implications for both the mother and the newborn. Globally, early motherhood is associated with increased risks of obstetric complications, school dropout, limited employment opportunities, and the perpetuation of cycles of poverty. The objective of this study was to establish the factors associated with teenage pregnancy in Peru. Based on an analysis of the ENDES 2024 survey, the research adopted a cross-sectional analytical design through secondary analysis of the ENDES 2024 microdata. The study population consisted of 4,174 adolescent women aged 15 to 19 years registered in the database. A multivariate logistic regression model was used to identify the associated factors. The results identified that the most decisive factors were cohabitation status, age 18-19, low educational level, the poorest wealth quintile, and early sexual debut. A positive association was also found between the use of modern contraceptive methods and pregnancy, suggesting possible adoption after the onset of sexual activity. It is concluded that adolescent pregnancy in Peru is a multifactorial phenomenon determined mainly by unfavorable sociodemographic conditions, risky sexual behaviors, and limited access to effective comprehensive sexuality education.

**Keywords:** teenage pregnancy, risk factors, cross-sectional studies, epidemiological surveys, Peru.

## Introducción

El embarazo adolescente constituye un problema de salud pública que afecta la salud física, mental y social de millones de jóvenes (1). La OMS lo define como la gestación entre los 10 y 19 años, etapa asociada a mayor riesgo de complicaciones obstétricas y morbilidad materna e infantil (2). Cada año, cerca de 12 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz, principalmente en países de ingresos bajos y medianos con marcadas desigualdades y limitado acceso a anticoncepción (3). En América Latina, la tasa alcanza aproximadamente 60 nacimientos por cada 1 000 adolescentes (4), vinculada a pobreza, brechas educativas y uniones tempranas (5,6), perpetuando el ciclo de pobreza intergeneracional (7,8,9).

En el Perú, la ENDES muestra un estancamiento en la prevalencia del embarazo adolescente (8,9% en 2021; 9,2% en 2022; 8,2% en 2023; 8,4% en 2024) (10), con mayores tasas en áreas rurales y departamentos amazónicos (11). Aunque estudios nacionales identifican factores como bajo nivel educativo, inicio sexual precoz y pobreza (12), muchos análisis emplean datos previos o enfoques descriptivos limitados (13). Dado su impacto sanitario y social (14), resulta necesario analizar, con información actualizada de la ENDES 2024, los factores asociados al embarazo adolescente en el Perú.

En este contexto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los factores demográficos, gineco-obstétricos y socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024?

La presente investigación se justifica porque fortalece el sustento teórico del embarazo adolescente al integrar modelos explicativos que reconocen la interacción entre determinantes individuales, sociales y estructurales, ampliando la comprensión científica del fenómeno en el contexto peruano. Metodológicamente, utiliza los microdatos más recientes y representativos de la ENDES 2024 bajo un diseño transversal analítico con técnicas estadísticas inferenciales que permiten estimar asociaciones ajustadas y generar evidencia válida, confiable y actualizada; y socialmente, resulta pertinente porque el embarazo adolescente perpetúa desigualdades educativas y económicas, incrementa la vulnerabilidad sanitaria y representa una carga para el sistema de salud y protección social, por lo que identificar sus factores asociados contribuirá

al diseño de políticas públicas y estrategias preventivas focalizadas en los grupos más vulnerables del país.

Por otro lado, como hipótesis general se formula que, existen factores asociados al embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024. A su vez, se tiene tres hipótesis específicas. En primer lugar, los factores demográficos (edad, nivel educativo, estado conyugal, condición laboral, área de residencia, región natural, quintil de riqueza y lengua materna) se asocian significativamente con el embarazo adolescente: Además, los factores gineco-obstétricos (edad de inicio sexual, número de hijos, conocimiento del período fértil y uso de métodos anticonceptivos) se asocian significativamente con el embarazo adolescente. Por último, los factores socioculturales (conocimiento de métodos anticonceptivos, exposición a información sexual, participación en programas de educación sexual y percepción sobre el embarazo futuro) se asocian significativamente con el embarazo adolescente.

La tesis se estructura en cuatro capítulos principales. El Capítulo I desarrolla el marco teórico, incluyendo antecedentes del problema, bases teóricas y definición de términos básicos. El Capítulo II describe los materiales y métodos, detallando el diseño, población, muestra, técnicas de recolección y análisis de datos, así como consideraciones éticas. El Capítulo III presenta los resultados obtenidos. Asimismo, el Capítulo IV expone la discusión, seguidos de las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Establecer los factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024

### **Objetivos específicos**

Identificar los factores demográficos asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024.

Identificar los factores gineco-obstétricos asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024.

Identificar los factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024

## Capítulo I: Marco teórico

### 1.1. Antecedentes del problema

#### 1.1.1. Antecedentes internacionales

Nyamhanga et al. (15) llevaron a cabo un análisis secundario de los datos de 2022 en Tanzania (muestra de 3 083 adolescentes de 15-19 años) con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados al embarazo adolescente en Tanzania, emplearon regresión logística múltiple y hallaron que las adolescentes de 18-19 años (AOR = 4,5), las que tenían dificultad para acceder a servicios de salud (permiso para ir al centro) (AOR = 2,7) y las residentes en la zona sur (AOR = 2,4) tenían mayores probabilidades de haber estado embarazadas; por el contrario, las que tenían educación secundaria o superior (AOR = 0,3) y se casaron después de los 15 años (AOR = 0,4) mostraron menor riesgo.

Nduhuye et al. (16) realizaron un estudio transversal con datos de la Rwanda Demographic and Health Survey 2019-2020 (n = 3 258 adolescentes de 15-19 años) con el fin de identificar los factores asociados al embarazo adolescente, hallaron que tener entre 18-19 años (OR = 4,2), iniciar la actividad sexual con alta frecuencia (> 95 ocasiones) (OR ≈ 13,5) y padres con solo educación primaria o sin educación aumentaban notablemente el riesgo, mientras que los padres con educación secundaria funcionaban como factor protector (OR = 0.2). Concluyeron que la edad, el comportamiento sexual de alto riesgo y la baja escolaridad parental determinan el embarazo adolescente.

Geta et al. (17) realizaron un estudio transversal utilizando los datos de la encuesta nacional Somaliland Health and Demographic Survey 2020 (muestra de 3 786 mujeres de edad reproductiva) con el objetivo de estimar la magnitud y los factores asociados al embarazo adolescente en Somaliland. Usaron un muestreo por conglomerados de dos etapas y aplicaron regresión logística para identificar asociaciones. Los resultados mostraron una prevalencia de embarazo adolescente de 47,2 % (IC95 %: 45,5–48,9), y que la residencia nómada (AOR = 1,26), pertenecer al quintil de menor riqueza (AOR = 1,34) y tener un nivel educativo bajo (AOR = 2,29) se relacionaron significativamente con el fenómeno.

Nuwabaine et al. (18) realizaron un estudio transversal analítico con datos del Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019 (muestra de 3 427

adolescentes de 15-19 años) con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados al embarazo adolescente en Sierra Leone. La metodología incluyó muestreo multietápico estratificado y regresión logística multivariable, se halló una prevalencia del 22,1 % y que estar casada (AOR  $\approx$  15) y pertenecer al quintil más pobre (AOR  $\approx$  2,5) se asociaban significativamente con embarazo adolescente. Concluyeron que el embarazo adolescente es elevado en ese país y está ligado al matrimonio precoz y la pobreza.

Terefe (19) llevó a cabo un análisis secundario de la Gambia Demographic and Health Survey 2019/20, con una muestra de 2 633 adolescentes de 15-19 años para estimar la prevalencia del embarazo adolescente y sus factores asociados, halló una prevalencia del 13,42 % y que factores como mayor edad (AOR = 2,15), tamaño de familia >10 (AOR = 1,25) y desconocimiento del ciclo ovulatorio (AOR = 1,99) incrementaban el riesgo, mientras que riqueza elevada (AOR = 0,35) y secundaria o más educación (AOR = 0,12) lo reducían. Concluye que la educación de las adolescentes, el empoderamiento y los servicios de salud adaptados sirven para reducir el embarazo adolescente.

### **1.1.2. Antecedentes nacionales**

Montalvan-Santillan et al. (20) realizaron un estudio transversal analítico utilizando los microdatos de la ENDES 2022 para identificar los determinantes sociodemográficos y obstétricos asociados al embarazo adolescente en el Perú. La muestra incluyó 8.191 adolescentes de 12 a 19 años procesadas mediante análisis multivariado con modelo Poisson ajustado, los resultados mostraron que las adolescentes de quintil de riqueza baja, con dos o más parejas sexuales, sin uso previo de métodos anticonceptivos y con antecedentes de gestación previa presentaron mayor riesgo de embarazo (RPa = 6,49;  $p < 0,001$ ).

Gargate (21) desarrolló una tesis con el objetivo de identificar las variables que influyen en la repetición del embarazo en este grupo etario. El estudio fue descriptivo, observacional y transversal, utilizando datos secundarios de ENDES 2018–2022. La muestra incluyó 3,228 mujeres de 12 a 29 años con dos o más embarazos, analizadas mediante SPSS v25. Los resultados revelaron una prevalencia de reincidencia del 54,9 %, asociada significativamente con edad avanzada dentro del grupo adolescente, bajo nivel educativo, estado civil

casada, violencia emocional, inicio sexual antes de los 15 años, no uso de anticonceptivos y falta de acceso a servicios de salud sexual.

Castillo (22) realizó un estudio transversal analítico con el objetivo de determinar la relación entre la pertenencia étnico-racial y el embarazo adolescente en gestantes peruana. En los resultados de ENDES 2019–2021, se analizaron 2.553 gestantes mediante un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, empleando los microdatos de la ENDES 2019–2021. Los resultados evidenciaron una prevalencia global de embarazo adolescente del 6,5%, siendo significativamente mayor en mujeres de etnia indígena amazónica (RPa=4,02; IC95%:1,79–9,08) y de raza negra o afroperuana (RPa=2,44; IC95%:1,24–4,82). Se concluyó que las diferencias étnicas y raciales influyen en la incidencia del embarazo adolescente.

Caira et al. (23) realizaron un estudio analítico transversal utilizando datos agrupados de ENDES 2015-2019 (n = 8 850 adolescentes de 12-19 años con inicio sexual) con el objetivo de estimar la prevalencia del embarazo adolescente y sus factores asociados, en el análisis mediante regresión logística ajustada, hallaron una prevalencia del 30,9 % (IC95 %: 29,4-32,4), la edad de 17-19 años (aPR 1,48), estar casada o conviviente (aPR 4,01) y pertenecer a la etnia quechua (aPR 1,16) se asociaron con mayor embarazo, mientras que estar estudiando (aPR 0,43) y pertenecer a quintiles de mayor riqueza (aPR desde 0,59) resultaron protectores.

Sanca et al. (24) realizaron un estudio transversal analítico basado en los datos de ENDES 2009-2018 con el objetivo de evaluar los factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en adolescentes peruanas. La muestra estuvo conformada por 49,676 mujeres de 12 a 19 años analizadas mediante regresión de Poisson con varianza robusta. Los resultados mostraron que el 17,7 % de las adolescentes había estado embarazada y el 5,1 % tuvo embarazos repetidos, se identificaron asociaciones significativas entre el embarazo adolescente y bajo nivel educativo, bajo quintil económico y residencia en la región selva.

## **1.2. Bases teóricas**

### **1.2.1. Embarazo adolescente**

El embarazo adolescente se conceptualiza como un fenómeno complejo de salud pública que trasciende la dimensión biológica para englobar aspectos

psicológicos, sociales y culturales. Desde una perspectiva médica, la adolescencia constituye un período crítico de desarrollo en el cual el organismo aún no ha alcanzado la madurez plena, especialmente en lo que respecta al sistema reproductivo, esta inmadurez biológica se traduce en mayores riesgos obstétricos y perinatales, situando al embarazo en esta etapa como un evento de alta vulnerabilidad clínica (25).

