

**Factores familiares, individuales y socio-demográficos,
asociados a la primiparidad adolescente y no
adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente
Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016**



**Tesis previa a la obtención del título de:
Magister en Investigación en Ciencias de la Salud**

**Autor: Dr. Bernardo Vega Crespo.
Director. Dr. Jaime Ñauta Baculima
Asesor: Dr. Jorge Mejía Chicaiza.**

RESUMEN

Antecedentes: Los factores socio-demográficos, familiares e individuales, son causas poco estudiadas en la génesis de la primiparidad adolescente; identificar su asociación, permitiría generar programas eficientes para la solución de esta problemática.

Objetivo general:

Identificar la asociación de los factores familiares, individuales y socio-demográficos, en la génesis del primer embarazo en adolescentes, comparando primíparas adolescentes y no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca (HVCM).

Diseño metodológico: Tipo de estudio: y controles; se definió como caso a aquella mujer primíparas adolescentes y como control a las mujeres primigestas mayores de 20 años.

Universo: Está constituido por la totalidad de las mujeres primíparas en puerperio, atendidas en el departamento de obstetricia del HVCM. **Muestra:** está conformada por 585 mujeres, (195 casos y 390 controles).

Resultados: La edad media de las pacientes fue 21,4 años; el 37,8% son estudiantes con una media de 11,2 años de de instrucción. Se identificó tienen mayor chance de primiparidad adolescente: aquellas mujeres que no tenían ninguna ocupación (OR 2,23); que consideran importante la religión en su vida (OR 2,40); con inicio de relaciones sexuales antes de 15 años (OR 12,63); uso irregular de métodos anticonceptivos (OR 3,43); no disponer de información sobre prevención de embarazo (OR 2,61); cuando en la crianza no intervinieron ambos padres (OR 1,80). El haber recibido charlas en salud sexual es un factor protector (OR 0,54).

Conclusiones: Existe asociación entre los factores socio-demográficos, familiares, individuales con la primiparidad adolescente.

Palabras clave: primiparidad, factores de riesgo.

ABSTRAC

Background: Socio-Demographic, family and individual factors, are unexplored causes in the genesis of adolescent primiparity; to identify this association, would generate efficient programs in the solution of this problem.

General objective:

To identify the association of socio-demographic, family, and individual factors in the genesis of the first pregnancy in adolescents, comparing primiparous adolescents and adults treated at the Vicente Corral Moscoso Hospital of Cuenca (HVCM).

Methodological design: Type of study: Case and Control; we defined as case those primiparous adolescents woman and as the primiparous women over 20 years old.

Universe: consists of all primiparous postpartum women, treated at the Department of Obstetrics of HVCM. Sample: was constituted by 585 women (195 cases and 390 controls).

Results: The mean age of the patients was 21.4 years; 37.8% were students means of instruction was 11.2 years. A mayor chance of primiparity were identified in: those women who had no occupation (OR 2.23); that consider important the religion in her life (OR 2.40); with sexual onset before 15 years (OR 12.63); with irregular use of contraception (OR 3.43); that doesn't have information about pregnancy prevention (OR 2.61); When in their grow up doesn't intervene booth parents (OR 1.80). To receive lectures about sexual health was a protective factor (OR 0.54).

Conclusions: There is an association between socio-demographic, family and individual factors with adolescents primiparity.

Keywords: Primiparity, Risk Factors.



