

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMAN GUERRERO
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION



**GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR PREDISPONENTE EN
EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2,018
PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA – OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR DANIA MABEL PANDAL CAMPOS

ASESOR

Dr. Javier Cáceres

LIMA – PERU

2,021

Indice

Indice.....	ii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2 Formulación del Problema.....	3
1.3 Objetivos.....	4
1.4 Justificación.....	4
1.5 Delimitación	6
1.6 Viabilidad.....	6
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	8
2.1 Antecedente de la Investigación.....	8
2.2 Bases Teóricas.....	24
2.3 Definiciones Conceptuales.....	37
2.4 Hipótesis.....	43
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	45
3.1 Diseño.....	45
3.2 Población y muestra.....	45
3.3 Operalización de variables.....	46
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos.....	48
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información.....	48
3.6 Aspectos éticos.....	49
CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	51
4.1 Recursos.....	51
4.2 Cronograma.....	52
4.3 Presupuesto.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
ANEXOS.....	58
1. Matriz de Consistencia.....	59
2. Instrumentos de recolección de datos.....	61
3. Solicitud de permiso institucional.....	63
4. Consentimiento informado (En caso de aplicar)	63
5. Informes de opinión de expertos de instrumentos de investigación.....	64

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El Parto Pretérmino, frecuentemente ha sido un problema, manifiestamente evidenciada en la población gestante, particularmente en las adolescentes gestantes, se hace imprescindible destacar, un aumento considerable de embarazos en adolescentes gestantes, generado por factores diversos, que originan efectos en la prematuridad del recién nacido, efectos como el retardo en el crecimiento intrauterino elevando los niveles de mortalidad neonatal , su bajo peso al momento de su nacimiento, efectos que se transforman en una situación de elevado riesgo para la gestante adolescente (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere y reporta que, a nivel mundial, el 11% del total de nacimientos globales en el mundo, debidamente registrados, representa a nacimientos en adolescentes embarazadas; de los cuales el gran porcentaje se localiza en los países en vías de desarrollo, de este 11% el 53.6% es parto pretermino.

Respecto a índices de mortalidad, discapacidad y elevado costo para la sociedad, el parto pretermino espontáneo, se constituye en uno de los grandes problemas en el campo de la obstetricia, su origen y causalidad, es aún desconocida, con una especificidad carente en su predicción, asimismo por estas consideraciones, el diagnóstico es difícil, y respecto a la terapia tocolítica en cuanto a los beneficios y riesgos en su aplicación es controversial (2).

El parto prematuro espontáneo, es uno de los causales de mayor incidencia en la morbimortalidad neonatal, definiéndose como el condicionante en el elevado porcentaje de efectos infantiles, en las gestantes precoces.

El concepto del parto pretermino o parto prematuro, es definido, según el autor de la referencia, como aquel que se realiza u origina antes de las 37 semanas de gestación, específicamente cuando se genera entre las 22 y 36 semanas, computados a partir del primer día de su última menstruación, también la Sociedad Española, define que el parto pretermino, se da antes de las 37 semanas ó 259 días, desde el primer día de la última menstruación.

Mundialmente, las estadísticas demuestran que 15 millones de niños nacen, sin llegar a término, de los cuales fallecen un millón, producto de las complicaciones que

implica el parto y aquellos que superan, existe la probabilidad que sufran alguna discapacidad a futuro, los países pobres respecto a los países ricos, tienen una mayor probabilidad de correr mayor riesgo, representando el 12%, frente al 9% de los países ricos, configurándose como un grave problema en la esfera de salud (3).

En Latinoamérica, del porcentaje total de nacidos, los partos preterminos, constituyen el nivel superior al 10 %, este porcentaje comparativamente con los países desarrollados, es superlativamente superior, diferencia que se sustenta en el nivel educacional y económico que tienen los países en visa de desarrollo, representado por su calidad y cantidad de medios orientados para poder prevenir el tratamiento del parto pretermino (4). La constitución de la prematuridad, se asocia al concepto de ser un síndrome, la misma que precisa de un conjunto concurrente simultáneamente de sintomatologías y signos, que se basan en diferentes causas u origen (5). Las causas y mecanismos del parto pretermino son múltiples, variados y diferentes, que van a generar este trastorno, que también tienen implicancias en las fisiopatologías (1).

A nivel nacional, según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), el año 2,018, precisó que, del total de partos, los partos pretermino se sitúan entre el 5 al 10%, asimismo, refiere que el mayor porcentaje de partos pretermino se ubican en la zona rural con un 22.7%, en la zona selvática un 23.5% y el menor porcentaje a nivel nacional de partos pretermino se ubican en Lima con un 8.9% (6). En el año 2,005, la Organización Mundial de la Salud, refirió que, a nivel mundial los partos prematuros fueron el 9.6%, que significan 12.9 millones de partos prematuros, asimismo hacen referencia las fuentes de la Organización Mundial de la Salud, que, en el año 2,016, nacieron 15 millones de bebés como parto pretermino; la misma que tiene una equivalencia a Un (01) parto pretermino por cada Diez (10) partos normales (7).

A nivel Institucional, los cuidados prenatales, en las últimas décadas tuvieron notables y grandes avances, especialmente respecto a los embarazos considerados de alto riesgo, estos avances han logrado reducir la mortalidad materna, pero estos avances no han sido suficientes para reducir los partos prematuros; es fundamental tener en consideración lograr la identificación inmediata y eficaz de las adolescentes respecto al factor etario, es indispensable, porque nos permitirá establecer los protocolos pertinentes, y así, reducir los porcentajes de partos pretermino y por ende la mortandad neonatal.

El Hospital de Ventanilla, no es ajena a la problemática citada en párrafos precedentes, ya que permanentemente se viene observando el incremento de casos de gestantes adolescentes con parto pretermino, constituyéndose este factor etario adolescente como determinante para la generación de esta problemática, según la encuesta nacional de salud, correspondiente al año 2,015, la Provincia Constitucional del Callao, registró un 10.1% de adolescentes que presentaron gestación, considerándose uno de las puntuaciones más altas alcanzadas; de este porcentaje tan alto obtenido históricamente, un gran porcentaje de gestantes, no tienen educación completa o tienen bajo nivel de educación, representando el 56.7%, por otro lado se tiene que el 27.5%, habita o mora en la zona urbano marginal, por estos hechos y circunstancias de la realidad problemática de la Provincia Constitucional del Callao, Distrito de Ventanilla, es muy importante saber si en las gestantes adolescentes con parto pretermino, la menarquia tardía, la pobreza, el bajo nivel de instrucción y las drogas ilegales, son indicadores más frecuentes para determinar un parto pretermino, lo que nos va a permitir prever y reducir el elevado índice de casos, impidiendo que se dé la prematuridad, en el neonato, lo cual generaría su mortalidad o morbilidad, repercusiones en la familia ocasionando problemas, efectos sociales así como emocionales y la respectiva incidencia económica negativa, por los costos que requieren el cuidado de los neonatos tanto para la familia como para el Estado, consecuentemente con lo citado precedentemente se requiere fundamentalmente que, el objetivo del presente proyecto es determinar si la gestante adolescente es factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.

1.2 Formulación del problema

Problema General:

¿Es la gestante adolescente un factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018?

1.3 Objetivos

Objetivo General:

Determinar si la gestante adolescente es un factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018

Objetivos Específicos:

OE 1. Determinar si la menarquia tardía en gestantes adolescentes es un factor asociado en el parto pretermino.

OE 2. Determinar si la pobreza en gestantes adolescentes constituye un factor asociado en el parto pretermino.

OE 3. Determinar si el bajo nivel de instrucción en gestantes adolescentes se comporta como un factor asociado en el parto pretermino.

OE 4. Determinar si las drogas ilegales en gestantes adolescentes se comportan como un factor asociado en el parto pretermino.

1.4 Justificación

El parto pretermino, producto del embarazo en gestantes adolescentes del Distrito de Ventanilla, de la Provincia Constitucional del Callao, continúa constituyéndose un problema esencial de salud pública, que tiene múltiples implicancias en la madre adolescente, el niño que está por nacer, así como los familiares del entorno, problema que es latente por el incremento periódico de y sistemático de embarazos en adolescentes, pese a las estrategias medicas aplicadas por el Ministerio de Salud, el presente proyecto de tesis, realizado en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital de Ventanilla, obedece al interés personal, por tratar de conocer como la gestante adolescente se traduce como el principal factor predisponente de incidencia en los partos pretermino de las gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018; debido a que según la encuesta demográfica y de salud familiar, en el año 2,017 se registraron 480,483 nacimiento, de los cuales el 21.8%, representó la prematuridad, haciendo un total de 104,745, de

este porcentaje 6.4% son prematuros extremos, que en cifras representa 30,750, se denominan prematuros extremos, por haber nacido pesando menos de un kilo y medio.

Desde ya el solo hecho de existir un incremento exponencial de casos de gestantes adolescentes en el distrito de Ventanilla, se configura en un problema, cuya incidencia frontal en la mortalidad y morbimortalidad neonatal, siendo un eje sumamente importante, la misma que a futuro traería serias consecuencias para las jóvenes adolescentes. Las serias consecuencias de los partos pretermino en gestantes adolescentes, puede generar elevados índices de morbilidad y muerte del neonato, ello debido a complicaciones, las mismas que estarían relacionadas con la menarquia tardía, la pobreza, el bajo nivel de instrucción, y las drogas ilegales; que a su vez se podría denominárseles factores sociales y familiares más frecuentes que determinan un parto pretermino. Entre las principales consecuencias que genera el parto pretermino en la mayoría de neonatos que logran sobrevivir, se reportan discapacidades con el aprendizaje y el neurodesarrollo, problemas en la audición y visuales. Es necesario precisar de manera histórica un dato que el MINSA, reporto el año 2,010, señalando que el parto pretermino es un elemento muy importante en la morbilidad y mortalidad de los neonatos, donde el 75%, terminó en muerte del neonato, y el 50% reporto daño neurológico (8).

En la actualidad el Hospital de Ventanilla, no cuenta con el estudio específico similar, ni a nivel nacional sobre la gestante adolescente como factor asociado al parto pretermino, motivo por el cual es importante la elaboración del proyecto en mención, que nos permitirá la prevención y reducción en el índice de partos pretermino; en la actualidad, falta determinar de manera tangencial las medidas que sean eficaces en el diagnóstico preventivo para la reducción del parto pretermino, sin embargo en el presente proyecto demostraremos que diversos factores asociados, como la menarquia tardía, la pobreza, el bajo nivel de instrucción y las drogas ilegales tienen influencia en el parto pretermino de las gestantes adolescentes.

Son múltiples y variados los indicadores categóricos de la variable gestante adolescente, por lo que en nuestro proyecto, es necesario e indispensable discriminar prioritariamente y de acuerdo a su predominancia en la población de estudio, teniendo en consideración la frecuencia, ya que sus comportamientos varían paradigmáticamente, es decir en función de la población existente en sí y el tiempo en el que se da, este procedimiento es útil y necesario para poder determinar de

manera clara y precisa los indicadores, a fin de evaluar a los pacientes y precisar las medidas preventivas acertadas.

También el estudio contribuye a la comunidad científica y de investigación, que servirá como antecedente para dar inicio a otras investigaciones de tipo médico y social. La importancia del hallazgo de resultados se sustenta en que nos dará a conocer el comportamiento de los indicadores del factor gestantes adolescentes que desencadenan un parto pretermino. Por otro lado, sus resultados permitirán contrastar con otras investigaciones, cuyo objetivo haya tenido el fin comparable en su utilidad, del mismo servirá de base para otros estudios.

1.5 Delimitación

El estudio se encuentra delimitado en dos variables, la variable 1 enfocada en gestantes adolescentes como factor predisponente y la variable 2 determinada en el parto pretermino. La unidad de investigación y/o análisis, se encuentran basadas principalmente en las historias clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Ventanilla, en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2,018.

1.6 Viabilidad

El presente proyecto es totalmente viable, en vista de contar con las facilidades de acceso a las historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia, las mismas que permitirán un análisis técnico de los indicadores y categorías de la variable gestantes adolescentes que desencadenan en parto pretérmino, actividades que requerirán la autorización de las autoridades pertinentes, a los cuales desde ya se les solicitó mediante un documento formalizado por el canal administrativo correspondiente.

El registro de la información, estará a cargo de la investigadora del proyecto, para su elaboración, se requerirá, de los medios humanos, recursos económicos y materiales pertinentes, los cuales serán asumidos en su totalidad por la investigadora, por lo cual el estudio es factible.

Es viable el proyecto de investigación, por causa que presupuestariamente no irrogara ningún gasto a la Institución; el acceso a las historias clínicas, se encuentran garantizadas, por el apoyo de las autoridades del Hospital de Ventanilla, apoyo que también se materializa en la recolección de datos estadísticos e informáticos, por otro lado se tiene que las encuestas cuentan con el apoyo de personas especialistas

en el tema, laboratoristas, técnicos de la salud y los pacientes que diariamente se atienden.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Gómez M, Mejía G, realizaron en Colombia, un estudio del Municipio de Carepa, respecto a la prevalencia de embarazo y las características económicas, sociales, demográficas y familiares de las adolescentes de este municipio, en la que se realizaron encuestas a mujeres cuyas edades fluctúan entre los 10 a 19 años, el número de encuestadas, fue de 566, todas ellas residentes del Municipio de Carepa, la misma que se encuentra ubicada en Urabá, del departamento de Antioquía, al estudiar y analizar las variables, se determinó estadísticamente que respecto a la variable sociodemográfica, el 50% fluctuaba en el promedio de los 15 años, así mismo, no concluyeron su secundaria el 69.5%, que representan 344 adolescentes, habitaban en viviendas pobres 291 personas, que representa el 51.9%; en cuanto al régimen subsidiado, el 56.4% que representa un total de 315 adolescentes y existe un total de 546 adolescentes, que representa el 85.6% que realizan estudios; por otro lado con respecto a la religión se tiene que el 41.7%, que son 230 entrevistadas, manifiestan no pertenecer a ninguna Religión, el 34.6% que son 191 entrevistadas, señalaron ser católicas, 12.9% (71 entrevistadas)son cristianas, y 10.9% (60 entrevistadas) pertenecen al pentecostalismo; asimismo refieren que respecto al inicio de la vida sexual , las adolescentes del municipio de Carepa en un porcentaje del 50%, manifestaron que iniciaron a los 15 años (RI: 9 años), por otro lado se pudo determinar que el 50% de las mujeres entrevistadas, tuvieron una pareja sexual, el 23.3% que representa a 129 entrevistadas, preciso tener pareja o novio, de este porcentaje de encuestadas, el 28.6% (46 encuestadas), manifestó ser conviviente, asimismo el 36% (27 encuestadas) refirieron que la pareja o conviviente que tienen un nivel de escolaridad incompleta; por otra parte el 38.3% (215 encuestados), señaló que mantuvieron relaciones sexuales, de estas encuestadas, el 83.1% (74 encuestadas) empleaba métodos anticonceptivos, el 47% (101 encuestadas) se embarazaron y el 8.7% (9 encuestadas) tuvieron abortos; el 50% de las encuestadas refirieron que tuvieron su primer hijo a los 16 años (RI: 4años). Además, se encuestó respecto al estado civil de las adolescentes antes y después del embarazo, obteniéndose resultados determinantes que el 65.3% (66 encuestadas) antes y

después del embarazo continuaban siendo solteras, mientras que un 57.6% (19 encuestadas) mantenían una unión libre con sus parejas. También se encuestó respecto al estar el mayor tiempo con los familiares, refiriendo un 82.5% (454 encuestadas) encontrarse en este rango porcentual, de otro lado se tiene que el 81.2% (422 encuestadas) no pertenecen a ningún grupo social (grupos juveniles, equipos de deporte), por otra parte, se tiene que la prevalencia del embarazo adolescente fue del rango de 17.8%, un 69.5% se encontraban realizando estudios secundarios incompletos, en el rango económico nivel 1, se encontraban 51.9%, además el 37.9% refirieron tener ingresos mensuales por debajo de los 500 mil, el 50% de este grupo se encontraban en el promedio de los 15 años (RI: 5 años), el 8.4% fueron violentadas verbal y físicamente, por consecuencia de la violación del padre o un familiar, se determinó un 1.3% (9).