Más allá de lo fisiológico, el embarazo durante la adolescencia ocurre en un momento de formación identitaria y construcción del proyecto de vida, procesos psicosociales fundamentales que pueden verse profundamente alterados, la gestación y maternidad tempranas pueden interrumpir, trayectorias educativas, limitar oportunidades de desarrollo personal y generar tensiones en las dinámicas familiares y sociales, configurándose así como un fenómeno con repercusiones a largo plazo en la calidad de vida (26).

Desde el enfoque de la medicina preventiva y la salud pública, el embarazo adolescente es considerado un evento prevenible mediante intervenciones integrales que aborden sus múltiples determinantes. Esta perspectiva enfatiza la importancia de la promoción de la salud sexual y reproductiva, el acceso a servicios amigables y la educación integral como estrategias clave para su reducción, reconociendo que su prevención no solo evita complicaciones médicas, sino que también contribuye al desarrollo humano y social (27).

Finalmente, la conceptualización del embarazo adolescente como problema de salud pública destaca su naturaleza multicausal y la necesidad de respuestas intersectoriales, implica reconocer que sus causas se entrelazan con desigualdades sociales, brechas en el acceso a la educación y servicios de salud y normas culturales que pueden normalizar la maternidad temprana, requiriendo así abordajes que integren evidencia biomédica con comprensión social y sensibilidad cultural (28).

#### **1.2.1.1. Factores demográficos**

Los factores demográficos asociados al embarazo adolescente se comprenden a través del modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead, el cual sitúa al individuo en el centro de múltiples capas de influencia que van desde sus características personales hasta las condiciones económicas, culturales y ambientales de su entorno. Este modelo permite visualizar cómo la edad, el nivel educativo, el área de residencia y el nivel

socioeconómico interactúan de manera dinámica, configurando gradientes de riesgo que afectan de manera diferencial a las adolescentes (29).

Desde esta perspectiva, no se trata de factores aislados, sino de ejes estructurales que condicionan las oportunidades y recursos disponibles para el ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva.

La teoría de la estratificación social y su relación con la salud reproductiva ofrece un marco para analizar cómo la posición social de las adolescentes, determinada por su acceso a educación, ingresos y lugar de residencia, influye en sus trayectorias vitales y conductas reproductivas, en contextos de mayor vulnerabilidad socioeconómica, las adolescentes enfrentan barreras materiales y simbólicas que limitan su capacidad para planificar su vida sexual y reproductiva, lo que incrementa su exposición a embarazos no planificados. Así la estratificación opera como un mecanismo que reproduce desigualdades en salud a través de generaciones (30).

La epidemiología social aplicada a la salud adolescente aporta herramientas metodológicas y analíticas para identificar y medir el impacto de las condiciones sociales en la ocurrencia del embarazo en este grupo etario. A través de estudios poblacionales, este enfoque permite evidenciar cómo variables como el quintil de riqueza, la región de residencia y la escolaridad se asocian estadísticamente con la prevalencia de embarazo adolescente, no como meros correlatos, sino como expresiones de determinantes estructurales que requieren intervenciones políticas y sociales (31).

Al mismo tiempo, las desigualdades estructurales se erigen como un determinante de riesgo fundamental al generar condiciones de exclusión y marginación que afectan especialmente a las adolescentes en situación de pobreza, zonas rurales o pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, estas desigualdades operan a través de mecanismos como la falta de acceso a educación sexual integral, servicios de salud culturalmente pertinentes y oportunidades de desarrollo alternativas a la maternidad, por tanto abordar los factores demográficos implica no solo reconocer su asociación estadística con el embarazo adolescente sino también intervenir sobre las estructuras sociales y económicas que los producen y perpetúan (32).

### **1.2.1.2. Factores gineco-obstétricos**

El estudio de los factores asociados al embarazo adolescente se sustenta en el modelo de comportamiento reproductivo propuesto por Fisher, el cual integra dimensiones cognitivas, emocionales y contextuales en la toma de decisiones sexuales y anticonceptivas. Este modelo reconoce que el comportamiento reproductivo no responde únicamente a información o acceso a métodos, sino que está mediado por percepciones, experiencias previas, creencias y el contexto relacional en el que se desarrolla la sexualidad adolescente. Desde esta perspectiva, factores como la edad de inicio sexual, el uso de anticoncepción y el conocimiento del ciclo fértil son resultado de decisiones meramente informadas (33).

La teoría del ciclo vital y el desarrollo adolescente proporciona un marco evolutivo para comprender cómo las características biopsicosociales propias de esta etapa inciden en las conductas reproductivas. La adolescencia es un período de exploración, formación de la identidad y desarrollo de la autonomía, procesos que interactúan con el inicio de la actividad sexual y la adopción de prácticas anticonceptivas, la inmadurez cognitiva y emocional, la búsqueda de aceptación social y la experimentación pueden traducirse en conductas sexuales de riesgo, desfases entre el conocimiento y la acción, y una percepción de invulnerabilidad que disminuye la percepción del riesgo asociado al embarazo (34).

Desde la medicina basada en evidencia aplicada a la salud sexual adolescente, se reconoce la necesidad de fundamentar las intervenciones en datos científicos rigurosos sobre la efectividad, seguridad y aceptabilidad de los métodos anticonceptivos en este grupo etario, esto implica considerar las particularidades fisiológicas, las necesidades cambiantes y las preferencias de las adolescentes, así como los posibles efectos secundarios y las barreras de acceso. La evidencia debe orientar no solo la oferta de métodos, sino también las estrategias de consejería, el seguimiento y la educación para el uso correcto y consistente (35).

Asimismo, el enfoque de riesgo-beneficio en la anticoncepción adolescente constituye un principio ético y clínico fundamental, que busca equilibrar la prevención del embarazo no planificado con la protección de la salud integral de la adolescente. Este enfoque requiere una evaluación

individualizada que considere el historial médico, el estilo de vida, las relaciones sexuales y las metas reproductivas, promoviendo la autonomía y la toma de decisiones informada. La anticoncepción en la adolescencia no debe verse como una intervención aislada, sino como parte de una atención integral que fomente el autocuidado, el respeto por el propio cuerpo y la planificación del proyecto de vida (36).

### **1.2.1.3. Factores socioculturales**

El análisis de los factores socioculturales asociados al embarazo adolescente se enmarca en la teoría del comportamiento planificado de Ajzen, la cual postula que la intención de realizar una conducta, en este caso prevenir un embarazo, depende de la actitud hacia dicha conducta, las normas subjetivas percibidas y el control conductual que la persona cree tener. En el contexto adolescente, esto significa que las decisiones reproductivas están influidas por las creencias personales sobre la sexualidad, la presión social de pares y familiares, y la percepción de capacidad para acceder y usar métodos anticonceptivos de manera efectiva (37).

El modelo de creencias en salud, aplicado a adolescentes, aporta una comprensión de cómo las percepciones de susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras influyen en la adopción de comportamientos protectores. Si una adolescente no percibe el embarazo como un riesgo probable o como una situación con consecuencias graves para su vida, o si considera que las barreras para acceder a anticoncepción, como el estigma, el costo o la falta de confidencialidad, superan los beneficios, es menos probable que actúe de manera preventiva. Este modelo ayuda a explicar por qué la información por sí sola no basta para cambiar conductas si no se acompañan cambios en las creencias y en el entorno (38).

La teoría sociocultural del aprendizaje de Vygotsky enfatiza que el desarrollo y el aprendizaje ocurren en interacción con el entorno cultural y social a través de procesos mediados por herramientas lingüísticas y simbólicas, esto implica que las adolescentes construyen sus nociones sobre sexualidad, anticoncepción y maternidad a través de las interacciones con familia, comunidad, medios de comunicación y educativos, las prácticas y discursos culturales disponibles en su entorno inmediato como los tabúes sobre la

sexualidad, los roles de género tradicionales o la normalización de la maternidad temprana moldean su comprensión y sus opciones limitando o ampliando su capacidad reproductiva (39).

Finalmente, la medicina cultural y el enfoque intercultural en salud reproductiva subrayan la necesidad de comprender y respetar las cosmovisiones, valores y prácticas de los diversos grupos étnicos y culturales en el diseño de intervenciones. Un abordaje intercultural implica reconocer que las concepciones sobre el cuerpo, la salud, la sexualidad y la reproducción varían entre culturas y que los servicios de salud deben adaptarse para ser culturalmente pertinentes lingüísticamente accesibles y libres de discriminación, solo desde este enfoque se pueden superar las barreras socioculturales que limitan el acceso a una educación sexual integral y a servicios de salud respetuosos (40).

#### **1.2.1.4. Modelos teóricos integrados**

El marco integrador para el análisis del embarazo adolescente se fundamenta en la complementariedad de modelos teóricos que permiten una comprensión multicausal y multinivel del fenómeno. La teoría del comportamiento planificado de Ajzen (41) aporta una base psicológica para entender cómo las actitudes personales, las normas subjetivas y el control conductual percibido influyen en la intención y ejecución de conductas preventivas, explicando por qué el conocimiento sobre anticoncepción no siempre se traduce en su uso efectivo entre las adolescentes.

El modelo ecológico aplicado a la salud adolescente ofrece un marco comprensivo que organiza los factores asociados al embarazo adolescente en distintos niveles de influencia, desde lo individual hasta lo macrosistémico, y reconoce las interacciones dinámicas entre ellos (42). Este modelo permite superar visiones al ubicar a la adolescente dentro de un sistema de relaciones y contextos inmediatos, las conexiones entre estos entornos, las estructuras sociales más amplias como servicios de salud, políticas públicas y el contexto cultural, de esta forma, el embarazo adolescente se entiende como un fenómeno emergente de la interacción entre múltiples sistemas.

El enfoque biopsicosocial en medicina complementa esta visión al integrar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales en la comprensión de la salud

y la enfermedad, en el caso del embarazo adolescente, esto implica considerar simultáneamente los aspectos fisiológicos del desarrollo puberal, los procesos cognitivos y emocionales propios de la adolescencia y las condiciones sociales, económicas y culturales que median el acceso a recursos protectores, este enfoque rechaza la dicotomía entre lo biológico y lo social, enfatizando que las experiencias de salud son siempre corporizadas y situadas en contextos específicos (43).

La perspectiva del curso de vida aporta una mirada longitudinal y procesual que examina cómo las experiencias tempranas como la educación, la exposición a violencia, el acceso a servicios de salud acumulan efectos a lo largo del tiempo, influyendo en las trayectorias reproductivas de las adolescentes, esta perspectiva destaca la importancia de los momentos críticos y las transiciones en la configuración de oportunidades y vulnerabilidades y subraya que las intervenciones preventivas deben considerar no solo el presente sino también las historias de vida y futuros, así prevenir el embarazo adolescente no es solo evitar un evento aislado sino promover trayectorias de desarrollo saludables (44).

Finalmente, el modelo de vulnerabilidad y resiliencia en salud adolescente enfatiza la identificación tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores que modulan la probabilidad de embarazo en esta etapa. La vulnerabilidad se refiere a las condiciones individuales, familiares y sociales que incrementan la exposición al daño, mientras que la resiliencia alude a los recursos internos y externos que permiten afrontar adversidades y mantener o recuperar el bienestar. Este enfoque invita a diseñar intervenciones que no solo reduzcan los riesgos como la pobreza, el inicio sexual, temprano o la falta de educación sexual, sino que también fortalezcan los activos protectores (45).

### **1.2.2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)**

La ENDES es un instrumento estadístico nacional de carácter periódico implementado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (46) del Perú, constituye la principal fuente de datos sobre salud materno-infantil, fecundidad, planificación familiar, mortalidad y salud reproductiva a nivel nacional y subnacional. Su diseño muestral probabilístico, estratificado y multietápico garantiza representatividad para el total del país, las áreas urbana y rural, las

regiones naturales y los departamentos, permitiendo análisis desagregados y comparables en el tiempo.