Índice

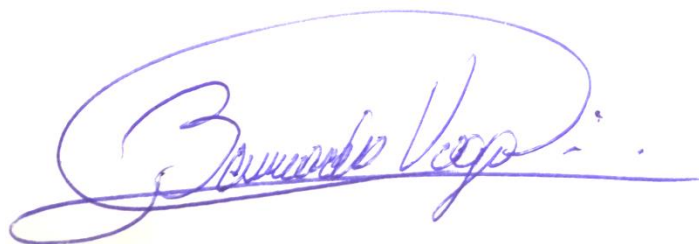
RESUMEN	2
Derechos de Autor	6
Responsabilidad	7
Dedicatoria.	8
Agradecimiento	9
1.- INTRODUCCIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	13
1.3 FUNDAMENTO TEÓRICO	14
2.- HIPÓTESIS.....	17
3.- OBJETIVO GENERAL	17
3.1 Objetivos específicos	17
4.-METODOLOGÍA	18
4.1 Tipo de estudio	18
4.2 Diseño general del estudio.....	18
4.3 Operacionalización de variables	18
4.4 Universo y muestra	18
4.4.1 Universo de estudio	18
4.4.2 Muestra	18
4.5 Selección.....	19
4.6 Unidad de análisis y observación.	19
4.7 Criterios de inclusión y exclusión	19
4.7.1 Criterios inclusión:	19
4.7.2 Criterios de exclusión para casos y controles.	19
5.- CRONOGRAMA	21
6.- RECURSOS	21
Tabla de recursos	22
7.- Resultados	23
7.1 Resultados descriptivos	23
7.2.- Resultados analíticos bivariados	27
7.3.- Resultados regresión logística binaria.....	33
8- Discusión	36
9.- Conclusiones	41
10.- Recomendaciones.....	42



11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
12.- ANEXOS	47
<i>Anexo 1 Cuestionario.</i>	47
Anexo 2 Operacionalización de las variables	50
Anexo 3 Consentimientos y asentimientos informados	53
Anexo 4 INFORME DE VALIDACION DEL CUESTIONARIO	59
Validación	59
Fiabilidad	60
Anexo N°5	61
Instructivo para el llenado del instrumento de recolección de datos	61
AnexoN°6	67
Guía para encuestadores	67

Derechos de Autor

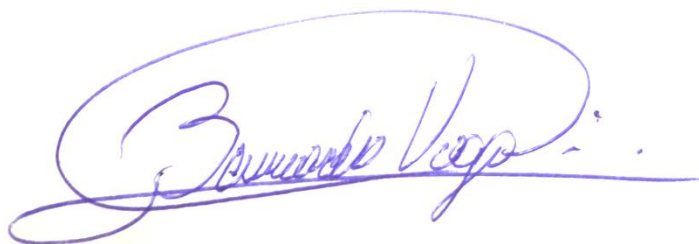
Yo, Bernardo José Vega Crespo, autor de la tesis **“Factores familiares, individuales y socio-demográficos, asociados a la primiparidad adolescente y no adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Magister en Investigación en Ciencias de la Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

A handwritten signature in blue ink, reading "Bernardo José Vega Crespo". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Bernardo José Vega Crespo
0102146917

Responsabilidad

Yo, *Bernardo José Vega Crespo*, autor de la tesis “**Factores familiares, individuales y socio-demográficos, asociados a la primiparidad adolescente y no adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.



Bernardo José Vega Crespo
0102146917



Dedicatoria.

La presente investigación no hubiese podido llevarse a cabo sin el apoyo incondicional de mi familia quienes estoicamente pudieron apoyar y comprender mis constantes horas de ausencia en el hogar.



Agradecimiento

Debo un agradecimiento especial a mi director de tesis y mi asesor metodológico quienes supieron brindar su apoyo constante con la finalidad de que la presente investigación pueda desarrollarse de manera adecuada.

Quiero expresar mi reconocimiento el apoyo brindado por la Universidad de Cuenca y a los directivos de la Maestría de Investigación por el apoyo brindado para culminar con éxito todo mi proceso de formación.

