

T
618.200835
C27

**NO SALE A
DOMICILIO**



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERIA



TESIS

**FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO
PRECOZ, EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO,
IQUITOS - 2010**

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach.Enf. Carpio Córdova Erika Mercedes

Bach.Enf. Sánchez Ramos Dalitxa Yazeel

Bach.Enf. Vela Sánchez Wendy Hiliena

ASESORES:

Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

Dr. JUAN DE DIOS JARA IBARRA

**IQUITOS - PERÚ
2011**

DONADO POR:
Carpio Córdova Erika M. Lozano
Iquitos. 20 de 09 de 2011

RESUMEN

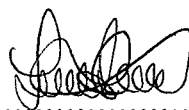
FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO PRECOZ, EN ADOLESCENTES GESTANTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS - 2010

Presentado por: Bach. Enf. Carpio Córdova, Erika Mercedes
Bach. Enf. Sánchez Ramos Dalitxa Yazeel
Bach. Enf. Vela Sánchez Wendy Hiliena

Algunos factores biosociodemográficos estudiados, se han mostrado con un comportamiento influyente en la presentación del embarazo precoz, a pesar de que la mayor actividad sexual incluyendo el coito se realiza en la adolescencia tardía, evidenciando embarazos entre las edades de 15 a 19 años. En éste contexto se ha realizado el presente estudio con el objetivo general de determinar la asociación entre Factores Biosociodemográficos y Embarazo Precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional Loreto, Iquitos-2010, para dar respuesta a los objetivos específicos de: identificar algunos factores biosociodemográficos, categorizar el embarazo precoz, y establecer asociación entre factores biosociodemográficos y embarazo precoz. Se utilizó el método de investigación Cuantitativo, tipo no experimental, transversal, descriptivo, correlacional, retrospectivo; en una muestra de 279 historias clínicas de adolescentes. El resultado obtenido es que existe relación estadística entre grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0.000$); edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0.000$); procedencia y embarazo precoz ($p=0.008$); asimismo, no existe relación estadística entre estado civil y embarazo precoz ($p=0.104$) y número de parejas sexuales y embarazo precoz ($p=0.278$). En conclusión se encontró que: existe asociación estadística entre el grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales, procedencia y embarazo precoz.

Palabras Claves: Embarazo, precoz, adolescencia, factores, biosociodemográficos.

**TESIS APROBADA EN SUSTENTACION PÚBLICA EN LA FACULTAD
DE ENFERMERIA EN LA FECHA 08 DE JULIO DEL 2011 POR EL
JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:**



.....
Dra. ZORAIDA SILVA ACOSTA

PRESIDENTA




.....
Dra. HILDA MONTOYA TORRES

MIEMBRO



.....
Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

MIEMBRO / ASESORA



.....
Dr. JUAN DE DIOS JARA IBARRA

ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

A nuestro padre divino DIOS, Por darme la dicha de existir en este mundo maravilloso, mediante su espíritu de amor y sabiduría, por la luz que guía mi camino en los momentos difíciles de la vida.

*A MI QUERIDA FAMILIA: En especial a mis padres: **Walter y Belén** por darme la vida y por su apoyo incondicional que me brindaron en mi formación profesional, por su amor, cariño y comprensión, por creer en mí de una u otra forma para seguir adelante y vencer las dificultades. A mis hermanos **Karina y Cristian** por su cariño y apoyo incondicional.*

CON MUCHO AMOR: César por su amor, respeto y paciencia, ser ejemplo de perseverancia, por su constante apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado en los momentos difíciles.

ERIKA MERCEDES

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, fe, fortaleza, y salud para alcanzar con éxito mi superación profesional.

A mis padres Carlos y Martha, por que aunque pasamos momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor y confianza, mi triunfo es el de ustedes. Los amo.

A mi hermana Magali, por que a pesar de las diferencias que tuvimos, siempre confiaste en mí y me apoyaste cuando más te necesitaba.

A mi hija Marthita Andrea, por ser la inspiración y Fortaleza más grande en mi vida, te amo princesita.

A Diego Armando, por su amor, compañía y paciencia durante todos estos años, y por la bendición más grande en nuestras vidas, nuestra Hija.

DALITXA YAZEEL.

DEDICATORIA

A Dios por la vida y sobre todo por haberme permitido llegar hasta aquí, ayudándome a culminar esta etapa en mi vida, por haberme guiado a cada momento y por haberme iluminado el camino cada vez que creía todo perdido.

A Iris Patricia, por brindarme amor y confianza; por su constante esfuerzo, paciencia, sacrificio y dedicación, por ser madre y amiga en todo momento, por ser mi fuente de inspiración y estar siempre a mi lado ya que sin su apoyo no hubiera podido cumplir mi gran meta.

A mis abuelitas Estela y Elvina por aportar grandes lecciones en mi vida diaria, por fortalecer mis conocimientos y por brindarme lo necesario para salir siempre adelante.

Gracias a mi bella familia por formar parte de mi vida, por hacer de mí una persona de bien, por los valores inculcados, por el amor que siempre me brindaron y sobre todo por la dedicación y confianza que pusieron en mí.

WENDY HILIENA.

RECONOCIMIENTO

- ✓ A la Dra. Rossana Torres Silva. Decana de La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Por sus sabios consejos y orientación durante nuestra formación profesional.
- ✓ A la Dra. Marina Guerra Vásquez, por acceder al asesoramiento del presente proyecto de investigación apoyando con sus conocimientos, experiencias impartidas y por el tiempo que nos dedicó.
- ✓ Al Dr. Juan de Dios Jara Ibarra, por su asesoría permanente y acertada dirección estadística en el presente trabajo de investigación.
- ✓ A la Dra. Zoraida Silva Acosta, Dra. Hilda Montoya Torres, Dra. Marina Guerra Vasquez, miembros del jurado calificador, por sus valiosos aportes y sugerencias.
- ✓ Al Dr. Martín Casapía Morales, por autorizarnos la aplicación de nuestro instrumento en El Hospital Regional de Loreto.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CAPITULO I	
• INTRODUCCIÓN:.....	11
• PROBLEMA DE INVESTIGACION:.....	14
• OBJETIVOS:.....	16
CAPITULO II	
• MARCO TEÓRICO:.....	18
• DEFINICIONES OPERACIONALES:.....	40
• HIPÓTESIS:.....	43
CAPITULO III	
• MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	45
• POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	46
• TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:.....	47
• PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
• ANÁLISIS DE DATOS.....	48
• LIMITACIONES.....	49
• PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	49
CAPITULO IV	
• RESULTADOS.....	51
• DISCUSION.....	60
• CONCLUSIONES.....	66
• RECOMENDACIONES.....	67
• REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	69
• ANEXOS.....	75

INDICE DE TABLAS

N°	Pág.
01. Factores Biosociodemográficos en adolescentes atendidas en el hospital regional de Loreto, Iquitos- 2010.....	51
02. Embarazo precoz según fases en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos -2010.....	53
03. Menarquía según embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010.....	54
04. Grado de instrucción según Embarazo Precoz en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010.....	55
05. Estado civil según embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010.....	56
06. Edad de inicio de la relaciones sexuales según embarazo precoz en adolescentes atendidas en el hospital regional de Loreto, Iquitos - 2010.....	57
07. Número de parejas sexuales según embarazo precoz en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Iquitos- 2010.....	58
08. Procedencia según Embarazo Precoz, en adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010.....	59

CAPITULO I

1.INTRODUCCION

La vida sexual activa incluyendo el coito, empieza cada vez a más temprana edad como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Esta precocidad en la vida sexual, que se manifiesta sin una adecuada orientación por parte de los padres y del sistema educativo, tiene como consecuencia el incremento de embarazos en la adolescencia¹

La OMS, considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, porque es la causa principal de mortalidad de las mujeres entre 15 a 19 años de edad, debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo. Por ello, el embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, sino que también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión social, las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza.²

A nivel mundial, uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas en África y América Latina, donde uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad y una de cada tres mujeres, da a luz antes de los 20 años.³

En el Perú, la maternidad adolescente por regiones muestra según la ENDES 2006, que en la Selva el año 2000 era del 26% y en el año 2005 del 29%. Asimismo, el departamento de Loreto se encuentra entre los que tienen mayor porcentaje de adolescentes embarazadas, así tenemos que el año 2007, se registra un 34.4%, el año 2008 obtuvo un 33.3% y en el año 2009 un 30% de madres adolescentes.⁴

El embarazo en la adolescencia es un problema que afecta en todas las áreas de su funcionamiento, así tenemos en el área biológico, porque el crecimiento y desarrollo aún se está completando, en consecuencia hay un alto riesgo para la vida de la mujer; es un problema social porque altera las redes de interacción social del adolescente con su familia, el colegio, sus amigos y sus padres, por el rol que ahora le toca desempeñar muchas veces sin una pareja que la apoye, sin ingresos económicos que la obliga a depender de sus padres, a dejar de estudiar para trabajar, por ello el adolescente debería retrasar el embarazo, por las múltiples y graves consecuencias que significa para su vida, salud y bienestar⁵.

Por todo lo expuesto, es necesario estudiar los factores biosociodemográficos del entorno en el que se desenvuelve el adolescente, para determinar su influencia o asociación con el embarazo precoz, cuyos resultados servirán para contribuir con la disponibilidad de información inicial de base, realy actualizada, que pueda servir de referencia para futuras investigaciones, trabajos de intervención tendientes a la prevención de embarazos no deseados o de riesgo; además contribuirá como un aporte para la formación del profesional de Enfermería en la atención integral a las familias con hijos adolescentes.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como el "período de la vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica", cuyos límites están entre los 10 y 20 años. Por ello, el embarazo es un problema de salud pública, por las múltiples y graves consecuencias negativas que significa ser madre en ésta etapa de la vida y para el producto de la gestación, así como aspectos económicos, educativos y de salud; y es un fenómeno biopsicosocial muy significativo debido al aumento progresivo en toda Latinoamérica y Estados Unidos¹.

En Estados Unidos (2006), el 12.8% (cerca de un millón) del total de embarazos por año, corresponden a madres adolescentes. En América Latina la tasa general de embarazos en adolescentes, es del 16.0% con rangos entre 10.2% en el caso de Chile, 20.5% para Venezuela y 11.6% corresponde al Perú (mayor que en Chile), en relación a otros países latinoamericanos⁶.

En el Perú, las adolescentes representan más del 21% de la población peruana. La Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES 2006) encontró que el 15.0% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya son madres, y el 13.0% están gestando por primera vez. Asimismo, la UNICEF en su informe sobre la Situación de la Adolescencia en el Perú, reporta que respecto a las regiones encontró mayor incremento de embarazos adolescentes en la selva en relación a la costa y en la sierra. En la Selva el 2000 era del 26% y en el 2005 29%; en la Costa el año 2005 fue 12.0%; y en la Sierra el año 2005 fue 11.0%.⁷

En Perú (2008) uno de cada seis nacimientos ocurre en mujeres menores de 19 años y alrededor de 218,448 mujeres adolescentes llegan a ser madres antes de cumplir los veinte años de edad. Los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).⁸

En Iquitos, las estadísticas del Ministerio de Salud muestran que: en el Hospital Cesar Garayar García, en el año 2007 el 27.8% del total de gestantes atendidas en hospitalización, tenían entre 10 a 19 años de edad, 4.5% entre 10 a 14 años y 95.5% entre 15 a 19 años de edad; mientras que en el Hospital Regional el año 2008 atendió 2,647 partos, de ellos el 22.0% (582) correspondían a madres entre 13 a 19 años. Entonces, observamos que la población adolescente es el único grupo de toda la población femenina donde la fecundidad se ha incrementado y está en una tasa de 77 por mil, pues del total de madres gestantes el 22,8 % son adolescentes⁹.

Por este motivo, se considero de vital importancia estudiar ésta problemática planteando la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre los Factores Biosociodemográficos: Menarquía, Grado de instrucción, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, procedencia, y el embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010?

3. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación que existe entre los factores Biosociodemográficos y el embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 2.1. Identificar los factores biosociodemográficos: menarquía, Grado de instrucción, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y procedencia, a través de la Historia clínica de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Iquitos, 2010.
- 2.2. Categorizar o tipificar el embarazo precoz, según las fases de la adolescencia, registrada en la historia clínica de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Iquitos, 2010.
- 2.3. Establecer la asociación entre los factores biosociodemográficos y las fases del embarazo precoz según edad, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010.

CAPITULO II

4. MARCO TEORICO

4.1. ANTECEDENTES:

En Estados Unidos (2007), las estadísticas muestran que ocurren más de un millón de embarazos en adolescentes cada año, de estos el 40% terminan en abortos provocados, 13% en abortos espontáneos y el 47 % llegan a término, y éstos últimos tienen un alto índice de mortalidad materno infantil, bajo peso al nacer y consecuencias psicológicas, sociales y biológicas para la madre y el niño¹⁰

Los países latinoamericanos (2004) evidencian porcentajes de mujeres entre 25 a 29 años de edad, que tuvieron hijos antes de los 20 años. Así, en Bolivia se registra un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%.¹¹

Vigil y Col. (Panamá, 2004), en su estudio sobre el Embarazo en Adolescentes, realizado en una muestra de 2,902, respecto a la edad del embarazo encontró: 9.2%(267)adolescentes de 10-15 años y 71.9%(2,089)adolescentes de 16 a 19 años.¹²

Reyes Turcios (2005) en un estudio realizado sobre embarazo adolescente, encontró: que la edad en que predominó la ocurrencia de embarazos fue de 16 y 19 años, pero un 14% tenían entre 13 y 14 años, siendo para un 81% su primer embarazo. En cuanto al grado de instrucción, un 39% ha cursado primaria completa y 36% secundaria incompleta. Respecto a la edad de inicio de su vida sexual activa, el 58% refiere que fue a los 15 años y que conviven en unión libre con parejas también adolescentes.¹³

En el Perú (2006), la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, muestra que la edad media en la que se inicia la primera relación sexual en adolescentes es de 19 años, y también señala que el inicio de la vida sexual es de 15 años en mujeres⁴.