La ENDES recopila información mediante cuestionarios estandarizados aplicados a mujeres en edad fértil (15 a 49 años), hombres y hogares, incluyendo módulos específicos sobre salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, historial de embarazos y partos y características sociodemográficas y económicas. Para el estudio del embarazo adolescente, la encuesta proporciona datos clave sobre el estado de gestación actual, historia reproductiva, edad de inicio sexual, uso de anticoncepción, conocimiento sobre salud sexual y variables contextuales como educación, condición laboral, área de residencia y nivel socioeconómico (46).

La riqueza de la ENDES radica en su capacidad para generar indicadores actualizados que permiten monitorear tendencias, evaluar políticas públicas y diseñar intervenciones basadas en evidencia. Para esta investigación, los microdatos de la ENDES 2024 ofrecen la información más reciente y representativa disponible para identificar factores asociados al embarazo adolescente, constituyendo una fuente válida, confiable y oficial para el análisis estadístico secundario con rigurosidad metodológica y pertinencia contextual (46).

### **1.2.3. Factores económicos y su influencia en el embarazo adolescente**

Los factores económicos constituyen un eje central en la comprensión del embarazo adolescente ya que operan como condicionantes estructurales que limitan el acceso a recursos materiales y simbólicos esenciales para el ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva, la pobreza no solo se refleja en la carencia de ingresos sino también en la exclusión de sistemas de protección social, educación de calidad y servicios de salud accesibles generando un contexto de vulnerabilidad que incrementa la probabilidad de embarazos no planificados durante la adolescencia, en este sentido las desigualdades económicas profundizan las brechas existentes (31).

La relación entre el nivel socioeconómico y el embarazo adolescente puede explicarse a través de múltiples mecanismos intermedios. Por un lado, la pobreza suele asociarse con menores oportunidades educativas y laborales, lo que reduce las alternativas de desarrollo personal distintas a la maternidad

temprana, por otro lado, la inseguridad económica familiar puede llevar a que la unión conyugal y la formación de una familia se perciban como estrategias de estabilidad o transición a la vida adulta, incluso en edades tempranas. Además, el acceso limitado a métodos anticonceptivos modernos ya sea por barreras económicas directas o por la falta de servicios de salud asequibles y amigables (33).

Abordar los factores económicos en la prevención del embarazo adolescente requiere intervenciones que trasciendan el ámbito meramente sanitario y se enfoquen en la reducción de las desigualdades estructurales, esto implica políticas integrales que combinen el fortalecimiento de los sistemas de protección social, la garantía de educación secundaria completa y la creación de oportunidades laborales para las adolescentes y sus familias. Solo mediante un enfoque multisectorial que ataque las raíces económicas de la vulnerabilidad se podrá reducir de manera sostenible la incidencia del embarazo adolescente y promover trayectorias de desarrollo más justas y equitativas (43).

#### **1.2.4. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes**

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva constituye un determinante crítico en la prevención del embarazo adolescente pues de él depende la posibilidad de recibir información veraz, consejería adecuada y métodos anticonceptivos oportunos y eficaces, en contextos donde estos servicios son limitados fragmentados o culturalmente inapropiados, las adolescentes enfrentan mayores dificultades para ejercer sus derechos reproductivos y gestionar su salud sexual de manera segura, la disponibilidad de servicios no garantiza per se su accesibilidad real, esta última requiere también que sean confidenciales, no discriminatorios económicamente asequibles y adaptados a las necesidades específicas (35).

Las barreras de acceso son multifacéticas y suelen incluir factores geográficos, económicos, administrativos y psicosociales. En muchas zonas rurales o remotas, la oferta de servicios especializados para adolescentes es escasa o inexistente, lo que obliga a las jóvenes a desplazarse largas distancias o a depender de proveedores no capacitados. Además, persisten barreras normativas y actitudinales, como el requerimiento del consentimiento de los padres, el estigma asociado a la sexualidad adolescente y la falta de privacidad

en la atención, que disuaden a las jóvenes de buscar ayuda, y la insuficiente capacitación del personal de salud en enfoques de género, interculturalidad y derechos (39).

Garantizar un acceso universal y equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes es una estrategia fundamental de salud pública para reducir el embarazo no planificado, esto implica no solo incrementar la cobertura física de los servicios, sino también transformar los modelos de atención hacia enfoques integrales, centrados en la persona que promuevan la autonomía, el consentimiento informado y la participación activa de las adolescentes, la integración de estos servicios en escuelas, espacios comunitarios y plataformas digitales puede ampliar su alcance y mejorar su aceptabilidad, contribuyendo así a la construcción de entornos más protectores y facilitadores de decisiones saludables (45).

#### **1.2.4.1. Rol de la familia y el entorno comunitario en la prevención**

La familia y el entorno comunitario desempeñan un papel fundamental en la prevención del embarazo adolescente, actuando como los principales espacios de socialización, formación de valores y transmisión de conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva. Un entorno familiar que fomenta la comunicación abierta, el apoyo emocional y la supervisión adecuada puede fortalecer la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones informadas y postergar el inicio de la actividad sexual o adoptar prácticas preventivas, por el contrario, la falta de diálogo, la exposición a dinámicas familiares disfuncionales o la normalización de la maternidad temprana lo incrementan (37).

A nivel comunitario, las normas sociales, las prácticas culturales y las redes de apoyo existentes configuran el marco en el que las adolescentes desarrollan su sexualidad y construyen su proyecto de vida. Comunidades con mayor cohesión social, acceso a información y servicios, y que promueven la igualdad de género y la educación tienden a crear un ambiente protector que reduce la incidencia del embarazo adolescente, en cambio, en contextos donde prevalecen el estigma hacia la sexualidad adolescente, las uniones tempranas y las limitadas oportunidades para las mujeres, las adolescentes enfrentan mayores presiones y menor capacidad de agencia a prevenir embarazos no planificados (38).

La prevención efectiva del embarazo adolescente requiere, por tanto, intervenciones que involucren activamente a las familias y a las comunidades, fortaleciendo sus capacidades para brindar apoyo y orientación. Estrategias como la educación parental en salud sexual, la promoción de masculinidades responsables y la creación de espacios comunitarios seguros y de confianza para adolescentes pueden contribuir a transformar normas sociales perjudiciales y a construir entornos que favorezcan el desarrollo saludable y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (42).

#### **1.2.4.2. Educación sexual integral y su impacto en la toma de decisiones**

La educación sexual integral (ESI) es un proceso pedagógico basado en evidencia científica que busca equipar a las adolescentes con conocimientos, habilidades y actitudes para tomar decisiones informadas, responsables y autónomas sobre su sexualidad y salud reproductiva. A diferencia de enfoques que se limitan a la biología reproductiva, la ESI aborda dimensiones emocionales, sociales, éticas y de derechos, promoviendo el respeto, la equidad de género y el autocuidado. Su implementación sistemática y de calidad contribuye a que las adolescentes comprendan su desarrollo, reconozcan situaciones de riesgo, conozcan los métodos anticonceptivos disponibles y desarrollen competencias en sus relaciones (44).

El impacto de la educación sexual integral en la toma de decisiones se manifiesta en múltiples niveles, desde el incremento del conocimiento sobre prevención hasta la postergación del inicio de la actividad sexual y el uso más consistente de anticoncepción cuando esta se inicia, programas bien estructurados que incluyen componentes interactivos, enfoque de género y pertinencia cultural han demostrado ser efectivos para reducir conductas sexuales de riesgo y consecuentemente la incidencia del embarazo adolescente, además la ESI fortalece la autoeficacia y la capacidad crítica de las jóvenes ayudándolas a resistir presiones sociales y a establecer relaciones saludables basadas en respeto mutuo (44).

Para que la educación sexual integral cumpla su potencial preventivo, es esencial que sea implementada de manera temprana, continua y en entornos seguros y libres de estigma. La participación de docentes capacitados, la

integración curricular en todos los niveles educativos y la colaboración con servicios de salud y familias son elementos clave para su éxito, en contextos de diversidad cultural, como el peruano, la ESI debe adaptarse para ser relevante y respetuosa de las cosmovisiones locales, asegurando que todas las adolescentes, independientemente de su origen, tengan acceso a información veraz y herramientas para construir proyectos de vida libres de coerción y discriminación (45).

### 1.3 Definición de términos básicos

- **Atención prenatal en adolescentes.** Conjunto de controles y cuidados médicos especializados dirigidos a gestantes adolescentes, con el objetivo de prevenir complicaciones obstétricas y promover resultados perinatales favorables (10).

- **Deserción escolar.** Abandono del sistema educativo formal antes de completar la educación secundaria, factor que se asocia con mayores tasas de embarazo adolescente y menor acceso a información en salud sexual (20).

- **Embarazo adolescente.** Se define como la condición de gestación que ocurre en mujeres entre los 15 y 19 años, etapa en la cual la madurez biológica y psicosocial aún no es completa, representa un importante problema de salud pública por sus consecuencias físicas, sociales y económicas (1).

- **ENDES.** Es una investigación nacional a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que recopila información sobre salud reproductiva, fecundidad, mortalidad y determinantes sociodemográficos, utiliza un diseño muestral probabilístico, estratificado y multietápico que garantiza representatividad a nivel nacional (21).

- **Factores demográficos.** Se refieren al conjunto de características estructurales que describen el contexto poblacional y socioeconómico de la adolescente, las cuales influyen en el riesgo de embarazo. Incluyen variables como la edad, el nivel educativo, el área de residencia, el quintil de riqueza y la región natural (23).

- **Factores gineco-obstétricos.** Son los antecedentes reproductivos y comportamientos sexuales de la adolescente que reflejan su exposición y experiencia frente a la fecundidad, en este estudio se operacionalizan mediante la edad de inicio sexual, el uso de anticonceptivos, el conocimiento del periodo fértil y el número de hijos nacidos vivos (23).

- **Factores socioculturales.** Comprenden los aspectos relacionados con el entorno social, cultural y educativo que condicionan el conocimiento, las actitudes y la toma de decisiones sobre la reproducción y el uso de anticonceptivos. Incluyen el conocimiento de métodos anticonceptivos, la exposición a información sobre salud sexual y la participación en programas de educación al respecto (23).

- **Matrimonio infantil o unión temprana.** Unión formal o informal en la que al menos uno de los cónyuges es menor de 18 años, reconocido como una práctica nociva que aumenta el riesgo de embarazo adolescente y limita el desarrollo psicosocial (23).

- **Planificación familiar.** Conjunto de prácticas que permiten a las personas decidir el número y espaciamiento de sus hijos mediante el uso de métodos anticonceptivos y servicios de consejería (19).

- **Salud sexual y reproductiva.** Estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo que incluye la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y segura (10).

## Capítulo II: Materiales y métodos

### 2.1. Métodos, tipo y alcance de la Investigación

#### 2.1.1. Método de la investigación

El estudio se desarrolló bajo el método científico, en su enfoque hipotético-deductivo, debido a que se formularon hipótesis sobre la asociación entre factores demográficos, gineco-obstétricos y socioculturales y el embarazo adolescente en el Perú, las cuales fueron contrastadas empíricamente mediante el análisis secundario de la base de datos ENDES 2024. En este marco, a partir del sustento teórico se establecieron proposiciones verificables y se evaluaron mediante técnicas estadísticas inferenciales, permitiendo aceptar o rechazar las hipótesis según el nivel de significancia establecido (47).

#### 2.1.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica, ya que estuvo orientada a ampliar el conocimiento científico sobre los factores asociados al embarazo adolescente en el Perú, sin intervenir directamente en la realidad ni aplicar medidas experimentales. Su finalidad fue generar evidencia teórica que contribuya a la comprensión del fenómeno y pueda servir de base para futuras intervenciones o políticas públicas (47).