Expreso mi gratitud imperecedera a todas aquellas mujeres que colaboraron de manera desinteresada en la presente investigación; con ellas mi compromiso para que este trabajo puede brindar a futuro nuevas estrategias metodológicas para el abordaje de la salud sexual y reproductiva

1.- INTRODUCCIÓN

Las tasas de fertilidad en adolescentes ha experimentado un reducción en la última década a nivel mundial, sin embargo, existen grandes variaciones en la prevalencia de acuerdo a las regiones. Según el Banco Mundial, África ostenta la tasa de fecundidad adolescente más alta (Nigeria 205,74 x 1000 mujeres en edad fértil (MEF) 104,15 Guinea). América Latina presenta una realidad similar, en Nicaragua se evidencian tasas de 103,17 x 1000 MEF, Ecuador 76, Cuba 43,51 ⁽¹⁾. La fertilidad en adolescentes, guarda relación directa con el desarrollo socio económico del entorno geográfico; países con mayor nivel económico como Estados Unidos, presentan tasas de 32,73 x 1000 MEF, Reino Unido 25,7; Austria 5,5; Suiza 2,4 ⁽¹⁾. Esta disparidad está relacionada con un mejor acceso a servicios de salud, mayor información y educación en sexualidad ⁽²⁾.

El embarazo no planificado en la adolescencia, tiene un impacto directo sobre el desarrollo económico de los individuos ⁽²⁾. Las posibilidades de continuar los estudios o de conseguir un trabajo adecuadamente remunerado, se reducen en estas mujeres; este hecho, envuelve a las adolescentes en un círculo de pobreza y subdesarrollo, que incrementan las posibilidades para la adopción de conductas de riesgo en salud, tales como el bajo uso de anticonceptivos, que a su vez favorecen el incremento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la repetición de embarazos no deseados. El embarazo en adolescentes puede desacelerar del crecimiento económico de un país, debido al incremento de los problemas sociales, morbilidad, inseguridad y violencia derivados ⁽³⁾.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población adolescente (10 a 19 años) asciende a 1.200 millones a nivel mundial y constituyen el 18% del total general ⁽³⁾. En la Sub-región Andina, la población es principalmente joven; niños 20.2 %, adolescentes 19.8 %; estos dos grupos representan el 40% del total demográfico ⁽⁴⁾. Según el Censo Nacional del Ecuador en 2010, el país tenía una población de 14.483.499 habitantes, la población de 10 a 19 años asciende a 2.958.879 y representa el 20,43% de la masa poblacional ⁽⁵⁾. De los 505.585 habitantes del cantón Cuenca, el 39% tiene menos de 20 años y el 20,27% (102.486 hab.) son adolescentes ⁽⁶⁾.

Los adolescentes son considerados una población vulnerable, pues enfrentan una serie de situaciones que ponen en riesgo su desarrollo integral, una de las más relevantes es el embarazo ⁽⁷⁾. El embarazo en adolescente es considerado un problema de salud pública, por las implicaciones socio económicas, de morbilidad y mortalidad que conlleva. Desde el año 2008, los países de América Latina, han emprendido esfuerzos encaminados a reducir esta problemática, sin embargo, los planes y programas nacionales y regionales, no han logrado una reducción significativa; las estrategias aplicadas promueven el acceso a los servicios de salud, el uso de métodos anticonceptivos y la información en sexualidad, sin embargo, no abordan ni identifican de manera integral los determinantes sociales y familiares vinculados ⁽⁴⁾.

En el Ecuador se registraron 229.476 partos durante el año 2014, de los cuales el 27,1% fueron en mujeres de 20 a 24 años; 23,6% entre los 25 a 29 años; 18,7% entre los 10 a 19 años; 17,8% entre los 30 a 34 años y 12,8% en mayores de 34 años ⁽⁸⁾.

Del total de partos en adolescentes a nivel nacional (42.996), 1.515 se dieron entre los 10 a 15 años y 41.451 entre 15 a 19 años ⁽⁸⁾. En la provincia del Azuay, en el mismo año, se registraron 11.528 partos, de los cuales 1.878 (16,30%) provienen de adolescentes (40 partos de 10 a 15 años y 1.839 entre los 15 a 19 años) ⁽⁸⁾. Del total de nacimientos en la provincia, 7655 (66,4%) se dieron en zona urbana y 3873 (33,6%) en zona rural. Un 14,6% (1.117) de los partos ocurridos en zona urbana, fueron de madres adolescentes, en tanto que en la zona rural el 19,7% (762) proviene de este grupo de edad ⁽⁸⁾.

