

Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
“HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A EMBARAZO
ADOLESCENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL EN EL
PERIODO 2017 – 2018

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Cordero Tenorio, Carlos Marlon

ASESOR:

Juan Alberto, Poma Celestino

JURADO:

Dr. Figueroa Quintanilla, Dante Anibal

Dra. Bonzán Rodríguez, María Ynés

Dr. Tambini Acosta, Moisés Enrique

Dr. López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

Mi tesis se la dedico en primer lugar Dios forjador de mi camino.

A mis padres que siempre estuvieron apoyándome en todo momento.

A mi hermana Lourdes que fue pieza fundamental en toda mi formación y a mi bendición

Carlos mi hijo que fue motor y motivo para seguir adelante sin mirar atrás

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar en mí y en mis expectativas.

A la universidad nacional Federico Villarreal, gracias por haberme permitido formarme.

A mis formadores personas de gran sabiduría que se han tomado el tiempo de transmitir sus conocimientos y experiencias especialmente en el campo que corresponde a mi profesión.

CONTENIDO

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION	8
Descripción y Formulación del Problema.....	8
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Formulación del Problema	10
1.2. Antecedentes del Problema	10
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos Específicos.....	14
1.4. Justificación.....	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO 17	
2.1. Bases Teóricas.....	17
CAPITULO III: METODOLOGIA	23
3.1. Tipo de Investigación	23
3.2. Ámbito Temporal y Espacial	23
3.3. Variables	23
3.4. Población y Muestra.....	23

3.5. Criterios de Selección	23
3.5.1. Criterios de Inclusión:	23
3.5.2. Criterios de exclusión:.....	24
3.6. Instrumentos	24
3.7. Procedimientos.....	24
3.8. Análisis de Datos.....	24
3.9. Consideraciones Éticas.....	25
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	26
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
VI. CONCLUSIONES	33
VII. RECOMENDACIONES	34
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
IX. ANEXOS	38

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores epidemiológicos asociados al embarazo adolescente en las gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el Periodo julio2017 a agosto2018.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó la revisión de Historias Clínicas de 371 gestantes adolescentes a través de un muestreo no probabilístico de población finita del servicio de Adolescencia, Psicoprofilaxis obstétrica y en consultorios externos, en el periodo julio 2017 a agosto2018.

Resultados: Con relación a los factores individuales, se encontró que la edad de mayor prevalencia es de 17 años, con 34,50 %. El estado civil de conviviente fue de 54,4 %. En su mayoría, las adolescentes son estudiantes con 58,0%. En cuanto a los factores familiares en antecedentes de embarazo en adolescencia no se halló dentro del núcleo familiar con 42,9%. Con relación a los factores sociales, el nivel socioeconómico es de 600 a 1000 soles en 80,9%.

Conclusiones: Los factores individuales del embarazo en la adolescencia son la edad de 17 años, convivientes, con secundaria incompleta, de ocupación estudiantes. La edad promedio de la menarquia es de 13 años. Se iniciaron sexualmente a los 15 años. Mayor porcentaje contaron con dos parejas sexuales y sí utilizaron un método anticonceptivo.

Palabras clave: embarazo adolescente, factores asociados, factores individuales, factores familiares, factores sociales.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological factors associated with adolescent pregnancy in pregnant women who attend the National Maternal Perinatal Institute in the period July 2017 to August 2018.

Material and method: Descriptive study of transverse cut. A review of the clinical histories of 371 adolescent pregnant women was carried out through a non-probabilistic sample of the finite population of the Adolescent service, obstetric psycho-prophylaxis and in outpatient clinics, from July 2017 to August 2018.

Results: Regarding the individual factors, it was found that the age of greatest prevalence is 17 years, with 34.50%. The civil status of a partner was 54.4%. For the most part, adolescents are students with 58.0%. Regarding family factors in adolescence antecedents, it was not found within the family nucleus with 42.9%. With regard to social factors, the socioeconomic level is 600 to 1000 soles in 80.9%.

Conclusions: The individual factors of pregnancy in adolescence are the age of 17 years, cohabitants, with incomplete secondary, of occupation students. The average age of the menarche is 13 years. They started sexually at 15 years old. A higher percentage had two sexual partners and they used a contraceptive method.

Keywords: adolescent pregnancy, associated factors, individual factors, family factors, social factors.

INTRODUCCION

Descripción y Formulación del Problema

La adolescencia comprende desde los 10 a 19 años, esta etapa se caracteriza por los descubrimientos, etapa de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados, que llevan al adolescente a enfrentar una serie de conflictos del cual no estaría preparado. (OMS, 2019)

Uno de estos conflictos compete la esfera de lo sexual, con el riesgo para las adolescentes, ya sea por la inmadurez como por la paupérrima información recibida, traducándose en un embarazo no deseado. (Routi, 2014)

En España, como en el resto de Europa, se ha ido registrando una mayor precocidad de las adolescentes en el inicio de las relaciones sexuales. Siendo la edad de inicio media de 16 años, pero es de 14 años en algunas publicaciones recientes que incluyen también la adolescencia temprana. La proporción de población sexualmente activa entre los jóvenes de 15 a 19 años también ha ido aumentando progresivamente, y es actualmente de 66 % (a los 15 años es ya de alrededor del 18 %). Se indica además que los riesgos aumentan al aumentar proporcionalmente el número de parejas y frecuencia de sexo no seguro. (Colomer, 2019)

En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que constituye el 12,8 % del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2 % en Chile y de 25 % en el caso de El Salvador. Puede llegar a cifras tan elevadas como 45 % del total de embarazos en algunos países africanos. (León, 2016)

En México, anualmente casi un millón de adolescentes (el 10 % de todas las mujeres entre 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales) quedan embarazadas. Una de las causas obvias consiste en tener relaciones sexuales durante la adolescencia sin utilizar métodos anticonceptivos adecuados. Debido a que ningún método es 100 % seguro, la abstinencia es la única forma de prevenir el embarazo. (Montalvo, 2016)

En el Perú el porcentaje de adolescentes embarazadas no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. En ese período la fluctuación ha sido mínima de 12.5% en el 2011 a 14.0% en el 2013; entre 2010 y 2015, hubo un ligero incremento en el porcentaje de mujeres alguna vez embarazada de 15, 16, 17 y 18 años de edad, solo en las mujeres de 19 años de edad este porcentaje se redujo de 33.5% a 28.7%, motivo por lo cual el promedio, para las mujeres de 15 a 19 años, se ha mantenido constante. El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6% respectivamente para el 2015). Asimismo, es más alta en la selva que en resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3% respectivamente, para el 2015). El embarazo adolescente es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo primario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1% respectivamente, para el 2015), y es cinco veces más alto entre las mujeres del quintil inferior de riqueza con respecto de las adolescentes del quintil superior (24.9% y 4.9% respectivamente, para el 2015). (MINSa, 2019)

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del Problema

¿Qué factores de riesgo epidemiológicos se asocian al aumento del embarazo adolescente, en jóvenes que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2017 - agosto 2018?

1.2. Antecedentes del Problema

Ámbito Internacional

C. Fleiz (Mexico 2015) En su investigación acerca de la conducta sexual en adolescentes cuyo objetivo fue determinar la proporción de estudiantes que han tenido relaciones sexuales y los factores al cual fueron influenciados y el entorno, identificando el uso de algún método anticonceptivo. Siendo un estudio descriptivo, correlacional y transversal. Resultados: “el 18,4 % han tenido relaciones sexuales. El promedio de edad de la primera relación sexual fue a los 14 (hombres) y a los 15 años (mujeres)”. (Fleiz, 2015, pág. 25)

L. Mendoza (Colombia 2015) En su estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto sobre la fecundidad, la planificación familiar y las lesiones de cuello uterino en una población de adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad sexual en la adolescencia. “Incluyó 845 adolescentes y jóvenes que iniciaron actividad sexual en la adolescencia y que consultaron a una Institución prestadora de servicios de salud en Tuluá, Colombia”, siendo un estudio de tipo cohorte y retrospectivo. Siendo sus resultados: “El promedio de edad de inicio de la actividad sexual fue 16 años (\pm 1,6 años). El 49 % no realizaba planificación familiar; 34,7 % tenía \geq 1 hijo y el 6,9 % sufría de alguna lesión en cuello uterino”, dichos resultados confirman el inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes, el bajo uso de anticonceptivos y el riesgo de

lesiones cervicales. “El uso de métodos anticonceptivos efectivos y de barrera permitirá reducir las cifras encontradas en este estudio”. (Mendoza L. , 2015, pág. 271)