Mathewos S, Mekuria A., en el año 2018, realizaron en Etiopia, un estudio sobre el embarazo adolescente, donde se evidencio que el embarazo en la adolescencia en uno de los resultados más desfavorables y generalmente imprevistos de la actividad sexual de las adolescentes, a los adolescentes se les inicia a participar en relaciones sexuales sin protección a una edad temprana para que estén expuestos a la paternidad joven, gran cantidad de adolescentes que resultan embarazadas son obligadas prácticamente a no asistir a la escuela para su educación, este hecho tiene una implicancia a larga data para ellas como personas, su familia y su comunidad; la prevalencia de actividad sexual fue de 124(22.1%), este hallazgo es consistente con estudios realizados entre adolescentes escolares de dos ciudades de Etiopia: Gondar (23.5%) y Nekemt (21.5%), sin embargo un poco más bajo que los hallazgos determinados por un informe demográfico y salud de Etiopia(EDHS 2011) y un estudio realizado entre adolescentes realizados de Llorin, Nigeria, los hallazgos en estos estudios fueron 24.2% y 26.2% respectivamente; la discrepancia puede deberse a variaciones metodológicas: EDHS incluyo a adolescentes de la comunidad, mientras que el otro estudio se centró solo en adolescentes de secundaria, además la diferencia sociocultural está allí como el caso de Llorin, Nigeria, aunque el gobierno de Etiopia a estado trabajando en aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva de manera enfática en los jóvenes (incluidos los adolescentes), en la escuelas y la comunidad en general, el estudio actual ha demostrado que un gran número de adolescentes escolares estaban practicando relaciones sexuales y

todavía existen las amenazas de riesgo de quedar embarazadas en plena adolescencia (10).

Mendoza T Claros B, Peñaranda O, dichos autores realizaron un estudio en Santiago de Chile en el año 2016 respecto al embarazo en los adolescentes y su actividad sexual temprana, estudio que permitió lograr identificar las determinantes que generaron un inicio en la actividad sexual temprana, dichas determinantes son las individuales, las familiares, socioculturales y políticas; se precisó en dicho estudio que las determinantes individuales están relacionadas al consumo de alcohol, drogas, tabaco y el sexo masculino como factores con fuerte incidencia en el inicio de la actividad sexual temprana; ahora bien respecto a las determinantes familiares el estudio precisa que estas se encuentran relacionadas a la ausencia de uno o ambos padres, pobre educación sexual en el hogar, familias reconstituidas, trabajo del padre o la madre y la nula o escasa relación con los padres, escasa o nula comunicación en temas de sexualidad de padres a hijos, baja nivel de supervisión y bajo control por parte de los padres con ausencia de límites, reglas y normas familiares acerca de las actividad de noviazgo; también es necesario precisar que la investigación señala que el exceso de conductas disciplinarias elevan el nivel de probabilidad del inicio de la actividad sexual en los adolescentes, por otro lado se tiene que las determinantes socioculturales y políticas, como causas asociadas al inicio de la actividad sexual temprana tienen como causa fundamental la pertenencia a estratos socio económicos bajos. También el estudio precisa que existen dos fenómenos consecuentemente graves para la salud pública, que influyen directamente en las áreas o aspectos familiares, sociales, de salud y en la parte económica, estos dos fenómenos son las inequidades, las barreras o muros de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como las políticas de salud; para superar estos dos fenómenos graves que impactan en los adolescentes particularmente en la salud sexual y reproductiva, precisan los autores que es necesario disminuir estas inequidades, así mismo superar y estructurar mejor la accesibilidad de los adolescentes a estos servicios de salud, creando y viabilizando proyectos de vida que potencialicen sus habilidades, también es necesario una permanente y eficaz educación sexual, impulsando la cultura de prevención del embarazo (11).

Pradhan R Wynter K, Fisher J. en el año 2015 realizaron un estudio referido a ciertos factores que tenían relación con el embarazo adolescente en aquellos países con ingresos bajos y medianos bajos, dichos investigadores precisan dos factores estructurales diametralmente opuestos que tienen influencia directa en el embarazo adolescentes en dichos países con la singularidad precedente, por un lado se tiene el factor estructural que la pobre situación económica, limitada de educación, limitado acceso a métodos anticonceptivos, tenían una incidencia altamente probabilística en que sistemáticamente se dé el terreno fértil para el embarazo en la adolescencia y en contra parte a este factor estructural precisan que el elevado nivel económico, apoyo familiar, educación superior y acceso a un trabajo generador tenían una incidencia directa para proteger a los adolescentes contra el embarazo a temprana edad; esta dos posiciones de factores estructurales fueron sustentadas por encuestas y pruebas sistémicas a un amplio grupo de adolescentes con probabilidades económicas y adolescentes en situación de pobreza, por otro lado hacen referencia sobre la iniciación sexual temprana en grupos minoritarios étnicos y religiosos que basan sus prácticas sexuales en función a sus costumbres y creencias respectivamente (12).

Tai H, Lee G, Sommer M. en el año 2017, realizaron un estudio de la menarquia temprana, mediante una revisión sistemática sobre sus efectos respecto a la salud sexual y reproductiva en aquellos países con bajos ingresos y medianos ingresos, determinando que la menarquia temprana se asocia con la iniciación sexual temprana, el embarazo temprano y algunas infecciones de transmisión sexual en algunos países de bajos ingresos y medianos ingresos, muy parecidos o similar a lo observado en aquellos con altos ingresos, la menarquia temprana también se asocia con el matrimonio precoz, una asociación que puede tener implicancias particularmente importantes para países con altas tasas de matrimonio infantil; la menarquia temprana puede ser un factor importante que afecta la salud en el aspecto sexual y reproducción de las adolescentes en aquellos países de ingresos bajos y medios; la menarquia temprana y otros marcadores del desarrollo puberal temprano, pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad de las niñas a los resultados negativos que se dan respecto a la salud en el campo sexual y reproductivo de las edades bajas, por la asociación entre la menarquia temprana con el matrimonio precoz, lo

esfuerzos en curso para reducir el matrimonio infantil pueden beneficiarse de los esfuerzos dirigidos a las niñas de maduración temprana (13).

Rojas P, Beltrán C, en el año 2014 en la ciudad de la Paz, realizaron una investigación sobre los factores familiares, socioeconómicos y ginecológicos, que se consideraban como elementos de riesgo para el embarazo en la adolescencia, precisan pues que, luego de haber realizado las encuestas pertinentes mediante los instrumentos de investigación adecuados que el consumo de drogas y el tabaquismo se constituyen como aspectos excepcionales, dadas las circunstancias que tienen la sociedad; muy por el contrario se tiene que el consumo de alcohol en la población adolescente es mayoritaria ya que representa un tercio del total, pero este tercio representa un valor similar al primer grupo mencionado es decir a los consumidores de drogas y tabaquismo que lo realizan por cultura, cabe precisar que ambos valores determinados mediante la encuesta son comportamientos que se constituyen como un factor de riesgo importante para el embarazo adolescente. Por otro lado, el estudio precisa que el nivel bajo en el aspecto socioeconómico es considerado como un factor de riesgo muy importante durante la adolescencia, pero no es considerado muy determinante en esta población investigada ya que en la Paz la gran mayoría de la población estudiada se ubica en un nivel socioeconómico bajo en la que los jefes de hogar se dedican exclusivamente a la agricultura y tienen el nivel de secundaria incompleta, similar situación presentan las madres; la estructura de las viviendas son de material rústico y no todos tienen servicios básicos indispensables para la vivencia, precisa el estudio que sería conveniente realizar un estudio comparativo, con una población urbana para poder definir bien esta variable socioeconómica, y determinar con mayor exactitud las diferencias sostenibles; por otro lado la investigación realizada demuestra que la deserción escolar por consecuencia del embarazo en adolescentes representa o es una de las consecuencias importantes, considerándose un 40% de adolescentes embarazadas que quedaron en un nivel de primaria completa o menor a este nivel; problema cuyas consecuencias generan que existan madres jóvenes adolescentes cuya ocupación en las labores de casa porcentualmente representen el 70%; además influencia también este embarazo temprano en adolescentes en el factor pobreza que afectara tanto a la madre como al hijo; por el mismo hecho de depender económicamente del trabajo del padre de su hijo o de depender su propia familia (14).

Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamante J, Castañeda E, en el año 2013 en Colombia, realizaron una investigación referida a las mujeres adolescentes de Tuluá, sobre las cuales las características poblacionales son factores asociados, la investigación precisó que del total de adolescentes encuestadas el 6% de adolescentes embarazadas son menores de 15 años, lo cual implica que este porcentaje de adolescentes embarazadas se encuentran en el rango de embarazo 3 años más tarde respecto al promedio de la menarca, aspecto relacionado con el inicio prematuro de la actividad sexual, actividad que para este grupo de adolescentes embarazadas o con hijos representa un 39.1% antes de cumplido los 15 años de edad; también se tiene que el padre de los hijos de estas adolescentes de 14 años o menores, porcentualmente representan el 71.4% cuyas edades superan los 20 años; en un 59% estos embarazos no tuvieron una planificación, por otro lado un 7.9% de adolescentes gestantes tuvo la idea de abortar en algún momento; así mismo estos embarazos adolescentes no planificados en un 94% fueron justificados por las propias adolescentes que se suscitaron por no utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos o simplemente no usarlos en sus relaciones sexuales precoces.

Desde el plano individual el embarazo adolescente en este grupo de personas a generado que abandonen el estudio quedando en un nivel incompleto; en el año 2013 en Colombia las mujeres de 15 a 24 años se encontraban realizando estudios, en la zona urbana un 54% y en la zona rural un 41%; un 11.9% abandonaron sus estudios secundarios por no disponer de los recursos económicos correspondientes, en este grupo que deserte de los estudios secundarios un 7.5% es por encontrarse embarazadas, 6.2% se negaron a estudiar y un 5.9% requería trabajo para generar dinero. También la investigación determinó que entre otros factores determinantes para no concluir los estudios secundarios un 5% de adolescentes se casaron particularmente en la zona rural; se ha podido establecer un aspecto importante para Colombia respecto a las mujeres que no tienen escolaridad, ellas se encuentran en el rango de edad de primera unión marital a los 17.7%, además respecto al elemento individual que tiene incidencia en el embarazo precisan que fue por el inicio prematuro de la actividad sexual a los 15 o menos años de edad, embarazos adolescentes por inicio de la actividad sexual antes de los 15 años representados en un 13%, complementado con las mujeres que no tienen ninguna educación que

tuvieron su primer acto sexual a los 15.8 años de edad, también la investigación resalta que para la existencia de un embarazo prematuro para mujeres adolescentes se dio por no emplear adecuadamente los usos de métodos anticonceptivos, así mismo la investigación resalta que en el momento del embarazo el 19.2% se encontraba utilizando un método para prevenir el embarazo en esta etapa de la adolescentes, de los cuales una alto refiere el uso de los condones en los varones, también la investigación resalta sobre cuál es la actitud el comportamiento que adoptan los hombres cuando una joven adolescente resulta embarazada, refiere que normalmente utilizan tres discursos de genero para contradecir su responsabilidad respecto al embarazo, la primera va orientada a la feminización del control de la natalidad, es decir debió cuidarse la mujer y no lo hizo, el otro discurso es su deseo sexual sobre el cual no tiene control y manejo y el ultimo aluden al amor, para luego dejar la responsabilidad de la prevención a la mujer adolescente, el 10% de la población en Colombia solo usan por primera vez en la actividad sexual algún método anticonceptivo, el 81% uso alguna vez en su vida un método anticonceptivo, comparativamente con los EE.UU país en la que dos intervenciones han sido fundamentales para la reducción de embarazos entre los adolescentes, esta dos intervenciones van orientadas con la abstinencia sexual y el mejor uso de los anticonceptivos, intervenciones que permitieron de manera global una reducción de embarazos en un 38%, de este porcentaje un 86% corresponde al uso adecuado de anticonceptivos; se tiene que entre adolescentes de los 15 a 17 años la reducción del riesgo de embarazos precoz se debe en un 77% al empleo de anticonceptivos y la abstinencia sexual representa un 23%; consecuentemente estos porcentajes referidos precedentemente denotan que la abstinencia sexual con un 23% definitivamente no es la estrategia ideal para reducir el riesgo del embarazo adolescente. Es importante señalar que la investigación resalta la gran importancia que cobra el papel de las madres en cuanto a la orientación, consejería y educación sexual con las hijas adolescentes. La baja escolaridad es consecuencia en gran proporción por el embarazo adolescente, por la implicancia que tiene el de criar y alimentar a un niño. Por otro lado se tiene que las madres si bien es cierto que orientan a sus hijos adolescente en temas de sexualidad no tienen la capacidad de suministrar los métodos anticonceptivos, hecho que le corresponde al estado. Es importe resaltar que los principales factores para la reducción de los embarazos adolescentes se encuentran se encuentran en la educación sexual pertinente,

educación que no necesariamente debe ser impartida en los colegios y por personal de salud, muy por el contrario debe darse desde los hogares por partes de padre y madres, este hecho debe ser complementado con la información de salud sexual y reproductiva realizados de manera detallada a los adolescentes por parte del sector salud, las mismas que deben contar con un grado de confidencialidad a fin de evitar que la información privada de una persona sea difundida sin su consentimiento, también deben tener las características de ser agradables y que permitan programas para los jóvenes adolescentes que incluyan a los padres en este objetivo y la educación familiar para la resolución de sus problemas y habilidades en la toma de decisiones, programas que mejoren la relación educativa sobre sexo entre padres y adolescentes, y entre equipos de salud y adolescentes. Respecto al factor sociocultural la investigación determinó que el estrato socioeconómico uno fue el que se vio más afectado por el embarazo adolescente, constituyéndose en un grupo de riesgo; al respecto Alva referencia que aquellos adolescentes de familias de bajo nivel de ingresos y educativo inician la educación sexual más precozmente teniendo mayor incidencia de embarazos adolescentes, a la vez este nivel educativo y la pobreza, conjugado con el pobre nivel de cobertura de los servicios de salud son los principales factores de riesgo para practicar un aborto inducido. Refiere Santos y Cols que el 50% de adolescentes embarazadas comparado con 28.6% de adultas, son de un nivel socioeconómico bajo, así mismo el 63.6% pertenecen a una familia no nuclear y 24.4% son de las adultas y 51.5% de sus madres se embarazaron en su adolescencia comparativamente con el 35.7% de adultas, consecuentemente a raíz de estos tres factores se incrementa el embarazo adolescente muy significativamente (OR: 10,49; IC95%: 3.43-51.00; $p < 0.001$). Respecto a la salud sexual reproductiva en los adolescentes, en la que la ausencia de educación respecto a la educación familiar realizado por docentes o personal de salud, se encontraba asociada al embarazo adolescente, la investigación precisa que el hecho de impartir información a los adolescentes sobre la anticoncepción no resulta un aumento de tasas en su actividad sexual ni se genera un inicio precoz de la actividad sexual ni genera un incremento de parejas sexuales muy por el contrario se percibe los obstáculos y barreras para la obtención de suministros anticonceptivos, tienen mayor incidencia en resultados negativos sobre la salud sexual reproductiva de los adolescentes. (15)