El embarazo en la adolescencia aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, debido a falta de controles prenatales, embarazos y partos sin atención profesional y pobre identificación de síntomas de gravedad ⁽⁹⁾. Estos datos son corroborados por las estadísticas nacionales; durante el año 2014, se produjeron 166 muertes maternas de las cuales 21(12,7%) fueron de madres adolescentes ⁽⁸⁾. En el 2013 se produjeron 1643 defunciones fetales de las cuales 290 (17,6%) fueron hijos de madres adolescentes ⁽¹⁰⁾. Por lo expuesto, se puede identificar que el



embarazo adolescente afecta la esfera biológica, psicológica y social; no solo pone en riesgo la vida de la mujer, sino también la del producto.

Lo planes y programas implementados para la reducción del embarazo adolescente, no han cumplido las metas propuestas; éstos se han enfocado principalmente al aspecto biológico de la sexualidad. Sigue siendo una interrogante el porqué las adolescentes se embarazan pese a que las normas y protocolos en salud sexual, garantizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, no se ha investigado a profundidad el rol que desempeña el entorno familiar en la génesis de los embarazos tempranos y por ende no se dispone de datos locales sobre el tema.



1.2 JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El presente trabajo de investigación, se encuentra enmarcado en las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013- 2107, en el área 19 “Sistema Nacional de Salud”, en la línea de atención primaria en salud y la sublínea de promoción y prevención.

Identificar e incidir efectivamente sobre las causas del embarazo en adolescentes y sus factores predisponentes, permitiría el desarrollo biológico, psicológico y social de los y las adolescentes. Promovería además el crecimiento integral y la consecución de su proyecto de vida, hecho que redundara, en un beneficio individual, comunitario y social.

Las estrategias para reducir el embarazo adolescente, se han enfocado principalmente en mejorar el acceso a métodos anticonceptivos e incrementar la calidad y cantidad de información en sexualidad; identificar los factores familiares, socio cultural e individuales permitiría abordar de manera integral la sexualidad adolescente, sumando eficacia el modelo biomédico actual.

La identificación de los determinantes sociales, permitirá diseñar programas y estrategias, eficaces y eficientes, basados en las necesidades de la población y sus condicionantes, hecho que permitiría que instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Red de Salud Sexual y Reproductiva del Cantón Cuenca, entre otras, puedan integrar a sus metodologías de trabajo, acciones concretas encaminadas a la prevención y promoción de la salud mediante un abordaje de determinantes específicos a nivel comunitario.

La presente investigación será difundida entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mediante la presentación en foros, conferencias y la elaboración de un artículo científico que será publicado en una revista indexada.

1.3 FUNDAMENTO TEÓRICO

La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano, en el que se producen cambios que afectan la esfera biológica, psicológica y social. Cronológicamente la adolescencia se extiende de los 10 a los 19 años de edad.

La pubertad se inicia entre los 8 y 13 años, e implican los cambios de orden biológico y fisiológico, que marcan el inicio de la vida reproductiva. Los principales cambios puberales incluyen: el estirón o crecimiento puberal, aparición de la menarquía y de los caracteres sexuales secundarios ⁽¹¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la asunción de los roles sociales de los adolescentes inicia a los 15 años de edad y culmina a los 24 años de edad denominándose a esta etapa juventud ⁽¹²⁾.

La capacidad de procrear, aparece mucho antes que el adolescente culmine su desarrollo integral. Se define como embarazo en la adolescencia, a aquella gestación que ocurre entre los 10 a 19 años de edad ⁽¹¹⁾. Por las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, este tipo de embarazo es considerado de alto riesgo ⁽¹³⁾.