Gutiérrez Quezada A. (Costa Rica, 2007), en su estudio “Embarazo en la Adolescencia: algunos aspectos característicos de las adolescentes embarazadas atendidas por el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Carlos”, encontró que la edad en la cual se presentó mayor incidencia de embarazo en las adolescentes fue que: 65.0% de la población atendida tiene entre 16 y 17 años, 31.0% tiene entre 14 y 15 años y un 4.0% tiene entre 12 y 13 años, siendo el promedio de edad de 16 años y 4 meses.¹⁴

Velásquez A.(Perú, 2007), al estudiar las características de adolescentes embarazadas, encontró que:22% indicó haber tenido relaciones sexuales, de los cuales el 67% lo iniciaa partir de 13 y 15 años, mientras que 33% refiere que inicio sus relaciones sexuales después de los 16 años de edad.¹⁵

El inicio de las relaciones sexuales en adolescentes es cada vez más temprano, esta observación la hemos obtenido durante las prácticas de formación profesional en los servicios de maternidad y en los programas de control prenatal, donde acudían al control prenatal frecuentemente adolescentes entre 12 a 18 años embarazadas e incluso algunas con antecedentes de un parto anterior.¹⁶

El Ministerio de Salud – MINSa, de la Dirección Regional de Salud Loreto, en el año 2008, reporta estadísticas de 4201 adolescentes embarazadas, es decir entre 10 a 19 años, que acudían a recibir control prenatal, y al realizar la distribución por edad, se muestra que: 17.28% (726adolescentes)tienen de 10 a 13 años,56.15% (2359 adolescentes)tienen de 14 a 16 años y el 26.57%(1116 adolescentes).⁸

Asimismo, cabe resaltar que no tuvimos acceso a antecedentes que hayan estudiado la asociación entre los factores biosociodemográficos planteados en nuestra investigación: menarquía, grado de instrucción, estado civil, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y procedencia, y el embarazo precoz según las fases de la adolescencia, solamente accedimos a información univariada de las variables, por lo que nuestros resultados toman una importancia significativa al proporcionar información inicial básica en términos reales y actualizados sobre las variables estudiadas.

4.2. BASES TEÓRICAS

A. FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADOLESCENTE:

FACTORES BIOLÓGICOS:

Menarquía: La menarquía o primer periodo menstrual, por lo general ocurre entre los 10 a 16 años, con promedio de 13 años de edad, e indica el inicio de la capacidad reproductiva, inicialmente, los primeros ciclos ocurren sin ovulación, no son dolorosos y se presentan sin previo aviso. Posteriormente, son con ovulación y pueden presentarse menstruaciones dolorosas (dismenorrea), con la consiguiente capacidad para embarazar, es decir que las adolescentes son fértiles a una edad menor, que asociado a su incapacidad de entender todas las consecuencias de iniciar la actividad sexual precozmente y la necesidad de probar su fecundidad, están expuestas al riesgo de embarazo.¹⁷

Mirabal G. (Cuba, 2009), en su estudio “Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia” refiere que la menarquía precoz se asocia a mayor riesgo de cáncer de mamas y a obesidad de tipo abdominal; mientras que la menarquía tardía tiene menos frecuencia de enfermedad cardiaca, embarazo tardío y asimismo, se asocia que cuanto más tarde aparece la primera menstruación, es menor la probabilidad o disminuye la frecuencia de embarazos en la adolescente, pues científicamente está demostrado que la presencia de la menstruación indica también la capacidad del óvulo maduro para lograr la concepción. Se califica como:

- Menarquía Precoz: si refiere que se presentó entre los 10 y 11 años
- Menarquía Normal: si refiere que se presentó entre los 12 y 13 años.
- Menarquía Tardía: si refiere que se presentó de 14 años a más.¹⁸

Asimismo, al estudiar “la Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia”, encontró que: el inicio de la menarquía es de 9 a 13 años.¹⁸

Leoni O. (Bolivia, 2007), realizó un estudio sobre “Embarazo en Adolescentes” encontrando que la edad promedio de menarquía fue a los 12 años¹⁹

Quezada M.(Colombia, 2010), en su estudio sobre: “Gestantes adolescentes y su repercusión en el área de salud” teniendo como resultado que la menarquía o aparición de la primera menstruación, predominó en el grupo de diez a 14 años con 45 pacientes para un 86.53% lo cual guarda relación con la fisiología de este proceso que normalmente aparece en esas edades²⁰

FACTORES SOCIALES:

Edad de inicio de las relaciones sexuales: Está referido a la edad cronológica en la que el adolescente, tiene por primeravez un coito. La primera relación sexual reviste gran importancia para el adolescente pues constituye una experiencia a la cual se acerca lleno de deseos y de temores en la que suele poner en juego lo que considera una valía personal, física y emotiva. Se revelan inquietudes y sentimientos de vergüenza que pueden ser frustrantes, puede no experimentar ningún placer quedándole cierta tristeza o desencanto, que puede estar motivado por la inseguridad hacia el coito o por miedo de quedar embarazada.

Esta actividad sexual precoz, se inicia sin la suficiente madurez física y emocional necesaria para la prevención de un embarazo no deseado, de infecciones de transmisión sexual, además de otros factores de riesgo como deserción escolar, falta de oportunidad laboral, matrimonios obligados y/o forzados y en consecuencia nuevos



divorcios o separaciones, que afectan también a los hijos producto de dicha relación, y con graves consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de la adolescente; por ello la educación sexual en el adolescente debe incidir en aspectos como la importancia del amor y las nuevas sensaciones en ésta decisión, las responsabilidades involucradas, conducta ante las situaciones diferentes con la pareja y los pasos a seguir para evitar resultados no deseados²¹.

En Temuco (Chile, 2006), estudios de la Unidad de epidemiología clínica del departamento de Salud Pública de la Universidad de la Frontera, muestran que: la edad en que se realiza el primer coito se encuentra entre los 15 a 18 años para las mujeres.²²

Flores S. et. al. (Perú, 2006), realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimiento y conducta sexual en adolescentes de instituciones educativas secundarias mixtas del distrito de Iquitos”, encontrando que: la edad promedio de inicio de la actividad sexual fue de 15 años, pues el 65.2% (13) refiere que su inicio de actividad sexual fue temprano a los 13 años y 34.8% (71) que fue tardío a los 17 años.²³

Gómez T. et. al. (Perú, 2007) en su estudio sobre “Factores psicosociales relacionados con el inicio de actividad sexual en adolescentes de 4to y 5to de secundaria, Iquitos - 2006”, encontró que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es a los 16 años.²⁴

Gutiérrez Quezada A. (Perú, 2007), en su estudio “Embarazo en la Adolescencia”: algunos aspectos característicos de las adolescentes embarazadas atendidas por el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Carlos, señala que el inicio de la actividad sexual es de 15 años¹⁴

López V. (2009), indica que las estadísticas de los Estados Unidos, muestran que: cerca del 33% de las adolescentes de 15 a 17 años llevan una vida sexual activa y el 70% la inician antes de cumplir los 20 años de edad. La edad promedio en la que ocurre el primer coito es de 16 años en ambos sexos.²⁵

Sánchez Casas D. (Perú, 2009), en su estudio sobre "Embarazo en adolescentes y sus complicaciones pre y post parto en la provincia de Cañete", muestra una referencia estadística de qué tan jóvenes los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales, estimándose para las mujeres la edad promedio de su primera relación coital entre los 12 a 15 años.²⁶

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (Perú), ha establecido que la edad media en la que se inicia la primera relación sexual en adolescentes es de 17 años.⁴

Rolando J. (Perú, 2009), en su estudio "Complicaciones Maternas y Perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Diciembre del 2008" encontró que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de las gestantes adolescentes que ingresaron al estudio fue de 15 años en un 23.7%, seguido del 21.2% que inició relaciones sexuales a los 14 años y el 19.7% a los 16 años.²⁷

Grado de instrucción: Relacionado al nivel de educación formal o de escolaridad que obtiene una persona. Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, de acuerdo a las características del sistema educativo del país, considerando los niveles primario, secundario y superior y/o universitario. Se distinguen los siguientes niveles:

- Sin instrucción/Analfabeta: cuando no saben leer ni escribir.
- Primaria: es un nivel básico de estudios donde la persona aprende a leer, escribir y adquiere conocimientos elementales.
- Secundaria: es un nivel más completo de estudios previo a los estudios superiores de nivel universitario y equivalente en institutos de nivel superior.
- Superior: es un nivel alto de estudios que brinda formación profesional o técnica con sus respectivos grados académicos.²⁸

Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002), en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002” encontró que: del 100%(238 adolescentes), 66.81% (159 adolescentes) con embarazo tardío y alto grado de instrucción y 22.69%(54) con embarazo tardío y bajo grado de instrucción; asimismo, 8.82%(21) tienen embarazo precoz y bajo grado de instrucción y 1.68%(4) con embarazo precoz y alto grado de instrucción.²⁹

Sandoval J. et. al. (2007), En su estudio “Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en primigestas adolescentes”, de tipo comparativo retrospectivo de casos y controles, encontró que: 61.2% no tienen secundaria completa y que lo más probable es que definitivamente permanezcan con este grado de instrucción por razones de la maternidad, y que en este grupo de gestantes solo el 8.6% mantiene la condición de estudiante³⁰

Serrano G. (2007), en su estudio “Embarazo en adolescentes”, en el hospital Dr. Raúl Leoni Otero encontró que:99,6% (555 casos) de las adolescentes embarazadas tienen el nivel de escolaridad entre la primaria y secundaria.³¹

Arias P. Cuba (2008) en un estudio sobre “Embarazo en adolescentes “en su variable nivel de instrucción, obtuvo estos resultados: Sin instrucción 10 (9,8%), Instrucción baja 45 (44,11%), Instrucción alta 32 (31,37%).²¹

En Nicaragua (2008), el estudio sobre “Conocimiento de los factores de riesgo en la embarazada adolescente del Barrio Teodoro López”, en cuanto a escolaridad se obtuvo que:45.8% han logrado concluir su secundaria, el 37.5% tienen secundaria incompleta, un 8.3% no terminaron su primaria.³²

La Revista Cubana de Medicina General Integral (Cuba, 2008), señala en su estudio sobre “Gestantes Adolescentes” que todas refirieron haber alcanzado algún nivel de instrucción, siendo los resultados específicos que: 0,9% (3)refieren tener el estado de Sin instrucción,82,9% (287) tienen Instrucción bajay 16,2% (56) tienen Instrucción alta.²¹

Gutiérrez Quezada A. (Costa Rica, 2008), en su estudio “Embarazo en la Adolescencia”: Algunos aspectos característicos de las adolescentes embarazadas atendidas por el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Carlos”, encontró que 64.0% de las adolescentes, tiene nivel de instrucción primaria, 31.0% con nivel de instrucción secundaria y 5.0% son analfabetas, lo que refleja que la población adolescente embarazada/madre tiene poca preparación académica.¹⁴

Sorto M. et. al. (Honduras, 2009), en su estudio “Evaluación integral de la adolescente embarazada en el Hospital de Escuela en Honduras”, encontró que: el 58.0% presento estudios primarios, el 34.8 estudios secundarios, encontrando un 6.5% de analfabetismo.³³

Rolando J. (Perú 2009), en su estudio “Complicaciones Maternas y Perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Diciembre del 2008”, encontró que: 59.6% de las gestantes adolescentes se encuentran en estudio o han terminado el nivel secundaria, 29.8% estudian en nivel primaria y 10.6% con estudios superiores y/o técnicos.²⁷

Parejas sexuales: Referido al número de personas con las cuales tuvo coito o relaciones sexuales la adolescente, desde el inicio de sus actividad sexual.

Velásquez, A. (2005), sostiene que: el 56% de adolescentes refirió haber tenido una sola pareja sexual y un 44% refieren haber tenido mas de dos parejas sexuales¹⁵

Flores S. et. al. (Perú, 2006), realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimiento y conducta sexual en adolescentes de instituciones educativas secundarias mixtas del distrito de Iquitos”, encontrando que: 100% (204) adolescentes con actividad sexual, de ellos 57.8% (118) refieren tener dos o más parejas sexuales y 42.2% (86) refieren tener una pareja sexual.²³

Gómez, T. (Perú, 2007), señala que de una muestra de 264 (100%) adolescentes del 4to y 5to de secundaria de dos instituciones educativas de la ciudad de Iquitos: 136 adolescentes iniciaron actividad sexual y de ellos, el 44.8% (61 adolescentes) tenían una sola pareja sexual y 55.2% (75 adolescentes) mas de dos parejas sexuales.²⁴

García F. (Cuba, 2008), en su estudio sobre “Embarazo en adolescentes”, señala que un 75% de las adolescentes refieren haber tenido más de 2 parejas sexuales.²⁸

Vásquez F. (Bolivia, 2008), en una encuesta sobre el “Inicio de la primera relación sexual”, encontró que: 73,6% habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo.³⁴

Jimmy R.(Perú, 2009);en su estudio “Complicaciones Maternas y Perinatales del embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional De Loreto en el periodo de Enero a Diciembre del 2008”encontró que: el 64.6% de las gestantes adolescentes solo refieren una sola pareja sexual, el 29.8% dos parejas sexuales hasta la fecha del estudio.²⁷

En un estudio realizado en Cuba (2010)sobre la “Primera relación sexual en adolescentes embarazadas” se encontró que: las adolescentes que comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años habían referido tener de 1 a 3 parejas sexuales, las que comenzaron entre los 15 a 17 años habían tenido más de 6 compañeros sexuales, y las que iniciaron sus relaciones sexuales después de los 17 años,habían tenido un número de parejas sexuales significativamente menor.³⁵

FACTORES DEMOGRAFICOS:

Estado Civil:Referido a la condición conyugal que se establece entre dos personas, de acuerdo a las leyes respectivas y de acuerdo al grado de permisividad de una sociedad.