Castro M, Salinas. En el año 2017 se realizó una investigación referida al embarazo adolescente en la región sub andina, observándose que existe un elevado nivel de conocimiento sobre el empleo de los métodos anticonceptivos, el investigador resalta que la gran mayoría de mujeres encuestadas manifestaron conocerlos correctamente, inclusive hicieron referencia de los métodos modernos; sin embargo este porcentaje de mujeres que dice conocer ampliamente los métodos anticonceptivos indican en su gran mayoría no haber utilizado el método anticonceptivo en el inicio de su primera actividad sexual, representando un nivel porcentual muy bajo, Ecuador con un 9%, Perú 28% y Bolivia 16%; Colombia y Chile que tienen los niveles más altos ni siquiera alcanzan el 60%; esta información refiere el investigador contrasta diametralmente con los datos obtenidos en España en la que pese a tener una iniciación de la actividad sexual demasiado temprana, en su inicio sexual la gran mayoría de los adolescentes utiliza el método anticonceptivo. Por otro lado, se tiene respecto a las desigualdades sociales los porcentajes de madres adolescentes que se ubican en el quintil más pobre, vale decir el quintil 1 o 2, varían de un país a otro, por decir en Chile en el quintil más pobre se ubica el 19% de madres adolescentes a diferencia de Bolivia que tiene el 17%, estos porcentajes que se ubican en el quintil más pobre varían de país a país entre el 2 y 7%, demostrándose que la maternidad en la adolescencia temprana en todos los países es muy significativa, teniendo incidencia directa la desigualdad social, ya que los adolescentes pertenecientes a niveles socioeconómicos muy bajos tienen como proyección de vida en edades tempranas un embarazo, contraria, comparativamente a los adolescentes que pertenecen a los más altos niveles socioeconómicos, quienes tienen la tendencia de planificar su proyecto de vida y reproducción a muy largo plazo, ello debido a la gran información que tienen y al fácil acceso a los métodos preventivos lo que les permite con responsabilidad y cuidado su actividad sexual, también precisa el investigador que son las personas que más parejas sexuales tienen, respecto a las adolescentes de los niveles económicos más bajos quienes tienen la intencionalidad y proyección en la reproducción temprana y estructuración familiar por la falta de condiciones económicas para orientar su vida a proyectos educacionales y laborales; las expectativas educacionales en los países andinos de la región es muy variable y con características bien identificadas por las condiciones económicas, esta incidencia económica en la partes educativa como se refirió anteriormente determina que la probabilidad de ser madre adolescente con 5 y 8 años

de escolaridad fluctúa entre el 55 y 66%, mientras esta probabilidad disminuye en aquellas adolescentes de 9 a 12 años de escolaridad que fluctúa entre el 26 y 36%, comparación de nivel educativo que en número de veces uno respecto del otro es de 1.8 y 2.5 veces, también es preciso señalar que el investigador refiere que en el grupo de madres que tienen una instrucción de 13 a más años el porcentaje de maternidad fluctúa entre el 5 y 10%, porcentaje muy bajo comparativamente a los otros niveles de educación, lo que demuestra y fortalece la idea que por causas de abandono, obstáculos o el mismo desinterés de dar continuidad a sus estudios, las madres adolescentes pasan a la adultez en una situación educativa desventajosa comparativamente a las adolescentes no madres (16).

Antecedentes Nacionales

Rojas E, en el año 2017 realizó una investigación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue sobre el embarazo en adolescentes y su relación con ciertos factores de riesgos asociados, precisándose de manera categórica que el factor ocupacional, particularmente, el no estudiar, se constituye como un factor individual de riesgo para el embarazo adolescente, determinándose la OR: 14.407, que indica el grado de correlación entre el estar desocupado escolarmente es un factor de riesgo en el embarazo, por otro lado en cuanto al aspecto familiar el hecho de la falta de un padre o de ambos, tendrá una incidencia respecto al embarazo adolescente con un OR: 2.397 ; también para el embarazo adolescente en las pacientes que se atendieron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, el grado de instrucción de secundaria incompleta se asocia al embarazo adolescente teniendo un OR: 2.847, lo que denota que a menor nivel educativo mayor riesgo de quedar embarazada, también se tiene según el investigador que las adolescentes embarazadas presentan un promedio de edad de 16.6 años, teniendo como edad de inicio de la actividad sexual entre 14 a 16 años, representados en un 72.1%; los resultados presentados por el investigador Gómez y Montoya con respecto a los factores con mayor riesgo para el embarazo en adolescentes, reportan a la ocupación con un OR: 7.60 y respecto al bajo nivel de escolaridad del padre de un OR: 3.05, contrastando pues con los resultados del estudio de Rojas E, del mismo modo sobre la iniciación temprana de las relaciones sexuales, demostró una relación significativa en el embarazo temprano de los adolescentes con un OR: 1.95 muy similar al estudio efectuado por Espejo y Castro,

realizado en el Hospital María Auxiliadora en la que se determina un grado considerable de incidencia en el embarazo adolescente con relación al nivel de instrucción del padre con un OR: 4.457, se tiene también como factor fundamental la ocupación que desempeña la madre gestante con un OR: 7.855, y el inicio de relaciones sexuales con un OR:11.344(17).

Luyo D, en el año 2017 en la ciudad de Huánuco realizó una investigación orientada al embarazo adolescente y su grado de relación con los factores familiares, sociales e individuales en el centro de salud Carlos Showing Ferrari, en el periodo del año 2014 al 2015, investigación que luego de haber realizado las encuestas pertinentes, y contrastado las diferentes hipótesis de manera metodológica concluyó que la menarquia precoz, el consumo del alcohol, la baja autoestima, la falta de uso de métodos de planificación, el machismo de los padres la violencia familiar y la violencia sexual, se constituyen dentro del rubro factores individuales que se encuentran asociados al embarazo en las adolescentes que asistieron al centro de salud Carlos Showing Ferrari en el periodo 2014 al 2015, Luyo también refiere que estas conclusiones al ser contrastadas con una investigación realizada por Dávila F, en la ciudad de Bogotá Colombia, guardan considerable relación, esta investigación de Dávila está orientada sobre la deserción escolar en mujeres adolescentes y su relación con los factores de riesgo psicosocial para embarazo temprano, es clara pues la evidencia como la adolescente es inducida al embarazo temprano por la evidencia de estos factores como son la baja autoestima, bajo nivel económico, abuso sexual, tabaquismo, trastornos en la conducta alimentaria, trastornos mentales, el inicio prematuro de relaciones sexuales, bajo nivel de unidad familiar y la carencia de acceso a la información y los recursos pertinentes para la planificación, tienen coherencia con lo mencionado precedentemente por otro lado se tienen a Gonzales J, que realizó un estudio en Bogotá el año 2012 sobre la población adolescente escolar urbana y rural colombiana en la que se considera como factor fundamental haber tenido un aborto previo con un OR: 7.8, asimismo el hecho de no haber recibido información sobre planificación con un OR: 0.1, y por último el no haber planificado para su primer acto sexual de un OR: 3.9.

Espejo Y, Castro J, en el año 2016 en la ciudad de Lima realizó una investigación sobre el embarazo en adolescentes y su grado de relación con ciertos factores

asociados en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016, precisando que el embarazo en adolescentes de 12 a 17 años de edad, escolares que viven y residen en los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo se asocian muy directamente con los factores interpersonales, intrapersonales y contextuales, además nos precisa que de manera particular la aparición temprana de la menstruación y el inicio prematuro del acto sexual en adolescentes entre 15 y 17 años se constituyen como uno de los principales factores asociados al embarazo adolescente, este rango de inicio precoz de relaciones sexuales refiere el autor que con el transcurrir del tiempo va disminuyendo ya que ahora los adolescentes empiezan a procrear a una edad más temprana que los años anteriores, siendo una constante en el tiempo, es así pues que jóvenes adolescentes son madres a muy corta edad, también refiere el autor el grado de instrucción que presentan las adolescentes tienen una incidencia positiva en el embarazo adolescente; en cuanto a los factores intrapersonales constituye un riesgo de fuerza incidental para el embarazo adolescente es el no haber recibido información oportuna y eficaz sobre planificación familiar, se constituye como un factor de mayor incidencia para que suceda un embarazo adolescente con un OR: 5.444, lo que implica decir que la adolescente carente de información sobre planificación familiar es vulnerable en una proporción de casi seis veces de riesgo que un embarazo adolescente se de, respecto a aquella adolescente que si recibió esta información, similar o parecido en la ocurrencia del uso del método anticonceptivo que represento un OR: 5.211, coeficiente que significa que existe la probabilidad de cinco veces más que suceda un embarazo adolescente con respecto a la adolescente que si usa, refiriendo la gran importancia que se realicen charlas y cursos orientados a la planificación en familia, logrando de esta manera evitar los embarazos; el autor respecto a los factores interpersonales refiere que en la conformación de una familia donde precisa la existencia de un riesgo tres veces superior con un OR: 2.96, que la adolescente quede embarazada al provenir de una familia mixta comparada con la familia nuclear, en la que no se da ese riesgo, también se hace mención el nivel de escolarización del padre y la madre determinando que existe mayor riesgo cuando la progenitora tiene un menor nivel de estudio de la primaria completa con un OR: 4.59, respecto al padre que estudio menos de la primaria completa con un OR: 2.68, comparativamente quedando demostrado que mientras la madre tenga menor nivel de educación que el padre, existirá mayor riesgo para el embarazo de la adolescente,

ya que la adolescente se quedara con la madre en las tareas del hogar mientras que el padre salga a trabajar, es pues la madre quien siempre está presente y es la persona a la que la adolescente le tiene mayor confianza creándole la facultad de educarla y proporcionarle su apoyo, mientras el padre salga a trabajar, está en la madre ama de casa lograr una sólida formación en la adolescente; el autor también refieren en este factor interpersonal que la violencia física intrafamiliar tiene incidencia muy positiva en el embarazo precoz de las adolescentes, esta probabilidad realística se manifiesta en una posibilidad que suceda de cuatro veces. Por otro lado, respecto a los factores contextuales según refiere Espejo y Castro tienen importancia superlativa, particularmente la ocupación académica del adolescente comparativamente con la que realiza otra diferente actividad a la de estudiar, produce un mayor riesgo (OR: 3.571) de quedar embarazada, además la forma directa sobre la capacidad de comprender y entender temas sobre la salud sexual reproductiva con un OR: 2.78, coeficiente que propicia la posibilidad tres veces mayor que otra adolescente de quedar embarazada (19).

Martínez G, en el año 2016 en la ciudad de Tingo María, realizó una investigación del embarazo en adolescentes en el Hospital de Tingo María y los factores socioculturales que se relacionan, el investigador precisa que el embarazo adolescente tiene una marcada influencia con respecto a los factores socioculturales, se ha determinado según el investigador la mala relación del adolescente con sus progenitores, relación que generaba la probabilidad de 3.908 veces quedar en estado de gestación a muy temprana edad, es por este motivo, que el estudio determina que el 58%, de gestantes adolescentes vivieron en hogares conflictivos, de problemas emocionales fuertes, donde se generaron un clima familiar intolerante e inadecuado, también refiere que el grado de instrucción es un aspecto que sobresale en el estudio crítico, observacional y analítico de todos los casos control de todas aquellas adolescentes que recibieron una educación inadecuada por parte de sus familias, son las que casualmente presentan 5.65 veces de probabilidad en embarazarse a temprana edad, así mismo el 50.5% resultó con embarazo temprano mientras cursaban el nivel primario y secundario incompleto, mientras tanto el 48.8% durante las secundaria completa y superior; además el investigador hace referencia sobre la influencia del conocimiento de los métodos anticonceptivos en el embarazo adolescente, resultando un 62.3% que tenían el conocimiento de estos métodos,

conocían algún método anticonceptivo un 89.9%, por lo que se establece respecto a este aspecto del empleo del método anticonceptivo un factor asociado al embarazo adolescente, también el investigador define el ingreso económico mensual como un factor asociado al embarazo adolescente a temprana edad, determinando que la correlación de incidencia es de 2.9 veces la posibilidad que se dé un embarazo temprano de una gestante adolescente por tener un nivel bajo de ingreso económico, resalto como un factor predisponente con un mayor porcentaje de embarazos adolescentes al lugar de procedencia, que para este caso en Tingo María con un OR: de 5.8, proyección que va en forma creciente sobre todo en las zonas urbanas marginales y rurales (20).