El enfoque fue cuantitativo, dado que las variables fueron operacionalizadas en categorías medibles y analizadas mediante procedimientos estadísticos descriptivos e inferenciales. Aunque las variables fueron de naturaleza cualitativa (nominales y ordinales), su medición permitió la cuantificación de frecuencias y proporciones, así como la contrastación de hipótesis para establecer asociaciones entre las variables independientes y el embarazo adolescente, obteniendo resultados objetivos y reproducibles (47).

#### 2.1.3. Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es relacional debido a que el objetivo central consistió en establecer los factores demográficos, gineco-obstétricos y socioculturales asociados al embarazo adolescente, evaluando su efecto independiente mediante un modelo multivariado. Según Hernández et al. (47), en los estudios relacionales o asociativos se busca identificar la relación existente entre dos o más variables, sin pretender establecer causalidad directa. Estos

estudios permiten determinar si las variables se encuentran estadísticamente asociadas y estimar la magnitud de dicha relación dentro de una población determinada.

En el presente estudio se utilizó un enfoque relacional, orientado a evaluar la asociación entre diversas variables sociodemográficas y conductuales con el embarazo adolescente. Para ello, se empleó un modelo de regresión logística binaria, mediante el cual se estimó la magnitud de la asociación a través de *odds ratio* (OR) y sus intervalos de confianza al 95%, permitiendo identificar la fuerza y dirección de la relación entre la variable dependiente y las variables independientes analizadas, sin manipulación directa de las mismas. Este enfoque permitió analizar cómo diferentes factores se relacionan estadísticamente con el fenómeno estudiado dentro del contexto poblacional evaluado.

## **2.2. Diseño de la investigación**

El diseño fue no experimental, observacional, transversal y retrospectivo. Fue no experimental porque no existió manipulación deliberada de variables; observacional, porque los fenómenos fueron analizados tal como ocurrieron en la población; transversal, debido a que las variables fueron evaluadas en un único momento temporal correspondiente al año 2024; y retrospectivo, al basarse en el análisis secundario de los microdatos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2024) (47).

## **2.3. Población y muestra**

### **2.3.1. Población**

La población estuvo constituida por 36 760 viviendas particulares incluidas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024, distribuidas en 14 840 viviendas en el área sede, 9 260 viviendas en el resto urbano y 12 660 viviendas en el área rural. La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones y que son objeto de estudio (47).

### **2.3.2. Muestra**

La muestra estuvo conformada por 4 174 adolescentes mujeres de 15 a 19 años que participaron en la ENDES 2024 y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. Según Hernández-Sampieri et al. (47), la muestra es un

subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de esta.

La técnica de muestreo empleada fue la establecida por el INEI para la ENDES 2024, correspondiente a un muestreo probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados, el cual se caracteriza porque todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados; la estratificación consideró la división geográfica por departamentos y área urbana y rural. En la primera etapa se seleccionaron conglomerados o unidades primarias de muestreo correspondientes a áreas censales, y en la segunda etapa se seleccionaron viviendas particulares dentro de cada conglomerado.

- **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes mujeres de 15 a 19 años encuestadas en la ENDES 2024.
- Adolescentes que declararon embarazo actual o previo.
- Que cuenten con información completa en las variables principales del estudio.

- **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes con datos incompletos sobre educación, uso de anticonceptivos, área de residencia, estado civil, entre otros.
- Registros de adolescentes que no pertenecen al rango etario 15-19 años
- Registros de adolescentes que no respondieron el módulo de salud reproductiva.

## **2.4. Técnicas, instrumentos de recolección y análisis de datos**

### **2.4.1. Técnicas**

Se empleó la técnica del análisis secundario de base de datos.

### **2.4.2. Instrumento**

El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario individual de mujeres de 12 a 49 años, aplicado de manera presencial y estandarizado por el INEI, el cual incluyó módulos sobre características sociodemográficas, salud sexual y reproductiva, uso de métodos anticonceptivos, fecundidad, y antecedentes gineco-obstétricos. Dicho cuestionario se encuentra validado internacionalmente y adaptado al contexto peruano.

La validez del instrumento fue confirmada mediante juicio de tres expertos en salud materna, obstetricia y epidemiología, quienes evaluaron los criterios de suficiencia, pertinencia, claridad, coherencia y relevancia, otorgando un puntaje total de 20 puntos (100%), lo que determinó su aplicabilidad. La confiabilidad fue garantizada por los procedimientos de control de calidad del INEI: supervisión en campo, doble digitación y validación automática de consistencia.

### **2.4.3. Recopilación y manejo de datos**

La presente investigación se desarrolló mediante el análisis secundario de los microdatos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (46) 2024, base de datos pública proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La ENDES utiliza un diseño muestral probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados, lo que garantiza representatividad a nivel nacional, por área urbana y rural, así como por región natural.

Se realizó la descarga oficial de los módulos correspondientes al cuestionario individual de mujeres. Posteriormente, se efectuó la integración de bases y la selección de la submuestra conformada por adolescentes de 15 a 19 años que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

Durante el manejo de datos se llevó a cabo la depuración de registros, verificación de consistencia interna, identificación y tratamiento de valores perdidos, así como la recodificación de variables de acuerdo con los objetivos del estudio. Se excluyeron los registros con información incompleta en las variables principales. Asimismo, se incorporaron los factores de expansión, estratos y unidades primarias de muestreo (UPM) conforme a los lineamientos técnicos del INEI, a fin de preservar la estructura del diseño muestral complejo.

Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, respetando las políticas de confidencialidad y acceso establecidas por el INEI.

### **2.4.4. Análisis de datos**

Los datos fueron procesados mediante el software Stata versión 17, utilizando los factores de expansión, estratos y unidades primarias de muestreo

establecidos por el INEI a fin de garantizar la representatividad de los resultados a nivel nacional.

En la etapa descriptiva, se realizó la caracterización de las adolescentes de 15 a 19 años incluidas en la muestra, describiendo las variables de estudio. Se presentaron frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Los resultados se mostraron en tablas y gráficos.

En la etapa inferencial, se evaluó la asociación entre las variables independientes y el embarazo adolescente mediante la prueba de chi-cuadrado. Posteriormente, se aplicó un modelo de regresión logística binaria con el propósito de estimar la asociación entre variables independientes y la dependiente. Se reportaron los coeficientes ( $\beta$ ), errores estándar, estadístico z y valores p. Dicho modelo permitió identificar los factores asociados al embarazo adolescente ajustando por posibles variables de confusión.

Las covariables incluidas en el modelo multivariado fueron seleccionadas en función de su relevancia teórica, evidencia científica y significancia estadística obtenida en el análisis bivariado ( $p < 0.20$ ). Se consideró un valor de  $p < 0.05$  como significativo. Además, se evaluó la presencia de colinealidad mediante el factor de inflación de la varianza (VIF) y se comprobó la adecuación del modelo mediante pruebas de bondad de ajuste.

En cuanto a la información recogida para las dimensiones de análisis, se emplearon las variables contenidas en el cuestionario individual de mujeres de la ENDES 2024, clasificadas en tres grandes grupos: factores demográficos, ginecoobstétricos y socioculturales. Todas las variables fueron codificadas y recategorizadas conforme a los criterios establecidos en los manuales técnicos del INEI y la literatura científica vigente.

## **2.5. Herramientas estadísticas**

El análisis estadístico se realizó mediante el software Stata versión 17, empleando comandos específicos para encuestas con diseño muestral complejo, incorporando factores de expansión, estratos y unidades primarias de muestreo (UPM) de la ENDES 2024. Se utilizaron herramientas de estadística descriptiva para

el cálculo de frecuencias y porcentajes, así como pruebas de chi-cuadrado de Rao–Scott para el análisis bivariado. Para el análisis multivariado se aplicó regresión logística binaria, estimando coeficientes ( $\beta$ ), errores estándar, estadístico z y valores de p, permitiendo identificar los factores asociados al embarazo adolescente y controlar posibles variables de confusión, considerando un nivel de significancia estadística de  $p < 0,05$ .

## **2.6. Consideraciones éticas**

El presente estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Continental. Sin embargo, al basarse en un análisis secundario de la base de datos pública de ENDES 2024, no se requirió aprobación adicional de un comité de ética externo. Los datos fueron recolectados originalmente por el INEI mediante procedimientos que incluyeron el consentimiento informado previo y firmado de todos los encuestados.

El análisis de los datos se realizó únicamente con fines académicos y científicos. Los microdatos fueron almacenados en equipos de acceso restringido y fueron eliminados al finalizar el análisis. Los resultados se presentaron de manera agregada, sin divulgar datos que permitieran identificar a las personas o los hogares incluidos en la encuesta.

### Capítulo III: Resultados

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las adolescentes de 15 a 19 años

Variable	n	%
<b>Edad</b>		
15-17 años	2,687	64,37
18-19 años	1,487	35,63
<b>Nivel educativo</b>		
Sin educación	4	0,1
Primaria	138	3,31
Secundaria	3,619	86,7
Superior	413	9,89
<b>Índice de riqueza</b>		
Más pobre	1,405	33,66
Pobre	1,079	25,85
Medio	812	19,45
Rico	558	13,37
Más rico	320	7,67
<b>Área de residencia</b>		
Urbano	2,808	67,27
Rural	1,366	32,73
<b>Región natural</b>		
Costa	1,664	39,87
Sierra	1,299	31,12
Selva	1,211	29,01
<b>Estado conyugal</b>		
Nunca casada	3,444	82,51
Casada	15	0,36
Conviviente	579	13,87
No viven juntos	136	3,26
<b>Condición laboral</b>		
No trabaja	2,991	71,66
Sí trabaja	1,183	28,34
<b>Lengua materna</b>		
Quechua	357	8,55
Aimara	29	0,69
Asháninka	30	0,72
Awajún / Aguaruna	36	0,86
Shipibo-Konibo	16	0,38
Shawi / Chayahuita	12	0,29
Matsigenka / Machiguenga	7	0,17
Achuar	2	0,05
Otra lengua nativa/originaria	17	0,41
Castellano	3,663	87,76
Portugués	5	0,12
<b>Total</b>	<b>4,174</b>	<b>100</b>

En la tabla 1 se observa que, de las 4 174 adolescentes, predominaron las de 15-17 años (64,4%), con educación secundaria (86,7%) y pertenecientes a los quintiles más pobres (60%). Prevaleció la residencia urbana (67,3%) y región Costa (39,9%). El 82,5% nunca estuvo casada; sin embargo, 13,9% era conviviente. El 71,7% no trabajaba y el castellano fue la lengua materna predominante (87,8%).

**Tabla 2.** Características reproductivas y de salud sexual de las mujeres de 15 a 19 años

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>Conocimiento del periodo fértil</b>		
No	3,330	79,78
Si	844	20,22
<b>Uso actual de anticonceptivos</b>		
Ninguno	3,142	75,28
Tradicional	124	2,97
Moderno	908	21,75
<b>Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>		
No	2,526	60,52
Si	1,648	39,48
<b>Exposición a información anticonceptiva</b>		
No	2,998	71,83
Si	1,176	28,17
<b>Participación en educación sexual</b>		
No	3,902	93,48
Si	272	6,52
<b>Percepción de un embarazo futuro</b>		
No problemático	480	11,5
Problemático	3,694	88,5

En la tabla 2 se muestra que, el 79,8% desconocía su periodo fértil y el 75,3% no usaba anticonceptivos. El 60,5% declaró no conocer métodos anticonceptivos y el 71,8% no había estado expuesta a información sobre anticoncepción. La participación en educación sexual fue mínima (6,5%). El 88,5% percibía un embarazo futuro como problemático.

**Objetivo general:**

Establecer los factores asociados a embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024.