Silva Acosta Z. y et al(Perú,2002), en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002”encontro que: de 100%(238 adolescentes),el 55%(133) son adolescentes con embarazo tardío que tienen pareja (conviviente) y 33.62%(80) no tienen pareja, sin

embargo 9.66%(23) son adolescentes con embarazo precoz que no tienen pareja y 0.84%(2) tienen pareja.²⁹

Echeverry (2003), cuyos resultados del estudio en 400 (100%)adolescentes, señala que encontró que el50 % (200 adolescentes) tienen un estado civil de convivientey 37.5 % (150adolescentes) son de estado civil soltera y 12.5% (50 adolescentes) son casadas.³⁶

Casas (2008), encuentra en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima que: la incidencia del parto en adolescentes fue 18,3%. En cuanto al estado civil se observa que hay mayor frecuencia de unión estable (60,4%), y el estado civil de soltera (53,2%).³⁷

Gutiérrez Quezada A.(Costa rica, 2008), en su estudio “Embarazo en la Adolescencia, algunos aspectos característicos de las adolescentes embarazadas atendidas por el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Carlos”, en cuanto al estado civil de las adolescentes encontró que: en 64.0% predominan las uniones libres (convivientes), seguido de un 30% de solteras y un 6.0% de casadas; que puede asociarse con un cambio en los patrones socioculturales que hace que la mayoría de adolescentes decidan establecer una convivencia con su compañero, alejándose de la tradición religiosa del matrimonio, considerándola menos importante en la actualidad.¹⁴

Sorto M. et-al. (2009), en su estudio “Evaluación integral de la adolescente embarazada en el Hospital de Escuela en Honduras”, encontró que el 72.0% de las adolescentes embarazadas presentaron como estado civil la unión estable, 16.0% fueron solteras y el 12.0% separadas.³²

Procedencia:Lugar de nacimiento de donde proviene una persona, que por efecto de la migración, puede motivar la pérdida del vínculo familiar de los adolescentes debido al traslado de los mismos a las ciudades para estudiar o en busca de trabajo.

La fecundidad en adolescentes aparece fuertemente asociada con el nivel educativo de las mujeres que tienen residencia o procedencia rural, con el hecho de tener antecedentes de fecundidad temprana entre sus parientes directos y en general con situaciones económicas sociales precarias. Asimismo, es dramático comprobar que los niveles más elevados de fecundidad temprana, se encuentran en el área de los departamentos y regiones de la selva y sierra sur del país y que estos niveles prácticamente se han mantenido en los últimos años.³⁸

Las tasas de natalidad son más elevadas para las adolescentes que viven en las zonas rurales. En un estudio de nueve países de América Latina y el Caribe se observó que entre 40.0% y 60.0% de las mujeres rurales habían tenido sus hijas antes de los 20 años, por comparación con 25.0% a 36,0% de las mujeres urbanas³⁹

Egoavil M. y et. al (Perú, 2002), realizaron un estudio sobre “Uso del condón asociados a factores sociodemográficos, culturales y de género en adolescentes de Colegios secundarios estatales mixtos de la ciudad de Iquitos”, encontrando que: 88,5% (277) procedían de la ciudad de Iquitos y el 11,5% (36) procedían de fuera de la ciudad de Iquitos.⁴⁰

Silva Acosta Z. y et al(Perú,2002), en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002”encontró que: de 100%(238 adolescentes) el 52.11%(124) son adolescentes con embarazo tardío que proceden de zona urbana y 37.39%(89) proceden de zona

periurbana y rural, sin embargo 8.40%(20) son adolescentes con embarazo precoz que proceden de zona urbana y 2.10%(5) adolescentes proceden de zona periurbana y rural.²⁹

ENDES (Perú, 2004 - 2005), encontró que: las mujeres del área rural tienen casi el doble de la fecundidad de las mujeres del área urbana (3,7 y 2.0 respectivamente), es decir que respecto al ENDES 2000 la brecha de fecundidad disminuyó de 2.1 a 1.7 hijos. Por lugar de residencia, los mayores niveles de actividad sexual se presentan en mujeres residentes del área rural de la selva y los menores niveles se presentan en las mujeres residentes en Lima Metropolitana y en el área urbana.⁴

Rolando J.(Perú, 2009), en su estudio “Complicaciones Maternas y Perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Diciembre del 2008”, encontró que: 56.6% de gestantes adolescentes proceden de la zona urbano marginal, 23.7% de la zona de rural y 19.7% proceden de la zona urbana²⁷.

TenorioR. (Ecuador, 2010), reporta que en la ciudad de Quito, en el sector Urbano existe un 66.6% de embarazos adolescentes y en el sector rural un 33.4%.⁴¹

TéllesScarlet T. (Nicaragua, 2010), en su estudio sobre “Complicaciones y Partos en adolescentes en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe”, encontró que el 51.0% de las adolescentes eran de aéreas urbanas y el 30.7% de zonas rurales.⁴²

Rodríguez Y. (2010), señala que el 73.1% (134 adolescentes) provienen de zona urbana, el 26.9% (49 adolescentes) provienen de la zona rural⁴³

B. EMBARAZO PRECOZ EN EL ADOLESCENTE:

Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa entre la niñez y la edad adulta, que transcurre entre los 10 y 19 años, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia y donde se establecen las conductas que regirán la vida adulta⁶

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

- Una secuencia de cambios físicos que se evidencian en el crecimiento corporal, con aumento de peso y estatura, cambio de las formas y dimensiones corporales con aumento de la masa y fuerza muscular, que es más marcada en el varón, que no ocurre de manera armónica, como en las mujeres que además muestran un aumento de las mamas. El crecimiento corporal que se presenten trastornos como: torpeza motora, incoordinación, fatiga, que puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Maduración de los órganos sexuales, cuyo desarrollo evidencia la aparición de los caracteres sexuales secundarios e inicia la capacidad reproductiva.
- Búsqueda de sí mismos, desarrolla la identidad sexual, necesidad de independencia y autonomía, tendencia a formar grupos, manifestaciones y conductas sexuales contradictorias, fluctuaciones del estado anímico, relación conflictiva con los padres por su búsqueda de independencia, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con sus pares.

- La elección de una vocación y la selección de una pareja: por la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño que le permita plantear una formulación y respuesta para un proyecto de vida.
- Maduración de las funciones cognitivas, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias que le brindan una nueva capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y con visión de futuro.
- Incorporación de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de la capacidad intelectual y adquisición de una responsabilidad social e individual básica. Dirime su sexualidad aprendiendo a adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de relaciones sexuales, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado; no es extraño que en ocasiones el adolescente sea víctima de conflictos, sufrimientos y desconcierto

Fases de la Adolescencia: Se divide en tres fases:

Adolescencia Temprana: De 10-13 años. Busca reunirse con sus pares o personas de su misma edad y fundamentalmente del mismo sexo, tiende a formar grupos con un tímido acercamiento hacia el sexo opuesto, son frecuentes las demostraciones de mal carácter con rabietas muchas veces abiertamente dirigida a los padres; en algunos casos estas manifestaciones pueden transformarse en conductas antisociales y delincuentes, que si son ocasionales, no implican necesariamente posteriores trastornos psicopatológicos, y en otros casos la alteración emocional se traduce por una retirada pasiva de los intereses o actividades habituales, encerrándose en sí mismo, recluyéndose en su habitación y presentando síntomas claros o enmascarados de tipo depresivo.

Adolescencia Media: De 14 - 16 años. Busca separarse más de la familia en sus actividades; la búsqueda de amigos es más selectiva y pasa de las actividades de grupo a las de pareja; busca diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista; piensa de forma más abstracta y juega con ideas y pensamientos filosóficos; ahora su preocupación es la realidad interpersonal, sus ideas y la de los demás.

Adolescencia Tardía: De 17 a 19 años. Las relaciones interpersonales son estables, con aproximación física y a veces contacto sexual. En el plano biológico y psicológico existe una mayor capacidad de compromiso, con el logro paralelo de la identidad, que implica una autoimagen estable; en lo cognitivo la capacidad de abstraer le permite planificar el futuro, preocuparse por estudiar, el trabajo, su vida en pareja, la relación con la familia vuelve a retomarse con una visión menos crítica y actitud menos beligerante hacia los padres.⁴⁴

Definición de embarazo precoz: Es aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, es decir en mujeres entre 10 a 19 años, con independencia de la edad ginecológica.

El Embarazo en adolescentes, es cada vez más frecuente en países en desarrollo y es considerado como un problema prioritario en la salud pública, especialmente en comunidades deprimidas por la pobreza, debido a su alto riesgo de morbilidad en el producto de la concepción (bajo peso al nacer, prematuridad) y en la madre. Así en el país de El Salvador, es costumbre que la mujer tenga su primer hijo siendo una adolescente, se afirma que es producto de la patología social evidenciada en: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia y violencia⁴⁴.

Edad en el Embarazo Precoz: Es la edad cronológica que tiene la mujer al momento del parto. Cuando la madre es adolescente entre 10 a 19 años, el recién nacido tiene mayores probabilidades de complicaciones.⁴⁵

Echeverry C. y et. al (Colombia, 2003), en un estudio sobre “Características psicosociales de madres adolescentes en tres instituciones de Salud de Manizales”, definen embarazo precoz, al que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, o sea del tiempo transcurrido desde la menarquía, donde aún es dependiente de su núcleo familiar de origen. Los pensamientos y actitudes que los adolescentes tienen sobre el embarazo, demuestra la baja percepción que tienen de su gravedad, no se dan cuenta del daño potencial para su salud, solo muestran preocupaciones por lo económico y la falta de apoyo paternal, incluso algunos con el embarazo registran ganancias afectivas, obtienen compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad³⁵

Díaz Sánchez (México, 2004), en un estudio realizado sobre el embarazo en adolescentes, afirma que uno de cada seis nacimientos no planeados y probablemente no deseados ocurre en mujeres menores de 19 años, que desde el punto de vista médico y social es una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, el hijo y su pareja. Por otro lado, aun cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos y forma de uso de los anticonceptivos, solo la mitad de los sexualmente activos usan alguno de ellos.⁴⁶

Sandoval J. et. al.(2007), en un estudio sobre Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes, de tipo comparativo retrospectivo de casos y controles, encontró que 6.79% del total de embarazos en adolescentes corresponden a adolescentes en fase temprana, siendo la edad media de 17 años²⁹.

Gutiérrez Quezada A. (Costa Rica, 2008), en su estudio Embarazo en la Adolescencia: Algunos aspectos característicos de las adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Carlos, encontró que el 65% de la población atendida por un embarazo, tiene entre 16 a 17 años de edad; 31% tienen entre 14 a 15 años y 4.0% entre 12 a 13 años, siendo el promedio de edad de 16 años y 4 meses.¹⁴

Rolando J. (Iquitos, 2009), en su estudio Complicaciones Maternas y Perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo de Enero a Diciembre del 2008, encontró que la edad promedio de gestantes adolescentes fue de 16.2 años (IC 95 % 15.1- 17.2). De las 198 gestantes adolescentes que ingresaron al estudio el 80.3% eran adolescentes en etapa tardía y el 19.7 % adolescentes en etapa temprana.²⁷

El embarazo precoz o en edades cada vez más tempranas, se está convirtiendo en un problema social de alcance mundial, que afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad⁴⁷

Causas del embarazo precoz: El embarazo precoz es multicausal, y diversos factores lo favorecen o se asocian con él. Así tenemos:

- **Individuales:** que se asocian para condicionar la vida de los adolescentes. Así tenemos: dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conductas de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida,

insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que también estuvieron embarazadas en la adolescencia.

- **Biológicos:** donde juega un papel primordial la menarquía, que actualmente conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad cada vez menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, aumentando la exposición al riesgo de embarazo en edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.
- **Psicológicos:** el embarazo en la adolescencia, muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. El egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor muy poderoso.
- **Sociales:** estos factores se relacionan con la abundante propaganda que incita a las relaciones sexuales, la tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), y la falta de acceso a los servicios de planificación familiar. En algunas sociedades, se asigna a la mujer el matrimonio a edad temprana y el rol de género tradicional, factores importantes en las altas tasas de embarazo precoz. Así, en algunos países de África, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad

de la mujer; en el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades. Entre las causas sociales tenemos: inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas, permanecer mucho tiempo solas(os), pocas oportunidades de esparcimiento, poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción, abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

- Familiares: debido a problemas de familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Los factores de riesgo asociados a la familia son: inestabilidad emocional, el

embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres⁴⁸

Conducta Sexual del Adolescente:

La salud de adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social, hacen que sea la adolescencia después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital.

La familia tiene un rol de primer orden como factor determinante de las actividades y conductas sexuales de los adolescentes; debido a que es el mejor y más eficiente agente de socialización que promueve normas, valores y creencias en las nuevas generaciones. Una característica propia del adolescente y adulto joven es el interés de las relaciones heterosexuales que manifiesta un patrón progresivo hacia la madurez. es necesario precisar que los jóvenes no copian o imitan todas las conductas que observan en otras personas sino que seleccionan los que creen conveniente, practicando solo aquellas conductas con las que se sienten más identificados.

Los intereses sexuales de ambos sexos, aumentan de manera importante en la adolescencia; los varones van impulsando o sometiendo a prueba sus poderes de conquista y hazañas sexuales, pues son más activos en el aspecto sexual, son más decididos para hablar de sus actividades sexuales, tiene capacidad biológica para la reproducción pero no se encuentra maduro psicosocialmente para enfrentar este proceso; por ello, muchos inicien una actividad sexual basada en relaciones pasajeras; carentes de amor, donde el cambiar de pareja es costumbre, lo que predispone hábitos riesgosos, que lo puedan llevar al embarazo no deseado o a padecer una enfermedad de transmisión sexual.⁴⁹

C. MODELO TEÓRICO O DOCTRINA SOBRE LOS FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS Y EL EMBARAZO PRECOZ:

Algunos modelos teóricos, que pueden relacionarse con las variables en estudio, son:

- **Modelo “Hombre - Vida y Salud” de PARSE(1987)**, que contempla al ser humano como un sistema abierto con libertad para elegir o tomar decisiones entre diversas opciones tendientes a darle un significado a una situación, durante los intercambios que establece entre seres humanos y el ambiente. Su meta es estimular a la persona para que comparta sus pensamientos y sentimientos acerca del significado de una situación. En el caso del adolescente con determinadas características biosociodemográficas que se desenvuelve en un medio ambiente determinado, donde según sus experiencias de vida puede tomar decisiones acertadas o no en el aspecto de su sexualidad, al interrelacionarse con otro ser humano, dando como una de sus consecuencias un embarazo precoz; es decir que el adolescente se siente estimulado o motivado por sus pensamientos, sentimientos y carencias afectivas, para tomar la decisión de iniciar su actividad sexual y como generalmente lo hace sin la responsabilidad de tomar precauciones en consecuencia queda embarazada precozmente.
- **Modelo de la persona unitaria de ROGERS (1970,1986)**, considera al individuo como un conjunto unitario, en constante interacción con el medio. La persona unitaria constituye un campo de energía el cual es más diferente que la suma de sus partes biológicas, físicas, sociales y psicológicas. A la luz del modelo de Rogers, se contempla al adolescente, como un fenómeno sinérgico con la naturaleza y en búsqueda constante de dirección en el medio en que se desenvuelve hacia su desarrollo como ser humano unitario en búsqueda de lograr el máximo bienestar posible. Infelizmente, los factores biosociodemográficos tienen una significativa

influencia de modo que las interacciones que establece pueden terminar en un embarazo precoz.