Ayala M, Montenegro M, en el año 2017 en la ciudad de Lima realizó una investigación orientada a las adolescentes gestantes en el Hospital Nacional Sergio Bernal asociada con la funcionalidad familiar, según los autores Ayala y Montenegro precisan que la funcionalidad familiar si es fraccionada incidirá en un porcentaje alto en las adolescentes para un embarazo prematuro, el estudio es basado en la dimensión de cohesión y en la dimensión de adaptabilidad, dimensiones que bien estructuradas configuran la funcionabilidad familiar y su incidencia para evitar embarazos en adolescentes integrantes de ese núcleo familiar; las entidades públicas y privadas deben orientar y disponer de medidas que favorezcan el bienestar familiar; por otro lado los investigadores producto de las encuestas realizadas determinaron que el 100% de adolescentes embarazadas sus edades fluctuaban en el promedio de 16.91 +/- 1.444 años, las adolescentes en esta etapa tienden a ser llevadas por malos senderos al contar con una familia disfuncional, son vulnerables por la falta de afecto y cariño en sus hogares, dejándose influenciar por malas personas y para evitar ese hogar disfuncional tratan de alejarse de sus hogares y estar el menor tiempo posible en ellos; y en cuanto a su estado civil existe un 59.9% de adolescentes embarazadas solteras que se han alejado de sus respectivas familias, como una forma de evitar los problemas familiares, por otro lado respecto a la dimensión de la cohesión familiar los investigadores interpretan este concepto desde el punto de vista de cuatro niveles, la primera es la familia no relacionada que se caracteriza por la falta de unión entre sus integrantes, carencia de lealtad y pertenencia a la familia, primacía del yo, predominancia del individualismo; la familia semi relacionada que se caracteriza por

tener una relativa unión afectiva entre sus miembros, cierto grado de lealtad con relativa independencia entre los integrantes de la familia pero con una inclinación hacia el individualismo, relativo balance entre el yo y el nosotros; la familia relacionada se caracteriza por una unión cohesionada entre los integrantes de la familia, existencia de cierta fidelidad, lealtad e interdependencia entre sus integrantes, pequeña inclinación hacia la independencia; familia aglutinada, se caracteriza por la unidad máxima de todos los integrantes de la familia, prima el concepto de nosotros, hay una lealtad total hacia la familia, fidelidad y un elevado nivel de dependencia para la toma de decisiones en grupo familiar. Así mismo desde la dimensión de adaptabilidad familiar los investigadores fijaron cuatro niveles, el primer nivel se relaciona con la familia caótica, donde priman los cambios excesivos y aleatorios en sus funciones como integrantes, una indisciplina totalmente identificada de todos sus miembros; familia flexible, que se caracteriza por tener una disciplina en democracia, son compartidos los roles, también se comparte el liderazgo; familia estructurada, caracterizada por un relativo grado de disciplina de manera democrática con cambios que se dan por solicitud de uno de sus miembros, liderazgo a veces compartido; familia rígida, caracterizada por una estricta y rígida disciplina, hay cambios, las funciones y roles son fijos y tienen un líder autoritario (21).

Valera A, en el año 2016 en la ciudad de Cajamarca realizó una investigación orientada a determinar el grado de influencia en el primer embarazo de adolescentes los factores sociodemográficos y personales, teniendo como centro de investigación el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2015, Valera refiere que el tipo de investigación fue correlacional y analítico así como descriptivo, planteando como diseño la investigación no experimental con corte trasversal y naturaleza prospectiva, se determinó que de 131 gestantes adolescentes en su primer embarazo representan un 59.5% en el rango del primer embarazo, perteneciendo al grupo etario de 17 a 19 años el 87.8%. del total de adolescentes, 58.8% viven en la zona urbana, es conviviente el 85.5%, la persona que genera y aporta económicamente al hogar es la pareja con un 89.6%; mientras tanto los adolescentes que perciben un salario mínimo vital son del orden del 85.5%, pertenece a una familia nuclear el 57.3%, en el 51.1% no se registró el embarazo adolescente, el 44.3% vive en una familia moderadamente funcional, practican la religión católica un 66.4%, también

producto de las encuestas se ha determinado que el grado de instrucción secundaria es incompleta, representando un 32.1%, la funcionalidad de ama de casa se encuentra representada por un 66.4%; las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales por vez primera sus edades fluctúan entre los 17 y 19 años y porcentualmente representan el 64.9%, también se obtuvo datos sobre la menarquia que se dio entre los 11 y 13 años representando un 78.6%, un 77.9% tuvieron una sola pareja sexual, mientras que el 89.3% voluntariamente mantuvo relaciones sexuales, respecto al uso de anticonceptivos el 42.7% los utilizo adecuadamente, de los cuales el 21.4% tuvo acceso a la información en un puesto de salud; las estadísticas demuestran según la investigación que el elevado nivel de embarazos adolescentes se dio en aquellas familias moderadamente funcionales a disfuncionales, finalmente las variables, grado de instrucción, número de parejas sexuales, causas de las relaciones sexuales, edad de la gestante, uso de métodos anticonceptivos e ingreso económico familiar, tienen una incidencia significativa en el embarazo adolescente; concluyéndose de manera real y certera que estas categorías afectan de manera importante las salud integral de las madres adolescentes, sus hijos, la familia y la sociedad en conjunto (22).

Rodríguez A, Sucño C, en el año 2016 en la ciudad de Huancayo realizo una investigación referida al embarazo adolescente y su relación con los factores que la influyen en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza Chupaca en el periodo comprendido de Enero a Marzo del 2016, este estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo con un corte transversal, la muestra estuvo representada por treinta adolescentes en estado de gestación del Centro de Salud Pedro Sánchez Chupaca, se utilizó como instrumento la encuesta, la que estuvo validada y respaldada por Osorio R, perteneciente a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, luego de realizado el procesamiento estadístico correspondiente se pudo determinar de las treinta gestantes adolescentes que acudieron a su control prenatal, las adolescentes de 15 a 19 años representan el 90%, por otro lado el 47%(14) adolescentes cuentan con instrucción secundaria, un 70% realizan labores de ama de casa (21), 43% tienen el estado civil de convivientes, se constituyen como familia monoparental el 57% (17), el 43%(13) adolescentes residen con su progenitora, las edades en la que iniciaron su primer acto sexual están comprendidas entre los 15 a 19 años de edad que representan un 53% (16), además en la encuesta las adolescentes refirieron

tener una sola pareja sexual de manera continua representando el 47% (14), adolescentes que tuvieron más de dos parejas sexuales un 57%(17), un 57% (17) representan aquellas primigestas o primerizas; el 23% (28) no registraron antecedentes de un aborto, el 63% (19) no emplearon métodos anticonceptivos. (23)

Avalos L, en el año 2017 en la ciudad de Piura en su investigación sobre los factores asociados del embarazo adolescentes que fueron atendidas en el Centro de Salud I – 4 de Bellavista Sullana, refirió que estos factores asociados cuya incidencia en el embarazo adolescente es influyente los clasifico para un mejor estudio como: factores familiares, factores sociodemográficos, factores económicos y características sexuales; al realizar el análisis estadístico y probabilístico el investigador concluyo de manera metódica y bajo la contrastación de la hipótesis que los bajos ingresos económicos que oscilan entre S/.500 y S/.1000, representan un 67%, un 87% manifestó haber sostenido relaciones sexuales de inicio entre los 14 y 15 años, grado de estudio secundaria 82%, dedicación exclusiva a las tareas del hogar un 72%, adolescentes que refirieron tener dos parejas sexuales (75%), adolescentes que no recibieron información sobre los métodos anticonceptivos (91%), menarquia entre los 14 y 15 años representada por un 64% y sobre el empleo de los métodos anticonceptivos concluyo el investigador (98%). (24)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. La Adolescencia

El concepto de adolescencia tiene su inicio en la palabra latina *adoleceré*, la misma que significa crecimiento, aumento, incremento, por lo que encierra el sentido de cambio y transformación tanto física como emocional en el ser humano oponiéndose al concepto del pasado que enfocaba a la persona adulta que ya había crecido; la adolescencia como proceso es una trasposición de la infancia a la etapa adulta, esta complementada con una serie de procesos y factores psicológicos, sociales y biológicos, factores que tienen sus propias características en tanto a su tiempo de duración y características propias, el adolescente por su propia naturaleza de ser humano, se le considera único en su género, entiéndase por único aquel ser que genéticamente en su biología presenta una estructura genética que configura su personalidad, motivo por el cual es imposible la existencia de otro ser idéntico,

también la formación de su personalidad es influenciado por las condiciones y circunstancias históricas, así como el medio sociocultural en el cual habita, la geografía del lugar donde reside, el género y la raza por el cual tiene el sentido de pertenencia. (25).

La adolescencia se constituye en una etapa fundamental en que los seres humanos toman un nuevo rumbo en cuanto a su desarrollo tanto físico como mental y emocional, también se da en esta etapa la madures sexual que se sustenta en los aspectos sociales y psicológicos que tiene, se plantean de manera muy individual sus proyecciones de vida; para la OMS la adolescencia comprende el intervalo de edades de 10 a 19 años, en esta etapa se puede evidenciar el desarrollo de las características sexuales como el crecimiento puberal, las capacidades tanto físicas, psicológicas y biológicas se encuentran potencializadas por su propia naturaleza, no es fácil establecer con certeza los límites pertinentes para enfocar este periodo ya que es un concepto relativo porque estos cambios estructurales en el ser humano se dan de manera muy específica y particular en cada ser, por lo que se hace sumamente difícil establecer taxativamente estos límites, en esta etapa se pueden evidenciar características particulares y precisas, que configuran tres fases, la adolescencia temprana que comprende de 11 a 13 años, la adolescencia media de los 14 a 16 y la adolescencia tardía comprendida entre los 17 y 19 años. (26).

- Etapa de adolescencia temprana, comprendida de 10 a 13 años de edad, en este periodo se manifiestan cambios drásticos tanto en la parte corporal como en sus funciones biológicas, como es el caso de la menarquia, en el aspecto psicológico, se presenta la tendencia social a relacionarse con personas de su mismo sexo, perdiendo el interés por los padres, en el aspecto intelectual, se elevan sus niveles cognitivos, denota una personalidad fantasiosa, los impulsos emocionales, difícilmente son controlados, expresa sus metas y objetivos de manera irreal, su principal preocupación está básicamente orientada a esos cambios corporales que presenta y mucha incertidumbre respecto a su apariencia (29).
- Etapa de Adolescencia Media o Habitual, comprendida entre los 14 a 16 años, en su esencia es la adolescencia en sí, se da el completamiento del aspecto cognoscitivo, y desarrollo psicosomático, es la etapa donde se incrementa al máximo nivel sus relaciones amicales con personas de su entorno o círculo social, comparte usos, costumbres, modismos y valores con sus amistades y entra en

conflicto con sus padres, generalmente es en esta etapa que se inicia con la primera relación sexual, experimentan sensaciones de vulnerabilidad, y continuamente se encuentran involucrados en situaciones conductuales de riesgo, cuidan mucho de su apariencia física, existe la tendencia a generar una apariencia corporal más atractiva, con tendencia permanente a la moda (29).

- Etapa de Adolescente Tardía, comprendida entre 17 a 19 años, en esta etapa ya no se dan muchos cambios en su aspecto físico, llegándose a aceptar tal como es, retoman la relación con sus padres, y manifiestan su visión de la vida de manera más responsable, las amistades pasan a un segundo plano, predominando las relaciones íntimas, crean sus propios objetivos en la parte profesional, premunido de sus propios valores.

Se hace indispensable tener pleno conocimiento de estas etapas de la adolescencia, porque permite, interpretar el patrón de conducta que manifiestan, sus individualidades culturales producto del entorno que frecuenta, ya que estas singulares características, durante el embarazo adolescente permanecerán, esto debido a que son etapas bien definidas que sufren alteraciones propias de la edad, el hecho de estar gestando no altera en lo absoluto ese patrón de comportamiento, situación particular que se debe tener en cuenta para establecer la relación correspondiente (29).

Por otro lado, se tiene que la adolescencia es conceptualizada desde tres puntos de vista:

- Punto de vista sociológico, en este punto de vista el adolescente es exigido por el entorno social para ubicarse dentro del sistema de roles y espacios sociales, en este aspecto para el periodo de la adolescencia el entorno requiere del adolescente respuestas precisas y adecuadas, desde este punto de vista la adolescencia es considerada como una etapa de transición dinámica cuya funcionalidad le permite al individuo prepararse para eventos futuros y complejos propios de la adultez (26).
- Punto de vista psicológico, esta percepción permite configurar la etapa adolescente como un continuo proceso de cambio en la que el adolescente se traza metas psicológicas, esta concepción realísticamente es enfocado como un momento de transición en la que el individuo experimenta roles de adulto pero sin responsabilidad, es concebida pues como una etapa de ensayo por la que el

adolescente con una auto percepción exacerbada de los roles que cumplen los adultos establecen ideales y adquiere estos nuevos roles (26).

- Punto de vista biológico, este enfoque conceptualiza la adolescencia como la etapa de la revolución hormonal caracterizada por los cambios drásticos corporales y hormonales logrando la madurez física; los cambios hormonales permiten que se logre definir completamente las características de cada sexo, hasta lograr la capacidad de reproducción, es cierto pues que en la parte física el adolescente genéticamente se encuentra bien definido, sin embargo es difícil precisar cómo influye en este su desarrollo el medio ambiente y la forma de alimentación (26).

2.2.2 Gestantes Adolescentes

El proceso de embarazo en una adolescente se conceptualiza como el proceso de fecundación que se manifiesta entre los 12 y 19 años de edad, pese a que el adolescente continúe dependiendo económica y emocionalmente de la familia o inmadurez en la parte biológica o psicológica, o también independientemente del grado de madurez psicológico o biológico; este embarazo y el proceso de maternidad que se presenta durante la etapa de la adolescencia, constituye factor de riesgo para el hijo como para la madre, nuestro país presenta una característica particular ya que la fecundidad adolescente se manifiesta con mayor frecuencia, pudiendo cambiar si hubiera una mejora estructural de las condiciones del entorno; este problema de embarazo adolescente debe ser enfocado de manera sistémica dentro del estado involucrando a todos los actores estratégicos de los ámbitos sociales y económicos (27).

Generalmente el embarazo adolescente que se da en las parejas jóvenes es repentino, sorpresivo e inesperado y en la gran mayoría de los casos es no deseado, hechos y circunstancias que pese al transcurrir del tiempo no han cambiado en cuanto a sus percepciones, manteniéndose en niveles muy altos porcentualmente; las estadísticas establecen que más del 40% de las jóvenes adolescentes embarazadas no tienen el apoyo de sus parejas en el final del proceso de su embarazo; Gonzales señala que desde el punto de vista de salud mental las adolescentes generan reacciones y alteraciones de angustia por el embarazo, así

como trastornos respecto a su personalidad, conocidos en el mundo de la salud como patologías propias de la gestación (28).