Durante el año 2014 se registraron 8824 nacimientos en el cantón Cuenca ⁽⁸⁾; según el departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), esta casa de salud, atendió en el mismo año 5351 nacimientos; es decir el 60,64% de todos los partos del cantón. El 23,47% (1.256) de todos los partos en esta casa de salud fueron de madres adolescentes, de los cuales 27 (2,1%) sucedieron entre los de 10 a 14 años y 1229 (97,9%) entre los 15 a 19 años.

Basados en la teoría del comportamiento, se identifica que la génesis del embarazo en adolescentes es multicausal ⁽¹⁴⁾, sin embargo, los factores causales pueden ser clasificados en individuales, familiares, socio-demográficos ⁽¹¹⁾.

Entre los factores socio- demográficos más relevantes, se encuentran: el lugar de residencia, ocupación, estado civil, religión y el nivel de instrucción.

El lugar de residencia, influye sobre nivel de conocimientos en anticoncepción y por ende guarda relación con el embarazo en la adolescencia. El nivel de conocimiento sobre anticoncepción es más alto en zona urbana 96,3% vs. 84,4% en el área rural ⁽¹⁵⁾. Se ha demostrado además que las adolescentes que viven en zona urbana, inician relaciones sexuales más tempranamente que en el área rural (24,4% vs 19,1%) ⁽¹⁶⁾.

La ocupación guarda relación con la génesis del embarazo en la adolescencia; aquellas que trabajan, tienen un mayor riesgo de embarazarse versus aquellas que solo estudian (7,9% vs 2%) (OR: 2,5) ⁽¹⁷⁾. Las adolescentes que son amas de casa y no estudian tienen mayores posibilidades de tener un embarazo temprano (41,7 %, vs 4,7 %) ⁽¹⁸⁾. El menor nivel de escolaridad y el no acceder a la educación formal, juegan un rol importante en esta problemática ⁽¹⁷⁾, las adolescentes, que no

completaron sus estudios tienen una mayor riesgo de gestar (59%), versus las que completaron su educación básica (41%) OR. 6.17 ⁽¹⁹⁾. La causa de esta de esta situación se relaciona con el conocimiento de los métodos anticonceptivos (MAC); el 64,2% de la población sin instrucción conoce sobre los métodos anticonceptivos; el porcentaje asciende a 87,2% cuando nivel es primario, 95,2% nivel secundario y 99,2% cuando posee nivel superior ⁽¹⁵⁾.

Los matrimonios precoces y la convivencia temprana, es decir aquellas uniones conyugales antes de la mayoría de edad, aumentan las posibilidades de embarazos ⁽¹⁷⁾. Pese a que hasta un 49% de madres adolescentes pueden ser solteras ⁽²⁰⁾, existen estudios que señalan que las adolescentes que tienen una convivencia con su pareja, tienen un mayor riesgo de embarazo RP: 17,47 ⁽²¹⁾.

Las creencias religiosas tienen una influencia importante en la conducta sexual y reproductiva de los y las adolescentes. Aquellos que consideran importante la religión retardan el inicio de relaciones sexuales y por ende tienen menos posibilidades de gestación en comparación con las adolescentes que no tienen fuertes creencias religiosas ⁽¹⁶⁾.

Los factores individuales para el embarazo, incluyen características propias de la adolescente tales como: edad de la menarquía, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos y conocimientos sobre prevención del embarazo.

Conjuntamente con la menarquía, se presenta al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la posibilidad de relaciones románticas. Las adolescentes que tuvieron su menarquía antes de los 12 años, presentan un inicio más temprano de la relaciones sexuales que cuando esta fue más tardía ⁽²¹⁾. La población adolescente sexualmente activa oscila entre 16% al 28% ⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾, estudios realizados en la ciudad de Cuenca, indican que el promedio de edad para el inicio de relaciones sexuales es de 14 años para los varones y 15 años para las mujeres ⁽²²⁾.