- **Modelo de Adaptación de ROY (1984,1991)**, que propone que los seres humanos constituyen sistemas biopsicosociales adaptativos que enfrentan el cambio ambiental a través de un proceso de ajuste, dentro del sistema humano que comprende a su vez cuatro subsistemas que son: las necesidades fisiológicas, el autoconcepto, rol-función e interdependencia. Según este modelo el objetivo de enfermería sería promover la adaptación de las adolescentes que implicaría aceptar en primera instancia la realidad de que existe un embarazo en su vida, al tiempo que se la ayuda a regular los estímulos que podrían afectar su funcionamiento biopsicosocial.⁵⁰

3. DEFINICIONES OPERACIONALES

1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS: Definida como el conjunto de aspectos físicos, sociales y demográficos, que caracterizan al sujeto de estudio, y que se encuentran registrados en la historia clínica de hospitalización, al momento de la recolección de datos, de las adolescentes gestantes atendidas el año 2010.

Incluye los siguientes factores:

- a) **Menarquía:** Es la edad en la que la adolescente en estudio refiere haber tenido su primera menstruación, registrado en la historia clínica. Fue medido con los siguientes indicadores:
- Menarquía Precoz: cuando esta registrado en la Historia clínica que sucedió en edad de 10 a 11 años.
 - Menarquía Normal: cuando está registrado en la Historia clínica que sucedió entre 12 y 13 años.
 - Menarquía Tardía: cuando esta registrado en la Historia clínica que sucedió de 14 años a más.
- b) **Grado de instrucción:** Referido al nivel de educación formal dentro del sistema educativo, logrado por la adolescente en estudio al momento de ser atendido en el HRL y registrado en su historia clínica. Fue medido con los siguientes indicadores :
- Sin instrucción o Analfabeta: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió no tener ningún grado

- Grado de instrucción Bajo: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió tener primaria completa o incompleta y secundaria completa o incompleta.
- Grado de instrucción Alto: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió tener estudios superiores completos o incompletos.

c) Estado civil: Condición de la relación de pareja que refiere tener la adolescente al momento de la recolección de datos. Incluye los siguientes indicadores:

- Soltera: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió no tener pareja.
- Conviviente: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió estar unida a su pareja sin el vínculo del matrimonio civil.
- Casado: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió estar unida a su pareja en condiciones legales dentro del vínculo del matrimonio civil.

d) Edad de inicio de las relaciones sexuales: referido a la edad cronológica que la adolescente sujeto de estudio, indica que tuvo por primera vez una relación sexual coital, registrado en la historia clínica. Fue medido a través de los indicadores:

- Inicio en adolescencia temprana: si registra en la historia clínica que lo inició entre 10 y 14 años.
- Inicio en adolescencia tardía: si registra en la historia clínica que lo inició entre 15 y 19 años

e) **Parejas sexuales:** referido al número de personas con las que la adolescente sujeto de estudio, tuvo relaciones sexuales desde su inicio sexual hasta el embarazo precoz, registrado en la historia clínica. Fue evaluado como:

- Una pareja: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió tener solamente una pareja sexual.
- De dos a más: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió tener de dos a más parejas sexuales.

f) **Procedencia:** es la zona originaria, de lugar de nacimiento o de donde deriva la adolescente sujeto de estudio, registrado en la historia clínica del HRL. Fue medido a través de los indicadores:

- Urbana: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió haber nacido en una ciudad con alta densidad poblacional, organizada con autoridades, con servicios básicos, tránsito automotor, servicios educativos y tecnología.
- Rural: cuando en la historia clínica esta registrado que la adolescente refirió haber nacido en un pequeño poblado de la ribera y/o carretera, con escasa densidad poblacional, con actividades agrícolas, sin servicios básicos ni servicios educativos, entre otros.

2. VARIABLE DEPENDIENTE:

EMBARAZO PRECOZ: Es el número de años de vida o la etapa cronológica en la que se encuentra la adolescente sujeto de estudio al momento de su primer embarazo, cuyo parto ameritó su atención en el HRL y registro en la historia clínica respectiva. Fue evaluado como:

- **Embarazo en adolescencia Temprana:** cuando la historia clínica de atención en el HRL, registra que la adolescente tiene entre 10 a 13 años.

- **Embarazo en adolescencia Media:** cuando la historia clínica de atención en el HRL, registra que la adolescente tiene entre 14 a 16 años.

- **Embarazo en adolescencia Tardía:** cuando la historia clínica de atención en el HRL, registra que la adolescente tiene entre 17 a 19 años.

4. HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL:

Existe relación estadística entre los factores Biosociodemográficos y el embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de la ciudad de Iquitos. Año, 2010.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

- Existe relación estadística, entre Menarquía y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.
- Existe relación estadística, entre Grado de instrucción y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.
- Existe relación estadística, entre Estado Civil y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.
- Existe relación estadística, entre Edad de inicio de relaciones sexuales y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.
- Existe relación estadística, entre Número de parejas sexuales y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.
- Existe relación estadística, entre Procedencia y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. Método y Diseño de la Investigación:

Método:

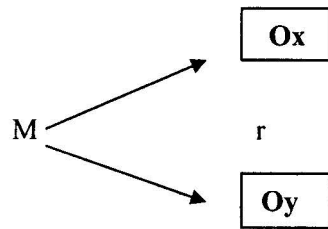
Se utilizó el método cuantitativo, porque esta orientado a determinar si existe asociación entre las variables en estudio, para lo cual se cuenta con un marco teórico que sustenta a las misma, instrumento estructurado para el procedimiento de recolección sistemática de la información que fue procesada utilizando pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, para contrastar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.

Diseño:

En el presente trabajo de investigación se empleó el diseño no experimental, correlacional y retrospectivo.

No experimental, porque se estudiaron las variables tal y como se presentan en su contexto natural o la realidad, sin introducir ningún elemento o hacer variar intencionalmente los Factores Biosociodemográficos asociados al embarazo precoz en adolescentes. **Correlacional**, porque permitió asociar las variables Factores Biosociodemográficos y embarazo precoz en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del hospital Regional de Loreto de Iquitos, y **Retrospectivo**, porque la información o datos se recolectaron tomando como referencia el primer embarazo de la adolescente y que ha hecho necesario su atención de parto en el hospital indicado, durante el año 2,010.

Diagrama del diseño: El diseño tiene el siguiente diagrama:



Especificaciones:

M : Muestra.

O : Observaciones.

XY: Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Indica la relación entre las variables de estudio.

2. Población y Muestra:

Población:

La población en estudio estuvo constituida por todas las Historias Clínicas de las adolescentes de 10 a 19 años, donde está registrada el diagnóstico de su primer embarazo, atendidas en el HRL durante el año 2010, que hacen un total de 279 Historias Clínicas.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por el 100% de la población es decir las 279 adolescentes atendidas en el HRL durante el año 2010, y en cuya historia clínica se evidenció el diagnóstico de embarazo.

a) Tamaño de la muestra: Para determinar el tamaño de la muestra de estudio, no fue necesario aplicar ninguna fórmula estadística, porque se conoce exactamente la cantidad de Historias Clínicas con el diagnóstico especificado.

b) Criterios de inclusión: Conformarán la muestra, todas las adolescentes en cuya historia clínica se evidencia los siguientes datos:

- Edad entre 10 a 19 años.
- Diagnóstico de su primer embarazo

3. Técnicas e Instrumentos:

Técnica:

En el presente estudio se empleó la técnica de observación de la Historia Clínica para obtener la información requerida sobre las variables en estudio: edad materna, menarquía, grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales, parejas sexuales, estado civil y procedencia.

Instrumentos:

Se utilizó los siguientes instrumentos:

- ✓ **Registro de Factores Biosociodemográficos y Embarazo Precoz:** para consignar toda la información referente a: edad materna, menarquía, grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales, parejas sexuales, estado civil y procedencia, así como del embarazo.

- ✓ **Historia Clínica:** de las adolescentes atendidas con diagnóstico médico de embarazo, durante el año 2010.

Validez y confiabilidad de los instrumentos:

No requiere prueba de validez y Confiabilidad, ya que la información a recolectar no ha cambiado ni se ha modificado con el tiempo, y se mantiene en los archivos del HRL, por ser un documento legal.

4. Procedimiento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Solicitudo la autorización respectiva a la Dirección Regional de Salud del MINSA, para la recolección de datos, a través de la Decanatura de la Facultad de Enfermería de la UNAP.
- ✓ Se coordinó con el Director y el jefe de estadística del HRL, sobre: Las facilidades para el uso de las historias clínicas de adolescentes atendidas por embarazo el año 2,010, el horario y tiempo de duración de la recolección de los datos de investigación.
- ✓ Se procedió a la recolección de datos vistiendo el uniforme de salud pública, las tres investigadoras en forma simultánea, en turnos de mañana (8 am. a 3.00 pm), revisando las historias clínicas en un ambiente privado, teniendo en cuenta los principios éticos y bioéticos.
- ✓ La recolección de datos tuvo una duración de 5 días calendario, en la que se revisaron 18 historias clínicas por día, bajo la responsabilidad exclusiva de las investigadoras.

5. Análisis de Datos

En el procesamiento de la información, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0 en español, para un entorno virtual Windows Vista 2007, que permitirá la aplicación de las pruebas estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) y la prueba estadística inferencial no paramétrica “Chi- Cuadrada.

6. Limitaciones:

- ✓ Se encontró limitación para la aplicación de los instrumentos en el tiempo convenido, debido a las normas administrativas del Hospital Regional de Loreto.
- ✓ Falta de organización de los trabajadores del área de Admisión para acceder a las Historias Clínicas

7. Protección de los derechos Humanos:

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, y se manejaron teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- El instrumento fue anonimizado, para no dañar la integridad física, emocional o moral del sujeto de estudio.
- Se mostró respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por las investigadoras y para lograr los fines de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS: TABLA 01
FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS EN ADOLESCENTES GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS-2010

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICAS		N°	%
MENARQUIA X=12.29 Desv.tip=1.321	Menarquía Precoz (10-11 años)	81	29,0
	Menarquía Normal (12-13 años)	150	53,8
	Menarquía Tardía (14 a mas)	48	17,2
	Total	279	100.0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción o analfabeta	19	6,8
	Grado de instrucción bajo (Prim/Sec)	231	82,8
	Grado de instrucción alto (Tec/Sup)	29	10,4
	Total	279	100.0
ESTADO CIVIL	Soltera	88	31,5
	Conviviente	166	59,5
	Casada	25	9,0
	Total	279	100.0
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES X=14.77 Desv.tip=1.495	Inicio en adolescencia temprana (10-14)	121	43.4
	Inicio en adolescencia tardía (15-19)	158	56.6
	Total	279	100.0
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES X=1.96 Desv.tip=1.079	Pareja Única	114	40.9
	De dos a más parejas	165	59.1
	Total	279	100.0
PROCEDENCIA	Urbano	174	62.4
	Rural	105	37.6
	Total	279	100.0

La Tabla 01, presenta a las adolescentes gestantes según factores biosociodemográficos, cuyas historias clínicas registran su atención en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010, en el cual se observa: La edad promedio de la primera menstruación fue de 12,29 años, con una desviación de 1.321 años. En términos categóricos se observa que el 53.8% (150 adolescentes) tuvieron una menarquía normal (12 a 13 años). El 82.8% de los adolescentes presentan un grado de instrucción bajo que incluye el nivel primario y secundario. El 59.5% de los adolescentes están en la categoría del estado civil conviviente. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 14.77 años con una desviación de 1.495 años, es decir que el 56.6% de los adolescentes pertenecen a la categoría edad de inicio de relaciones sexuales en la adolescencia tardía en edades de 17 a 19 años. El promedio de número de parejas sexuales es de 2, con una desviación típica de 1 una pareja, es decir que el 59.1% de los adolescentes tuvieron de dos a más parejas sexuales. El 62.4% de los adolescentes proceden de la zona urbana.

TABLA 02
EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FASES, EN ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO,
IQUITOS -2010

EMBARAZO PRECOZ	N°	%
Embarazo en adolescencia temprana (10-13 años)	9	3.2
Embarazo en adolescencia media (14- 16 años)	115	41.2
Embarazo en adolescencia tardía (17- 19 años) X=16.58 Desv.tip=1.522	155	55.6
TOTAL	279	100.0

Fuente: Ficha de Registro de factores Biosociodemográficos y Embarazo Precoz

La Tabla 02, muestra que: el 55.6% de adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Iquitos, 2010 tuvieron su primer embarazo en la etapa de la adolescencia tardía es decir entre 17 a 19 años, siendo el promedio de edad de 16.58 años.

TABLA 03
MENARQUÍA SEGÚN EMBARAZO PRECOZ, EN ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, IQUITOS – 2010

MENARQUIA	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	En Adolesc. temprana		En Adolesc media		En Adolesc. tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menarquía Precoz(81) (10-11 años)	8	2.8	39	14.0	34	12.2	81	29.0
Menarquía Normal (150) (12-13años)	1	0.4	64	22.9	85	30.5	150	53.8
Menarquía Tardía (48) (14 a mas años)	0	0.0	12	4.3	36	12.9	48	17.2
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=25.773$ $gl=4$ $p=0.000$

La tabla 03, muestra el 30,5% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010 presentaron una menarquía normal y un embarazo precoz tardío.

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de nivel de confianza, donde $p=0.000 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística, entre Menarquía y Embarazo en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

TABLA 04

GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010

GRADO DE INSTRUCCIÓN	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	En Adolesc. Temprano		En Adolesc. Media		En Adolesc. Tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin Instrucción (19)	1	0.4	17	6.1	1	0.4	19	6.8
Bajo (Prim. y Sec) (231)	8	2.8	98	35.1	125	44.8	231	82.8
Alto (Tec. o Sup) (29)	0	0.0	0	0.0	29	10.4	29	10.4
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=43.037$ $gl=4$ $p=0.000$

La Tabla 04, sobre grado de instrucción y embarazo precoz, muestra que el 44.8% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Iquitos – 2010, presentan un grado de instrucción bajo y un Embarazo en la Adolescencia Tardía.