Según estudios realizados se conceptualiza que en la actualidad la maternidad es considerada como una posibilidad de proyección y planificación de sus vidas, mas no así que representen un fin como clásicamente era considerada, esta conceptualización cambiada generacionalmente en el aspecto sociocultural incide considerablemente en las maneras y formas de actuar de las mujeres respecto a la maternidad, lógicamente complementados con aspectos relativos a su edad y condiciones de vida, porcentualmente los embarazos adolescentes en la costa se dio en un 13% y el embarazo de adultas del 15.3%; por otro lado en la región de la sierra el 14.7% represento el embarazo adolescente y el 16.9% el embarazo en adultas, mientras en la región selva el 17.1% represento el embarazo adolescente y el 13.4% el embarazo en adultas. Producto de la investigación y encuestas realizadas de gestantes adolescentes por lugar de residencia se estableció que la costa presenta mayor frecuencia en la zona urbana con 90.2% y en su zona rural 9.8%, en la sierra el porcentaje rural el 55.7% seguido de la zona urbana 44.3%, mientras que en la selva la zona urbana representa 53.5% seguido por la rural con 46.5%; de estos datos estadísticos se a determinado que en la región selva y sierra se obtuvieron con un nivel elevado frecuencias en quintiles inferiores de riqueza, comparativamente con las gestantes adolescentes de la costa que en una proporción de un 28.5% se encuentran en el quintil intermedio; respecto al campo de la educación en las gestantes adolescentes que tienen estudios primarios se pudo obtener estadísticamente los siguientes datos en la región selva 32.5%, la región sierra 26.6% y finalmente la región costa con 10.6%, también se obtuvieron datos estadísticos de gestantes adolescentes sobre su deseo de no querer quedar embarazadas obteniéndose lo siguientes datos; región costa 62.4%, región sierra 62.1% y en la región selva el 59.4%; a manera concluyente podemos sostener la tesis que la mayor frecuencia de embarazos en adolescentes se presenta en la región selva comparativamente con la región costa, así mismo por el lugar de residencia en zonas rural los embarazos adolescentes se dan con mayor frecuencia en la región selva comparativamente con la región costa y selva (50).

2.2.3 Causas de las Gestantes Adolescentes en la Sociedad.

La cultura, los usos, costumbres definen el comportamiento de una determinada sociedad, existen sociedades en las que tradicionalmente la mujer cumple roles de su género estableciéndose matrimonios a tempranas edades, hecho cultural no reñido por sus normativas vigentes lo cual genera un factor importante para las altas tasas de embarazos en adolescentes; en otros países se establecen creencias culturales donde el embarazo adolescente es celebrada porque la consideran como una prueba de la fertilidad de la mujer joven, como es el caso del continente africano; el sub continente indio es común ver en aquellas comunidades rurales tradicionales las celebración del matrimonio en adolescentes y el embarazo, donde se resalta, se valora la numerosa descendencia que va a generar comparativamente con las tasas de otras ciudades (29).

Entre las causas para la gestación adolescente en la sociedad se han determinado múltiples y variadas, pero las más importantes que se pueden resaltar es la carencia de educación sexual por parte de los padres de familia quienes irresponsablemente eluden este rol de formación de sus hijos adolescente dejándolos a cargo de los maestros (30).

2.2.4 La Menarquia Tardía en Gestantes Adolescentes

En el año 2015 se realizó un estudio en el Perú sobre la menarquia tardía en gestantes adolescentes de 11 a 14 años de edad registrándose un total 1538 casos, así mismo se obtuvo la información que 3550 madres adolescentes de 15 años de edad se aproximaron a registro nacional de identidad (RENIEC) para inscribir el nacimiento de sus respectivos hijos, de este hecho se pudo obtener estadísticamente los siguientes datos, que la mayor cantidad de inscripciones en RENIEC se dieron la región selva con un promedios de 40% y el los departamentos de la costa norte Tumbes, Piura y Lambayeque; esta cifras pues obtenidas del ministerio de salud nos reafirman la proyección creciente que se venía dando en la última década, por la que el número de madres menores de 15 años de un total de 936 casos en el año 2005 paso a un total de 1040 de nacimientos en el año 2015, reflejando que cada día del año se convierten en madres menores de 15 años en un promedio de 4, también se tiene la información que diariamente se registran 11 partos al día en adolescentes de 15 años; Alejandro Vélchez quien se desempeña como asesor del ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (MIMP), luego de haber analizado y procesado

información estadística de la RENIEC con el MINSA, preciso que durante el año 2016 en el Perú se registraron 164 embarazos de las 194 provincias del país, sin embargo el porcentaje de varones del grupo de edad que inicio la paternidad no es igual que al de las mujeres, ya que el 71% de las parejas de las madres adolescentes son hombres mayores a los 18 años de edad, parejas entre 20 y 24 representan el 24% y aquellos que tienen 25 años a más el 14%, (40).

En el Perú la pubertad comienza más tarde y el desarrollo puberal dura más en altitudes elevadas que en las bajas, incluso con estado nutricionales similares hay un descenso de norte a sur en la edad de la menarquia, que resultante de factores ambientales e influencias genéticas; el Perú presenta una particularidad muy especial respecto a la genética de su población, producto de la conquista española que se realizó en el siglo XVI, este fenómeno especial dada esta circunstancia histórica es denominada introducción genética, planteándose la hipótesis en qué medida esta genética introducida a la cultura peruana afecto el proceso de adaptación a la altura, hipótesis que aún no ha sido resuelta, desconociéndose; se tiene pruebas y evidencias que los pobladores de los andes del sur tienen mayor residencia genética generacional que los pobladores de los andes centrales, por ello se ha observado que existe en las alturas del Perú mujeres con excelente capacidad de reproducción comparativamente con las mujeres de otras regiones, sin embargo existen diferencias con las mujeres de la costa en cuanto a sus parámetros reproductivos, refiere como ejemplo de estas diferencias la menarquia que se da en una edad más tardía y aparece la menopausia en una edad más temprana en la sierra comparativamente con las mujeres de la costa por lo que se deduce que en aquellas mujeres en edad reproductiva que se encuentran en la altura respecto a los niveles séricos de progesterona, prolactina y estradiol fueron menores comparativamente a las mujeres del nivel del mar; y respecto a la etapa de la peri menopausia, las mujeres de la altura respecto a los niveles séricos de hormona foliculo estimulante fueron mayores que aquellas que residen a nivel del mar (44).

Se ha establecido que el proceso de desarrollo y progresión de la pubertad está relacionada con la función que tienen los depósitos de energía y de su disposición de este combustible metabólico; comprobación que toma mayor realismo que la propia edad cronológica de la niña; la menarquia y el inicio de la pubertad en los últimos 150 años se han reducido respecto a las edades particularmente en los países con mayor desarrollo, esta situación probablemente se deba a una mejora

continúa en la nutrición que se materializa con mejoras en la salud y el crecimiento, es un hecho que el retardo del crecimiento y el inicio de la pubertad están directamente relacionados con la desnutrición, y muy por el contrario la sobre alimentación genera el efecto inverso acelerando el crecimiento, por su parte Frisch planteó que la etapa de la pubertad y de la menarquia eran funciones relacionadas con lograr un peso crítico, el cual debe alcanzar los 47.8 kg con un aumento de grasa corporal de 23.5%, desde el característico pre púber 16%; este planteamiento de Frisch donde los datos de la hipótesis que relaciona el peso y la composición corporal con la edad de la menarquia no siempre es válida, dado que la menarquia es un evento tardío en el desarrollo puberal; así mismo se ha determinado la gran trascendencia que cobra la estructura de la masa corporal como elemento regulador del inicio de la pubertad, en niñas con obesidad moderada existe la tendencia de llegar a la pubertad de manera más temprana que aquellas niñas que tienen el peso normal, y quienes sufren desnutrición se ha establecido que la leptina y la ghrelina que son indicadores del equilibrio energético afectan también la secreción de gonadotropinas, también juegan un rol importante la leptina en relación con el contenido de grasa ya que estas permiten dar señal a los elementos reproductivos que se encuentran en el hipotálamo, señal que refleja el estado de los adipocitos y por tanto sobre la reserva energética del organismo; el valor de leptina se eleva un 50% justo antes del inicio de la pubertad y regresa al basal en el estadio II de Tanner; la ghrelina, el ligando del receptor secreta gógo de la hormona de crecimiento (GH), la secreta el estómago e hipotálamo, en respuesta a la deprivación de alimento, su principal acción es aumentar la ingestión de comida y la secreción de GH; se debe señalar que las hormonas secretoras de GnRH no expresan receptores a leptina ni a ghrelina, por lo que estas sustancias son necesarias para activación del generador de pulsos GnRH no son el disparador primario del inicio de la pubertad (44).

2.2.5 La Pobreza en Gestantes Adolescentes

Hablar de la pobreza es relacionar la insatisfacción de las necesidades básicas que tienen las personas, hecho que constituye un factor de riesgo para el embarazo temprano, comparativamente entre adolescentes pobres y adolescentes no pobres se ha podido determinar que de cada 100 adolescentes que viven en situación de pobreza 24 resultaron embarazadas y de cada 100 adolescentes 4 han resultado

embarazadas como es de esperar esta comparación porcentual denota un amplio margen de diferencia respecto a la incidencia del factor pobreza en la gestación temprana por parte de adolescentes, el mecanismo de medición de la pobreza está establecido mediante la unidad de medida denominada quintil de ingreso, la misma que se calcula ordenando la población desde el individuo más pobre al más adinerado dividiéndola en cinco partes, lógicamente esta división obedece a ciertos niveles de satisfacción y de ingresos económicos, obteniéndose un total de cinco quintiles, el primer quintil(Q1), representa aquella porción de población considerada como la más pobre, esta población no tiene los servicios básicos, vive en material rustico y tiene una limitada canasta básica, segundo quintil(Q2), este nivel en orden ascendente se encuentra en mejores condiciones que el grupo poblacional del quintil uno, cuenta con los servicios básicos, alimentación y vivienda; el tercer quintil (Q3) aquel grupo poblacional que se encuentra en mejor condición que el quintil dos, satisfacen sus necesidades básicas, vivienda adecuada, servicios básicos esenciales, buena alimentación, acceso a la salud pública y privada, cuarto quintil (Q4), es el grupo poblacional que satisface sus necesidades básicas, servicios públicos esenciales, vivienda decorosa, movilidad, acceso a la salud privada y pública, recreación y turismo, quinto quintil (Q5), grupo poblacional que satisface todas sus necesidades, es el grupo privilegiado que cuenta con los mayores recursos económicos que el resto de los grupos, representada por la población más rica (41). Estadísticamente la pobreza en el año 2018 disminuyo en 1.0 porcentual, equivalente a 308,800 personas que elevaron su nivel saliendo de la pobreza extrema, este año 2018 la pobreza extrema afecto al 2.8% de la población, representando un gasto perca pita de 900,500 personas no lograron satisfacer su canasta básica que representaba un costo de S/.183; la pobreza extrema porcentualmente en los últimos cinco años se ha reducido en 1.9%, comparativamente con los últimos diez años que fue de 8.1% (43).

El gasto real promedio per cápita, mensual por quintiles en soles, en la ciudad de Lima, en el Quintil 1 año 2017 fue de S/.268, año 2018 S/.279, en el Quintil 2 en el año 2017 fue de S/.443, año 2018 S/.451, en el Quintil 3 año 2017 fue de S/.607 y el año 2018 de S/.615 (43).

El ingreso real promedio per cápita, mensual por quintiles en soles, en la ciudad de Lima, en el Quintil 1 año 2,017 fue de 241 soles, año 2,018 fue de 260 soles, Quintil

2 año 2,017 fue de 475 soles, año 2,018 de 496 soles, Quintil 3 año 2,017 fue de 718 soles, año 2,018 de 735 soles (43).

2.2.6 Bajo Nivel de Instrucción en Gestantes Adolescentes

La Educación, es un factor fundamental que se debe tener en consideración, tiene una incidencia muy significativa en el embarazo adolescente, las incidencias de los embarazos precoces disminuyen en la medida que, el nivel de escolaridad se incrementa, la educación, influye aportando psicológicamente la valoración de la adolescente como mujer y la búsqueda de su auto mejoramiento, y por ende de su condición social, les permite seleccionar mejores condiciones de vida, y adoptar las mejores decisiones, la educación es valorada y considerada como el mejor elixir para hacer frente a la fatalidad y buscar la superación, en las zonas rurales de la región sierra, las mujeres carentes de educación al ser analfabetas, desconocen la fisiología del proceso de la reproducción y la forma de cómo controlarla, considerando el embarazo temprano como un voluntad de Dios, esta falta de educación y desinformación, genera un grave riesgo para cuidar su salud y buscar atención médica en caso requiera, este desconocimiento o ignorancia genera que incluso sean atendidas por personas inexpertas en el tema; encuadran en este factor de riesgo para el embarazo prematuro, el bajo nivel de escolaridad, las familias disfuncionales, el alcoholismo, el estrés, delincuencia y los hogares de pobreza con hacinamiento, son consecuentemente elementos que influyen en el embarazo adolescente, por lo que se establece que, a mayor nivel de instrucción, menor porcentaje de adolescentes embarazadas, y mayores oportunidades de desarrollo personal (40).

Se obtuvo datos estadísticos sobre el nivel de instrucción ante las posibilidades de embarazo en gestantes adolescentes, determinándose que, la educación se constituye como un factor de defensa frente al riesgo de las adolescentes de quedar embarazadas, a mayor nivel educativo, menor riesgo de embarazo prematuro, las estadísticas revelan que 32 de cada 100 adolescentes sin educación resultaron embarazadas, mientras que 12 de cada 100 adolescentes con educación secundaria resultaron embarazadas, además, 7 de cada 100 adolescentes con educación superior resultaron embarazadas; es pues notoria las equivalencias respecto al nivel de educación en la gestación adolescente (41).

Un problema fundamental se presenta en las mujeres adolescentes indígenas, quienes tienen dificultades para el acceso a la educación, retraso en el proceso de cursar la educación y alta deserción por las múltiples responsabilidades hogareñas, aspectos que tienen una incidencia superlativa en los embarazos tempranos y uniones adolescentes, estadísticamente sólo el 27% del total de mujeres adolescentes alcanza el nivel secundario, y el 34% de mujeres que tienen como idioma la lengua nativa, son analfabetas (41).