La tendencia a un inicio temprano de relaciones sexuales se correlaciona con un incremento de embarazos adolescentes ⁽²⁴⁾, cuando las relaciones sexuales inician antes de los 15 años, el riesgo de embarazo se incrementa (OR:2,2) ⁽¹⁷⁾, iguales connotaciones presenta el debut sexual antes de 12 años (OR.2.32) ⁽²⁵⁾. El inicio temprano de las relaciones sexuales, puede estar vinculado con violencia sexual; el 24% las adolescentes embarazadas refirieron haber sido víctimas de violencia sexual (RP: 3,66) ⁽²⁰⁾.

El embarazo en adolescentes está asociado a un menor uso de MAC, al comparar adolescentes embarazadas y no embarazadas, se puede evidenciar un menor uso en la primeras versus las segundas (66,2% vs 80,1%,), (17)(26). El 61,5 %, de las

adolescentes que gestaron no utilizó un MAC. (OR: 1,79) ⁽¹⁸⁾.

El conocimiento de los MAC tiene relación con su uso, pues, aquellas adolescentes que tienen mayores conocimientos en contracepción, tiene posibilidades de uso y por ende pueden prevenir un embarazo ⁽²²⁾. Existen reportes que señalan que el conocimiento sobre este tema es alto entre las adolescentes, el 97.3 % afirma conocer las formas para prevenir un embarazo y el 96%, ha recibido charlas sobre MAC ⁽²⁴⁾, sin embargo, el uso no es paralelo a la información, pues el 53.1% de las adolescentes sexualmente activas nunca los han usado ⁽²¹⁾. Por otro lado se ha reportado que las adolescentes embarazadas tienen menos conocimientos en anticoncepción que sus pares sexualmente activas y no embarazadas (50% vs 68,8%) RP 3.02 ⁽²⁵⁾.

El rol de la familia es fundamental para el comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes, pues muchas conductas presentes en el interior del hogar, así como la dinámica de las relaciones entre padres, hermanos e hijos, pueden ser replicados consciente o inconscientemente por parte de los y las jóvenes ⁽²⁷⁾. Los principales factores familiares relacionados con el embarazo adolescente incluyen: la estructura familiar, historia de embarazo adolescente en el hogar, la funcionalidad familiar.

La conformación de la familia ha tenido muchas acepciones a lo largo de la historia; para el presente estudio, tomaremos la clasificación clásica de familia nuclear o estructurada, conformada por la presencia de los padres e hijos en el hogar, aquella familia que no cumpla con estos criterios se la concebirá como desestructurada ⁽²⁸⁾. En el 25,6% de las familias, la mujer es la jefa del hogar, debido a la ausencia del padre ⁽²⁹⁾, esta situación implica, que los adolescentes que viven en hogares desestructurados, podrían tener menor información en sexualidad y menor guía parental. Existen investigaciones que correlacionan la estructuración familiar y el embarazo en adolescentes, aquellas adolescentes que solamente fueron criadas por su madre, tienen un mayor porcentaje de embarazo precoz 46,8 % versus 36,5 % (OR: 1,53) ⁽¹⁸⁾. El 26,09% de las adolescentes que vivían con sus dos padres desarrollaron un embarazo versus el 36,44% que tenían un hogar no estructurado ⁽³⁰⁾.

Los antecedentes de embarazo adolescente en la madre o en los hermanos, aumentan las posibilidades de que esta conducta se replique, la explicación apunta a que los factores que generaron esta problemática en los familiares, pueden influenciar también a los adolescentes en el entorno del hogar. El 40.9 % de las adolescentes embarazadas, tienen antecedentes de un hermano o hermana con embarazo adolescente versus el 29,7% de las no gestantes (OR. 1.87) ⁽²⁵⁾, el hecho de tener un hermano o hermana con paternidad adolescente aumenta el riesgo de embarazo precoz (OR:1,6) ⁽¹⁷⁾. Hay estudios que reportan que el 59,6% de las

gestantes adolescentes son hijas de madres que tuvieron su primera gestación antes de los 19 años ⁽²⁵⁾.