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.000 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística, entre Grado de Instrucción y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

TABLA 05

**ESTADO CIVIL SEGÚN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO,
IQUITOS – 2010**

ESTADO CIVIL	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol Media		Embarazo en Adol Tardío		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Soltera	4	1.4	43	15.4	41	14.7	88	31.
Conviviente	5	1.8	66	23.6	95	34.1	166	59.
Casada	0	0.0	6	2.2	19	6.8	25	9.0
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$$X^2=7.674 \quad gl=4 \quad p=0.104$$

La Tabla 05, muestra que el 34.1% de los adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, presentaron un Estado Civil de Conviviente y un Embarazo en la etapa de Adolescencia Tardía entre 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.104 > 0.05$, por lo que se concluye que no existe relación estadística, entre Estado Civil y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

TABLA 06

**EDAD DE INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES SEGÚN
EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010**

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol Media		Embarazo en Adol Tardío		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Inicio Adolesc. Temprana	9	3.2	78	28.0	34	12.2	121	43.4
Inicio Adolesc. Tardía	0	0.0	37	13.2	121	43.4	158	56.6
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=68.752$ $gl=2$ $p=0.000$

La Tabla 05, muestra que el 43.4% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, presentaron una Edad de Inicio en la Adolescencia Tardía es decir entre 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.000 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística, entre la Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales y Embarazo precoz, en Adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

TABLA 07

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES SEGÚN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS- 2010

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol. Media		Embarazo en Adol Tardío			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Única	6	2.1	46	16.5	62	22.2	114	40.9
De dos a más	3	1.1	69	24.7	93	33.4	165	59.1
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=2.563$ $gl=2$ $p=0.278$

En la Tabla 07, muestra que el 33.4% de los adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, presentaron de dos a más parejas sexuales y un Embarazo en la Adolescencia Tardía entre los 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.278 > 0.05$, por lo que se concluye que no existe relación estadística, entre Numero de Parejas Sexuales y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

TABLA 08

PROCEDENCIA SEGÚN EMBARAZO PRECOZ, EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010

PROCEDENCIA	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol Media		Embarazo en Adol Tardío		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Urbano	4	1.4	61	21.8	109	39.1	174	62.4
Rural	5	1.8	54	19.4	46	16.5	105	37.6
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=9.671$ $gl=2$ $p=0.008$

La Tabla 08, muestra que el 39.1% de los adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, proceden de la Zona Urbana y una categoría de Embarazo en la Adolescencia Tardía entre los 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.008 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística significativa, entre la Procedencia y Embarazo Precoz, en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

2. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con 279 historias clínicas de adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2010, para determinar si existe asociación entre los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz.

Los factores biosociodemográficos de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2010, fueron: 53.8% presentaron menarquía normal (11 a 13 años); el 82.8% con grado de instrucción bajo con primaria o secundaria; 59.5% con estado civil conviviente; 56.6% con inicio de relaciones sexuales en la adolescencia tardía (17 a 19 años); 59.1% con dos a más parejas sexuales; 62.4% que proceden de zonas urbanas; y el 55.6% presenta un embarazo en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años). Estos resultados coinciden con **Reyes Turcios (2005)** que encontró que la edad en que predomina el embarazo fue de 16 a 19 años; que el grado de instrucción 39% de primaria completa y 36% de secundaria incompleta; 58%, refiere que la edad de inicio sexual activa fue en promedio a los 15 años. Asimismo concuerda con **Rolando J. (2009)** quien encontró que la edad promedio de gestantes adolescentes es de 16.2 años. Igualmente con **Quezada M. (2010)** quien encontró que la menarquía predomina en 86,53% en el grupo de 10 a 14 años, que guarda relación con la fisiología de este proceso que normalmente aparece en esa edad. Este dato evidencia el adelanto en el establecimiento de roles y responsabilidades que corresponde a etapas posteriores del ciclo vital, que el adolescente se ve forzado a llevar y que influencia en su proyecto de vida y en el tipo de cuidado a brindar al niño y a sí misma.

En relación a los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz, se obtuvo lo siguiente:

- Al asociar menarquía y embarazo precoz se encontró relación estadística con una $p=0.000$ teniendo la edad media a los 12 años aceptándose la hipótesis “existe relación estadística, entre menarquía y embarazo precoz, en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este resultado coincide con **Leoni O (Bolivia, 2007)** quien al estudiar “Embarazos en Adolescentes”, encontró que la edad promedio de menarquía en las gestantes adolescentes de 12 años. También con **Quezada M (2010)**, quien en su estudio “Gestantes adolescentes y su repercusión en el área de salud” encontró que la menarquía predominó en el grupo de diez a 14 años, es decir en un promedio de 12 años. Este resultado, demuestra que la adolescente al tener su menarquía tiene mas probabilidad de tener un embarazo precoz.
- Al asociar Grado de Instrucción y Embarazo Precoz se encuentra relación estadística con una $p=0.000$, el 59.5% presentan un grado de instrucción bajo. Este resultado coincide con **Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002)**, en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002” el 66.81% (159) son adolescentes con embarazo tardío que tienen alto grado instrucción, para contrastar su hipótesis aplico, la prueba no paramétrica de la X^2 obteniéndose: $X^2= 35.66$, $gl= 1$ con una $p=0.000$. Asimismo concuerda con **Sorto M (Honduras 2009)**, quien en su estudio “Evaluación integral de la adolescente embarazada en el Hospital de Escuela” encontró 58.0% con estudios primarios y 34.8% con estudios secundarios, es decir bajo nivel de estudios. Este dato, refuerza que mientras mas bajo grado instrucción tenga las adolescentes adelantan las relaciones sexuales y el riesgo de embarazo precoz.

- Al asociar Estado Civil y Embarazo Precoz no se encuentra relación estadística con una $p=0.104$, no aceptándose la hipótesis “existe relación estadística, entre estado civil y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este resultado coincide con lo encontrado por **Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002)**, en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002”, el 55%(133) son adolescentes con embarazo tardío que tienen pareja (conviviente), para contrastar su hipótesis aplico, la prueba no paramétrica de la X^2 obteniéndose: $X^2= 27.01$, $gl= 1$ con una $p=0.000$. También con lo encontrado por **Gutiérrez Quezada A. (2007)**, en su estudio “Embarazo en la adolescencia”, donde predominan el estado civil de convivencia en 64.0%. Este dato es muy importante por las aplicaciones sociales legales, que deben enfrentar las adolescentes y sus hijos, en una sociedad que margina y penaliza a las mujeres que no siguen la normativa del matrimonio, sin embargo en muchas sociedades es costumbres que las adolescentes se casen a los 13 o 14 años y tengan que asumir las tarea de llevar el gusto al esposo o de la familia, esto se incrementa mucho mas en casos de embarazos a temprana edad o sencillamente llegan a reunirse por causa o exigencia de los padres, y en otros casos tienen que enfrentar la situación de madres solteras.

- Al asociar Edad de inicio de las relaciones sexuales y Embarazo precoz se encuentra que existe relación estadística, con una $p=0.000$ con una edad promedio de 15 años, aceptándose la hipótesis “existe relación estadística, entre edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Resultado que coincide con el estudio de la **Universidad de la Frontera (Chile, 2006)**, donde la edad del primer coito en las gestantes adolescentes es entre 15 a

18 años. Por otro lado también coincide con el estudio realizado por **Gutiérrez Quezada A. (2007)** que en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto el año 2008” señala que el inicio de la vida sexual es de 15 años. Este dato, evidencia que al iniciar las relaciones sexuales tienen la probabilidad de tener un embarazo precoz.

- Al asociar Número de parejas sexuales y embarazo precoz muestra que no existe relación estadística, con una $p=0.278$, teniendo como resultado de dos a más parejas sexuales no aceptándose la hipótesis planteada “existe relación estadísticamente significativa, entre número de parejas sexuales y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este dato no coincide con lo encontrado **Gómez, T. (2007)** quien señala que 55.2% tiene más de dos parejas sexuales. Pero, no concuerda con **Rolando (Perú, 2009)**, quien en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto, 2008” encontró que 64.6% de gestantes adolescentes refieren tener solo una sola pareja sexual y el 29.8% dos parejas sexuales. Este dato, si bien no es significativo, sin embargo está señalando la tendencia a una conducta promiscua en cuanto a la sexualidad en los adolescentes que es asumida sin responsabilidad por sus consecuencias cual es la aparición de un embarazo no deseado, que amerita ser tomada en cuenta por el personal de enfermería en su trabajo de prevención primaria en las familias de la comunidad, para reorientar hacia conductas sexuales protectoras y no de riesgo.
- Al asociar Procedencia y embarazo precoz muestra que existe relación estadística, con una $p=0.008$, aceptándose la hipótesis planteada “Existe relación estadística, entre procedencia y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el

Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010". Este resultado coincide con Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002), en su estudio "Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002" encuentro que de 100% (238 adolescentes) el 52.11%(124) son adolescentes con embarazo tardío que proceden de zona urbana, para contrastar su hipótesis aplico, la prueba no paramétrica de la X^2 obteniéndose: $X^2= 4.44$, $gl= 1$ con una $p=0.035$. Estos hallazgos concuerdan con el de Tenorio R. (Ecuador, 2010), quien reporta que en Quito existe 66.6% de embarazos adolescentes en el sector urbano. Este dato, evidencia que el hecho de que las adolescentes vivan en zonas urbanas donde se asume que tienen mayor acceso a la información, no utilizan un mejor criterio para la toma de sus decisiones; sin embargo esto no parece ser congruente en el aspecto sexual, pues no dudan en aceptar iniciarse tempranamente en sus relaciones sexuales probablemente sin reconocer que se necesita asumir responsabilidades previas y la protección necesaria para evitar embarazos no deseados; ello amerita la necesidad de modelar algunas habilidades sociales en los mismos, estudiar otras variables que pueden asociarse a éste comportamiento sexual inadecuado para fortalecer sus capacidades tendientes a la disminución del embarazo precoz.

3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y según los objetivos planteados, de un total de 279 (100%) de adolescentes gestantes, se concluye que:

1. Los factores biosociodemográficos de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2010, fueron: 53.8% presentan menarquía normal de 11 a 13 años; 82.8% con grado de instrucción bajo con primaria o secundaria; 59.5% con estado civil conviviente; 56.6% con inicio de relaciones sexuales en la adolescencia tardía entre 17 a 19 años; 59.1% con dos a más parejas sexuales; y 62.4% que proceden de zonas urbanas.
2. La categorización o tipificación del embarazo precoz según las fases de la adolescencia, es que se presenta en la etapa de adolescencia tardía entre 17 a 19 años del total de las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto presentan un embarazo tardío.
3. En cuanto a la asociación entre los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz, se obtuvo asociación significativa entre: menarquía ($p=0.000$), grado de instrucción ($p=0.000$), edad de inicio de las relaciones sexuales ($p=0.000$), procedencia ($p=0.008$), y el embarazo precoz.
4. No se obtuvo asociación significativa entre: estado civil ($p=0.104$), número de parejas sexuales ($p=0.278$) y el embarazo precoz.

5. RECOMENDACIONES

Los hallazgos del presente estudio de investigación nos permiten hacer las siguientes recomendaciones:

1. A la Dirección Regional de Salud:

A los profesionales de salud que trabajan en la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a realizar actividades intra y extra murales para ayudar a las adolescentes a asumir con responsabilidad su vida sexual y reproductiva.

2. Al Ministerio de Educación:

- Reforzar y reorientar la capacitación a los docentes que trabajan con adolescentes, en el proceso de enseñanza aprendizaje en materias de sexualidad humana.
- Desarrollar sesiones educativas con los padres, madres y adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, en las escuelas de padres.

3. A la Facultad De Enfermería:

- A través de las asignaturas del área Materno – Infantil a fines de motivar y sensibilizar a los estudiantes de enfermería en el trabajo con adolescentes para que realicen sesiones educativas, seminarios, talleres, visitas domiciliarias, campañas de salud, y terapias grupales de la comunidad, entregando folletos relacionados al tema para su difusión y prevención de embarazos.

4. A la comunidad:

- Capacitar a los actores sociales sobre educación sexual y así prevenir embarazos no deseados y de riesgo en adolescentes.
- Que los padres asuman la responsabilidad de brindar educación sexual a sus hijos, hablando con claridad y veracidad sobre la sexualidad en general y las relaciones sexuales en particular.

5. A los institutos de investigación y a los investigadores interesados en esta temática realizar investigaciones similares para confrontar los resultados, así como estudios analíticos y de intervención dada la magnitud del problema en salud pública que representa este grupo etéreo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raguz M. Panorama de la Salud sexual y la Salud reproductiva de los y las adolescentes en el Perú. Revista Movimiento Manuela Ramos[serial online] 2010 [citado 11 de Abril del 2011] Disponible en URL: [www/manuela.org.pe/"PDF/PonenciaRaguz.pdf](http://www.manuela.org.pe/)
2. Zubarew T. (2007). Tema 3: Salud Sexual y Reproductiva. Ginecología. Lección 7: sexualidad del adolescente. Diplomado en desarrollo y salud integral del adolescente. [Internet]. Chile 2007 [acceso abril- julio 2009]. Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/cursos/lecciones/leccion15/M3L15Leccion.html>. Pp.80.
3. Organización Panamericana de la Salud. Fondo de Población para las Naciones Unidas. El embarazo en adolescencia. Lineamientos para el diseño de investigaciones y aspectos socioculturales. Washington 2007
4. Encuesta Demográfica y Salud Familiar. ENDES. Salud sexual y reproductiva. Lima 2006
5. Berrocal, L. (2005). Psicología Sexual, masturbación, relaciones sexuales tempranas y embarazos no deseados. [Internet] Panamá 2005 [acceso 12 abril de 2009]. Disponible en: http://bersoa10.blogspot.com/2007/01/psicologa_sexual.html. Pp. 52.
6. Cesar A. Protocolo de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes en América Latina. Washintong DC.
7. Encuesta Demográfica y Salud Familiar. ENDES. Salud sexual y reproductiva. Lima 2006
8. Dirección Regional de Salud Loreto. Datos de adolescentes gestantes e infecciones de transmisión sexual. 2009. Pp. 07

9. Hospital César Garayar García. Informe Estadístico del embarazo en adolescentes. Estadística e informática. HCGGI. 2005. Pág. 12-106
10. Organización Panamericana de la Salud. Fondo de Población para las Naciones Unidas. El embarazo en la adolescencia. Lineamientos para el diseño de investigaciones y aspectos socioculturales. Washington 2007
11. Houston E, Armstrong S. Preventing fertility, world, wide, coneains. Population, bulletin, population. Reference bureau. 2004. Vol.40. Pág. 202-210
12. Vigil G. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev. Ginecol. obstet. Venez. 2004 v.67 n.2. 2007 pág. 111-122
13. Reyes Turcios A. Conocimiento de salud reproductiva en las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Ginecología y Obstetricia. 2005. Pág. 36-44
14. Gutiérrez Quezada A. Embarazo en la Adolescencia: Algunos aspectos característicos de las adolescentes embarazadas atendidas por el Servicio de Trabajo Social del Hospital San Carlos. Universidad de Costa Rica. [serial online] 2007 [citado 16 de Abril del 2011] Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/nacimientos/NACMacros.asp>
15. Velásquez A. Efecto de un CD multimedia en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida de adolescentes de colegios de Lima Metropolitana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2005[serial online] 2009 [citado 11 de Abril del 2011] Disponible en URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v66_n3/pdf/a06.pdf. Pp. 58.