2.2.7 Las Drogas Ilegales en Gestantes Adolescentes

Las drogas ilegales, tienen una incidencia muy negativa, en el parto pretermino, trae graves consecuencias tanto para la madre como para el feto, con la consecuente riesgo en la salud de la madre y el hijo, se relaciona de manera realística y científica las consecuencias neurológicas, plasmadas en trastornos tanto para la madre como para el hijo, así como anormalidades en el neurocomportamiento del recién nacido y en la etapa de la primera infancia, que resultan irreversibles, situación que estratégicamente puede ser previsible, mediante la aplicación de políticas sanitarias, en la historia siempre se asoció el consumo de drogas a las referidas como drogas ilegales.

a) **La Cocaína**, Es droga ilegal altamente liposoluble, es un estimulante que afecta el sistema nervioso central similar a otras cocaínas fumables tarda pocos segundos en atravesar la barrera hematoencefálica, produciendo un efecto de euforia tiene una corta duración, es muy fugaz y, el efecto de diluye inmediatamente, generando en la persona que ingirió una angustia terrible, por lo que se explica la ansiedad compulsiva por continuar ingiriendo esta droga, ello debido a su gran poder adictivo, las características del síndrome de abstinencia de esta droga potente son la ansiedad, la letargia y la depresión, con el consiguiente riesgo del suicidio. El principal riesgo toxico que podría generar esta droga potente en el binomio madre hijo es actuar directamente en la vaso constricción de vasos uterinos y fetales, existen investigaciones histopatológicas en la zona placentaria donde revelan la existencia de trombosis insitu, hemorragias e infartos focales, el vaso espasmo a nivel placentario es explicado o generado por el incremento de endotelinas y la disminución del óxido nítrico; el agravamiento de estas alteraciones se dan por alteraciones estructurales en la vasculatura placentaria; el efecto dañino de la cocaína se da en la zona endotelial

incrementándose la permeabilidad vascular a lipoproteínas de baja densidad (LDL), así mismo la cocaína promueve adhesiones leucocitarias y genera la agregabilidad plaquetaria, por otro lado se observa por la influencia toxica de esta droga la adolescente gestante corre el riesgo de un aborto espontaneo por el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta(DPPNI), y la restricción del crecimiento intrauterino(RCIU). (42).

b) Sobre la Marihuana, los neonatos de madres gestantes adolescentes sufren las consecuencias si durante la gestación sus madres fueron consumidoras habituales de marihuana, al respecto Fried, luego de realizar un estudio estadístico en madres consumidoras de marihuana en un promedio de 5 cigarrillos por semana, preciso que sus hijos entre el segundo y cuarto día de nacidos presentaban temblores y alteraciones oculares, desapareciendo estos síntomas a los treinta días de nacidos, por otro lado también existen reportes que revelan la restricción del crecimiento uterino y el bajo peso de los recién nacidos con el consumo de la marihuana durante la etapa de gestación, también explica que tendría un efecto en la perfusión útero placentaria disminuyéndola y por consiguiente impidiendo el aporte de nutrientes al feto lo que genera limitaciones en el crecimiento del recién nacido; además otros autores señalan que el consumo de marihuana en la etapa de gestación demora la maduración en su sistema nervioso del feto, también se tiene que el consumo de esta droga en la etapa de gestación genera trastornos neurocomportamentales como son la hiperactividad, trastornos del sueño y falta de concentración (42).

Estadísticamente se realizaron un estudio en niños y adolescentes en el año 2017, mediante una encuesta donde se planteó si es riesgoso o no fumar marihuana, los resultados fueron sorprendentes ya que este año 2017 comparativamente al año 2010 duplico el porcentaje de afirmación que no es riesgoso fumar marihuana alguna vez, también refirieron de manera categórica que el acceso a esta droga ilegal era muy fácil, que solo se requería disponer de 24 horas; comparativamente respecto al consumo de la marihuana el año 2010 uno de cada 100 niños y adolescentes consumieron marihuana, cifra que fue triplicada el año 2017 ya que 3 de cada 100 consumieron marihuana haciendo un total de 9800 niños y adolescentes que consumieron esta droga ilegal (41).

Respecto al año 2010 en año 2017 se triplico el consumo de cocaína en niños y adolescentes, aumento en un 200% el consumo de éxtasis y en un 146% el

consumo de cualquier droga, también refieren que la edad de consumo de la droga éxtasis en el año 2010 era del promedio de los 16 años, para situarse a los 14.5 años en el año 2017 (42).

- c) La Heroína (Opiáceo)** esta droga ilegal, al ser consumida por una gestante adolescente, va a generar en su salud una intoxicación aguda que puede decaer en coma y en depresión respiratoria en algunos otros casos se manifestaron convulsiones y arritmias en el corazón, efectos resultantes por el consumo de esta droga que atraviesa la placenta generando en el feto una intoxicación y por ende poner en riesgo la vida de la madre (42).

La gestante adolescente que tiene dependencia a este opiáceo al dejar de consumir esta droga entra en un estado de abstinencia que generalmente se caracteriza por un deseo incontenible de volver a consumir, palpitaciones, nerviosismo, mialgias, calambres, náuseas, diarrea, vómitos y un aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial; este síndrome de abstinencia en la gestante adolescente va a generar un efecto adverso en la salud del feto, estudios revelan hallazgos de adrenalina en el líquido amniótico, generando intoxicación y abstinencia en el recién nacido así como deshidratación, temblor, irritabilidad, diarrea y llanto continuo en un lapso de 24 horas si el efecto del consumo habitual fue mayor presentara, convulsiones y elevadas temperaturas que pueden tener una duración aproximada de 10 meses; los estudiosos Vucinovic y Cols, refirieron según sus estudios realizados elevado número de casos de partos prematuros así como enfermedades como el VIH y la hepatitis C en aquellas gestantes adolescentes que tuvieron dependencia a la metadona y a la heroína intravenosa, además refieren que han encontrado casos donde se ha dado la muerte súbita del lactante por efecto de la restricción en el crecimiento intrauterino (42).

2.2.8 Manejo del Parto Pretermino

El parto pretermino para tener un manejo adecuado, requiere de una clasificación muy detallada y definida con la finalidad de establecer la situación de la edad gestacional del a embarazada adolescente, estudios clínicos necesarios como son la ecografía y exámenes clínicos de laboratorio que se deben dar durante la gestación (31).

Durante el examen clínico es necesario adoptar las medidas pertinentes con la finalidad de realizar una evaluación específica y detallada siguiendo los protocolos

establecidos en el sector salud con la finalidad de determinar cuál es la situación clínica gestacional de la madre y el estado del feto, durante este periodo se realiza todos los exámenes pertinentes con la finalidad de establecer diagnóstico y la primigenias medidas terapéuticas, en todo momento se debe generar la confianza de la madre, del padre, familiares, que desde ya se sienten afectados por el estrés que genera el embarazo de una madre prematura (32).

Como uno de los protocolos de mayor trascendencia durante la etapa gestacional de la adolescente, se recomienda el examen genital con la finalidad de determinar si existe o no líquido amniótico, este examen consiste en introducir un espejo para visualizar el cérvix, lugar donde se deposita normalmente el líquido amniótico, se hace necesario disponer de un ambiente aislado y tranquilo recomendando reposo a la paciente en la posición de cubito lateral, administrándole solución salina endovenosa a 100ml/hora, para evitar la rápida expansión intravascular que generaría reducción de las contracciones de un útero irritable; para ayudar a prevenir un parto prematuro no existen estudios científicos que determinen si el reposo o la hidratación son eficaces durante el trabajo del parto prematuro en adolescentes deshidratadas (33).

2.3 Definiciones Conceptuales

2.3.1 Gestante Adolescente

Llamado también embarazo precoz o embarazo adolescente, que se produce en la mujer adolescente entre las etapas de una inicial adolescencia o denominada también pubertad (inicio de edad fértil), y el final de la adolescencia, comprende desde los 10 años hasta los 19 años de edad (36). Según la OMS el embarazo adolescente se considera un problema de social y culturalmente complejo por las consecuencias que genera al determinarse estadísticamente elevados índices de mortalidad materna y mortalidad del neonato, así mismo complicaciones en la salud de la madre como la preclamsia, el parto prematuro, la anemia y el bajo peso del recién nacido, por eso la OMS impulsa fundamentalmente la planificación familiar, educación sexual y brindar mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos, también refiere que estos embarazos tienen un alto índice de probabilidad en poblaciones de elevado nivel de pobreza, bajo nivel de instrucción y ubicados en las zonas urbano marginales y rurales (37).

Menarquia Tardía, conocida también como menarquia retrasada o amenorrea primaria, proceso que es conceptualizado como la carencia de la menstruación a los 16 años y escasa manifestación de características sexuales secundarias a la edad de los 14, características como , crecimiento de vello púbico y axilar y el desarrollo mamario, se le considera un evento de suma importancia y trascendencia en la vida de las mujeres ya que es una etapa de transición a una de vida reproductiva; existen múltiples y variados factores que condicionan la manifestación de la menarquia, pueden ser factores de orden biológico que pueden estar marcados por la genética, factores de orden étnico, climático, ambiental, nutricional, socioeconómico o el peso corporal, así mismo según diferentes estudios a nivel mundial se ha establecido que existe un adelanto de la menarquia en 0.3 años por cada década; en promedio, la secuencia puberal de crecimiento entre la telarquia, adrenarquia, y la menarquia requiere un periodo de 4.5 años(rango 1.5 a 6 años), las características sexuales secundarias se desarrollan más temprano en las niñas negras que en las blancas, en promedio las niñas estadounidenses negras comienzan la pubertad entre las edades de 8 y 9 años, y las niñas estadounidenses blancas a los 10, reportando menarquias entre 12.1 a 12.7; las investigaciones también refieren que la manifestación de la menarquia antes de los 12 años se relaciona con cáncer de seno y endometriosis, así mismo pacientes que experimentan de manera tardía presentan más riesgo de osteoporosis (47).

Pobreza en Gestantes Adolecentes, el concepto de pobreza bajo la percepción general, se entiende como aquella negación de manera casi permanente del bienestar que todo ser humano esta premunido por naturaleza que sin embargo bajo las circunstancias y estructuras de la sociedad configuran ciudadano pobres y ricos, desde el punto de vista monetario la pobreza se ve materializado por el nivel de ingreso y consumo mínimo e insuficientes para satisfacer lo requerido por el estándar de un determinado grupo social, estos niveles de requerimientos mínimos son estándares establecidos por la sociedad las mismas que varían de una a otra, suelen estar compuestas por un conjunto de carencias respecto a una situación aceptable socialmente, específicamente va referida al hecho de contar o no con alimentos, carencia de vivienda, carencia de vestimenta, no tener acceso a la salud, no tener acceso a una educación, el analfabetismo; el concepto de pobreza al margen de la conceptualización sobre la ausencia de bienes o servicios, existen otros factores de índole exógeno que se traducen en discriminaciones laborales, exclusión en

manifestar su voz así como su voto, generando un aspecto controversial en la conceptualización clásica con la conceptualización moderna, ya que la clásica va referida básicamente a la capacidad de gasto consumo por encima del umbral establecido para satisfacer las necesidades, sin embargo el enfoque moderno se incluye un concepto más amplio traducido en el bienestar, término que involucra un desenvolvimiento sin discriminación dentro de la sociedad (46).

Bajo Nivel de Instrucción en Gestantes Adolescentes

Este indicador categórico en las gestantes adolescentes se encuentra asociado al parto pretermino, es necesario determinar bajo que enfoques se va a tratar el tema del bajo nivel de instrucción en las gestantes, por lo cual según la investigación se han definido dos categorías de estudio, el analfabetismo absoluto y otra el analfabetismo funcional, respecto al analfabetismo absoluto refiere el autor que está relacionado con la incapacidad de leer y escribir por parte de aquellos adolescentes mayores de 15 años, al respecto las Naciones Unidas a través de sus agencias especializadas realizaron informes incidiendo que se han logrado considerables avances en la reducción del analfabetismo, particularmente en la enseñanza primaria; en el año 2016 una encuesta nacional de hogares reveló una reducción importantísima de la tasa de analfabetismo que en el año 2014 tenía un porcentaje de 6.3% para luego reducirse a 4.4% en el año 2016, lo cual denota que los programas estratégicos educativos en el nivel básico regular en este periodo de años a sido muy efectivo porque ha permitido reducir el analfabetismo en un porcentaje de 1.9%; porcentaje contrario a los resultados con la población a los 30 años; la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el año 2016 elabora un informe a nivel regional sobre las inequidades y desigualdades en la parte educativa que se da en los países de la región, estableciendo lineamientos y estrategias políticas a seguir para continuar reduciendo el índice de analfabetismo; se hace indispensable realizar una evaluación analítica y comparativa de nuestras políticas con las establecidas por este órgano internacional. La encuesta nacional de hogares en el periodo comprendido del 2009-2016, observa que se revela un aspecto importantísimo, respecto a los adolescentes y jóvenes menores de 20 años, es el incremento de las desigualdades en la educación, mientras que, en las personas mayores de 20 años, se observa una ligera disminución, en el orden del 0.2% con relación al año 2,014, por otro lado, se han establecido cuadros estadísticos con

datos para compararlos con otros datos en el tiempo, donde se puede observar de manera contundente, que la población rural demuestra una conducta reacia y firme a toda intervención del estado con políticas públicas, sin embargo se resalta la reducción del índice de analfabetismo respecto al año 2,014, refiere también que continua la desigualdad, y se precisa que existe una lenta disminución del porcentaje de analfabetismo en la poblaciones de adolescentes de la zona urbana; dadas las circunstancias estadísticas y la aplicación de políticas públicas tanto en la zona urbana y rural, es indispensable se dé el enfoque simétrico en ambas áreas, para permitir un crecimiento sostenible, se observa que en la población joven de 16 años, estas asimetrías de la zona urbana con la zona rural, disminuyeron notablemente, reflejando cifras porcentuales de 76% en la zona urbana y 72.2% en la zona rural, excepto el año 2,012, cuya cifra porcentual tuvo una leve caída al 71.8%, y la población urbana llegó a 77.4%, materializándose esta reducción de la brecha en el año 2,018, donde la población urbana llegó al 81.2% y la rural al 81% (48).

Drogas Ilegales en Gestantes Adolescentes

El uso de drogas ilegales, genera una problemática en la sociedad, por sus efectos nocivos para la persona, generando dependencia y afectando la salud; la producción, comercialización y consumo de estas drogas ilegales, son considerados como tráfico ilícito de drogas, es considerado como un problema, desde el momento que se observa que genera alteraciones en el estado de la conciencia de las personas, ya que según refiere el investigadores, los pobladores utilizaban o empleaban para sus ceremonias religiosas, estaban pues vinculadas a sus usos y costumbres originarias, se dio en nuestros ancestros incas, comunidades pre incas, y otras culturas milenarias (49).