**Tabla 3.** Factores asociados al embarazo adolescente en el Perú según regresión logística multivariada

Variable	Coefficiente ( $\beta$ )	Error estándar	z	p-valor
<b>Edad</b>				
18–19 años	1,282	0,181	7,09	0,00
<b>Nivel educativo</b>				
Primario	1,147	0,449	2,56	0,011
Secundario	0,663	0,262	2,54	0,011
<b>Estado civil</b>				
Casado	4,356	1,114	3,91	0,0
Conviviente	3,366	0,203	16,59	0,0
No viven juntos	2,503	0,252	9,92	0,0
<b>Trabajo actual</b>				
Sí trabaja	-0,461	0,161	-2,86	0,004
<b>Área de residencia</b>				
Rural	-0,345	0,228	-1,51	0,13
<b>Región natural</b>				
Sierra	0,253	0,237	1,07	0,286
Selva	-0,251	0,201	-1,25	0,212
<b>Índice de riqueza</b>				
Pobre	0,077	0,237	0,33	0,745
Medio	-0,433	0,28	-1,54	0,123
Rico	-0,845	0,339	-2,49	0,013
Más rico	-0,584	0,415	-1,41	0,159
<b>Lengua materna</b>				
Aimara	2,169	1,86	1,17	0,244
Asháninka	1,873	0,908	2,06	0,039
Awajún/Aguaruna	1,581	0,639	2,47	0,013
Shipibo	-0,087	0,876	-0,10	0,921
Shawi	-0,472	1,27	-0,37	0,71
Matsigenka	1,563	1,39	1,12	0,261
Otra lengua	2,541	0,998	2,55	0,011

Portugués	0,453	2,096	0,22	0,829
<b>Edad de inicio sexual</b>				
Categoría 2	-1,247	0,178	-6,99	0,0
Categoría 3	-3,561	0,467	-7,63	0,0
<b>Conoce periodo fértil</b>				
Conoce correctamente	-0,318	0,19	-1,67	0,095
<b>Uso de anticonceptivos</b>				
Tradicional	-0,331	0,314	-1,05	0,292
Moderno	1,024	0,174	5,87	0,0
<b>Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>				
Sí conoce	-1,466	0,328	-4,47	0,0
<b>Exposición a información sexual</b>				
Expuesta	-0,026	0,171	-0,15	0,878
<b>Participación en charlas</b>				
Participó	0,072	0,309	0,23	0,815
<b>Percepción de embarazo futuro</b>				
Problemático	0,43	0,205	2,1	0,036
Constante	-1,099	0,582	-1,89	0,059

En la tabla 3, se observa que, los factores con mayor asociación fueron: estado civil casada ( $\beta=4,356$ ;  $p<0,001$ ), conviviente ( $\beta=3,366$ ;  $p<0,001$ ), edad 18-19 años ( $\beta=1,282$ ;  $p<0,001$ ) y uso de métodos modernos ( $\beta=1,024$ ;  $p<0,001$ ). Fueron factores protectores: inicio sexual tardío ( $\beta=-3,561$ ;  $p<0,001$ ), conocimiento de MAC ( $\beta=-1,466$ ;  $p<0,001$ ) y trabajar actualmente ( $\beta=-0,461$ ;  $p=0,004$ ). La exposición a información sexual y participación en charlas no mostraron asociación significativa. Se acepta la hipótesis general, pues existen factores demográficos, gineco-obstétricos y socioculturales significativamente asociados al embarazo adolescente.

### **Objetivo específico 1**

Determinar Identificar los factores demográficos asociados al embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024.

**Tabla 4.** Factores demográficos asociados al embarazo adolescente en el Perú

Variable	No embarazada n (%)	Embarazo n (%)	$\chi^2$ (gl)	p-valor
<b>Edad</b>				
15–17 años	2436 (72,26%)	251 (31,26%)	475,48 (1)	0,00
18–19 años	935 (27,74%)	552 (68,74%)		
<b>Nivel educativo</b>				
Sin educación	3 (0,09%)	1 (0,12%)	103,74 (3)	0,00
Primaria	67 (1,99%)	71 (8,84%)		
Secundaria	2941 (87,24%)	678 (84,43%)		
Superior	360 (10,68%)	53 (6,60%)		
<b>Estado civil</b>				
Nunca casada	3278 (97,24%)	166 (20,67%)	2600,00 (3)	0,00
Casada	1 (0,03%)	14 (1,74%)		
Conviviente	62 (1,84%)	517 (64,38%)		
Separada / No viven juntos	30 (0,89%)	106 (13,20%)		
<b>Trabajo actual</b>				
No trabaja	2479 (73,54%)	512 (63,76%)	30,53 (1)	0,00
Sí trabaja	892 (26,46%)	291 (36,24%)		
<b>Área de residencia</b>				
Urbano	2345 (69,56%)	463 (57,66%)	41,75 (1)	0,00
Rural	1026 (30,44%)	340 (42,34%)		
<b>Región natural</b>				
Costa	1407 (41,74%)	257 (32,00%)	92,30 (2)	0,00
Sierra	1097 (32,54%)	202 (25,16%)		
Selva	867 (25,72%)	344 (42,84%)		
<b>Índice de riqueza</b>				
Más pobre	1023 (30,35%)	382 (47,57%)	148,74 (4)	0,00
Pobre	846 (25,10%)	233 (29,02%)		
Medio	690 (20,47%)	122 (15,19%)		
Rico	511 (15,16%)	47 (5,85%)		
Más rico	301 (8,93%)	19 (2,37%)		
<b>Lengua materna</b>				
Castellano	3000 (88,99%)	663 (82,57%)	74,69 (10)	0,00
Quechua	279 (8,28%)	78 (9,71%)		
Aimara	24 (0,71%)	5 (0,62%)		
Asháninka	16 (0,47%)	14 (1,74%)		
Awajún	16 (0,47%)	20 (2,49%)		
Shipibo	10 (0,30%)	6 (0,75%)		
Shawi	9 (0,27%)	3 (0,37%)		
Matsigenka	2 (0,06%)	5 (0,62%)		
Otras lenguas	9 (0,27%)	8 (1,00%)		
Portugués	4 (0,12%)	1 (0,12%)		

En la tabla 4 se muestra que, el grupo de 18-19 años concentró el 68,7 % de los embarazos ( $\chi^2=475,48$ ;  $p<0,001$ ). Las adolescentes con educación primaria presentaron mayor proporción de embarazos (8,8%). El 64,4 % de las embarazadas era conviviente ( $\chi^2=2600,00$ ;  $p<0,001$ ). Se observó mayor proporción en área rural (42,3%) y región Selva (42,8%). El 47,6% de las embarazadas pertenecía al quintil más pobre ( $\chi^2=148,74$ ;  $p<0,001$ ). En lenguas originarias, awajún (2,5%) y asháninka (1,7%) mostraron proporciones elevadas. Se acepta la hipótesis específica 1: los factores demográficos están significativamente asociados al embarazo adolescente.

### Objetivo específico 2

Analizar los factores ginecoobstétricos relacionados con el embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024.

**Tabla 5.** Factores gineco-obstétricos asociados al embarazo adolescente en el Perú

Variable	No embarazada n (%)	Embarazo n (%)	$\chi^2$ (gl)	p-valor
<b>Edad de inicio sexual</b>				
≤14 años	184 (20,49%)	355 (44,21%)	163,34 (2)	0,00
15–17 años	598 (66,59%)	438 (54,55%)		
≥18 años	116 (12,92%)	10 (1,25%)		
<b>Número de hijos</b>				
0 hijos	3371 (100,00%)	0 (0,00%)	4200 (2)	0,00
1 hijo	0 (0,00%)	735 (91,53%)		
2 o más hijos	0 (0,00%)	68 (8,47%)		
<b>Conocimiento del período fértil</b>				
No	2659 (78,88%)	671 (83,56%)	8,82 (1)	0,003
Si	712 (21,12%)	132 (16,44%)		
<b>Uso de anticonceptivos</b>				
Ninguno	2967 (88,02%)	175 (21,79%)	1500 (2)	0,00
Tradicional	61 (1,81%)	63 (7,85%)		
Moderno	343 (10,18%)	565 (70,36%)		

El inicio sexual temprano mostró fuerte asociación: 44,2 % de las embarazadas inició su vida sexual ≤14 años ( $\chi^2=163,34$ ;  $p<0,001$ ). El 91,5 % tenía un

hijo y el 8,5 % dos o más hijos. El desconocimiento del período fértil fue mayor en el grupo con embarazo (83,6%;  $\chi^2=8,82$ ;  $p=0,003$ ). El 70,4 % de las embarazadas reportó uso de métodos modernos, sugiriendo adopción tardía o posterior al embarazo ( $\chi^2=1500,00$ ;  $p<0,001$ ). Se acepta la hipótesis específica 2: los factores gineco-obstétricos están significativamente asociados al embarazo adolescente.

### Objetivo específico 3

Evaluar los factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024.

**Tabla 6.** Factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú

Variable	No embarazada n (%)	Embarazo n (%)	$\chi^2$ (gl)	p-valor
<b>Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>				
No conoce	2489 (73,84%)	37 (4,61%)	1300,00	
Sí conoce	882 (26,16%)	766 (95,39%)	(1)	0,00
<b>Exposición a información sexual/anticonceptiva</b>				
No expuesta	2400 (71,20%)	598 (74,47%)		
Expuesta	971 (28,80%)	205 (25,53%)	3,44 (1)	0,06
<b>Participación en programas o charlas</b>				
No participó	3166 (93,92%)	736 (91,66%)		
Participó	205 (6,08%)	67 (8,34%)	5,45 (1)	0,02
<b>Percepción sobre embarazo futuro</b>				
No problemático	283 (8,40%)	197 (24,53%)		
Problemático	3088 (91,60%)	606 (75,47%)	165,95 (1)	0,00

En la tabla 6 se observa que, el conocimiento de métodos anticonceptivos fue significativamente mayor en el grupo con embarazo (95,4%;  $\chi^2=1300,00$ ;  $p<0,001$ ). La exposición a información sexual no mostró asociación significativa ( $\chi^2=3,44$ ;  $p=0,06$ ). La participación en charlas fue baja pero ligeramente superior en embarazadas (8,3%;  $\chi^2=5,45$ ;  $p=0,02$ ). La percepción del embarazo como no problemático se asoció fuertemente con mayor prevalencia (24,5%;  $\chi^2=165,95$ ;  $p<0,001$ ). Se acepta parcialmente la hipótesis específica 3, pues tres de cuatro

factores socioculturales mostraron asociación significativa; la exposición a información sexual no resultó significativa.

## Capítulo IV. Discusión

El objetivo general fue establecer los factores asociados a embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024, los hallazgos revelan que el estado civil constituye el factor de mayor peso en el embarazo adolescente en el Perú donde las adolescentes casadas y convivientes presentan las asociaciones más sólidas.

Este resultado concuerda con lo reportado por Nuwabaine et al. (18), en Sierra Leona quienes encontraron que estar casada incrementaba considerablemente el riesgo de embarazo adolescentes, asimismo a nivel nacional Cairra et al. (23), identificaron que estar casada o conviviente se asociaba con una mayor prevalencia del fenómeno, esta consistencia subraya la unión conyugal temprana como un determinante transversal en diversos contextos.

La fuerte asociación positiva entre el uso de métodos anticonceptivos modernos y el embarazo adolescente representa un hallazgo aparentemente contradictorio, una explicación plausible es la causalidad reversa donde las adolescentes inician el uso de anticonceptivos modernos como consecuencia de haber iniciado su vida sexual o luego de un primer embarazo, tal como se ha documentado en estudios sobre el comportamiento anticonceptivo posparto (21), por otro lado el conocimiento de métodos anticonceptivos sí emerge como un factor protector significativo lo que refuerza la necesidad de diferenciar entre el conocimiento y el uso efectivo y consistente de los mismos.