16. UNICEF. Situación del País: Adolescencia. Perú [serial online] 2010 [citado 14 de Abril del 2011] Disponible en URL: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm
17. Ministerio de Salud Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Reproductiva en el Perú. Informe Técnico. N°2. Edit. Decisión Grafica S.A. Lima Perú 2004. Pág. 64
18. Mirabal Martínez Grisell, Modesta Martínez María, Pérez Domínguez Damaris. Policlínico Docente Manuel González Díaz. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev. Cubana Enfermería. [serial online] 2009 [citado 17 de Abril del 2011] Disponible en URL: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf08302.pdf
19. Leoni Otero Raúl. Embarazo en Adolescentes. Hospital San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Pág. 53-57
20. Quesada Mario; Romero María; Prieto María; Rodríguez Carlos. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey. [serial online] 2010 [citado 19 de Abril del 2011] Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000300010&script=sci_arttext&tlng=en
21. Villavalba M. Inicio sexual temprano. Parte I. Rev. Cubana de Med. Gen. Integr. Ciudad de La Habana mar.-abr. 2008 v.17 n.2
22. Pérez. L. M. El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. Revista de Trabajo Social. Chile 2006 pág. 25-36.
23. Flores S. “Conocimientos de los adolescentes sobre aspectos de la sexualidad. Perú 2006”. Pp60
24. Gómez Huaymacari T, Rojas Vásquez A (2007). Factores Psicosociales relacionando con el inicio precoz de actividad sexual en adolescentes de 4to y 5to de secundaria Iquitos, 2006. Pág.38.
25. López V. Maternidad Precoz, embarazo de la adolescente. Nuevo Manual de la Enfermería. Editorial Océano. España 2009. Pág. 519. Pp. 1200. 2009.

26. Sánchez Casas D. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones pre y post parto en el Hospital Regional de Cañete. 2009 pág. 105-112
27. Jimmy Rolando. Complicaciones Maternas y Perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional De Loreto en el periodo de Enero a Diciembre del 2008. [Tesis Med. Cir.] Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2009.
28. García F.A; Iriarte S.C; Molina M.J.C; Ojalvo S.C.Embarazo en adolescentes en el Hospital Materno-Infantil "German Urquidi" [serial online] 2008 [citado 27 de Abril del 2011] Disponible en URL: <http://www.univalle.edu/publicaciones/revistasaludcubana/revista02/pagina12.htm>
29. Zoraida Silva y et al. Factores sociodemograficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud. [Tesis de Maestria]. Iquitos, Perú: Escuela de Post Grado, 2002.
30. Sandoval Julio. Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. [Tesis Med. Cir.] Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2007
31. SerranoG. Embarazo en Adolescentes. Hospital Central de San Félix. EDO. Bolívar 2003-2007
32. Cruz LópezMaría, Romero Talavera Martha. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes. Universidad Politécnica de Nicaragua.[serial online] 2008 [citado 27 de Abril del 2011] Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/37.pdf>
33. Sorto M. Evaluación integral de la adolescente embarazada en el Hospital de la Escuela de Honduras, Rev. Med. Post UNAH. 2009. Vol 4 N° 1.
34. Vásquez Francisco. Embarazo En Adolescentes. Hospital Central de San Félix. Edo. Bolívar 2005–2008.

35. Cutiés.J.R; LaffitaB.A; Toledo B.M.Primer Relación Sexual en Adolescentes Cubanos2010. Pág. 78-81
36. Echeverry C. (2003). Proyecto de Investigación: Características Psicosociales de las madres Adolescentes en Tres Instituciones de Salud de Manizales durante febrero a julio Residentes de Ginecología y Obstetricia. Pág. 01 -03
37. Casas J; Chumbe O; Inguil R; Gonzales L. El parto en las adolescentes. Ginecología y Obstetricia 2008, Pág. 60-78
38. Pérez. L. M. El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. Revista de Trabajo Social. Chile 2006 pág. 25-36.
39. Tomas J. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N°20. Washington, D.C. 20037. 2009 Pág. 473-518
40. Egoavil Maribel. Uso del condón asociados a Factores Socio demográficos, Culturales y de Genero en Adolescentes de Colegios Secundarios Estatales Mixtos. [Tesis de Licenciado]. Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, 2002.
41. Tenorio R. Colección jóvenes, amor y sexualidad. Centro de estudios de población y paternidad responsable. (CEDAR). Quito – Ecuador. 2010
42. TéllesScarlet T. Complicaciones y Partos en adolescentes en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe-Nicaragua. Periodo de Junio a Agosto del 2010.
43. Rodríguez Y. Sobre el embarazo en la adolescencia. [serial online] 2010[citado 05 de Mayo del 2011] Disponible en URL: www.monografias.com/trabajos38/embarazo-en-adolescencia/embarazo-en-adolescencia.
44. Palomino Maribel. Autoestima y funcionalidad Familiar en adolescentes del C.E Túpac Amaru. [Tesis de Licenciado]. Iquitos, Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, 2002
45. Arechavaleta M, Uzcátegui D, Miranda GM. Embarazo de adolescentes. Rev. Obstet. Ginecol. 2004. 45(2): 89-91

46. Díaz Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. [serial online] 2004 [citado 02 de Mayo del 2011] Disponible en URL: <http://www.elembarzodelasadolescentesenmexico.htm>.
47. Monroy de Velasco A; Morales M; Velasco Monroy. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. 2005. Cuaderno técnico No.22. pág. 30-39
48. Oliva A. Sexualidad y educación afectivo-sexual durante la adolescencia. 2003. Pág. 19
49. Del Carpió L. Sexualidad de los Adolescentes en Lima. Perú. 2008 [serial online] 2009 [citado 30 de Abril del 2011] Disponible en URL: <http://www.C:\Documents and Settings\Ciente02\Escritorio\tesisinternet\Sexualidad-de-loadolescentes-en-lima/Adolescentes en Lima inician vida sexual a los 16 años de edad en promedio.htm>.Pp.20.
50. HunglerPolit. Investigación Científica en Ciencias de la Salud.Edit. McGraw-Hill Interamericana.5taEdición, Mexico.1997.pag 103-104.

ANEXOS

“Factores biosociodemográficos asociados al embarazo precoz, en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Iquitos, 2010”

ANEXO N° 01

FICHA DE REGISTRO DE FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS Y EMBARAZO PRECOZ

I. PRESENTACION:

El presente instrumento, forma parte de un proyecto de investigación orientado a determinar los “Factores Biosociodemográficos asociados al embarazo precoz, en adolescentes atendidas en el hospital regional de Loreto. Iquitos, 2010”, para consignar toda la información referente a edad, sexo, estado civil y grado de instrucción a través de las historias clínicas cuyo diagnóstico médico será de Embarazo Precoz, previa autorización del director de la indicada institución de salud.

II. INSTRUCCIONES:

Señoritas investigadoras, por favor marcar con una X, en base a la información que se necesita recopilar, en el espacio correspondiente.

III. CONTENIDO:(ver siguiente página)

I. FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS		MEDICION
1. MENARQUÍA	De 10 a 11 años De 12 a 13 años De 14 años a más	M. Precoz() M. Normal () M. Tardía()
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN		- Sin Instrucción o Analfabeta () - Grado de Instrucción Bajo () - Grado de Instrucción Alto ()
3. ESTADO CIVIL		Soltera () Conviviente () Casada()
4.EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	De 10 a 14 años De 15 a19 años	Inicio en adolescencia temprana() Inicio en adolescencia tardío ()
6. PAREJAS SEXUALES		Único() De dos a mas()
7. PROCEDENCIA		Urbana () Rural ()
II. EMBARAZO PRECOZ		MEDICION
EMBARAZO PRECOZ	De 10 a 13 años De 14 a 16 años De 17 a 19 años	Embarazo en adolescencia Temprana() Embarazo en adolescencia Media () Embarazo en adolescencia Tardía ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS O ITEMS
<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE</p>	<p>FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS:</p> <p>Conjunto de aspectos físicos, sociales y demográficos, que caracterizan al sujeto de estudio, y que se encuentra registrada en la historia clínica del sujeto de estudio, al momento de la recolección de datos. Incluye los siguientes indicadores:</p>	Menarquía:	<p>Es la edad en la que la adolescente en estudio refirió su primera menstruación, registrado en la historia clínica. Se medirá con los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menarquía Precoz: cuando está registrado en la historia clínica que sucedió en edad de 10 a 11 años - Menarquía Normal: cuando está registrado en la historia clínica que sucedió entre los 12 y 13 años - Menarquía Tardía: cuando está registrado en la historia clínica que sucedió de 14 años a más. 	Nominal	
		Grado de Instrucción	<p>Referido al nivel de educación formal dentro del sistema educativo, logrado por la adolescente en estudio al momento de ser atendido en el HRL y registrado en su historia clínica. Fue medido con los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción o Analfabeta: cuando en la historia clínica esta registrado tener ningún grado de estudio - Grado de instrucción Bajo: cuando en la historia clínica está registrado que la adolescente tener primaria completa o incompleta y secundaria completa o incompleta. - Grado de instrucción Alto: Cuando en la historia clínica esta registrado tener estudios superiores completos o incompletos. 	Nominal	
		Estado civil:	<p>Condición de la relación de pareja que refiere tener la adolescente al momento de la recolección de datos. Incluirá los siguientes índices:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Conviviente - Casada 	Nominal	
		Edad de inicio de las relaciones sexuales:	<p>Referido a la edad cronológica que la adolescente sujeto de estudio, indica que tuvo por primera vez una relación sexual coital, registrado en la historia</p>		

<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p>	<p>EMBARAZO PRECOZ: será definido como la condición de gestación que presenta la adolescente sujeto de estudio, cuyas edades fluctúen entre los 10 a los 19 años. Será medida como:</p>	<p>Parejas sexuales</p> <p>Procedencia</p> <p>Embarazo precoz</p>	<p>clínica. Será medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio en adolescencia temprana: si registra que fue entre 10 y 14 años - Inicio en adolescencia tardía: si registra que fue entre 15 y 19 años <p>Referido al número de personas con las que la adolescente sujeto de estudio, tuvo relaciones sexuales desde su inicio sexual hasta el embarazo precoz, registrado en la historia clínica. Será evaluado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uno - De Dos a más <p>Es la zona originaria o lugar de nacimiento o de donde deriva la adolescente sujeto de estudio, registrado en la historia clínica del HRL. Será medido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urbana: cuando en la historia clínica esta registrado que nació en una ciudad con alta densidad poblacional, organizada con autoridades, con servicios básicos, tránsito automotor, servicios educativos y tecnología. - Rural: cuando en la historia clínica esta registrado que nació en un pequeño poblado, de la ribera y/o carretera, con escasa densidad poblacional, con actividades agrícolas, sin servicios básicos ni servicios educativos, entre otros. <p>Es el número de años de vida o la etapa cronológica en la que se encuentra la adolescente sujeto de estudio al momento de su primer embarazo.</p> <p>Embarazo en adolescencia. Temprana: cuando la historia clínica de atención en el HRL, registra que la adolescente tiene entre 10 a 13 años.</p> <p>Embarazo en adolescencia Media: cuando la historia clínica de atención en el HRL, registra que la adolescente tiene entre 14 a 16 años.</p> <p>Embarazo en adolescencia Tardía: cuando la historia clínica de atención en el HRL, registra que la adolescente tiene entre 17 a 19 años.</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>Se utilizó la Ficha de registro de Factores biosociodemográficos y embarazo precoz</p>
---------------------------------	---	---	--	---	---



UNAP

Facultad De Enfermería

ARTICULO CIENTIFICO

“FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS-2010”

AUTORAS:

Bach. Enf. CARPIO CORDOVA, Erika Mercedes

Bach. Enf. SANCHEZ RAMOS, Dalitxa Yazeel

Bach. Enf. VELA SANCHEZ, Wendy Hiliena

INSTITUCION

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

AUTOR CON QUIEN ESTABLECER CONTACTO

erika_carpio@hotmail.com

dalitxa@hotmail.com

wendy_hiliena@hotmail.com

IQUITOS – PERÚ

2011

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

RESUMEN

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO PRECOZ, EN ADOLESCENTES GESTANTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS - 2010

¹. Bach. Enf. CARPIO CORDOVA, Erika Mercedes, ². Bach. Enf. SANCHEZ RAMOS, Dalitxa Yazeel, ³. Bach. Enf. VELA SANCHEZ, Dalitxa Yazeel

Algunos factores biosociodemográficos estudiados, se han mostrado con un comportamiento influyente en la presentación del embarazo precoz, a pesar de que la mayor actividad sexual incluyendo el coito se realiza en la adolescencia tardía, evidenciando embarazos entre las edades de 15 a 19 años. En éste contexto se ha realizado el presente estudio con el objetivo general de determinar la asociación entre Factores Biosociodemográficos y Embarazo Precoz en adolescentes gestantes, atendidas en el Hospital Regional Loreto, Iquitos-2010, para dar respuesta a los objetivos específicos de: identificar algunos factores biosociodemográficos, categorizar el embarazo precoz, y establecer asociación entre factores biosociodemográficos y embarazo precoz. Se utilizó el método de investigación Cuantitativo, tipo no experimental, transversal, descriptivo, correlacional, retrospectivo; en una muestra de 279 historias clínicas de adolescentes. El resultado obtenido es que existe relación estadística entre grado de instrucción y embarazo precoz ($p=0.000$); edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz ($p=0.000$); procedencia y embarazo precoz ($p=0.008$); asimismo, no existe relación estadística entre estado civil y embarazo precoz ($p=0.104$) y número de parejas sexuales y embarazo precoz ($p=0.278$). En conclusión se encontró que: existe asociación estadística entre el grado de instrucción, edad de inicio de relaciones sexuales, procedencia y embarazo precoz.