Para las naciones unidas la conceptualización de drogas está asociada a aquella sustancia que tiene la facultad de curar o prevenir una determinada enfermedad para generar un bienestar en la persona tanto en su parte física como mental, farmacológicamente la conceptualización de drogas se refiere al agente químico que tiene por finalidad actuar en los procesos fisiológicos bioquímicos de los sistemas de un organismo, el concepto común que se le otorga a la terminología droga asocia a aquellas sustancias psicoactivas que tienen efectos nocivos en las personas que las consumen, también la OMS, conceptualiza el término droga a aquella sustancia que tiene un origen natural o también puede ser sintético, sustancia que al consumirse

genera alteraciones en la persona en su comportamiento y en la salud, por otro lado se tiene que, el concepto de uso indebido de drogas, al consumo persistente y de manera excesiva de una sustancia sin prescripción médica, este concepto también se refiere al consumo de una determinada droga prescrita por un médico, la misma que no es respetada por el paciente, generando un consumo excesivo en cantidades y por espacios mayores a los establecidos por el médico tratante, también es considerado el uso indebido de drogas cuando el medico receta para una determinada enfermedad una cantidad de droga, la misma que es empleada para otro fin; de este universo generalizado de drogas existentes se tiene la existencia de las drogas ilegales como son la cocaína, la marihuana, la heroína y otras drogas ilícitas, también serán consideradas de uso indebido, con la única diferencia respecto a las legales que no son empleados para tratamientos terapéuticos si no como alucinógenos que alteran la personalidad y la fisiología de las personas que la consumen generando una dependencia muy nociva y toxica para el cuerpo humano; su administración varia en su aplicabilidad para llegar al torrente sanguíneo y lograr su efecto alucinógeno en el cerebro y el sistema neurológico (49).

2.3.2 Parto Pretermino

Se define como parto pretermino o nacimiento prematuro cuando en parto se da antes de las 37 semanas y mayor a las 22 semanas, comúnmente es denominado como parto antes de tiempo o parto prematuro (19). El factor edad gestacional es muy importante porque va a permitir clasificar el parto pretermino, definiendo en parto prematuro tardío que se da entre las 34 semanas y menos de 37 semanas, parto prematuro moderado que se da entre las 32 y 34 semanas, parto gran prematuro que se da entre las 28 y 32 semanas y parto prematuro extremo entre 22 a 28 semanas (38).

La definición de parto prematuro o parto pretermino específicamente se refiere aquel parto que se da en el periodo comprendido entre las 22 semanas y antes de las 37 semanas, así mismo la definición de labor de pretermino está orientada a los hechos en la que la paciente gestante presenta cambios cervicales y contracciones regulares; si estas condiciones no se dan con son las contracciones y los cambios cervicales toma el concepto de falsa labor de parto pretermino, por su naturaleza el parto pretermino es uno de los factores con mayor incidencia en la morbilidad neonatal, estadísticamente se ha podido determinar que del total de partos que 10 a

15% del total corresponden al parto prematuro así mismo de este intervalo porcentual, existen la probabilidad de que el parto prematuro sea espontaneo en un 50%, un 25% por causa de ruptura prematura de membranas y otro 25% por causa iatrogénicas, en este porcentaje de casos iatrogénicos son a causa de inducción por el riesgo de la madre o el feto, constituyéndose en una de las causas de muerte neonatal o discapacidad, efectos que se evidencian tanto en el corto o largo plazo, discapacidad manifestada con sordera, ceguera. EPOC y parálisis cerebral, el costo económico es muy elevado para realizar el cuidado de un bebe prematuro, y generalmente no están en la posibilidad de aquellas personas de limitados recursos, lo cual genera una decreciente capacidad de respuesta por parte del estado en vías de desarrollo; en cuanto a la labor que se desarrolla para poder precisar si una gestante va a desarrollar un parto pretermino simplemente se da por el examen físico donde debe presentar una dilatación mayor o igual a 2cm y una desaparición del cuello uterino a un 80%; siempre se ha generado la polémica por precisar si una gestante va a desarrollar un parto pretermino motivo que ha sido permanentemente estudiado como factores de riesgo que podrían incidir en el parto pretermino (45)

Factores de Riesgo

Son aquellas capacidades que de manera específica se refieren a las circunstancias o características que se dan en una determinada persona o grupo social relacionado con una posibilidad incrementada de ejecutarse o producirse por situaciones exógenas o endógenas, estos factores de riesgo, son eventos probabilísticos que se determinan a través de variables (29).

Factores de Riesgo Individual: es definida como aquella capacidad que puede ser observada, medida y analizada configurándose como una alta probabilidad de incidencia en el embarazo adolescente, presenta los indicadores siguientes:

- **Menarquia:** evento importante que se da en toda mujer adolescente manifestándose con la presencia de sangrado vaginal, denominándose normalmente regla menstrual, se presentan las siguientes categorías que permiten caracterizarla mejor.

Menarquia Precoz: es aquella menstruación que se da en la adolescente de manera primigenia antes que cumpla los 12 años.

Menarquia Habitual: es aquella menstruación que se da en la adolescente de manera primigenia en el periodo de 12 a 14 años.

Menarquia Tardía: es aquella menstruación que se da en la adolescente de manera primigenia posterior a los 14 años (29).

- **Inicio de la Actividad Sexual:** Momento en que la adolescente tiene su primera experiencia coital, se evalúa mediante niveles o periodos en años de vida.

Actividad Sexual Temprana: primera relación sexual o coital que tiene la adolescente en el periodo de 10 a 13 años.

Actividad Sexual Intermedia: primera relación sexual o coital que tiene la adolescente en el periodo de 14 a 16 años.

Actividad Sexual Tardía: primera relación sexual o coital que tiene la adolescente en el periodo de 17 a 19 años (29).

2.4 Hipótesis

Hipótesis General

Ho: La gestante adolescente no es un factor predisponente en el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.

Ha: La gestante adolescente si es un factor predisponente en el parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.

Hipótesis Específicas

HE01: La menarquía tardía en gestantes adolescentes no es un factor asociado en el parto pretérmino.

HEa1. La menarquia tardía en gestantes adolescentes si es un factor asociado en el parto pretermino.

HE02. La pobreza en gestantes adolescentes no constituye un factor asociado en el parto pretermino.

HEa2. La pobreza en gestantes adolescentes si constituye un factor asociado en el parto pretermino.

HE03. El bajo nivel de instrucción en gestantes adolescentes no se comporta como un factor asociado en el parto pretermino.

HEa3. El bajo nivel de instrucción en gestantes adolescentes si se comporta como un factor asociado en el parto pretermino.

HE04. las drogas ilegales en gestantes adolescentes no se comportan como un factor de riesgo asociado en el parto pretermino.

HEa4. Las drogas ilegales en gestantes adolescentes si se comportan como un factor asociado en el parto pretermino.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Diseño

- De acuerdo a los hechos ocurridos en el tiempo y la información registrada: retrospectivo.
- De acuerdo a las secuencias y el periodo de estudio: transversal.
- De acuerdo al grado de intervención: tipo descriptivo, intervención.
- Diseño: no experimental.

Se realizará un estudio de nivel descriptivo, que permitirá analizar las variables expuestas en la realidad problemática, observacional y retrospectivo, en el cual se revisará y se extraerá datos de las diferentes historias clínicas de las pacientes gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Ventanilla, en el periodo de Enero a Diciembre del año 2018.

Es retrospectivo ya que se tomarán datos de los años 2018, y observacional porque no se harán intervenciones ni se manipularán variables.

3.2 Población y muestra

La población, está representada, por las pacientes adolescentes gestantes que ingresaron al servicio de Gineco- Obstetricia, en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2,018.

Estará conformada por todas las pacientes gestantes adolescentes en edad gestacional entre las 22 y 36 semanas con parto pretermino que fueron atendidas durante el año 2,018, en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Ventanilla, las cuales son 1,258 pacientes.

Tamaño de la muestra: Se empleó la fórmula que corresponde para poblaciones finitas:

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

n: muestra

N: población

Z: nivel de confianza

p: probabilidad de éxito

q: probabilidad de fracaso

e: error de muestra

Donde:

Z: nivel de confianza = 1.96

p: probabilidad de éxito= 50%

q: probabilidad de fracaso= 50%

e: error de muestra= 5%

Tamaño de la muestra:

$$n_2 = \frac{1258 \times 1.96^2 (0.5)(0.5)}{(1258 - 1)0.05^2 + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$
$$n_2 = 294.47$$

El muestreo es probabilístico, muestra obtenida de los pacientes del servicio de Gineco- Obstetricia, resultando una muestra de 294 pacientes atendidas.

Criterios de inclusión:

- Gestantes adolescentes atendidas (Adolescentes tempranas, medias y tardías)
- Pacientes gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ventanilla.
- Pacientes adolescentes de 14 a 19 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Fichas clínicas que presenten datos poco visibles.

3.3 Operalización de variables

En la tabla 1, se presenta la operalización de variables, de acuerdo a los objetivos que se han planteado.

Tabla 1
Operalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Tipo de variable relación y naturaleza	Categoría o unidad
Grupos de edad de gestantes adolescentes	Tiempo de vida que se inicia desde la etapa temprana hasta la etapa tardía	Edad cronológica expresada en años cumplidos por las gestantes adolescentes	Gestantes Adolescentes etapa temprana: 9 a 13 años Adolescentes etapa media: 14 a 16 años Adolescentes etapa tardía: 17 a 19 años. Razón discreta.	Cuantitativa - Categórica	Grupo etario temprano 9 -13 años
Menarquia tardía	Primera menstruación que tiene la mujer, a partir de los 14 años	Producción estrogénica, que permitirá la hiperplasia endometrial, característica de los ciclos menstruales	Razón discreta	Cuantitativo – De Razón	Edad Menarquia 11 – 13 años 13 – 15 años
Pobreza	Incapacidad de las personas para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación	Posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social jerárquica	Categoría ordinal	Cuantitativo - ordinal	Quintil 1 (pobreza extrema) Quintil 2 (muy pobre) Quintil 3 (pobre)
Bajo nivel de instrucción	Incapacidad de una persona para la lectura, escritura y cálculo de forma eficiente en las situaciones habituales de la vida	Incapacidad de habilidad y destreza para la lectura y escritura	Categoría ordinal	Cualitativo - ordinal	Grado de instrucción: Bajo nivel de instrucción Analfabeto Bajo nivel de instrucción primaria incompleta
Drogas ilegales	Problema multifactorial en la persona de consumo habitual de drogas ilegales	Cambios neuroplásticos en el sistema nervioso central, que determinan caminos neuroadaptativos	Categoría ordinal	Cualitativo - ordinal	Cocaína Marihuana Heroína

3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

La recolección de datos se realizará empleando la ficha de recolección de datos que tengan los estándares y parámetros requeridos para medir las variables para lo cual previamente se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital de Ventanilla.

Es indispensable tener en consideración los criterios tanto de inclusión como de exclusión para estructurar los datos confiables y así aplicarlos de manera precisa, sin alteración y duda alguna para lograr resultados concretos y realísticos; obtenida la información se aplicará la tabulación de los datos procediendo a elaborar las tablas y gráficos correspondientes que permitirán establecer las conclusiones pertinentes. Las historias clínicas serán revisadas de manera muy técnica para extraer datos precisos relacionados con las variables.

Para determinar la cantidad de gestantes adolescentes con menarquia tardía y las drogas ilegales recurriremos a las estadísticas registradas en las Historias Clínicas y consultas médicas de atención al paciente. Para un estudio analítico cuantitativo de pacientes con nivel de pobreza e índice de bajo nivel de instrucción, recolectaremos la información de los registros de las encuestas realizadas mediante el cuestionario aplicado a pacientes según la muestra seleccionada, así como estadísticas en quintiles, establecidas por el INEI del distrito de Ventanilla, distrito con más pobreza en la provincia constitucional del Callao, distrito que cuenta con 58,536 hogares, con una población de 243,256 de las cuales 44.4% son pobres, que se ubican en el quintil tres (39).

Técnica: Revisión de historias clínicas.

Instrumento: Empleo de la ficha de recolección de datos, el cuestionario aplicado es del tipo estructurado, ya que dichas preguntas se orientarían a las variables que se desean analizar.

La información obtenida deberá ser analizada, tabulada y registrada en una ficha estructurada.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Recolectados los datos deberán ser procesados con el paquete estadístico SPSS versión 25.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables de estudio tanto cuantitativas como cualitativas. Para realizar la evaluación de la información y datos categóricos obtenidos, se realizará mediante el cálculo tanto de la frecuencia relativa como absolutas, las mismas que se representaran en graficas e histogramas de frecuencia. El estadístico analítico que se aplicara es el cálculo de OR y Chi cuadrado para las variables del estudio que desarrollo.

La recolección de la información será realizada de manera muy personal por la autora del presente proyecto mediante el instrumento denominado ficha de recolección de datos, la misma que tiene en su estructuración los criterios de exclusión e inclusión y a los pacientes que ingresaron para el estudio de acuerdo a los requisitos planteados.

Para el análisis estadístico descriptivo, se estructurará una hoja de datos correlacionado con el programa estadístico.

La elaboración de figuras y cuadros con la distribución porcentual se construirá en función a las variables categóricas y los datos estadísticos para las variables numéricas

3.6 Aspectos éticos

Para el logro del presente proyecto, se requiere solicitar la autorización pertinente a las autoridades del Hospital de Ventanilla, se mantendrá la reserva pertinente del manejo de la información logradas del análisis de la historia clínica revisada. No se registrará datos personales de los pacientes asignándoseles un código a cada uno para lograr su identificaron preservando y protegiendo su identidad.

Los lineamientos y las buenas practicas, así como la ética en la biomedicina, servirán de base para preservar la integridad y garantizar de manera tangencial el respeto a los derechos fundamentales de aquellos pacientes que se encuentren sujetos a investigación.

El consentimiento informado no es requerido por ser el proyecto retrospectivo, sin embargo, se cuenta con la autorización del Hospital de Ventanilla, para proceder con las entrevistas, recolección de datos estadísticos, encuestas tanto al personal de médicos, enfermeras, técnicas y demás personal que labora.

La privacidad y la confidencialidad, así como el anonimato de los pacientes que figuran en las historias clínicas, tendrán un mecanismo pertinente para su protección:

El medico tiene como labor fundamental proteger de manera desinteresada la salud del hombre.