D. Gonzales (Cuba 2015). En su estudio titulado “Factores asociados al embarazo en la adolescencia” tuvo como objetivo “identificar los factores asociados a la aparición del embarazo en la adolescencia”, fue un estudio descriptivo y retrospectivo en una población de 58 gestantes. “Resultados: el grupo de edad que más predominó fue el de 17 a 19 años, correspondiente a la adolescencia tardía 14 (53,84 %), seguido de 10 (38,46 %) pacientes entre 14 y 16 años”, demostrando sus objetivos de la incidencia en la adolescencia. Se colige que el grupo etario más prevalente correspondía a la adolescencia tardía. Concluyeron también que “ la menarquía y las primeras relaciones sexuales en las edades entre 15 y 19 años, y la mayoría de las adolescentes no usaban métodos anticonceptivos”. (González , 2015, pág. 2)

P. León (Chile 2016) En su estudio titulado “Embarazo adolescente. Orientación hacia una sexualidad segura” se tuvo como objetivo complementar con una adecuada educación sobre el correcto uso de métodos anticonceptivos para la población en riesgo, siendo un estudio de tipo retrospectivo y descriptivo. “Resultados: casi el 80 % había recibido alguna vez algún tipo de educación sexual. La mayoría de ellos la recibió tanto en el hogar como en el colegio. El 98,55 % conocía algún tipo de método anticonceptivo”. A pesar de los programas del estado en reducir dicha problemática, se necesitaría de su mayor difusión con personal capacitado. (León, 2016, pág. 27)

N. Montalvo (México 2016). En su investigación titulada “Factores que predisponen al embarazo adolescente” se tuvo como objetivo: “determinar los factores que las adolescentes consideran que predisponen un embarazo en estudiantes de su rango de edad” considerándose un trabajo de tipo descriptivo. “Resultados: el 38 % de las adolescentes refiere que los embarazos se

dan por falta o distorsión de la información; el 26 %, que se da curiosidad; y el 20 %, por el mal uso de los métodos anticonceptivos” donde se muestra que el grupo etéreo fue el de adolescente asociado a mala información y poca difusión de los programas para erradicar dicha problemática. “En relación con la fuente de información, el 44 % de las adolescentes dice obtenerla a través de los familiares, seguidos por la escuela (con 32 %), la televisión (12 %) y entre 2 y 3 % por los amigos”. Se concluye que “las adolescentes sí cuentan con información relacionada con la sexualidad, y que el factor que más lleva al embarazo en las adolescentes es la información, en ocasiones distorsionada por las fuentes o por la mala interpretación de las adolescentes”. (Montalvo, 2016, pág. 54)

Ámbito Nacional

W. Mendoza (2015) es su investigación titulada “El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas” define que la problemática está relacionada con la condición socioeconómica entre ellas de la pobreza y exclusión social; y en ello recomienda los programas sociales en su difusión a cargo del personal capacitado, también demuestran que las prevalencias en ese periodo no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. (Mendoza & Subiría, 2015)

L. Tisiana (2015) En un estudio “Riesgos en el embarazo adolescente” se tuvo como objetivo “conocer la repercusión de un embarazo adolescente en la esfera social y en la propia salud, tanto de los padres como del hijo, además de la forma de prevención de esta entidad” siendo un estudio de tipo descriptivo. “Resultados: se obtuvo que las adolescentes abandonan sus estudios; tienen trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares; existe una tasa más alta de divorcios, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales”, enfatizando los factores de mayor asociado de riesgo. Se concluye que evitar que se produzca un embarazo en la

adolescencia no es tarea fácil: depende tanto del propio adolescente como de su entorno. Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de dos aspectos fundamentales: el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual. (Tisiana, 2015, pág. 56)

J. Calderón (Trujillo 2015). En su investigación titulada “Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes” se tuvo como objetivo “determinar la influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes”. Siendo un estudio de casos y control analizando sus respectivas asociaciones. “Resultados: solo en 20 % de los casos se comunicó a los padres sobre el embarazo. No se encontró asociación con el antecedente familiar de aborto o con la violencia intrafamiliar”. Se concluye con énfasis la falta de comunicación y confianza con los padres y las reacciones negativas del embarazo para la gestante adolescente, llevando a la interrupción del mismo. (Calderón & Alzamora, 2015, pág. 67)

C. Urbina (Tacna 2016). En su estudio titulado “Embarazo adolescente” se tuvo como objetivo analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes, siendo un estudio retrospectivo descriptivo. “Resultados: la edad promedio fue de 18,3 años. Para el 81,3 %, era su primer embarazo y el parto pre término ocurrió en 17,1 %”. Concluyéndose además que hubo mayor relación entre embarazo adolescente y partos prematuros con mortalidad perinatal, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, que se convirtieron en el grupo de mayor riesgo; también la incidencia aumento para partos distócicos, más prevalente aun para menores de 17 años. (Urbina & Pacheco, 2016, pág. 118)

J. De la Cruz (Lima 2018) en su estudio determinó las características de las madres adolescentes con parto pre término en el hospital Sergio Bernales; siendo un estudio descriptivo,

correlacional con una población de 112 gestantes adolescentes. Se obtuvo que la “edad promedio en las gestantes fue de $17,9 \pm 1,3$; dentro de los cuales el 80,36% fueron prematuros”, “no se encontraron consumo de tabaco, tampoco hubo casos de anemia”, si se presentaron factores en algún momento del embarazo “la infección de las vías urinarias fue uno de los principales factores que se presentó con un 20,54% y con 12,5% presentaron ruptura de membranas”. (De la Cruz, 2018)

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Identificar los factores de riesgo epidemiológicos asociados a embarazo adolescente, en jóvenes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2017 – agosto 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Conocer qué tipo de información poseen los adolescentes sobre sexualidad.
- Obtener información sobre el embarazo no planificado en las adolescentes.
- Analizar la edad más frecuente del embarazo en las adolescentes.
- Describir las características de la estructura familiar en el embarazo de las adolescentes.
- Describir como el nivel educativo influye en el embarazo de las adolescentes.
- Describir la condición económica en las adolescentes embarazadas.

1.4. Justificación

El embarazo y maternidad en la adolescencia es un problema social no solo a nivel nacional sino parte de la agenda mundial, según los datos estadísticos es más prevalente en los sectores

pobres y con tendencia a extenderse a varios estratos sociales. Es una problemática que puede ser evitado, requiriendo más educación y apoyo a ese grupo etéreo vulnerable a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

Cada día cuatro adolescentes menores de 15 años quedan embarazadas en Perú, y este promedio sube a diez cuando las menores llegan a esta edad. Encuesta actual revela que el 13.4% de adolescentes, de 15 a 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en aquel año, lo que significó un alza del 0.7% con respecto al 2016. El porcentaje se mantiene en el mismo rango en los últimos cinco años, pues en 2013 hubo un 14 % de adolescentes embarazadas; en el 2014 fue 14,6 % y en 2015 fue 13,6 % . La cual también reveló que la mayoría de ellas, el 25,3%, reside en la selva y son pobres; la mayoría de adolescentes que son madres o están embarazadas solo cuentan con educación primaria, el 33,9%, y el 22,4% respectivamente. De igual manera señala que las que no usaron métodos anticonceptivos son un 87,2%. (ENDES, 2019)

En el presente trabajo de investigación se pretende indagar acerca de la realidad que se da en el embarazo adolescente la cual es considerada como un problema social, ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, sabiendo la morbilidad materno infantil y el impacto social que este genera. Desde este punto de vista es necesario indagar sobre los factores asociados a dicha problemática y de esta manera revertir la situación que se arrastra por varios años en nuestro país.

El conocimiento de dichos factores asociados también contribuirá a reforzar y reformular programas que involucren a las adolescentes, familias, comunidades y la sociedad en sí; permitiendo el trabajo en conjunto con el personal de salud, para la información y conocimiento

que favorezcan los comportamientos de dicha población vulnerable, permitiendo minimizar la tasa de adolescentes embarazadas.

Reconocemos la necesidad urgente de empezar a trabajar para con este grupo de jóvenes, brindándoles la mejor orientación y educación, siendo parte del presente y futuro del país.