Palabras Claves: Embarazo, precoz, adolescencia, factores, biosociodemográficos.

FACTORS ASSOCIATED WITH EARLY PREGNANCY BIOSOCIODEMOGRAPHIC, IN PREGNANT

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

**TEENAGERS, SERVED IN THE HOSPITAL
REGIONAL LORETO,
IQUITOS - 2010**

PRESENTED FOR:

**¹ Bach. Enf. CARPIO CORDOVA, Erika Mercedes ² Bach. Enf. SANCHEZ,
RAMOS, Dalitxa Yazeel, ³ Bach. Enf. VELA SANCHEZ Wendy Hiliena**

SUMMARY

Some factors biosociodemographic studied have been influential in behavior in the presentation of early pregnancy, although most sexual activity including intercourse takes place in late adolescence, showing pregnancies between the ages of 15 to 19 years. In this context it has conducted the present study to determine the overall association between factors biosociodemographic Early Pregnancy in adolescents and pregnant women treated at the Regional Hospital in Loreto, Iquitos-2010, to meet specific objectives: to identify factors biosociodemographic, categorizing early pregnancy, and establish partnerships biosociodemographic factors and early pregnancy years old. In This context it Conducted the present study have to determine the association overalls Factors Between The result is That There is a statistical Relationship Between Educational Attainment and early pregnancy ($p = 0.000$), age at first intercourse and early pregnancy ($p = 0.000$), origin and early pregnancy ($p = 0.008$), Relationship Between Statistical Also not marital status and early pregnancy ($p = 0.104$) and number of sexual partners and early pregnancy ($p = 0.278$). In Conclusion That It Was found: there is Statistical Association Between education level, age at first sex, origin and early pregnancy

Keywords: Pregnancy, early adolescence, factors, biosociodemographic.

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

INTRODUCCION

La vida sexual activa incluyendo el coito, empieza cada vez a más temprana edad como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Esta precocidad en la vida sexual, que se manifiesta sin una adecuada orientación por parte de los padres y del sistema educativo, tiene como consecuencia el incremento de embarazos en la adolescencia¹

La OMS, considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, porque es la causa principal de mortalidad de las mujeres entre 15 a 19 años de edad, debido a complicaciones relacionadas con el parto y los abortos practicados en condiciones de riesgo. Por ello, el embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, sino que también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión social, las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza.²

A nivel mundial, uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas en África y América Latina, donde uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad y una de cada tres mujeres, da a luz antes de los 20 años.³

En el Perú, las adolescentes representan más del 21% de la población peruana. La Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES 2006) encontró que el 15.0% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya son madres, y el 13.0% están gestando por primera vez. Asimismo, la UNICEF en su informe sobre la Situación de la Adolescencia en el Perú, reporta que respecto a las regiones encontró mayor incremento de embarazos adolescentes en la selva en relación a la costa y en la sierra. En la Selva el 2000 era del 26% y en el 2005 29%; en la Costa el año 2005 fue 12.0%; y en la Sierra el año 2005 fue 11.0%.⁴

En Perú (2008) uno de cada seis nacimientos ocurre en mujeres menores de 19 años y alrededor de 218,448 mujeres adolescentes llegan a ser madres antes de cumplir los veinte años de edad. Los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%).⁵

En Iquitos, las estadísticas del Ministerio de Salud muestran que: en el Hospital Cesar Garayar García, en el año 2007 el 27.8% del total de gestantes atendidas en hospitalización, tenían entre 10 a 19 años de edad, 4.5% entre 10 a 14 años y 95.5% entre

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

15 a 19 años de edad; mientras que en el Hospital Regional el año 2008 atendió 2,647 partos, de ellos el 22.0% (582) correspondían a madres entre 13 a 19 años. Entonces, observamos que la población adolescente es el único grupo de toda la población femenina donde la fecundidad se ha incrementado y está en una tasa de 77 por mil, pues del total de madres gestantes el 22,8 % son adolescentes⁶.

El embarazo en la adolescencia es un problema que afecta en todas las áreas de su funcionamiento, así tenemos en el área biológico, porque el crecimiento y desarrollo aún se está completando, en consecuencia hay un alto riesgo para la vida de la mujer; es un problema social porque altera las redes de interacción social del adolescente con su familia, el colegio, sus amigos y sus pares, por el rol que ahora le toca desempeñar muchas veces sin una pareja que la apoye, sin ingresos económicos que la obliga a depender de sus padres, a dejar de estudiar para trabajar, por ello el adolescente debería retrasar el embarazo, por las múltiples y graves consecuencias que significa para su vida, salud y bienestar⁵. Por este motivo, se considero de vital importancia estudiar ésta problemática planteando la siguiente interrogante: **¿Existe asociación entre los Factores Biosociodemográficos: Menarquía, Grado de instrucción, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, procedencia, y el embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010?** Por todo lo expuesto, es necesario estudiar los factores biosociodemográficos del entorno en el que se desenvuelve el adolescente, para determinar su influencia o asociación con el embarazo precoz, cuyos resultados servirán para contribuir con la disponibilidad de información inicial de base, real y actualizada, que pueda servir de referencia para futuras investigaciones, trabajos de intervención tendientes a la prevención de embarazos no deseados o de riesgo; además contribuirá como un aporte para la formación del profesional de Enfermería en la atención integral a las familias con hijos adolescentes.

Los resultados de la presente investigación aportarán instrumentos validados utilizados que serán incorporados como fuente bibliográfica de la Biblioteca especializada de la Facultad de Enfermería para ser utilizados por los nuevos investigadores como aporte científico para la comunidad universitaria; los hallazgos estadísticos servirán de base para la formación profesional en enfermería y ser utilizadas en nuevas investigaciones de carácter aplicativo.

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

MATERIALES Y METODOS

En el presente trabajo de investigación se utilizó, el método cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y transversal.

La muestra estuvo constituida por el 100% de la población es decir las 279 adolescentes atendidas en el HRL durante el año 2010, y en cuya historia clínica se evidenció el diagnóstico de embarazo. Para determinar el tamaño de la muestra de estudio, no fue necesario aplicar ninguna fórmula estadística, porque se conoce exactamente la cantidad de Historias Clínicas con el diagnóstico especificado.

La variable independiente estuvo constituida por los factores biosociodemográficos y se empleó los siguientes indicadores menarquía, grado de instrucción, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, procedencia. Se trabajó con la ficha de registro de los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz

La variable dependiente estuvo constituida por el indicador de la edad del embarazo precoz, y se clasificó como: embarazo en la adolescencia temprana (10-13 años) embarazo en la adolescencia media (14-16 años), embarazo en la adolescencia tardía (17-19 años).

El instrumento empleado fue la ficha de registro de los factores biosociodemográficos y embarazo precoz, no necesitando la prueba de validez y confiabilidad ya que la información no se ha modificado ni ha cambiado con el tiempo y se mantiene en los archivos del Hospital Regional de Loreto por ser un documento legal. Así mismo los datos se analizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 18 en español, Excel 2007, y Windows Vista 2010, para relacionar las variables se empleó la prueba no paramétrica de la Chi – cuadrada, con un nivel de significancia para la prueba $p < 0.05$ la cual permitió la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada.

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

1. RESULTADOS:

TABLA 01

FACTORES BIOSOCIODEMOGRÁFICOS EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS-2010

FACTORES BIOSOCIODEMOGRAFICAS		Nº	%
MENARQUIA X=12.29 Desv.tip=1.321	Menarquía Precoz (10-11 años)	81	29,0
	Menarquía Normal (12-13 años)	150	53,8
	Menarquía Tardía (14 a mas)	48	17,2
	Total	279	100,0
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción o analfabeta	19
	Grado de instrucción bajo (Prim/Sec)	231	82,8
	Grado de instrucción alto (Tec/Sup)	29	10,4
	Total	279	100,0
ESTADO CIVIL	Soltera	88	31,5
	Conviviente	166	59,5
	Casada	25	9,0
	Total	279	100,0
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES X=14.77 Desv.tip=1.495	Inicio en adolescencia temprana (10-14)	121	43,4
	Inicio en adolescencia tardía (15-19)	158	56,6
	Total	279	100,0
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES X=1.96 Desv.tip=1.079	Pareja Única	114	40,9
	De dos a más parejas	165	59,1
	Total	279	100,0
PROCEDENCIA	Urbano	174	62,4
	Rural	105	37,6
	Total	279	100,0

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

La Tabla 01, presenta a las adolescentes gestantes según factores biosociodemográficos, cuyas historias clínicas registran su atención en el Hospital Regional de Loreto en el año 2010, en el cual se observa: La edad promedio de la primera menstruación fue de 12,29 años, con una desviación de 1.321 años. En términos categóricos se observa que el 53.8% (150 adolescentes) tuvieron una menarquía normal (12 a 13 años). El 82.8% de los adolescentes presentan un grado de instrucción bajo que incluye el nivel primario y secundario. El 59.5% de los adolescentes están en la categoría del estado civil conviviente. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 14.77 años con una desviación de 1.495 años, es decir que el 56.6% de los adolescentes pertenecen a la categoría edad de inicio de relaciones sexuales en la adolescencia tardía en edades de 17 a 19 años. El promedio de número de parejas sexuales es de 2, con una desviación típica de 1 una pareja, es decir que el 59.1% de los adolescentes tuvieron de dos a más parejas sexuales. El 62.4% de los adolescentes proceden de la zona urbana.

TABLA 02

EMBARAZO PRECOZ SEGÚN FASES, EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS -2010

EMBARAZO PRECOZ	N°	%
Embarazo en adolescencia temprana (10-13 años)	9	3.2
Embarazo en adolescencia media (14-16 años)	115	41.2
Embarazo en adolescencia tardía (17-19 años) X=16.58 Desv.tip=1.522	155	55.6
TOTAL	279	100.0

Fuente: Ficha de Registro de factores Biosociodemográficos y Embarazo Precoz

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

La Tabla 02, muestra que: el 55.6% de adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Iquitos, 2010 tuvieron su primer embarazo en la etapa de la adolescencia tardía es decir entre 17 a 19 años, siendo el promedio de edad de 16.58 años.

TABLA 03
MENARQUÍA SEGÚN EMBARAZO PRECOZ, EN ADOLESCENTES
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, IQUITOS – 2010

MENARQUIA	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	En Adolesc. temprana		En Adolesc. media		En Adolesc. tardía			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menarquía Precoz(81) (10-11 años)	8	2.8	39	14.0	34	12.2	81	29.0
Menarquía Normal (150) (12-13 años)	1	0.4	64	22.9	85	30.5	150	53.8
Menarquía Tardía (48) (14 a mas años)	0	0.0	12	4.3	36	12.9	48	17.2
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$$X^2=25.773 \quad gl=4 \quad p=0.000$$

La tabla 03, muestra el 30,5% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos - 2010 presentaron una menarquía normal y un embarazo precoz tardío.

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de nivel de confianza, donde $p=0.000 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística, entre Menarquía y Embarazo en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

TABLA 04

GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010

GRADO DE INSTRUCCIÓN	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	En Adolesc. Temprano		En Adolesc. Media		En Adolesc. Tardía		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin Instrucción (19)	1	0.4	17	6.1	1	0.4	19	6.8
Bajo (Prim. y Sec) (231)	8	2.8	98	35.1	125	44.8	231	82.8
Alto (Tec. o Sup) (29)	0	0.0	0	0.0	29	10.4	29	10.4
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=43.037$ $gl=4$ $p=0.000$

La Tabla 04, sobre grado de instrucción y embarazo precoz, muestra que el 44.8% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto Iquitos – 2010, presentan un grado de instrucción bajo y un Embarazo en la Adolescencia Tardía.

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.000<0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística, entre Grado de Instrucción y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

TABLA 05

ESTADO CIVIL SEGÚN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010

ESTADO CIVIL	EMBARAZO PRECOZ							
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol Media		Embarazo en Adol Tardío		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	4	1.4	43	15.4	41	14.7	88	31.5
Conviviente	5	1.8	66	23.6	95	34.1	166	59.5
Casada	0	0.0	6	2.2	19	6.8	25	9.0
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=7.674$ $gl=4$ $p=0.104$

La Tabla 05, muestra que el 34.1% de los adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, presentaron un Estado Civil de Conviviente y un Embarazo en la etapa de Adolescencia Tardía entre 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.104 > 0.05$, por lo que se concluye que no existe relación estadística, entre Estado Civil y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

TABLA 06

**EDAD DE INICIO DE LA RELACIONES SEXUALES SEGÚN
EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010**

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	EMBARAZO PRECOZ							
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol Media		Embarazo en Adol Tardío		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inicio Adolesc. Temprana	9	3.2	78	28.0	34	12.2	121	43.4
Inicio Adolesc. Tardía	0	0.0	37	13.2	121	43.4	158	56.6
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=68.752$ $gl=2$ $p=0.000$

La Tabla 05, muestra que el 43.4% de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, presentaron una Edad de Inicio en la Adolescencia Tardía es decir entre 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.000 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística, entre la Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales y Embarazo precoz, en Adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

TABLA 07

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES SEGÚN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS- 2010

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	EMBARAZO PRECOZ							
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol. Media		Embarazo en Adol Tardío		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Única	6	2.1	46	16.5	62	22.2	114	40.9
De dos a más	3	1.1	69	24.7	93	33.4	165	59.1
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=.2.563$ $gl=2$ $p=0.278$

En la Tabla 07, muestra que el 33.4% de los adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, presentaron de dos a mas parejas sexuales y un Embarazo en la Adolescencia Tardía entre los 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.278 >0.05$, por lo que se concluye que no existe relación estadística, entre Numero de Parejas Sexuales y Embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

TABLA 08

PROCEDENCIA SEGÚN EMBARAZO PRECOZ, EN ADOLESCENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, IQUITOS – 2010

PROCEDENCIA	EMBARAZO PRECOZ						TOTAL	
	Embarazo en Adol Temprano		Embarazo en Adol Media		Embarazo en Adol Tardío		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Urbano	4	1.4	61	21.8	109	39.1	174	62.4
Rural	5	1.8	54	19.4	46	16.5	105	37.6
TOTAL (279)	9	3.2	115	41.2	155	55.6	279	100

$X^2=9.671$ $gl=2$ $p=0.008$

La Tabla 08, muestra que el 39.1% de los adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Iquitos – 2010, proceden de la Zona Urbana y una categoría de Embarazo en la Adolescencia Tardía entre los 17 a 19 años.