No solo la estructura familiar tiene influencia sobre el embarazo en adolescentes; la funcionalidad familiar definida como las relaciones armónicas en el interior del hogar, permiten el desarrollo normal y equilibrio emocional, que facilita el confrontar hechos adversos en el entorno. ⁽¹⁸⁾. El 31% de las adolescentes que se desarrollaban en un ambiente familiar disfuncional, tuvieron un embarazo adolescente versus el 22 % que no tuvieron embarazo en el grupo control (OR:1,56) ⁽¹⁸⁾. Esta situación puede estar asociada a una menor capacidad de comunicación en temas de sexualidad dentro de este tipo de familias y la forma en que los jóvenes afrontan situaciones de la vida cotidiana ⁽¹⁷⁾.

Muchos de los datos estadísticos que se disponen sobre el embarazo en adolescente, provienen de contextos distintos al local por esta razón es importante plantearse la siguiente pregunta de investigación: ¿Será que los factores familiares, individuales y socio- demográficos tienen mayor influencia en la génesis de la primera gestación adolescente, comparado con las mujeres que tuvieron su primera gestación luego de la adolescencia?

2.- HIPÓTESIS

Los factores familiares (estructura, funcionalidad familiar, antecedentes de embarazo adolescente en la familia), individuales (menarquía temprana, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos y información en sexualidad) y socio- demográficos (lugar de residencia, ocupación, estado civil religión, nivel de instrucción), tienen mayor influencia en la génesis de la primera gestación en adolescentes, comparado con las mujeres que tuvieron su primera gestación luego de la adolescencia.

3.- OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación de los factores familiares, individuales y socio-demográficos, en la génesis del primer embarazo en adolescentes, comparando primíparas adolescentes y no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.

3.1 Objetivos específicos

- 1.- Analizar la asociación entre las características socio-demográficas tales como: lugar de residencia, ocupación, estado civil, religión, nivel de instrucción.
- 2.- Determinar la asociación de la estructura y funcionalidad familiar, antecedentes de embarazo adolescente en la familia.
- 3.- Identificar la asociación de los factores individuales tales como: menarquía

temprana, edad de inicio de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, información en sexualidad y antecedentes de agresión sexual.

4.-METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo observacional analítico de casos y controles.

4.2 Diseño general del estudio

Al ser un estudio que identificó principalmente variables sociales y que tiene la intencionalidad de visibilizar factores individuales, socio-demográficos y familiares asociados a la primiparidad adolescente y no adolescente, se definió como caso a aquella paciente primípara adolescente (10 a 19 años) hospitalizada en sala de puerperio del HVCM. En tanto que se denominará control a aquella paciente primípara de 20 años o más hospitalizada en sala de puerperio del HVCM.

Los criterios de apareamiento de los casos y controles fueron la primiparidad y el nivel económico, por esta razón estas variables no serán integradas a la operacionalización.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de encuestas en el grupo de casos y controles

4.3 Operacionalización de variables

Las variables fueron operacionalizadas siguiendo el formato de la Universidad de Cuenca (Ver anexo 2)

4.4 Universo y muestra

4.4.1 Universo de estudio

El universo fue constituido por todas las mujeres en puerperio, atendidas en el departamento de obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.

4.4.2 Muestra

La muestra fue calculada mediante el programa EPIDAT, versión 3,0, tomando en cuenta las siguientes restricciones: Nivel de confianza 95%; potencia 80%. La variable seleccionada para el cálculo de la muestra es la desestructuración familiar en relación al embarazo adolescente; la proporción de casos expuestos es 48,6%; proporción de controles expuestos 36,5% (OR 1,64). Se seleccionó esta variable

por presentar la muestra más numerosa en relación a las otras variables; se tomará 2 controles por cada caso (2/1).