Esperando contribuir también para que las distintas entidades enfocadas en dicha problemática permitan adoptar medidas apropiadas para su solución y mejorar la realidad.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Bases Teóricas

El vocablo “adolescencia” deriva de la voz latina “adolece” que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro, pero se acepta como intervalos aproximados los 10 y 19 años. La pubertad es la primera fase de la adolescencia, la encargada del desarrollo de la capacidad de procrear que se inicia con la primera emisión de líquido seminal en el varón, y con la menstruación en la mujer. (López, 2014)

La Adolescencia es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes que resolver, los que deben ser correctamente encarados para llegar a una vida adulta normal. De acuerdo aza preceptos establecidos por la Organización Mundial de la Salud, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, coincidiendo generalmente su comienzo con los cambios puberales entre las edades (10-14 años) y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico (15-19 años). (López, 2014)

Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (López, 2014)

Adolescencia intermedia (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (López, 2014)

Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (López, 2014)

La importancia de conocer las características que definen a la adolescencia, son importantes para poder identificar las variaciones individuales y culturales, de esta manera poder interpretar las actitudes, siendo pues una de las poblaciones vulnerables; "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (López, 2014)

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). (Mendoza L. , 2015)

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la

madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”. (MIMP, 2019)

Las iniciaciones sexuales existen diferentes aspectos a considerar, pero tiene prioridad y es fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados. Se conoce que las consecuencias de la iniciación sexual tienen un carácter universal.” El inicio sexual precoz, unido a la ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, los continuos cambios de pareja y/o promiscuidad, la prostitución y el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos, son conductas sexuales riesgosas comunes en adolescentes y jóvenes, cuyas principales consecuencias se concretan en experiencias frustrantes que pueden causar disfunciones sexuales, embarazos precoces no deseados, incremento del aborto, de las ITS/VIH/SIDA y daños reproductivos”. (Montalvo, 2016)

Se define la salud sexual como aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándose a criterios de ética social y personal, la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual, así como la ausencia de trastornos orgánicos. Posteriormente en 1996 la define como la integración de los elementos somáticos emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien en las personas la comunicación y el amor. (OMS, 2019)

En 1994 las Naciones Unidas en la Conferencia del Cairo define salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social en todo lo referente al sistema reproductor,

así como sus funciones y procesos y no la mera ausencia de enfermedad o defecto. Por lo tanto, la salud reproductiva implica que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tiene la capacidad de reproducirse y la libertad de elegir si llevar a cabo o no dicha reproducción y cuan a menudo a serlo. (OPS, 2019)

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”. (OPS, 2019)

Los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. (Peláez, 2014, pág. 1)

La incidencia de embarazos es mayor en adolescentes de escasos recursos económicos, residentes en las regiones más pobre, emigrantes de zonas rurales y en poblaciones menos educadas. Las adolescentes embarazadas son privadas del desarrollo por disminuir sus capacidades para la educación. La repetición y el retraso escolar, fenómenos que con alta frecuencia anteceden a la deserción escolar unidos a un bajo nivel de aprendizaje de los contenidos bajos de la enseñanza, conspiran contra el aprovechamiento del potencial de los niños

y niñas desde temprana edad. Sus efectos negativos se acumulan a lo largo del ciclo escolar incidiendo de manera muy desigual en las oportunidades de bienestar, sobre todo entre los sectores más pobres. (Peláez, 2014, pág. 1)

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos. (Stern, 2011, pág. 5)

Una familia funcional no es una familia perfecta, pero todos sus miembros han aprendido a cumplir con sus responsabilidades, a dar y recibir amor. Hay respeto entre sus miembros, una comunicación adecuada, se apoyan unos a otros, enfrentan los conflictos con una adecuada madurez. Todo lo contrario, es un disfuncional se refiere literalmente a "que no funciona". Una familia disfuncional consiste en un núcleo social o célula social donde el desarrollo del potencial de sus integrantes se ve afectado negativamente, debido a relaciones o situaciones conflictivas en esta célula. Los métodos de disciplina que utilizan normalmente son inadecuados y producen mucho maltrato a éstos. Como resultado de esta disfuncionalidad, es que se pueden explicar en parte fenómenos como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la drogadicción y la delincuencia. (Stern, 2011)

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. (OMS, 2019)

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. (OMS, 2019)

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo. (OMS, 2019)

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo de Investigación

Por el análisis y alcance de los resultados: descriptivo

Por la ocurrencia de los hechos y registro de la información: retrospectivo

Por el periodo y secuencia de estudio: observacional

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

El estudio se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre julio del 2017 a agosto del 2018.

3.3. Variables

Variable independiente: Factores maternos, familiares y socioeconómicos.

Variable dependiente: Embarazo en adolescentes.

3.4. Población y Muestra

La población comprende todas las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en los consultorios externos Adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

La muestra se obtuvo utilizando la fórmula de población finita (ver Anexo 1), obteniéndose una muestra según población de adolescentes que acudieron Instituto Nacional Materno Perinatal en el Periodo julio 2017 a agosto del 2018 que fue de 10885, resultando 371 gestantes adolescentes para el estudio.

3.5. Criterios de Selección

3.5.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidas en los consultorios externos de Adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2017- agosto 2018.
- Pacientes embarazadas comprendidas entre los 11-19 años de edad.

- Pacientes multigestas o primigestas que acuden para sus controles prenatales en los consultorios externos de adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2017- agosto 2018.

3.5.2. Criterios de exclusión:

- Paciente que no es atendida en los consultorios externos de adolescencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2017- agosto 2018.
- Pacientes no embarazadas o púerperas comprendidas entre los 11-19 años de edad.

3.6. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección y procesamiento de datos son:

- Excel Windows XP
- Programa estadístico SPSS v.25

3.7. Procedimientos

Se revisaron las Historias Clínicas, gracias al acceso que se tuvo del departamento de estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal. Luego dicha información se pasó a la base de datos del programa Windows Excel y fueron procesados utilizando el programa de SPSS Versión 25. Posteriormente los datos se presentarán en este informe final con tablas, gráficos y sus respectivas interpretaciones que permiten observar los resultados.

3.8. Análisis de Datos

Los datos recolectados de las historias clínicas se procedieron a ordenar y codificar en Excel para posteriormente ser llevados al programa estadístico SPSS v.25, los resultados se presentaron en tablas para su posterior análisis.

3.9. Consideraciones Éticas

En cuanto al aspecto ético, la investigación que desarrollaremos no será de tipo experimental por tanto, no requerirá del permiso del comité de bioética de la facultad, ni del instituto nacional materno perinatal, sin embargo se asegurara la confidencialidad y privacidad a que tienen derechos las embarazadas adolescentes, en los datos que nos proporcionen las historias clínicas y que serán de utilidad y uso solo para esta investigación.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Tabla 1
Factores Maternos Epidemiológicos asociados a Embarazo Adolescente

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Chi2	P
Estado Civil	Soltera	151	40,7	215,925	0,000
	Casada	18	4,9		
	Conviviente	202	54,4		
Total		371	100,0		
Grado de Instrucción	Analfabeta	3	0,8	822,993	0,000
	Primaria Incompleta	16	4,3		
	Primaria Completa	7	1,9		
	Secundaria Incompleta	171	46,1		
	Secundaria Completa	163	43,9		
	Superior Incompleta	11	3,0		
Total		371	100,0		
Ocupación	Ama de casa	86	23,2	106,015	0,001
	Estudiante	215	58,0		
	Empleada	17	4,6		
	Comerciante	53	14,3		
Total		371	100,0		
Edad de Inicio de	11	9	2,4	652,378	0,000
Relaciones Sexuales	12	12	3,2		
	13	16	4,3		
	14	84	22,6		
	15	139	37,5		
	16	63	17,0		
	17	44	11,9		

	18	4	1,1		
Total		371	100,0		
Edad de Menarquía	10	1	0,3	472,806	0,001
	11	5	1,3		
	12	30	8,1		
	13	216	58,2		
	14	95	25,6		
	15	20	5,4		
	16	4	1,1		
Total		371	100,0		
Número de Parejas Sexuales	1	101	27,2	168,139	0,001
	2	191	51,5		
	3 a más	79	21,3		
Total		371	100,0		
Utilización de Métodos Anticonceptivos	Si	238	64,2	119,351	0,000
	No	133	35,8		
Total		371	100,0		
Hábitos Nocivos	Ninguno	195	52,6	96,528	0,000
	Alcohol	53	14,3		
	Drogas	93	25,1		
	Cigarros	30	8,1		
Total		371	100,0		

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

Interpretación:

En relación a los factores maternos asociados a embarazo adolescente se encontró que el estado civil de mayor porcentaje fue el de convivencia con 54.4%, el grado de instrucción de mayor porcentaje fue de secundaria incompleta con 46.1%, ocupación es de estudiante de 58.0%,

el inicio de relaciones sexuales fue a los 15 años de 37.5%, la edad de menarquía fue de 13 años en un 58.2%, el número de parejas sexuales de mayor porcentaje fue de 2 parejas con 51,5%, el uso de métodos anticonceptivos fue de 64.2% y los hábitos nocivos de mayor porcentaje fue ninguno de 52.6%. Respecto al análisis del chi2 se encontró que el valor de p es estadísticamente significativo por ser <0,05.