La asociación inversa entre una mayor edad de inicio sexual y el embarazo adolescente coincide con lo reportado por Gargate en población peruana, quien identificó el inicio sexual antes de los 15 años como un factor de riesgo (21), este hallazgo resalta la importancia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales como una estrategia preventiva clave, finalmente, la falta de asociación significativa de la participación en charlas de educación sexual con la reducción del embarazo sugiere que el contenido, la calidad o el momento de estas intervenciones podrían no estar abordando efectivamente los determinantes del comportamiento sexual adolescente.

En cuanto al primer objetivo específico que fue determinar Identificar los factores demográficos asociados al embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024, el análisis de los factores demográficos revela patrones consistentes con la literatura nacional e internacional, la fuerte asociación entre la edad avanzada (18-19 años) y el embarazo adolescente coincide con lo reportado por Nyamhanga et al. (15), en Tanzania y Nduhuye et al. (16), en Ruanda, quienes identificaron que pertenecer a este grupo etario incrementa significativamente el riesgo, esta asociación puede explicarse por la mayor exposición temporal a relaciones sexuales y por la mayor independencia que caracteriza a las adolescentes de mayor edad.

El gradiente social identificado en el índice de riqueza, donde a menor riqueza mayor prevalencia de embarazo adolescente, concuerda con los hallazgos de Geta et al. (17), en Somalilandia y con los estudios nacionales de Caira et al. (23), y Sanca et al. (24), este patrón refleja las profundas desigualdades estructurales en el acceso a educación, salud y oportunidades de desarrollo que limitan el proyecto de vida de las adolescentes en situación de pobreza y aumentan su vulnerabilidad frente al embarazo.

La marcada asociación con el estado civil, particularmente la convivencia, coincide con lo encontrado por Nuwabaine et al. (18), en Sierra Leona y por Caira et al. en Perú (23), este hallazgo sugiere que las uniones tempranas, formales o informales constituyen un contexto de alta vulnerabilidad para el embarazo adolescente posiblemente relacionado con expectativas sociales de maternidad dentro de la unión y con menor poder de negociación para el uso de anticonceptivos.

La mayor proporción de embarazos en la región Selva y en áreas rurales coincide con lo documentado por Sanca et al. (24), que evidencia las brechas territoriales en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como la persistencia de factores culturales y económicos que condicionan las trayectorias reproductivas de las adolescentes en estas zonas, finalmente, las disparidades según lengua materna reflejan la necesidad de abordar el embarazo adolescente con un enfoque intercultural considerando las particularidades de los diferentes grupos étnicos del país.

En relación con el segundo objetivo específico que fue analizar los factores ginecoobstétricos relacionados con el embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024, el análisis de los factores gineco-obstétricos revela hallazgos clave sobre las conductas reproductivas asociadas al embarazo adolescente en el Perú, la fuerte asociación entre el inicio sexual temprano ( $\leq 14$  años) y el embarazo adolescente coincide con lo reportado por Gargate (21) en población peruana donde el inicio sexual antes de los 15 años se identificó como un factor de riesgo significativo, y es consistente con estudios internacionales que señalan que una menor edad incrementa la exposición a relaciones sexuales no protegidas en la adolescencia (16).

El desconocimiento del período fértil mostró una asociación significativa con el embarazo adolescente hallazgo que concuerda con lo documentado por Terefe (19) en Gambia donde el desconocimiento del ciclo ovulatorio duplicaba el riesgo de embarazo, esto refleja deficiencias en la educación sexual integral, particularmente en aspectos biológicos básicos relacionados con la reproducción lo que limita la capacidad de las adolescentes para gestionar su fertilidad.

Un resultado aparentemente paradójico fue la mayor frecuencia de uso de métodos modernos en el grupo de adolescentes embarazadas, este patrón puede explicarse por la causalidad reversa donde el uso de anticonceptivos modernos se inicia después de un primer embarazo o como consecuencia del inicio de la actividad sexual tal como se ha observado en estudios sobre anticoncepción posparto en adolescentes (19), alternatively podría reflejar un uso inconsistente o incorrecto de estos métodos, así como fallas en su acceso continuo, aspectos documentados en poblaciones adolescentes vulnerables (20).

La presencia de embarazos repetidos (8,47% con dos o más hijos) coincide con lo reportado por Gargate (21), identificó una alta prevalencia de reincidencia de embarazo en adolescentes peruanas asociada a factores como la violencia emocional y la falta de acceso a servicios de salud sexual, este hallazgo sugiere la necesidad de intervenciones específicas para adolescentes ya madres que incluyan anticoncepción post-parto y apoyo psicosocial para prevenir segundos embarazos.

Respecto al tercer objetivo específico que fue evaluar los factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú según la ENDES 2024, el análisis de los factores socioculturales revela hallazgos de particular relevancia para las políticas de prevención, el conocimiento de métodos anticonceptivos mostró una asociación positiva con el embarazo adolescente un resultado que parece contradictorio pero que coincide con lo reportado en el análisis multivariado, esto podría explicarse porque las adolescentes adquieren este conocimiento después de haber iniciado su vida sexual o como consecuencia de un primer embarazo. Este hallazgo ha sido reportado también en investigaciones previas. Caira-Chuquineyra et al. (23), identificaron que, en el contexto peruano, muchas adolescentes adquieren información sobre métodos anticonceptivos después del inicio de la vida sexual, lo que limita el efecto preventivo de dicho conocimiento. De manera similar, Nuwabaine et al. (18), señalaron que la disponibilidad de información sobre salud sexual no siempre se traduce en conductas preventivas efectivas cuando persisten barreras educativas, sociales o de acceso a servicios de salud reproductiva.

La falta de asociación significativa entre la exposición a información sexual/anticonceptiva y la reducción del embarazo adolescente sugiere que la mera disponibilidad de información no es suficiente para modificar conductas de riesgo, este hallazgo coincide con lo reportado por Castillo (22), quienes identificaron que el acceso a información por sí solo no constituía un factor protector significativo, la efectividad de estas intervenciones podría estar limitada por factores como la calidad de la información los canales de difusión utilizados o la falta de pertinencia cultural.

Resulta particularmente preocupante que la participación en programas o charlas de educación sexual se asocie con una mayor prevalencia de embarazo adolescente, este aparente contrasentido podría indicar que estas intervenciones están llegando predominantemente a poblaciones que ya se encuentran en situación de vulnerabilidad o que han iniciado su vida sexual en lugar de tener un carácter preventivo universal, además es posible que el contenido de estas charlas no esté abordando adecuadamente las determinantes sociales y culturales del embarazo adolescente.

La fuerte asociación entre la percepción del embarazo como "no problemático" y la mayor prevalencia de embarazo adolescente coincide con lo documentado en estudios cualitativos en contextos de pobreza donde la maternidad puede percibirse como una vía de realización personal o de transición a la vida adulta, este hallazgo refuerza la necesidad de complementar las intervenciones educativas con estrategias que amplíen las oportunidades educativas y laborales para las adolescentes, modificando así las percepciones sobre la maternidad temprana.

## Conclusiones

1. El estudio logró establecer que el embarazo adolescente en el Perú está significativamente asociado a una constelación de factores demográficos, gineco-obstétricos y socioculturales, los más determinantes fueron el estado civil de convivencia o unión ( $p < 0,001$ ), la edad de 18-19 años ( $p < 0,001$ ) y el bajo conocimiento de métodos anticonceptivos ( $p < 0,001$ ) lo que evidencia la multicausalidad del fenómeno y la necesidad de abordajes integrales.
2. Se identificó que los factores demográficos más fuertemente asociados al embarazo adolescente fueron la pertenencia al grupo de 18-19 años (68,74% de los embarazos), el estado de convivencia (64,38%), la residencia en el quintil más pobre (47,57%) y la residencia en la región Selva (42,84%), estos resultados confirman la intersección entre la pobreza, la geografía y las normas sociales como determinantes estructurales del problema.
3. El análisis reveló que entre los factores gineco-obstétricos, el inicio sexual a los 14 años o menos presentó la asociación más marcada (44,21% de los embarazos), asimismo se constató un preocupante 8,47% de embarazos repetitivos (dos o más hijos) y un patrón de uso de anticonceptivos modernos que sugiere una adopción tardía o inconsistente, luego de haber iniciado la vida sexual o tras un primer embarazo.
4. Se evaluó que factores socioculturales como la percepción de un embarazo futuro como "no problemático" se asoció significativamente con una mayor prevalencia ( $p < 0,001$ ), contrariamente a lo esperado el conocimiento de métodos anticonceptivos y la participación en charlas no mostraron un efecto protector, lo que indica deficiencias críticas en la efectividad y oportunidad de las intervenciones educativas actuales.

## **Recomendaciones**

1. Al Ministerio de Salud (MINSA) y gobiernos regionales, se recomienda implementar intervenciones integrales que combinen el fortalecimiento de servicios de salud amigables para adolescentes con estrategias educativas y de desarrollo social dirigidas especialmente a adolescentes en uniones convivenciales y de zonas rurales.
2. Al Ministerio de Educación (MINEDU) y gobiernos locales, se recomienda fortalecer los programas de educación sexual integral con enfoque intercultural, priorizando las zonas rurales y regiones con mayor prevalencia de embarazo adolescente con énfasis en el desarrollo de proyectos de vida.
3. Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) y Ministerio de Salud, se recomienda desarrollar estrategias diferenciadas para la prevención del primer embarazo y la prevención de embarazos repetitivos en adolescentes incluyendo consejería en anticoncepción posparto y seguimiento personalizado.
4. A los gobiernos regionales y locales, se recomienda diseñar campañas de comunicación y programas educativos que transformen las percepciones sobre la maternidad adolescente vinculándolas con la ampliación de oportunidades educativas y laborales para las jóvenes.

## Referencias bibliográficas

1. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdžik P. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(5): p. 411-428.
2. Okiror E, Musinguzi M, Opollo M, Eustes K, Akello A. Factors associated with teenage pregnancy among refugees in Palabek refugee settlement, Northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024; 24(1): p. 708-719.
3. Chemutai V, Musaba M, Amongin D, Wandabwa J. Prevalence and factors associated with teenage pregnancy among parturients in Mbale Regional Referral Hospital: a cross sectional study. *Afr Health Sci*. 2022; 22(2): p. 451-468.
4. Alukagberie M, Elmusharaf K, Ibrahim N, Poix S. Factors associated with adolescent pregnancy and public health interventions to address in Nigeria: a scoping review.. *Reprod Health*.. 2023; 20(1): p. 54-68.
5. Okot C, Laker F, Apio P, Madraa G, Kibone W, Pebalo F. Prevalence of teenage pregnancy and associated factors in Agago district, Uganda: A community-based survey.. *Adolesc Health Med Ther*. 2023; 14(6): p. 115-124.
6. Luvuno Z, Chiya W, Ngcobo S, Naidoo D, Omowale S, Zhandire T. Risk and protective factors associated with teenage pregnancy and intergenerational interventions: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2025; 15(6): p. 947-962.
7. Senkyire E, Boateng D, Boakye F, Logo D, Ohaja M. Socio-economic factors associated with adolescent pregnancy and motherhood: Analysis of the 2017 Ghana maternal health survey. *PLoS One*. 2022; 17(12): p. 272-293.
8. Malunga G, Sangong S, Saah F, Bain L. Prevalence and factors associated with adolescent pregnancies in Zambia: a systematic review from 2000-2022. *Arch Public Health*.. 2023; 81(1).
9. Aluga D, Okolie E. Socioeconomic determinants of teenage pregnancy and early motherhood in the United Kingdom: A perspective. *Health Promot Perspect*.. 2021; 11(4): p. 426-439.
10. Maheshwari M, Khalid N, Patel P, Alghareeb R, Hussain A. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy: A narrative review. *Cureus*. 2022; 14(6): p. 259-273.