Para contrastar la hipótesis planteada se ha utilizado la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada, con un 95% de confianza, donde $p=0.008 < 0.05$, por lo que se concluye que existe relación estadística significativa, entre la Procedencia y Embarazo Precoz, en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010.

1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

1. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó con 279 historias clínicas de adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2010, para determinar si existe asociación entre los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz.

Los factores biosociodemográficos de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2010, fueron: 53.8% presentaron menarquía normal (11 a 13 años); el 82.8% con grado de instrucción bajo con primaria o secundaria; 59.5% con estado civil conviviente; 56.6% con inicio de relaciones sexuales en la adolescencia tardía (17 a 19 años); 59.1% con dos a más parejas sexuales; 62.4% que proceden de zonas urbanas; y el 55.6% presenta un embarazo en la etapa de adolescencia tardía (17 a 19 años). Estos resultados coinciden con **Quezada M.** quien encontró que la menarquía predomina en 86,53% en el grupo de 10 a 14 años, que guarda relación con la fisiología de este proceso que normalmente aparece en esa edad. Asimismo concuerda con **Reyes Turcios (2005)** que encontró que la edad en que predomina el embarazo fue de 16 a 19 años; que el grado de instrucción 39% de primaria completa y 36% de secundaria incompleta; 58%, refiere que la edad de inicio sexual activa fue en promedio a los 15 años. Igualmente con **Rolando J.** quien encontró que la edad promedio de gestantes adolescentes es de 16.2 años. Este dato evidencia el adelanto en el establecimiento de roles y responsabilidades que corresponde a etapas posteriores del ciclo vital, que el adolescente se ve forzado a llevar y que influencia en su proyecto de vida y en el tipo de cuidado a brindar al niño y a sí misma.

En relación a los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz, se obtuvo lo siguiente:

- Al asociar menarquía y embarazo precoz se encontró relación estadística con una $p=0.000$ teniendo la edad media a los 12 años aceptándose la hipótesis “existe relación estadística, entre menarquía y embarazo precoz, en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este resultado coincide con **Leoni O (Bolivia, 2007)** quien al estudiar “Embarazos en Adolescentes”, encontró que la edad promedio de menarquía en las gestantes adolescentes es de 12 años. También con **Quezada M.** quien en su estudio “Gestantes adolescentes y su repercusión en el área de salud” encontró que la menarquía predominó en el grupo de diez a 14 años, es decir en un promedio de 12 años. Este resultado, demuestra que la adolescente al tener su menarquía tiene más probabilidad de tener un embarazo precoz.
- Al asociar Grado de Instrucción y Embarazo Precoz se encuentra relación estadística con una $p=0.000$, el 59.5% presentan un grado de instrucción bajo. Este resultado coincide con **Sorto M (Honduras 2009)**. quien en su estudio “Evaluación integral de la adolescente

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

embarazada en el Hospital de Escuela” encontró 58.0% con estudios primarios y 34.8% con estudios secundarios, es decir bajo nivel de estudios. También coincide con el estudio de **Rolando J. (Perú 2009)** sobre “Complicaciones Maternas y Perinatales en el embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2008”, quien encontró que 59.6% de las gestantes adolescentes se encuentran en estudio o han terminado el nivel secundaria y 29.8% estudian en el nivel primario. **Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002)**, en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002” el 66.81% (159) son adolescentes con embarazo tardío que tienen alto grado instrucción. Este dato, refuerza que mientras mas bajo grado instrucción tenga las adolescentes adelantan las relaciones sexuales y el riesgo de embarazo precoz.

- Al asociar Estado Civil y Embarazo Precoz no se encuentra relación estadística con una $p=0.104$, no aceptándose la hipótesis “existe relación estadística, entre estado civil y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este resultado coincide con lo encontrado por **Sandoval J. y et-al**, en su estudio “Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes”, donde el 62.2% de adolescentes tienen unión estable (conviviente o casado). También con lo encontrado por **Gutiérrez Quezada A**, en su estudio “Embarazo en la adolescencia”, donde predominan el estado civil de convivencia en 64.0%. Se relaciona también al estudio de **Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002)**, en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002”, el 55%(133) son adolescentes con embarazo tardío que tienen pareja (conviviente). Este dato es muy importante por las aplicaciones sociales legales, que deben enfrentar las adolescentes y sus hijos, en una sociedad que margina y penaliza a las mujeres que no siguen la normativa del matrimonio, sin embargo en muchas sociedades es costumbres que las adolescentes se casen a los 13 o 14 años y tengan que asumir las tarea de llevar el gusto al esposo o de la familia, esto se incrementa mucho mas en casos de embarazos a temprana edad o sencillamente llegan a reunirse por causa o exigencia de los padres, y en otros casos tienen que enfrentar la situación de madres solteras.
- Al asociar Edad de inicio de las relaciones sexuales y Embarazo precoz se encuentra que existe relación estadística, con una $p=0.000$ con una edad promedio de 15 años, aceptándose la hipótesis “existe relación estadística, entre edad de inicio de relaciones sexuales y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Resultado que coincide con el estudio de la **Universidad de la Frontera (Chile, 2006)**, donde la edad del primer coito en las gestantes adolescentes es entre 15 a 18 años. También coincide con lo estudiado por **Gutiérrez Quezada A**. que en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto el año 2008” señala que el inicio de la vida sexual es de 15 años. Por otro lado también coincide con el estudio realizado por **Flores S. et. al. (Perú, 2006)** en Iquitos sobre “Nivel de conocimiento y conducta sexual en adolescentes de instituciones educativas secundarias mixtas del distrito

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

de Iquitos”, donde la edad promedio de inicio de la actividad sexual es de 15 años. Este dato, evidencia que al iniciar las relaciones sexuales tienen la probabilidad de tener un embarazo precoz.

- Al asociar Número de parejas sexuales y embarazo precoz muestra que no existe relación estadística, con una $p=0.278$, teniendo como resultado de dos a más parejas sexuales no aceptándose la hipótesis planteada “existe relación estadísticamente significativa, entre número de parejas sexuales y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este dato coincide con lo encontrado por **Flores S. et al. (Perú, 2006)**, en su estudio sobre “Nivel de conocimiento y conducta sexual en adolescentes de instituciones educativas secundarias mixtas del distrito de Iquitos, donde 57.8% refiere tener dos o más parejas sexuales. Asimismo, con **Gómez, T. (2007)** quien señala que 55.2% tiene más de dos parejas sexuales. Pero, no concuerda con **Jimmy Rolando (Perú, 2009)**, quien en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales en el embarazo en adolescentes ocurridas en el Hospital Regional de Loreto, 2008” encontró que 64.6% de gestantes adolescentes refieren tener solo una sola pareja sexual y el 29.8% dos parejas sexuales. Igualmente no coincide con lo encontrado por **Velásquez, A. (2005)**, donde 56% refirió haber tenido una sola pareja sexual, y 44% más de dos parejas sexuales. Este dato, si bien no es significativo, sin embargo está señalando la tendencia a una conducta promiscua en cuanto a la sexualidad en los adolescentes que es asumida sin responsabilidad por sus consecuencias cual es la aparición de un embarazo no deseado, que amerita ser tomada en cuenta por el personal de enfermería en su trabajo de prevención primaria en las familias de la comunidad, para reorientar hacia conductas sexuales protectoras y no de riesgo.
- Al asociar Procedencia y embarazo precoz muestra que existe relación estadística, con una $p=0.008$, aceptándose la hipótesis planteada “Existe relación estadística, entre procedencia y embarazo precoz, en adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de la ciudad de Iquitos. Año 2010”. Este resultado coincide con **Tenorio R. (Ecuador, 2010)**, quien reporta que en Quito existe 66.6% de embarazos adolescentes en el sector urbano. Igualmente coincide con lo encontrado por **Télles Scarlet T. (Nicaragua, 2010)** en su estudio sobre “Complicaciones y partos en adolescentes en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe”, donde 51.0% de las adolescentes gestantes eran de aéreas urbanas y 30.7% de zonas rurales. También con **Rodriguez Y. (2010)** quien señala que 73.1% de adolescentes embarazadas provienen de zonas urbanas y 26.9% de zona rural. Estos hallazgos concuerdan con el de **Silva Acosta Z. y et al (Perú, 2002)**, en su estudio “Factores sociodemográficos y culturales en adolescentes embarazadas atendidas en el Ministerio de Salud-2002” encuentro que de 100% (238 adolescentes) el 52.11%(124) son adolescentes con embarazo tardío que proceden de zona urbana. Este dato, evidencia que el hecho de que las adolescentes vivan en zonas urbanas donde se asume que tienen mayor acceso a la información, no utilizan un mejor criterio para la toma de sus decisiones; sin embargo esto no parece ser congruente en el aspecto sexual, pues no dudan en aceptar iniciarse tempranamente en sus relaciones sexuales probablemente sin reconocer que se necesita asumir responsabilidades

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

previas y la protección necesaria para evitar embarazos no deseados; ello amerita la necesidad de modelar algunas habilidades sociales en los mismos, estudiar otras variables que pueden asociarse a éste comportamiento sexual inadecuado para fortalecer sus capacidades tendientes a la disminución del embarazo precoz.

2. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y según los objetivos planteados, de un total de 279 (100%) de adolescentes gestantes, se concluye que:

1. Los factores biosociodemográficos de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2010, fueron: 53.8% presentan menarquía normal de 11 a 13 años; 82.8% con grado de instrucción bajo con primaria o secundaria; 59.5% con estado civil conviviente; 56.6% con inicio de relaciones sexuales en la adolescencia tardía entre 17 a 19 años; 59.1% con dos a más parejas sexuales; y 62.4% que proceden de zonas urbanas.
2. La categorización o tipificación del embarazo precoz según las fases de la adolescencia, es que se presenta en la etapa de adolescencia tardía entre 17 a 19 años del total de las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto presentan un embarazo tardío.
3. En cuanto a la asociación entre los factores biosociodemográficos y el embarazo precoz, se obtuvo asociación significativa entre: menarquía ($p=0.000$), grado de instrucción ($p=0.000$), edad de inicio de las relaciones sexuales ($p=0.000$), procedencia ($p=0.008$), y el embarazo precoz.
4. No se obtuvo asociación significativa entre: estado civil ($p=0.104$), número de parejas sexuales ($p=0.278$) y el embarazo precoz.

3. RECOMENDACIONES.

Los hallazgos del presente estudio de investigación nos permiten hacer las siguientes recomendaciones:

1. A la Dirección Regional de Salud:

A los profesionales de salud que trabajan en la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva a realizar actividades intra y extra muros para ayudar a las adolescentes a asumir con responsabilidad su vida sexual y reproductiva.

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

2. Al Ministerio de Educación:

- Reforzar y reorientar la capacitación a los docentes que trabajan con adolescentes, en el proceso de enseñanza aprendizaje en materias de sexualidad humana.
- Desarrollar sesiones educativas con los padres, madres y adolescentes sobresalud sexual y reproductiva, en las escuelas de padres.

3. A la Facultad De Enfermería:

- A través de las asignaturas del área Materno – Infantil a fines de motivar y sensibilizar a los estudiantes de enfermería en el trabajo con adolescentes para que realicen sesiones educativas, seminarios, talleres, visitas domiciliarias, campañas de salud, y terapias grupales de la comunidad, entregando folletos relacionados al tema para su difusión y prevención de embarazos.

4. A la comunidad:

- Capacitar a los actores sociales sobre educación sexual y así prevenir embarazos no deseados y de riesgo en adolescentes.
- Que los padres asuman la responsabilidad de brindar educación sexual a sus hijos, hablando con claridad y veracidad sobre la sexualidad en general y las relaciones sexuales en particular.

5. A los institutos de investigación y a los investigadores interesados en esta temática realizar investigaciones similares para confrontar los resultados, así como estudios analíticos y de intervención dada la magnitud del problema en salud publica que representa este grupo etáreo.

4. AGRADECIMIENTO

- ✓ A la Dra. Rossana Torres Silva. Decana de La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Por sus sabios consejos y orientación durante nuestra formación profesional.
- ✓ A la Dra. Marina Guerra Vásquez, por acceder al asesoramiento del presente proyecto de investigación apoyando con sus conocimientos, experiencias impartidas y por el tiempo que nos dedicó.
- ✓ Al Dr. Juan de Dios Jara Ibarra, por su asesoría permanente y acertada dirección estadística en el presente trabajo de investigación.

-
1. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 2. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.
 3. Bachiller de Enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Iquitos Perú.

- ✓ A la Dra. Zoraida Silva Acosta, Dra. Hilda Montoya Torres, Dra. Marina Guerra Vasquez, miembros del jurado calificador, por sus valiosos aportes y sugerencias.
- ✓ Al Dr. Martín Casapía Morales, por autorizarnos la aplicación de nuestro instrumento en El Hospital Regional de Loreto.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Raguz M. Panorama de la Salud sexual y la Salud reproductiva de los y las adolescentes en el Perú. Revista Movimiento Manuela Ramos[serial online] 2010 [citado 11 de Abril del 2011] Disponible en URL: www.manuela.org.pe/PDF/PonenciaRaguz.pdf
2. Zubarew T. (2007). Tema 3: Salud Sexual y Reproductiva. Ginecología. Lección 7: sexualidad del adolescente. Diplomado en desarrollo y salud integral del adolescente. [Internet]. Chile 2007 [acceso abril- julio 2009]. Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/cursos/lecciones/leccion15/M3L15Leccion.html>. Pp.80.
3. Organización Panamericana de la Salud. Fondo de Población para las Naciones Unidas. El embarazo en adolescencia. Lineamientos para el diseño de investigaciones y aspectos socioculturales. Washington 2007
4. Encuesta Demográfica y Salud Familiar. ENDES. Salud sexual y reproductiva. Lima 2006
5. Dirección Regional de Salud Loreto. Datos de adolescentes gestantes e infecciones de transmisión sexual. 2009. Pp. 07
6. Hospital César Garayar García. Informe Estadístico del embarazo en adolescentes. Estadística e informática. HCGGI. 2005. Pág. 12-106