Tabla 2
Factores Familiares epidemiológicos asociados a Embarazo Adolescente

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Chi2	p
Disfunción Familiar	Casados	30	8,1	102,660	0,001
	Convivientes	75	20,2		
	Divorciados	48	12,9		
	Separados	218	58,8		
Total		371	100,0		
Antecedente de Embarazo en la Adolescencia	Madre	75	20,2	249,683	0,000
	Hermana	43	11,6		
	Prima	19	5,1		
	Otros	159	42,9		
	Ninguno	75	20,2		
Total		371	100,0		
Pérdidas de Figuras Significativas	Si	248	66,8	46,021	0,001
	No	123	33,2		
Total		371	100,0		
Escolaridad de Los padres	Analfabetos	7	1,9	491,842	0,000
	Primaria Incompleta	23	6,2		
	Primaria Completa	122	32,9		
	Secundaria Incompleta	123	33,2		
	Secundaria Completa	36	9,7		

	Superior técnico	38	10,2
	Superior universitario	22	5,9
Total		371	100,0

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

Interpretación:

Entre los factores familiares asociados a embarazo adolescente se encontró que la disfunción familiar de mayor prevalencia fue de separados con un 58.8%, con antecedentes de embarazo adolescente fue de otros ajenos a la familia con 42.9%, también fue prevalente las que tuvieron alguna pérdida significativa con un 66,8% y la escolaridad de los padres de mayor prevalencia fue de secundaria incompleta con 33,2%. Respecto al análisis del chi2 se encontró que el valor de p es estadísticamente significativo por ser <0,05.

Tabla 3

Factores Sociales Epidemiológicos asociados a Embarazo Adolescente

Variables	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Chi2	p
Nivel Socioeconómico	Menos de s/600	13	3,5	245,463	0,000
	De s/600 a s/1000	300	80,9		
	Más de s/1000	58	15,6		
Total		371	100,0		
Hacinamiento	1 a 2 miembros	5	1,3	62,692	0,001
	3 a 4 miembros	96	25,9		
	5 a 6 miembros	198	53,4		
	De 7 a más miembros	72	19,4		
Total		371	100,0		
Zona de Vivienda	Con servicios básicos	159	42,9	104,575	0,000
	Sin servicios básicos	212	57,1		
Total		371	100,0		

Datos obtenidos en el campo (Elaboración propia)

Interpretación:

Entre los factores sociales de mayor prevalencia destacan el ingreso mensual de s/600 a s/1000 con un 80.9%, el hacinamiento fue de 5 a 6 miembros en el hogar con una prevalencia de 53,4% y la zona de vivienda más prevalente no contaba con servicios básicos con un porcentaje de 57,1%. Respecto al análisis del chi2 se encontró que el valor de p es estadísticamente significativo por ser $<0,05$.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación titulada “Factores de Riesgo Asociados a Embarazo Adolescente en Gestantes que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio 2017 a agosto 2018”, se encontró que los factores maternos, la edad de mayor prevalencia fue de 17 años con 34,50%, similar a un estudio realizado en México (Fleiz, 2015).

El estado civil de mayor prevalencia fue conviviente con 54,4%, el grado de instrucción de secundaria incompleta con 45,8% similar a un estudio (Urbina & Pacheco, 2016).

Asimismo la ocupación de mayor porcentajes fue de estudiante con 57,6% a diferencia de un trabajo que indico que era la de ama de casa. (Fleiz, 2015)

Respecto a la edad en la que iniciaron su actividad sexual fue de 15 años con 31,9%, seguido de 14 años con 21,9% coincidiendo con un estudio realizado (León, 2016)

En la utilización de métodos anticonceptivos la respuesta de su uso fue de 64,8% similar al trabajo realizado en México. (Fleiz, 2015)

Con relación a los factores familiares, la disfunción familiar se presentó con mayor porcentaje en separados con 57,8% seguido de convivientes con 20,1% y divorciados con 13,8%; lo que no coincide con la investigación citada, en la que se obtuvo como resultado que el 67 % eran casados y el 24 % eran convivientes. (Calderón & Alzamora, 2015)

El antecedente de algún familiar o pariente con antecedente de embarazo adolescente resulto un porcentaje de otros con 43,5% a diferencia del estudio realizado donde indicaron a la madre que sí estuvo embarazada a la misma edad en 12 %. (Peláez, 2014)

En cuanto a los factores sociales, el nivel socioeconómico es de 600 a 1000 soles en 79,2 %, el hacinamiento es de cinco a seis miembros en la familia en 31,8 % y, finalmente, viven en una zona sin servicios básicos en 55,2 %, similar al estudio de Carreón, J. (2009) titulado “Factores

socioeconómicos en adolescentes”, que tuvo como resultado el hacinamiento en 15,5 %, con más de tres personas. También se encontró que el nivel socioeconómico es medio en 84,8 %, y que habitan en una zona regular o buena (urbana) en 94,6 %.

VI. CONCLUSIONES

- Los factores maternos asociados a embarazo adolescente fueron la edad de 17 años, convivientes, con secundaria incompleta, estudiantes, con inicio de las relaciones sexuales a los 15 años, con menarquía a los 13 años, con un número de 2 parejas sexuales, con el uso de métodos anticonceptivos y sin hábitos nocivos.
- Los factores familiares asociados a embarazo adolescente fueron de padres separados, sin antecedentes de embarazo adolescente dentro del hogar, con pérdidas significativas y con padres con educación secundaria incompleta.
- El factor social asociado a embarazo adolescente fue de la canasta básica intermedia, el hacinamiento fue de cinco a seis miembros y no contaban con servicios básicos.

VII. RECOMENDACIONES

- Capacitar al profesional de la salud para el ejercicio de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva.
- El personal calificado deberá llegar a la población vulnerable con talleres para la capacitación de responsables educativos para el trabajo en conjunto.
- Fomentar la detección de los factores de riesgo en la sociedad e incluir a dichos núcleos familiares vulnerables a talleres comunales a cargo de personal responsable y capacitado.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Calderón, J., & Alzamora, L. (2015). Influencia de las Relaciones Familiares sobre el Aborto Provocado en Adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 67-76.
- Colomer, J. (20 de Enero de 2019). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400016
- De la Cruz, J. (26 de enero de 2018). *Características de las madres con parto pretérmino en el Hospital Sergio Bernales periodo Noviembre 2014 a Noviembre 2015*. Obtenido de Tesis Universidad Ricardo Palma: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/502/1/Cuzcano_%20a.pdf
- ENDES. (15 de enero de 2019). *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Obtenido de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
- Fleiz, C. (2015). Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México. *Revista Mexicana de Salud Mental*, 25-34.
- González, D. (2015). Medicina preventiva y salud pública, medicina familiar y atención primaria. *Revista Cubana Ginecología y Obstetricia*, 1-89.
- León, P. (2016). Embarazo adolescente: Orientación hacia una sexualidad segura. *Revista pediátrica electrónica*, 27-38.
- López, G. (2014). *La Adolescente Embarazada*. Asunción: XI Congreso Latino de Obstetricia y Ginecología.

- Mendoza, L. (2015). Actividad Sexual en adolescencia Temprana: Problemática de Salud Pública en una ciudad Colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 271-279.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2 de Febrero de 2015). *Embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas*. Obtenido de Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- MIMP. (24 de Enero de 2019). *Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-nota-prensa.php?codigo=28>
- MINSA. (29 de enero de 2019). *Documento Tecnico-BVS Minsa*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
- Montalvo, N. (2016). *Factores que predisponen al embarazo adolescente*. Veracruz: Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.
- OMS. (12 de Febrero de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OPS. (11 de enero de 2019). *OPS/OMS-FNUAP-UNICEF*. Obtenido de Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproducción de adolescentes y jóvenes:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/salud_sexual
- Peláez, J. (2014). Adolescente Embarazada: Características y Riesgos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-79.
- Routi, M. (2014). *Sexualidad y Embarazo en Adolescentes*. Asunción: Instituto de investigaciones de Ciencias de la Salud.

Stern, C. (2011). El Embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica.