La Finalidad: El comportamiento reproductivo de la gestante adolescente como núcleo de estudio es trascendental e importante para realizar un planeamiento adecuado que genere planes, programas y estrategias para disminuir los efectos negativos en las adolescentes con parto pretermino, dando un tratamiento igualitario, brindándole a la gestante adolescente y al neonato una atención médica, de calidad y oportuna, mejorando sus condiciones de vida, también permitirá, mejorar la educación, para que sea más inclusiva y al alcance de las personas más vulnerables económicamente, por otro lado permitirá establecer medidas preventivas respecto al consumo de drogas ilegales en gestantes adolescentes.

CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

El financiamiento es en su totalidad con los recursos propios de la tesista; sin embargo, se deberá contar con los siguientes recursos humanos y materiales:

a) Recursos Humanos

- Asesoramiento metodológico y estadístico
- Toma de datos, se requiere pasajes para transportarse
- Analista de datos

b) Recursos Materiales e informáticos

- Hojas
- Impresiones

c) Otros recursos que se necesitan

Especialista en procesamiento de la información, formulación de datos obtenidos.

4.2 Cronograma

	Ago. 2,018	Set. 2,018	Oct. 2,018	Nov. 2,018	Dic. 2,018	Ene. 2,019	Feb. 2,019	Mar. 2,019	Abr. 2,019	May. 2,019	Jun. 2,019
Preparación Proyecto	X	X	X								
Revisión Bibliográfica			X								
Toma de Muestras			X	X	X	X					
Análisis de Resultados de las muestras					X	X	X	X			
Redacción y Revisión							X	X	X		
Conversión a Datos Estadísticos									X		
Análisis de Datos										X	
Elaboración de Conclusiones										X	
Presentación del Informe Final											X

4.3 Presupuesto

- **Recursos Humanos**

- Asesoramiento metodológico y estadístico: S/. 1,200.00
- Toma de datos – Pasajes : S/. 1,000.00
- Análisis de Datos : S/. 900.00

- **Recursos Materiales e Informáticos**

- Hojas : S/. 15.00
- Impresiones : S/. 200.00

- **Otros**

- Procesamiento de la Información: S/. 500.00

TOTAL: S/. 4,215.00

- **Recursos Físicos Disponibles**
 - Computadora personal
 - Impresora
 - Lápices
 - Borradores

- **Artículos previos**
 - Antecedentes de publicaciones en revistas médicas

- **Material de Consumo Disponible**
 - Papel bond A4 de 80g
 - Papel Bond A4 de 75g
 - Cd's
 - Útiles de oficina

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mendoza L, Claros D, Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, “Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro”, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Agosto 2,016.
2. Huertas E, “Parto pretermino: causas y medidas de prevención”, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Setiembre 2,018.
3. Organización Mundial de la Salud, “Embarazo adolescente, nacimientos prematuros”, Who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-virth, Febrero 2,018.
4. Mendoza L, Claros D, “Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro” Med. Chile, Enero 2,016.
5. Guillen G, “Factores maternos asociados al parto pretermino”, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia, universidad San Martin de Porras, Lima, 2,018.
6. Ministerio de Salud del Perú (MINSA), Guía del Departamento de Ginecología y Obstetricia Institucional, Lima 2,018.
7. Beck S, Wojdyla D, Say L, “Incidencia mundial de parto prematuro, revisión sistémica de la morbilidad y mortalidad materna”, boletín informativo, OMS, 2,018.
8. Douglas O, “Factores de riesgo asociados a parto pretermino en el Hospital de Ventanilla en el periodo junio 2,016 – junio 2,017” Tesis para optar por el título de médico cirujano, URP, Lima 2,018.
9. Gómez M, Mejía G, “Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes en el municipio de Carepa”, Revista Salud pública, Colombia, 2,017.
10. Mathewos S, Mekuria A, “Teenage pregnancy and its associated factors among school adolescents of arba minch town,”, Etiopia, 2,018.
11. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C, “Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte”, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2,016.
12. Prdhan R, Wynter K, Fisher J, “Factors associated with pregnancy among adolescents in low – income and lower middle – income countries: systematic” *reviw epidemiol community health*, 2,015.

13. Tai H, Lee G, Sommer M, "Menarquía temprana: una revisión sistemática de su efecto sobre la salud sexual y reproductiva en países de ingresos bajos, y medianos" Países Bajos 2,017.
14. Rojas P, Beltrán C, "Análisis de aspectos familiares, socio económicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia", La paz, 2,014.
15. Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamante J, Castañeda E, "Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá", Colombia, 2,013.
16. Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la Sub Región Andina 2,017, Organismo andino de la salud, convenio Hipólito Unánue, Lima 2,017.
17. Rojas E, "Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue" Lima 2,018.
18. Luyo D, "Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Carlos Showin Ferrari 2,014 -2,015", Huánuco 2,017.
19. Espejo Y, Castro J, "Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora 2,016", Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2,016.
20. Martínez G, "Factores socio culturales asociados al embarazo en adolescentes en el Hospital de Tingo María", Universidad Antenor Orrego, 2,016.
21. Ayala M, Montenegro M, "Funcionalidad familiar en las adolescentes gestantes en el Hospital Nacional Sergio Bernales 2,017", Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2,017.
22. Valera A, "Factores socio demográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes del Hospital Regional de Cajamarca 2,015", Cajamarca 2,015.
23. Rodríguez A, Sucño C, "Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza Chupaca de Enero a Marzo 2,015", Universidad Peruana del Centro, Huancayo 2,016.
24. Avalos L, "Factores asociados al embarazo en adolescentes atendidas en el centro de salud Bellavista – Sullana 2,017", Piura 2,017.
25. Adrián J, Rangel E, "Aprendizaje y desarrollo de la personalidad" Madrid 2,015.

26. Organización Panamericana de la Salud (OPS) “Salud del adolescente, adolescencia”, Washington 2,015.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2,015, http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala& itemid=518.
28. Gonzáles M, Franco V, Guridi Y, Cabana D, Fernández A, “Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el policlínico de Calabarzari” La Habana Cuba, Marzo 2,012.
29. Issler J, “Embarazo en la adolescencia”, Revista de posgrado dela cátedra VI, medicina Argentina, 2,016.
disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
30. Merino L, Inestroza R, “Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista”, El Salvador 2,015.
31. Barrera L, Manrique F, Ospina J, “Factores asociados al parto pretermino en adolescentes de Tunja, Boyacá” Revista de la Universidad Católica del Norte, Colombia 2,016.
32. Robinson J, Norwitz E, “Nacimiento prematuro: factores de riesgo é intervenciones para la reducción de riesgo” Junio 2,017.
33. Mendoza L, Claros D, Arias M, Peñaranda C, “Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro”, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2,016.
34. Ávila G, Barbena M, Arguello P, “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes urbano marginales de Comayaguela” Revista de Medicina de Honduras 2,014.
35. Vera O, Vera M, “Evaluación del nivel socio económico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque”, Revista del Cuerpo Médico, Lambayeque 2,013.
36. Jay D, “Parto pretermino”, Inglaterra 2,014.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS), “El embarazo en la adolescencia”, Noviembre 2,018, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail-adolescents-pregnancy>.

38. Olivero M, Chirinos J, “Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal, pronóstico y desarrollo a largo plazo” Perú, 2,013.
39. Instituto Nacional de Estadística é Informática (INEI), Perú 2,017, 2,018.
40. Medina L, “Factores que condicionan el embarazo de adolescentes en los barrios Miraflores y Ramón Castilla, distrito de San Miguel, Huancavelica 2,017”, Huancavelica 2,017.
41. Braschi M, “Embarazo adolescente y consumo de sustancias”, Argentina 2,018.
42. Pascale A, “Consumo de drogas durante el embarazo, efectos sobre el binomio materno fetal, recién nacido y primera infancia, modalidades terapéuticas y estrategias de prevención” 2,015.
43. Informe Técnico del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), “Perfil de la población en condición de pobreza a nivel Departamental” Lima 2,018.
44. Melmed S, Polonsky K, Reed P, Kronenberg H, Williams J, “Tratado de endocrinología”, España 2,016.
45. Monge T, Revista Médica Sinergia, parto pretermino, San José Costa Rica, 2,017.
46. Talavera J, Tesis “Un análisis de la dinámica de la pobreza en el Perú” PUCP, Lima 2,015.
47. Montoya L, Barrero M, “Cambios de Menarquía y aproximación al riesgo cardiovascular, en mujeres que asisten al Instituto de Endocrinología” Bogotá, Colombia 2,017.
48. Mendoza W, Reyes B, Informe Nacional de las Juventudes 2,016 – 2,017, Lima Perú 2,018.
49. Moscoso A, “Problemática de las drogas, prevención del uso indebido de las drogas” Bolivia 2,015.
50. Espinola M, “Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú, según regiones naturales”, Lima Perú 2,018.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2,018.

Autor: DANIA MABEL PANDAL CAMPOS

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	
¿Es la gestante adolescente un factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.	Determinar si la gestante adolescente es un factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.	Ho: La gestante adolescente no es un factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018. Ha: La gestante adolescente si es un factor predisponente en el parto pretermino en gestantes atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.	Tipo de Investigación: Descriptivo – Correlacional. Diseño: No Experimental. Población: Estará conformada por 1,258 gestantes con edad gestacional entre 22 y 36 semanas con amenaza de parto que fueron atendidas de Enero a Diciembre del año 2,018, en el Hospital de Ventanilla. Muestra : 294
	Objetivos Específicos		
	OE1: Determinar si la menarquia tardía en gestantes adolescentes es un factor asociado en el parto pretermino.	HE01: La menarquia tardía en gestantes adolescentes no es un factor asociado en el parto pretermino. HEa1: La menarquia tardía en gestantes adolescentes si es un factor asociado en el parto pretermino.	
	OE2: Determinar si la pobreza en gestantes adolescentes constituye un factor asociado el parto pretermino.	HE02: La pobreza en gestantes adolescentes no constituye un factor asociado en el parto pretermino. HEa2: La pobreza en gestantes adolescentes si constituye un factor asociado en el parto pretermino.	

	OE3: Determinar si el bajo nivel de instrucción en gestantes adolescentes se comporta como un factor asociado en el parto pretermino.	HE 03: El bajo nivel de instrucción en gestantes adolescentes no se comporta como un factor asociado en el parto pretermino. HEa3: El bajo nivel de instrucción en gestantes adolescentes si se comporta como un factor asociado en el parto pretermino	
	OE 4: Determinar si las drogas ilegales en gestantes adolescentes se comportan como un factor asociado en el parto pretermino	HE 04: Las drogas ilegales en gestantes adolescentes no se comportan como un factor asociado en el parto pretermino. HEa4: Las drogas ilegales en gestantes adolescentes si se comportan como un factor asociado en el parto pretermino.	

2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HISTORIA CLINICA N°

FECHA.....

LUGAR.....

N° DE FICHA.....

1. GRUPO DE EDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES

a. GRUPO ETARIO TEMPRANO SI NO
(9 – 13 AÑOS)

b. GRUPO ETARIO MEDIO SI NO
(14 – 16 AÑOS)

2. MENARQUIA TARDIA

a. EDAD MENARQUIA SI NO
(11 – 13 AÑOS)

b. EDAD MENARQUIA SI NO
(13 – 15 AÑOS)

3. NIVEL DE POBREZA

- a. QUINTIL 1 DE POBREZA SI NO
- b. QUINTIL 2 DE POBREZA SI NO
- c. QUINTIL 3 DE POBREZA SI NO

4. BAJO NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- a. ANALFABETO SI NO
- b. PRIMARIA INCOMPLETA SI NO

5. TIPOS DE DROGAS ILEGALES CONSUMIDAS

- a. COCAINA SI NO
- b. MARIHUANA SI NO
- c. HEROÍNA SI NO

3. SOLICITUD DE PERMISO INSTITUCIONAL

DR. MIGUEL ANGEL PACO GUTIERREZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE VENTANILLA

Por el presente me dirijo a usted, para saludarle muy cordialmente y a la vez para solicitarle la autorización para realizar la recolección de datos para el trabajo de investigación, correspondiente al Residencia Médico, proyecto titulado **"GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2,018"**, para optar el Título de Especialista en Ginecología Obstétrica.

Sin otro particular le agradezco de antemano la atención a mi solicitud.

Ventanilla, 11 de Febrero del 2,019

Atentamente



DRA. DANIA MABEL PANDAL CAMPOS

CMP 42615

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO (En caso de aplicar)

Se tiene la autorización de la Dirección del Hospital de Ventanilla, para realizar la investigación del tema Gestante Adolescente como Factor Predisponente en el Parto Pretermino en Gestantes Atendidas en el Hospital de Ventanilla de Enero a Diciembre del 2,018.

5. INFORMES DE OPINION DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: DR. ANDRADE PAJUELO ARTURO
 1.2 Institución donde labora: Hospital de Ventanilla
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: PROYECTO DE TESIS RESIDENTADO MEDICO
 1.4 Autor del instrumento: Dania Pandal Campos.
 1.5 Título de la Investigación: LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41- 60%	Muy Buena 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					99
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en criterios observables.					100
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					98
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico de los ítems.					99
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad					99
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.					98
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.					100
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					100
9. METODOLOGÍA	La estrategia metodológica responde al propósito del diagnóstico					99
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					98

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
 (...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado, y nuevamente validado.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

99

Lugar y fecha: Ciudad de Lima, 06 ENERO 2021

Dr. Arturo F. Andrade Pajuelo
Ginecólogo Obstetra **CMP 34241**
Ecografía Laparoscopia **RNE 21151**

.....
Firma del Experto Informante.
DNI.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: **DR. HUASANI ORTEGA SERGIO JESÚS**
1.2 Institución donde labora: Hospital de Ventanilla
1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación: **Proyecto tesis Residentado Médico**
1.4 Autor del instrumento: Dania Pandal Campos.
1.5 Título de la Investigación: **LA ADOLESCENCIA COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2018**

1.6
II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41- 60%	Muy Buena 61- 80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					98
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en criterios observables.					97
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					99
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico de los ítems.					98
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad					96
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.					99
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.					99
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					98
9. METODOLOGÍA	La estrategia metodológica responde al propósito del diagnóstico					99
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					97

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.
(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado, y nuevamente validado.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

98

Lugar y fecha: Ciudad de Lima, 10 ENERO 2021

Sergio Jesús Huasani Ortega
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
MEDICINA MATERNO FETAL
CMP. 74478 RNE 28881

Firma del Experto Informante.
DNI.

INFORME DE TURNITIN DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION “GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2,018”, PRESENTADO POR LA MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DANIA MABEL PANDAL CAMPOS

Informe de Originalidad – TURNITIN :			
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
4%	3%	0%	2%

GESTANTE ADOLESCENTE COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2,018

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
2	www.revistasochog.cl Fuente de Internet	1%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 1%
 Excluir bibliografía Activo