11. Adhena G, Fikre A. Teenage pregnancy matters in refugee setup: early pregnancy among adolescent girls in Kule refugee camp, Gambella, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23(1): p. 861-874.
12. Assis T, Masoambeta J, Stones W. Determinants of teenage pregnancy in Malawi: a community-based case-control study.. 2024; 24(1): p. 335-346.
13. Kalulu J, Masoambeta J, Stones W. Determinants of teenage pregnancy in Malawi: a community-based case-control study. *BMC Womens Health*. 2024; 24(1): p. 335-347.
14. Tituaña A, Herrán K, Galárraga O, Palacios I. How to decrease teenage pregnancy: rural perspectives in Ecuador. 2024; 12(5): p. 137-149.
15. Nyamhanga T, Luoga P. Factors associated with teenage pregnancy in Tanzania: analysis of the 2022 Tanzania Demographic and Health Survey and Malaria Indicator Survey. *Int J Public Health*. 2025; 7(12): p. 160-171.
16. Nduhuye F, Kubana E, Matutina S, Mwesigye D, Munyaneza A, Nyirazinyoye L. The factors associated with teenage pregnancy among young women aged between 15 and 19 years in Rwanda: a retrospective cross-sectional study on the Rwanda Demographic and Health Survey 2019–2020.. *Front Reprod Health*. 2024; 6(11): p. 145-162.
17. Geta T, Abdiwali S, Farah M. Magnitude and Factors Associated with Teenage Pregnancy in Somaliland: Evidence from Somaliland Health and Demographic Survey, 2020. *Int J Womens Health*. 2023; 15(7): p. 1143-1452.
18. Nuwabaine L, Sserwanja Q, Kamara K, Musaba M. Prevalence and factors associated with teenage pregnancy in Sierra Leone: evidence from a nationally representative Demographic and Health Survey of 2019. 2023; 23(8): p. 527-543.
19. Terefe B. The prevalence of teenage pregnancy and early motherhood and its associated factors among late adolescent (15–19 years) girls in the Gambia: based on 2019/20 Gambian demographic and health survey data. 2022; 22(5): p. 1767-1782.
20. Montalván-Santillán J, Flores-Cortez D. Determinantes del embarazo adolescente en el Perú: un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. *Rev Int Salud Materno Fetal*.. 2024; 9(3): p. 1-8.

21. Gargate R. Factores sociodemográficos y gineco-obstétricos asociados a la reincidencia de embarazo en adolescentes y jóvenes peruanas según ENDES 2018-2022. 2024..
22. Castillo A. Etnia y raza como factores asociados a embarazo adolescente: resultados de una encuesta demográfica nacional (ENDES 2019–2021). 2024..
23. Caira-Chuquineyra B, Fernández-Guzmán D, Meza-Gómez A, Luque-Mamani B, Medina-Carpio S, Mamani-García C, et al. Prevalence and factors associated with adolescent pregnancy among sexually active adolescent girls in Peru: Evidence from Demographic and Family Health Survey, 2015-2019. *F1000Research*. 2023; 11(6): p. 566-579.
24. Sanca-Valeriano S, Espinola-Sánchez M, Racchumí-Vela A. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2022; 87(1): p. 11-18.
25. Chakole S, Akre D, Sharma D, Wasnik P, Wanjari M. Unwanted Teenage Pregnancy and Its Complications: A Narrative Review. *Cureus*. 2022; 14(12): p. 3262-3283.
26. Undie C, Birungi H. What to expect when girls are expecting: psychosocial support challenges and opportunities in the context and aftermath of teenage pregnancy in Kenya. *Reproductive Health*. 2022; 19(1): p. 654-668.
27. Pietras J, Jarzqbek G, Mizgier M, Markowska A. Adolescent pregnancy – medical, legal and social issues.. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2024; 37(1): p. 487-499.
28. Panda A, Jayashree B, Jena S, Pradhan A, Pati S, Kaur H. Perception, practices, and understanding related to teenage pregnancy among the adolescent girls in India: a scoping review. *Reproductive Health*. 2023; 20(1): p. 93-103.
29. Alukagberie M, Elmusharaf K, Ibrahim N, Poix S. Factors associated with adolescent pregnancy and public health interventions to address in Nigeria: a scoping review. 2023; 20(1): p. 354-362.
30. Das M, Anand A, Barman P, Deepak K. Exploring the relationship between socioeconomic status and teenage pregnancy in India: a review on National Family Health Survey. *SN Social Sciences*. 2024; 4(4): p. 752-772.

31. Eyeberu A, Getachew T, Addisu M, Baye Y, Debella A. Teenage pregnancy and its predictors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Health Sciences*. 2022; 16(6): p. 47-58.
32. Simoncic V, Séverine D, Christophe E, Stéphanie V, Kihal-Talantikite W. A Comprehensive Review on Social Inequalities and Pregnancy Outcome Identification of Relevant Pathways and Mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(24): p. 16592-16607.
33. Todhunter L, Hogan-Roy M, Pressman E. Complications of Pregnancy in Adolescents. *Seminars in Reproductive Medicine*. *Sem Reprod Med*. 2021; 40(1): p. 98-106.
34. Obeagu E, Faduma M, Obeagu G, Agu C, Kazibwe S. Ectopic Pregnancy: A Review. *International Journal of Current Research in Chemistry and Pharmaceutical Sciences*. 2023; 6(13): p. 851-868.
35. Enwerem N, White D, Wesley Z, Simmons T, Shahady M, Robinson A. Assessing the Level of Evidence for Interventions Used for Repeat Pregnancy in Teens for Possible Integration Into Evidence-Based Practice: A Review of Literature for Studies Carried out in the US From 1990 - 2021. *International Journal of Studies in Nursing*. 2022; 7(1): p. 117-128.
36. Fruzzetti F, Cagnacci A, Farris M, Dei M, Caruso S. Contraception for adolescent and young women. A consensus conference results. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2025; 11(10): p. 855-873.
37. Amodu M, Ansah E, Assopiah P, Acquah P, Ansah J, Berchie E. Socio-cultural factors influencing adolescent pregnancy in Ghana: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22(1): p. 834-844.
38. Olutade-Babatunde O, Der-Kwaak A, Christian B, Keshinro M. A Critical Review of Factors Affecting Health-Seeking Behavior Among Adolescent Mothers in Nigeria: Towards Inclusive and Targeted Interventions. *Medtigo Journal of Medicine*. 2024; 1(1): p. 1-5.
39. Alias N, Lin S, Ginanto D. Theoretical Perspectives on Parental Involvement in Children's ESL Learning: A Systematic Literature Review. *Southeast Asia Early Childhood*. 2024; 13(2): p. 132-148.
40. Tohit N, Haque M. Forbidden Conversations: a Comprehensive Exploration of Taboos in Sexual and Reproductive Health. *Cureus*. 2024; 16(8): p. 547-556.

41. Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*. 2020; 2(4): p. 314-324.
42. Neal J, Neal Z, Kornbluh M, Mills K, Lawlor J. Expanding the ecological model: The socioecological framework for health. *American Journal of Community Psychology*.. 2023; 71(3): p. 313-328.
43. Helena M, Tenani C, Sumiya A, Lino C, De Checchi V. Social determinants of health and teenage pregnancy: an integrative review. *MOJ Public Health*. 2024; 13(2): p. 111-125.
44. Tebb K, Brindis C. Understanding the Psychological Impacts of Teenage Pregnancy through a Socio-ecological Framework and Life Course Approach. *Seminars in Reproductive Medicine*.. 2022; 40(2): p. 107-115.
45. Smith L, Phengnum W. An Integrative Review of the Research on Teen Mothers' Resilience. *Western Journal of Nursing Research*. 2022; 45(2): p. 161-175.
46. (INEI). INdEel. Ficha técnica de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024. ; 2024.
47. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.*; 2018.

## Anexos

## Anexo 1: Matriz de consistencia

### Título: Factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son los factores asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a embarazo adolescente, un análisis de ENDES 2024?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024?</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Establecer los factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los factores demográficos asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024.</li> <li>• Identificar los factores gineco-obstétricos asociados con el embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024.</li> <li>• Identificar los factores socioculturales asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general:</b> Existen factores asociados al embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los factores demográficos se asocian significativamente al embarazo adolescente en el Perú.</li> <li>• Los factores gineco-obstétricos se asocian significativamente al embarazo adolescente en el Perú.</li> <li>• Los factores socioculturales se asocian significativamente al embarazo adolescente en el Perú.</li> </ul>	<p><b>Variable 1:</b> Factores asociados</p> <p><b>Dimensión 1:</b> Factores demográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Nivel educativo</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Trabajo actual</li> <li>- Área de residencia</li> <li>- Región natural</li> <li>- Índice de riqueza</li> <li>- Lengua materna.</li> </ul> <p><b>Dimensión 2:</b> Factores gineco-obstétricos - Edad de inicio sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero de hijos</li> <li>- Conocimiento del periodo fértil</li> <li>- Uso de anticonceptivos</li> </ul> <p><b>Dimensión 3:</b> Factores socioculturales - Conocimiento de MAC - Exposición a información sexual - Participación en programas/charlas - Percepción sobre embarazo futuro</p> <p><b>Variable 2:</b> Embarazo adolescente</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo actual</li> <li>-Alguna vez embarazada</li> </ul>	<p><b>Método:</b> Hipotético-deductivo.</p> <p><b>Tipo:</b> Básica.</p> <p><b>Nivel:</b> Relación.</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental, transversal y retrospectiva.</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo.</p> <p><b>Técnica:</b> Análisis secundario de datos.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Base de datos ENDES 2024 y diccionario de variables del INEI.</p> <p><b>Análisis estadístico:</b> Descriptivo, bivariado (Chi-cuadrado y regresión logística binaria)</p>	<p><b>Población:</b> 36 760 viviendas particulares de la ENDES 2024.</p> <p><b>Muestra:</b> 4 174 adolescentes de 15 a 19 años.</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b> Probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados (diseño ENDES).</p>

## Anexo 2: Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Operacionalización		
				INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Embarazo adolescente	Es la condición de gestación que ocurre en mujeres entre los 15 y 19 años de edad, etapa en la cual la madurez biológica y psicosocial aún no es completa, representa un importante problema de salud pública por sus consecuencias físicas, sociales y económicas (1).	Se considerará embarazo adolescente a toda mujer de 15 a 19 años que declare estar embarazada actualmente (V213 = 1) o haber tenido al menos un hijo nacido vivo (V201 ≥ 1) según la base de datos ENDES 2024.	- Embarazo actual -Alguna vez embarazada	- (sí/no)	Nominal dicotómica	Dependiente
Factores demográficos	Conjunto de características estructurales que describen el contexto poblacional y socioeconómico de la adolescente las cuales influyen en el riesgo de embarazo (25).	Variables demográficas registradas en ENDES 2024.	-Edad - Nivel educativo - Estado civil - Trabajo actual - Área de residencia - Región natural - Índice de riqueza - Lengua materna.	- 15 a 17 / 18 a 19 - sin educacio /primaria / secundaria / superior - nunca casada / casada / conviviente / separada - si / no - rural / urbano - costa / sierra / selva - mas pobre / pobre/ medio / rico / mas rico -castellano /quechua /aymara / ashaninka / awajun / shipibo / shawi / matsigenka /otras lenguas / portugues	Ordinal / Nominal / dicotomica	Independiente
Factores gineco-obstétricos	Son los antecedentes reproductivos y comportamientos sexuales de la adolescente que reflejan su exposición y experiencia frente a la fecundidad (25).	Variables reportadas en el módulo de salud reproductiva de la ENDES 2024.	- Edad de inicio sexual - Numero de hijos - Conocimiento del periodo fértil - Uso de anticonceptivos	- ≤14 años/ 15-17 años /≥18 años - 0 / 1 / 2 ó mas - sí/no - ningun/ tradiciona / moderno	Ordinal / Nominal / dicotomica	Independiente
Factores socioculturales	Aspectos relacionados con el entorno social, cultural y educativo que condicionan el conocimiento, las actitudes y la toma de decisiones sobre la reproducción y el uso de anticonceptivos (25).	Variables derivadas del cuestionario de mujeres de la ENDES 2024 sobre información, acceso y creencias.	- Conocimiento de MAC - Exposición a información sexual o anticonceptiva - Participación en programas o charlas de educación sexual - Percepción sobre un embarazo futuro	- sí/no - sí/no - sí/no - problemático / no problemático	Nominal dicotomica	Independiente

### Anexo 3: Aprobación por el Comité de Ética



Huancayo, 17 de diciembre del 2025

#### OFICIO N°0511-2024-CIEI-UC

Investigadores:

FLORES GUERRA SKARLETTE SIGOURNEY PAULA  
SANCHEZ LEIVA KAROLINE JAZMIN

#### Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **Factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente,


Walter Calderón Gerstein  
Presidente del Comité de Ética  
Universidad Continental

C.c. Archivo.