México DF: McGraw-Hill.

Tisiana, L. (2015). Riesgo en el Embarazo Adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 56-65.

Urbina, C., & Pacheco, J. (2016). Embarazo Adolescente. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 118-123.

IX. ANEXOS

Anexo N° 1: Determinación del Tamaño Muestral

Para encontrar el tamaño muestral se utilizó la fórmula estadística de proporciones en una población finita:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot (1 - p) \cdot N}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2_{\alpha/2} \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Dónde:

$Z^2_{\alpha/2}$ = coeficiente de confianza del 95% = $1.96^2 = 3,84$

p = proporción de variable independiente = 0.50 (50%)

q = proporción de variable dependiente = 0.50 (50%)

E = error máximo permisible para nivel confianza = 0.05 (95%)

N = Población gestantes en el periodo julio 2017 a agosto 2018 = 10885

Entonces:

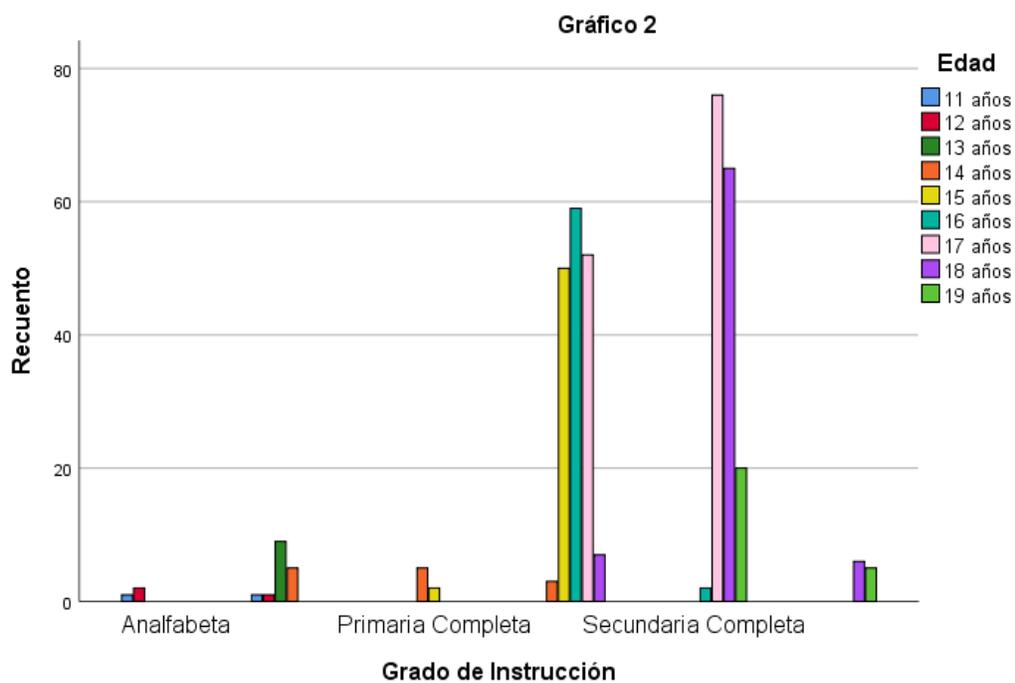
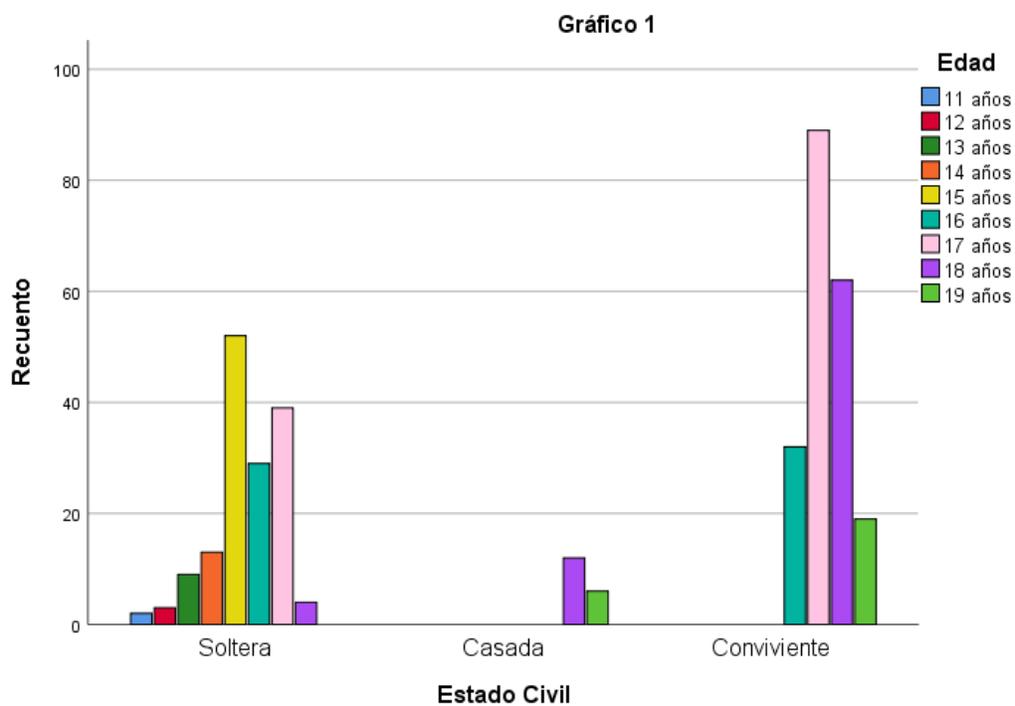
$$n = \frac{3.84 * 0.5 * (1 - 0.5) * 10885}{(10885 - 1) * 0.05^2 + 3.84 * 0.5 * (1 - 0.5)}$$

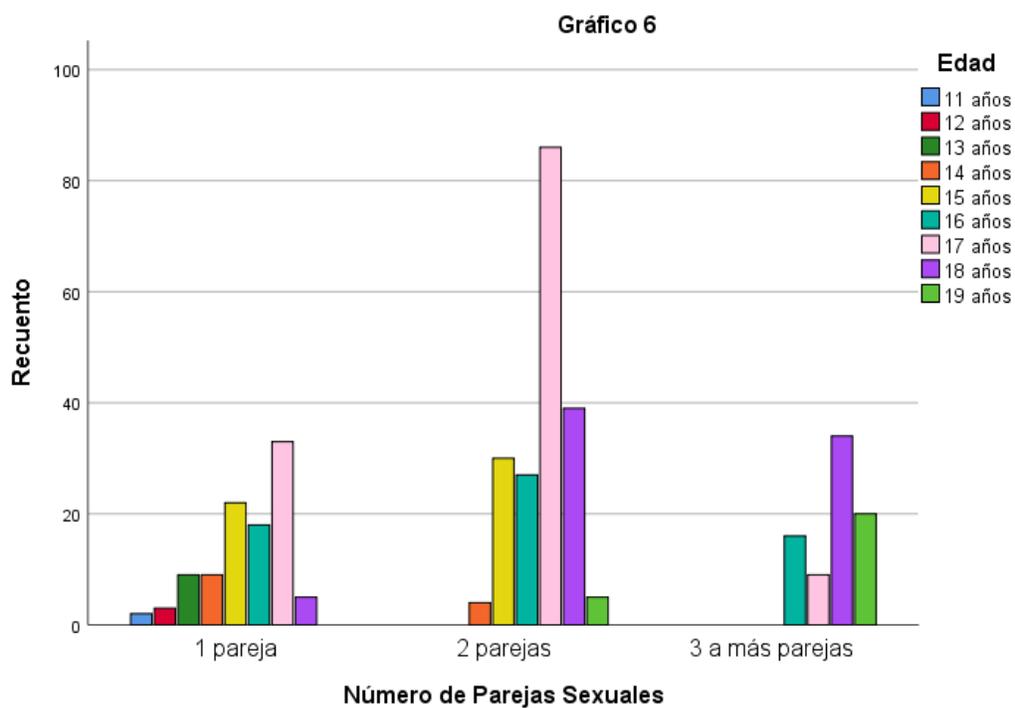
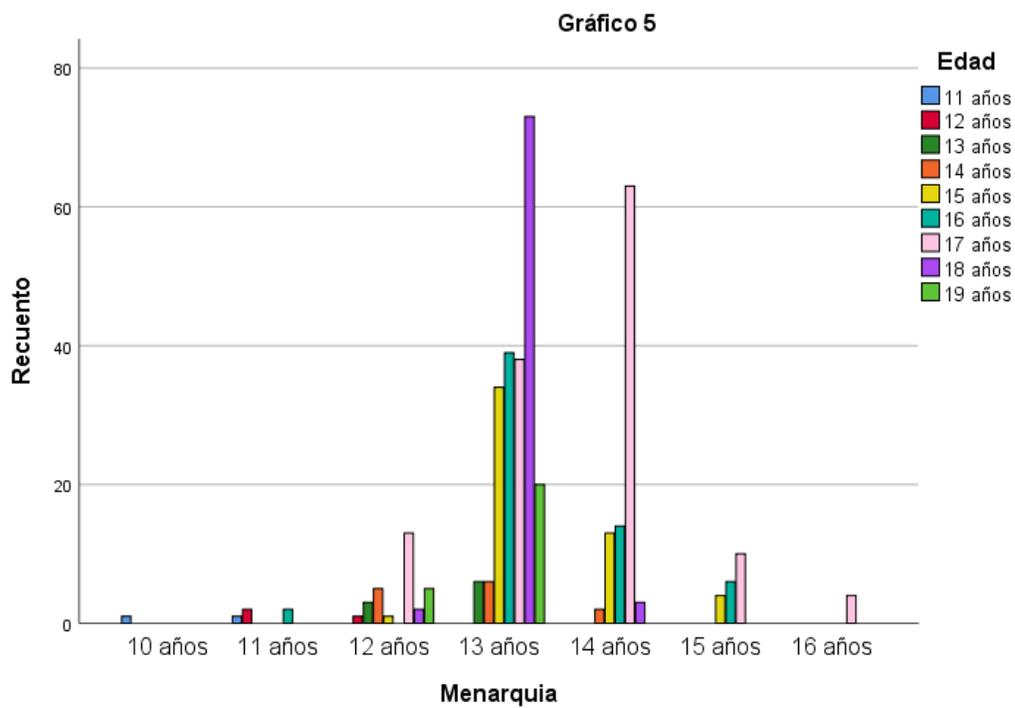
$$n = 371$$

Anexo N° 2: Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador	Instrumento de Medición
Variables: Factores Maternos					
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa	Discontinua	En años	Historia Clínica
Estado Civil	Estado conyugal legal.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente	Historia Clínica
Grado de Instrucción	Grado de estudio máximo realizado.	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta	Historia Clínica
Ocupación	Manifestación de la paciente del trabajo u oficio que se dedica en el momento del estudio.	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Estudiante Empleada Comerciante	Historia Clínica
Inicio de Relaciones Sexuales	Edad en la que la paciente realizo su primer acto sexual.	Cuantitativa	Discontinua	En años	Historia Clínica
Menarquia	Edad en la que tuvo su primera menstruación.	Cuantitativa	Discontinua	En años	Historia Clínica
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con que realizo acto sexual desde que empezó a tenerlos.	Cuantitativa	Discontinua	En número	Historia Clínica
Utilización de métodos anticonceptivos	Conocimiento de uso de algún método anticonceptivo.	Cualitativa	Nominal	Si No	Historia Clínica
Variables: Factores Familiares					
Disfunción Familiar	Estado funcional actual de los padres.	Cualitativa	Nominal	Casados Convivientes Separados Divorciados	Historia Clínica
Antecedente de embarazo en adolescencia	Caso de embarazo adolescente en el entorno.	Cualitativa	Nominal	Madre Hermana Prima Otro Ninguna	Historia Clínica
Perdidas de figuras Significativas	Fallecimiento de algún familiar de primer grado.	Cualitativa	Nominal	Si No	Historia Clínica
Escolaridad de los padres	Años de estudio de los padres.	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior	Historia Clínica
Variables: Factores Sociales					
Nivel socioeconómico	Dinero en promedio mensual para la canasta básica; provenientes de salarios, rentas y/u otros.	Cuantitativa	Continua	De s/600 a menos De s/600 a s/1000 de s/1000 a más	Historia Clínica
Hacinamiento	Relación de personas con el espacio de vivienda disponible.	Cuantitativa	Continua	De 1 a 2 miembros De 3 a 4 miembros De 5 a 6 miembros De 7 a más miembros	Historia Clínica
Vivir en área rural	Se va a definir al lugar actual de vivienda.	Cuantitativa	Continua	Con servicios básicos Sin servicios básicos	Historia Clínica

Anexo N°3: Gráficos Estadísticos





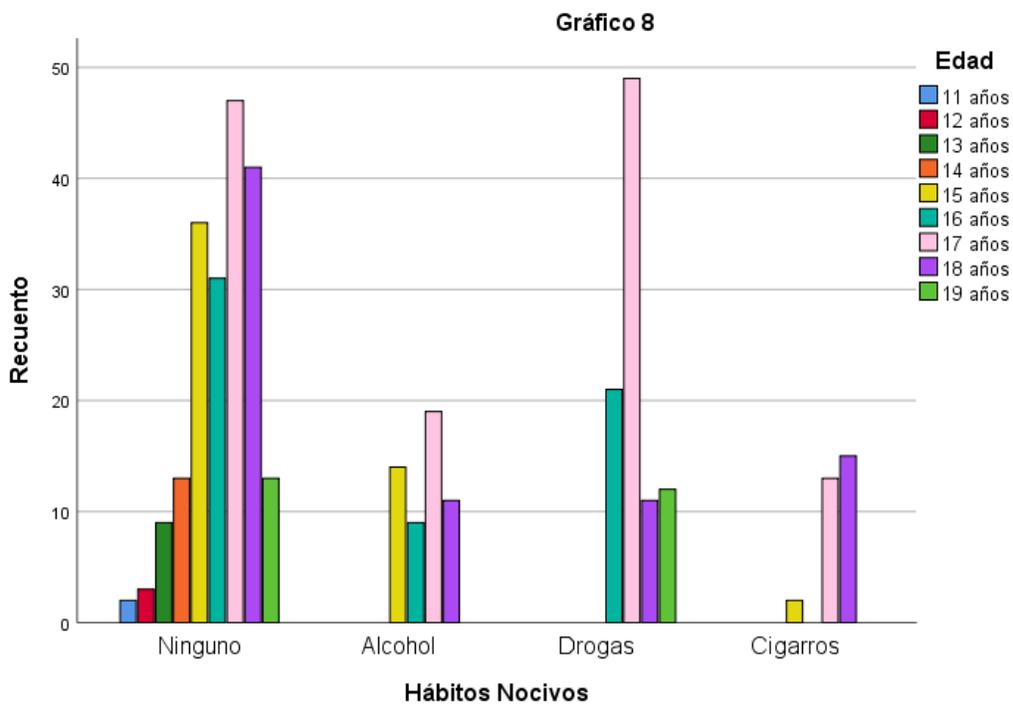
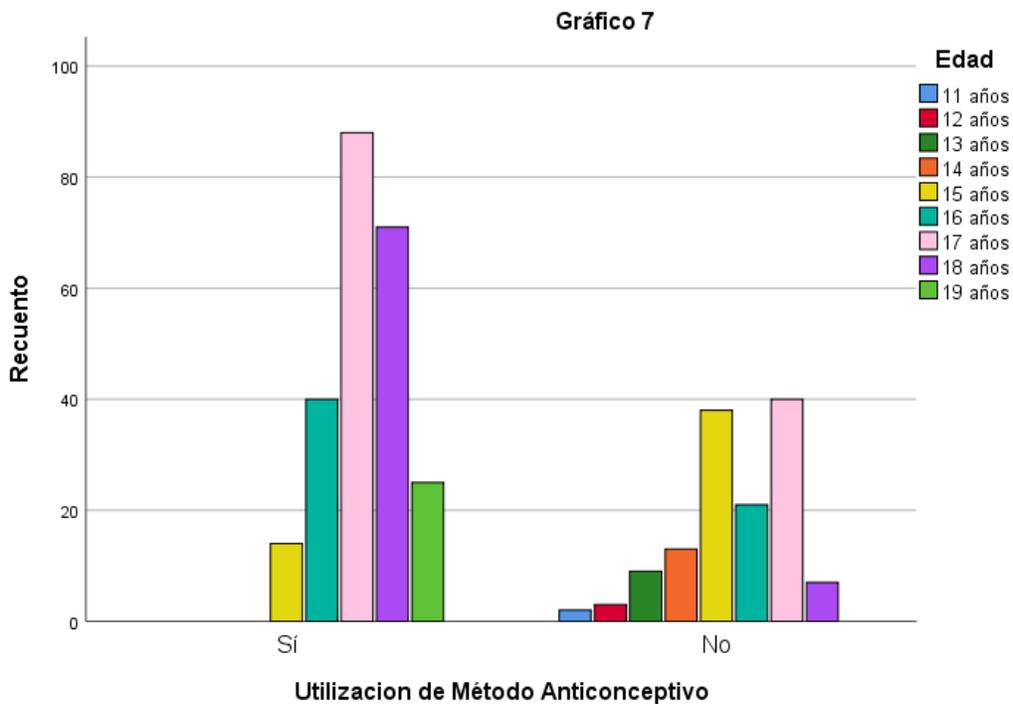