#### **Arequipa**

Av. Los Incas S/N,  
José Luis Bustamante y Rivero  
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara  
(054) 412 030

#### **Huancayo**

Av. San Carlos 1990  
(064) 481 430

#### **Cusco**

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo  
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,  
carretera San Jerónimo - Saylla  
(084) 480 070

#### **Lima**

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos  
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores  
(01) 213 2760

Anexo 3: Instrumento

**REPÚBLICA DEL PERÚ**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA**  
**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR**  
**ENDES - 2024**  
**CUESTIONARIO DEL HOGAR**

AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CUESTIONARIO  DE

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

**IDENTIFICACIÓN**

**A. HOGARES EN LA VIVIENDA**

Sr. (a): Si hogar es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.

¿Cuántos hogares ocupan esta vivienda?.....

TOTAL DE HOGARES

HOGAR N°.....

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR \_\_\_\_\_

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						VISITA FINAL	
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.		
FECHA						FECHA	
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA						DÍA.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>
RESULTADO***						MES.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>
PRÓXIMA VISITA:	FECHA					AÑO.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	HORA					EQUIPO NÚMERO.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>
						ENTREVISTADORA.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>
						RESULTADO FINAL.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>
						NUMERO TOTAL DE VISITAS.....	<input style="width: 20px;" type="text"/>

<p>***CÓDIGOS DE RESULTADO:</p> <p>1 COMPLETA</p> <p>2 HOGAR PRESENTE PERO ENTREVISTADO COMPETENTE AUSENTE</p> <p>3 HOGAR AUSENTE</p> <p>4 APLAZADA</p> <p>5 RECHAZADA</p> <p><input type="checkbox"/> NO DESEAN LA ENTREVISTA</p> <p><input type="checkbox"/> YA FUE ENTREVISTADA POR LA ENDES</p> <p><input type="checkbox"/> YA FUE ENTREVISTADA POR OTRA ENCUESTA DEL INEI</p>	<p style="text-align: center;"><b>DATOS DE CONTROL</b></p> <p>TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NÚMERO DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NÚMERO DE MUJERES DE 12 A 14 AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>NÚMERO DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>N° DE ORDEN DEL INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>N° DE ORDEN DEL INFORMANTE DEL CUESTIONARIO DE SALUD <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
--	---

	SUPERVISORA LOCAL	SUPERVISORA NACIONAL	DIGITADOR (A)
NOMBRE Y FECHA DE SUPERVISION	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>
NOMBRE Y FECHA DE REVISIÓN	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>	_____ <input style="width: 20px;" type="text"/>

### Ficha técnica

<b>Nombre del instrumento</b>	Cuestionario Individual de Mujeres de 12 a 49 años – ENDES 2024
<b>Institución responsable</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Perú
<b>Base legal</b>	Amparado por el Decreto Legislativo N° 664 – Secreto Estadístico
<b>Objetivo</b>	Recopilar información actualizada sobre salud reproductiva, fecundidad, planificación familiar, mortalidad materna e infantil, nutrición, y salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil
<b>Población objetivo</b>	Mujeres de 12 a 49 años residentes habituales en viviendas particulares del territorio nacional
<b>Ámbito geográfico</b>	Nacional, urbano y rural, regiones naturales (Costa, Sierra, Selva) y 25 departamentos del Perú
<b>Diseño muestral</b>	Probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados
<b>Tamaño muestral programado</b>	36 760 viviendas particulares
<b>Técnica de recolección</b>	Entrevista directa presencial
<b>Método de aplicación</b>	Aplicación individual mediante cuestionario estructurado en formato físico y digital
<b>Periodo de recolección</b>	Año 2024
<b>Módulos que contiene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características sociodemográficas</li> <li>• Salud sexual y reproductiva</li> <li>• Uso de métodos anticonceptivos</li> <li>• Fecundidad e historia de embarazos</li> <li>• Atención prenatal y del parto</li> <li>• Conocimiento sobre VIH/SIDA</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia familiar</li> <li>• Antropometría y anemia</li> </ul>
<b>Tiempo de aplicación</b>	Aproximadamente 30 a 45 minutos por informante
<b>Control de calidad</b>	Supervisión local y nacional, revisión de campo, doble digitación y validación automática de consistencia
<b>Publicación de datos</b>	Primer trimestre de 2025
<b>Acceso a microdatos</b>	Plataforma virtual del INEI, dominio público

**Anexo 4: Validación de expertos**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO  
JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista: Obst . PAMELA ESTEFANI ROMERO PAREJAS

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

**Encuesta Demografica y de Salud Familiar ENDES 2024**

e adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

<b>Título del proyecto de tesis:</b>	<b>Factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024</b>
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

CHANCHAMAYO, DICIEMBRE 2025



TESISTA : Karoline Jazmin  
Sanchez Leiva  
DNI : 71811101



TESISTA: Skarlette Sigourney Paula  
Flores Guerra  
DNI: 70062143

**ADJUNTO:**

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

### Rúbrica para la validación de expertos

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
<p><b>1. SUFICIENCIA:</b> Los ítems de una misma dimensión o indicador son <b>suficientes</b> para obtener su medición.</p>	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	99%
<p><b>2. PERTINENCIA:</b> Los ítems de una misma dimensión o indicador son <b>adecuados</b> para obtener su medición.</p>	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	99%
<p><b>3. CLARIDAD:</b> Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.</p>	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	99%
<p><b>4. COHERENCIA:</b> Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.</p>	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	99%
<p><b>5. RELEVANCIA:</b> Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.</p>	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	99%

### Información del especialista

Nombres y Apellidos	PAMELA ESTEFANI ROMERO PAREJAS
Profesión y Grado Académico	OBSTETRA MAESTRO EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Especialidad	ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO, ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD CON MENCIÓN EN ESTIMULACIÓN PRECOZ, TEMPRANA, PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.
Institución y años de experiencia	HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DR JULIOCESAR DEMARINI CARO, 7 AÑOS
Cargo que desempeña actualmente	OBSTETRA ASISTENCIAL EN EL AREA DE EMERGENCIA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

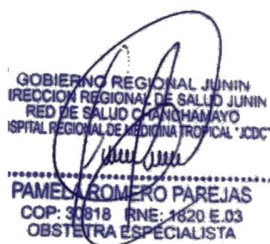
Puntaje del Instrumento Revisado: 99%

#### Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ( X )

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ( )

NO APLICABLE ( )



GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN  
RED DE SALUD CHANCHAMAYO  
HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL "JCDC"  
PAMELA ROMERO PAREJAS  
COP: 30818 RNE: 1820 E.03  
OBSTETRA ESPECIALISTA

Nombres y apellidos: Pamela Estefani Romero Parejas

DNI: 45287807

COLEGIATURA: 30818

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**  
**JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista: Obst. ROBER JULIO VILLCAS VARGAS

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

**Encuesta Demografica y de Salud Familiar ENDES 2024**

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

<b>Título del proyecto de tesis:</b>	<b>Factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024</b>
--------------------------------------	--

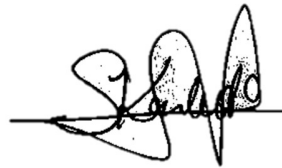
El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento. De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

CHANCHAMAYO , DICIEMBRE 2025



---

TESISTA : Karoline Jazmin  
Sanchez Leiva  
DNI : 71811101



---

TESISTA: Skarlette Sigourney Paula  
Flores Guerra  
DNI: 70062143

**ADJUNTO:**

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

### Rúbrica para la validación de expertos

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(6) Deficiente 0-20%	(7) Regular 21-40%	(8) Bueno 41-60%	(9) Muy bueno 61-80%	(10) Eficiente 81-100%	
<b>6. SUFICIENCIA:</b> Los ítems de una misma dimensión o indicador son <b>suficientes</b> para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	99%
<b>7. PERTINENCIA:</b> Los ítems de una misma dimensión o indicador son <b>adecuados</b> para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	98%
<b>8. CLARIDAD:</b> Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	98%
<b>9. COHERENCIA:</b> Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	99%
<b>10. RELEVANCIA:</b> Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	98%

### Información del especialista

Nombres y Apellidos	ROBER JULIO VILLCAS VARGAS
Profesión y Grado Académico	OBSTETRA MAESTRO EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Especialidad	EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO
Institución y años de experiencia	HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DR JULIOCESAR DEMARINI CARO, 7 AÑOS
Cargo que desempeña actualmente	OBSTETRA ASISTENCIAL EN EL AREA DE EMERGENCIA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

Puntaje del Instrumento Revisado: 98%

#### Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ( X )

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ( )

NO APLICABLE ( )

Gobierno Regional Junín  
Dirección Regional de Salud Junín  
H.R.D.M.T. Dr. Julio C. Demarini Caro  
**Obsta. Rober J. Villcas Vargas**  
Esp. Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico  
COP: 27194 RNE: 4355 - E. 00 y

Nombres y apellidos: Rober Julio Villcas vargas

DNI: 42702437

COLEGIATURA: 27194

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO**  
**JUICIO DE EXPERTO**

Estimado Especialista: Ing . Oswaldo Gabriel Ernesto Espinoza Hurtado  
Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

**Encuesta Demografica y de Salud Familiar ENDES 2024**

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

<b>Título del proyecto de tesis:</b>	<b>Factores asociados a embarazo adolescente en el Perú, un análisis de ENDES 2024</b>
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

CHANCHAMAYO , DICIEMBRE 2025



TESISTA : Karoline Jazmin  
Sanchez Leiva  
DNI: 71811101



TESISTA: Skarlette Sigourney Paula  
Flores Guerra  
DNI: 70062143

**ADJUNTO:**

Matriz de consistencia  
Matriz de operacionalización de variables

### Rúbrica para la validación de expertos

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(11) Deficiente 0-20%	(12) Regular 21-40%	(13) Bueno 41-60%	(14) Muy bueno 61-80%	(15) Eficiente 81-100%	
<b>11. SUFICIENCIA:</b> Los ítems de una misma dimensión o indicador son <b>suficientes</b> para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	99%
<b>12. PERTINENCIA:</b> Los ítems de una misma dimensión o indicador son <b>adecuados</b> para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	98%
<b>13. CLARIDAD:</b> Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintáxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	97%
<b>14. COHERENCIA:</b> Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	98%
<b>15. RELEVANCIA:</b> Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	98%

### Información del especialista

Nombres y Apellidos	Oswaldo Gabriel Ernesto Espinoza Hurtado
Profesión y Grado Académico	Maestro en Ciencias en Investigación Epidemiológica Ingeniero Estadístico
Especialidad	
Institución y años de experiencia	Universidad Continental, 2 años
Cargo que desempeña actualmente	Coordinador de Producción Científica de Investigación

Puntaje del Instrumento Revisado: 98%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ( X ) APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ( ) NO APLICABLE ( )



---

Nombres y apellidos: Oswaldo Gabriel Ernesto Espinoza Hurtado

## Anexo 5: Evidencia fotográfica