Gráfico 9

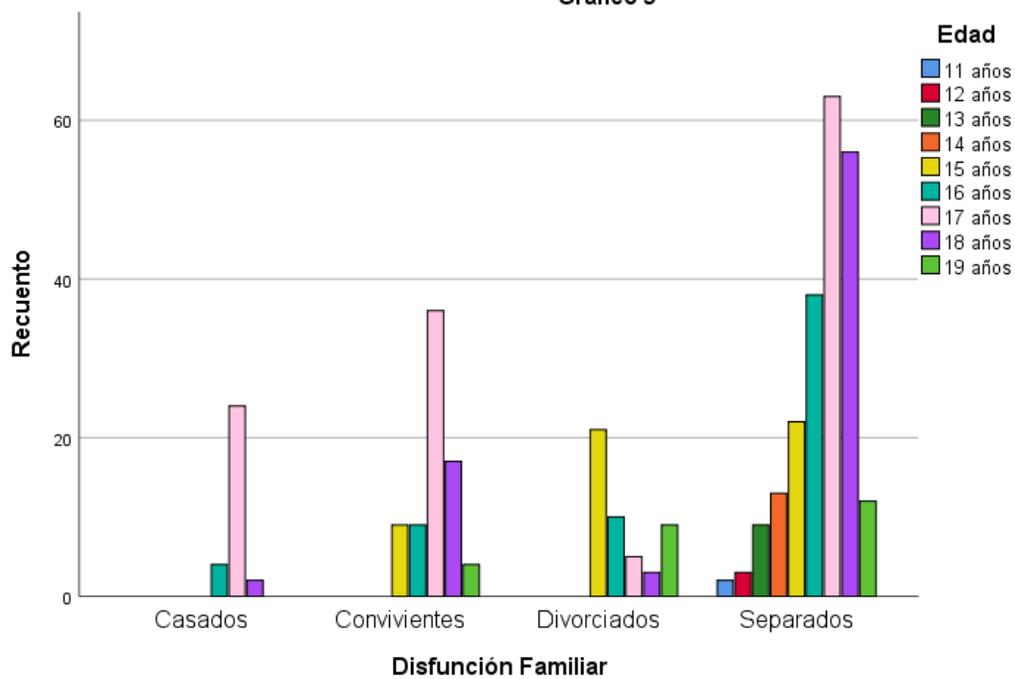


Gráfico 10

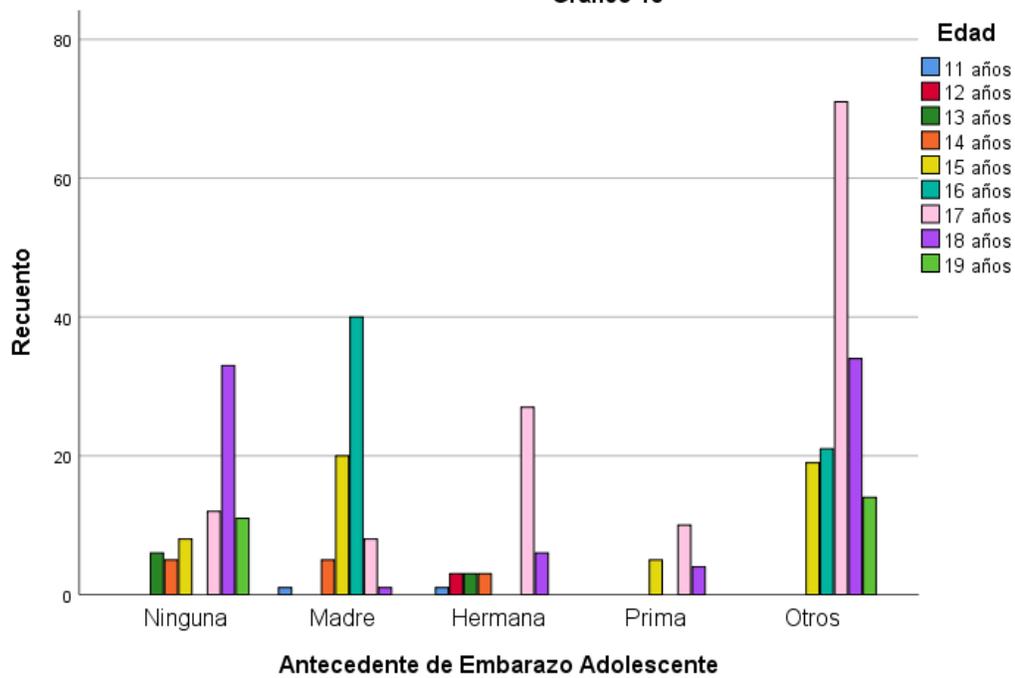


Gráfico 11

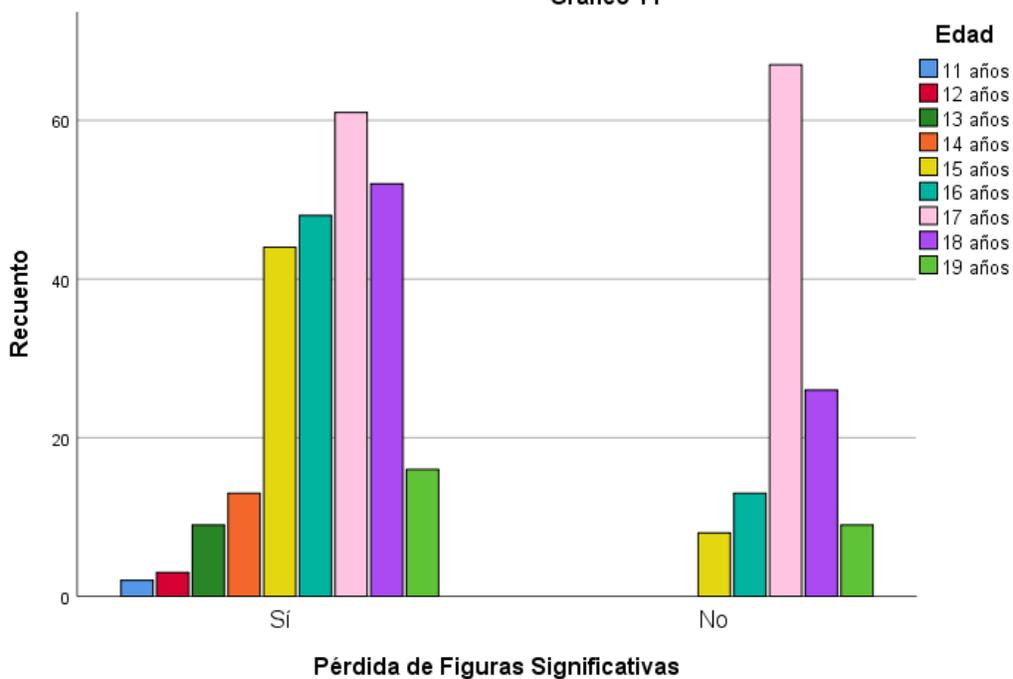
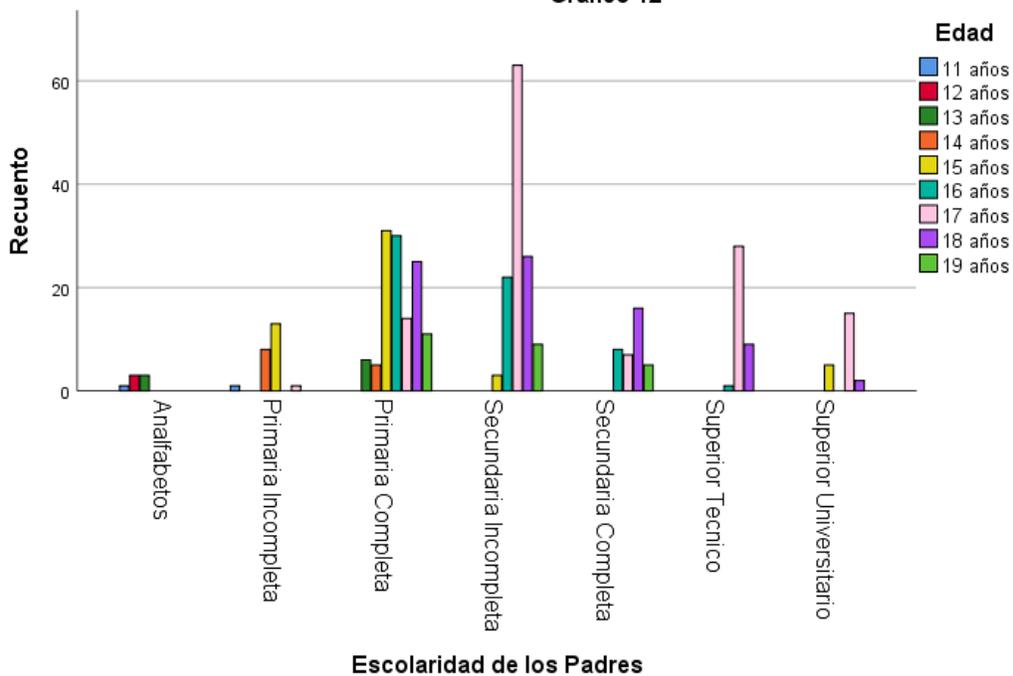


Gráfico 12



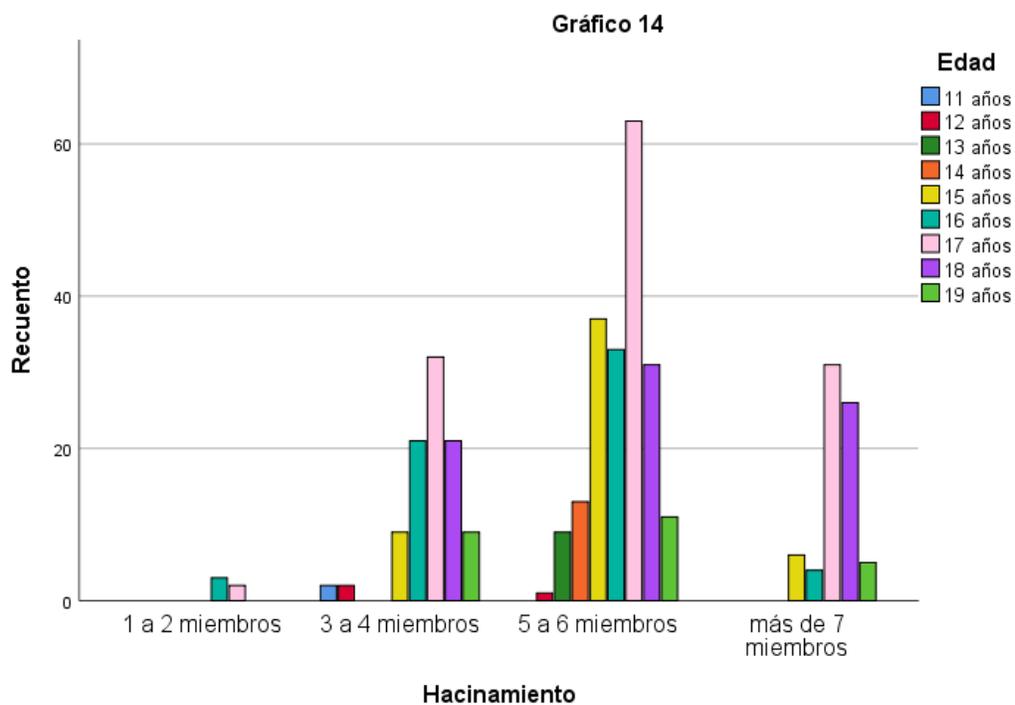
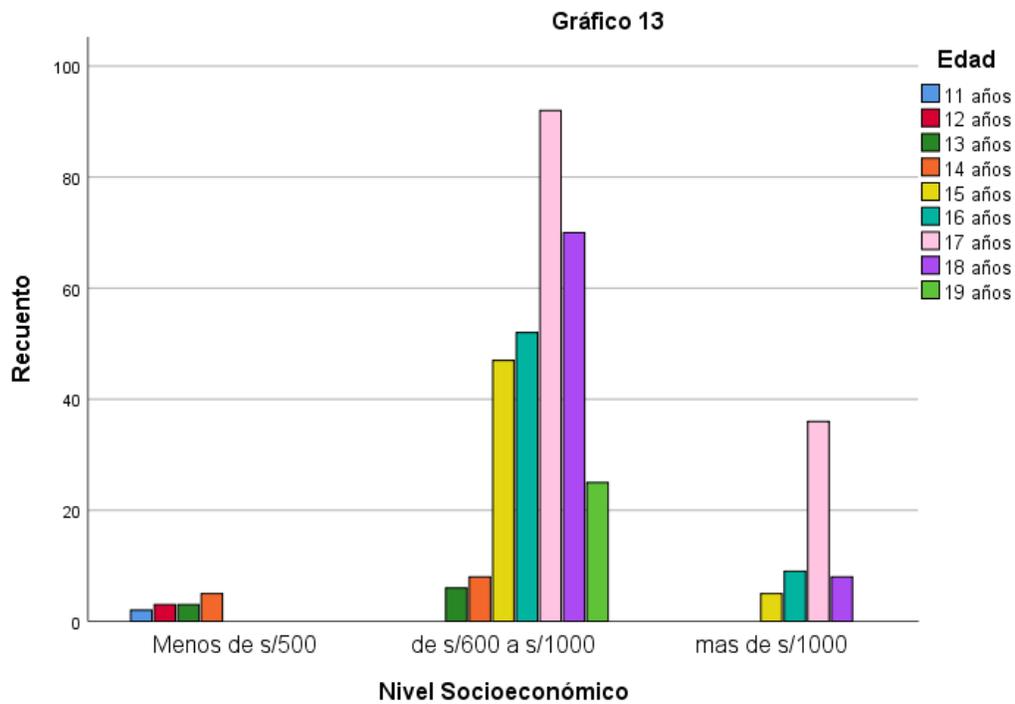


Gráfico 15

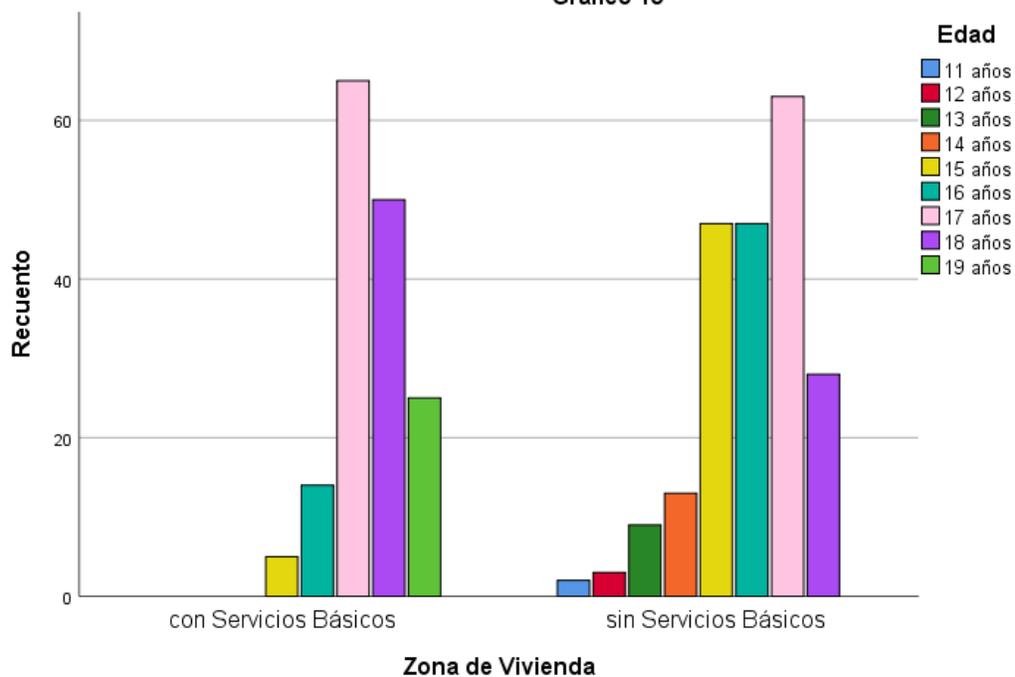


Gráfico 16