El tamaño total de la muestra es de 585 mujeres, de los cuales 195 corresponden al grupo de casos y 390 al grupo de controles.

4.5 Selección.

Los casos incidentes fueron seleccionados de manera secuencial de las salas de puerperio del HVCM; por cada caso incidente, se seleccionarán dos controles de manera secuencial.

4.6 Unidad de análisis y observación.

Mujeres en puerperio del departamento de Ginecología y Obstetricia del HVCM. La investigación fue realizada únicamente en esta casa de salud, debido a que atiende el 60% de los partos que se producen en el cantón Cuenca. Además porque el estrato socio económico de las mujeres que acuden a esta casa de salud es similar, hecho que permite homogenizar la muestra.

4.7 Criterios de inclusión y exclusión

4.7.1 Criterios inclusión:

Casos.

1. Mujeres primíparas adolescentes (10 a 19 años) en puerperio, que firmaron el asentimiento informado.
2. Mujeres adolescentes cuyos padres aceptaron la participación en el estudio mediante la firma de consentimiento informado.
3. Mujeres adolescentes entre 18 a 19 años o emancipadas (que vivan con su pareja) que firmaron el consentimiento informado.

Controles

1. Mujeres primíparas de 20 años o más, en puerperio que firmaron el consentimiento informado.

4.7.2 Criterios de exclusión para casos y controles.

- 1.- Mujeres con reporte de discapacidad mental en la historia clínica.
- 2.- Mujeres con alteración del estado de la conciencia.

4.8 Procedimientos para la recolección de información

Se identificó la edad de las mujeres y la paridad de las mismas a través del libro de partos del centro obstétrico de la institución y en las salas de hospitalización.

Una vez seleccionadas las mujeres, se verificaron los criterios de inclusión y exclusión, se explicó verbalmente el objetivo de la investigación, se dio el tiempo suficiente para responder las inquietudes que se presentaron.

En las adolescentes, se procedió a la firma del consentimiento del padre o representante legal y posteriormente, se realizó a la firma del asentimiento informado de la adolescente encuestada, si manifestó el deseo de participar.

En los casos de las adolescentes emancipadas y de las mujeres mayores de edad firmaron el consentimiento informado directamente cuando manifestaron el deseo de participar.

Una vez que se tuvieron llenados los respectivos consentimientos y/o asentimientos, (Ver anexo 3) se procedió a entregar la encuesta, misma que fue auto administrada, en algunos casos cuando la mujer lo solicitó, el encuestador asistió en el llenado de la misma.

El encuestador permaneció en la sala donde se realizó la encuesta, para absolver cualquier interrogante sobre las preguntas. Al llegar al formulario de funcionalidad familiar el encuestador explicó las preguntas para lograr un correcto entendimiento.

4.9 Instrumentos

La información, fue recolectada mediante la aplicación de un formulario validado por MSc. Jonathan Hernández Núñez en Cuba en el año 2013, El instrumento propuesto para evaluar funcionalidad familiar se denomina FF-SIL (instrumento de funcionalidad familiar), el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. El formulario FF-SIL (ver anexo 1), utiliza la siguiente escala: Funcional 57 a 75 puntos; moderadamente funcional 43 a 56; disfuncional 28 a 42; severamente disfuncional 14 a 27 puntos.

4.10 Métodos para el control de calidad de los datos.

El formulario fue validado mediante la aplicación en 60 mujeres atendidas en el HVCM. Las preguntas que se no se entendieron bien o no estaban claras fueron reformuladas.

La fiabilidad de la encuesta fue realizada mediante pretest y retest (Ver anexo 4). Los encuestadores fueron capacitados por el investigador; por otro lado si bien el cuestionario fue auto-administrado, los encuestadores estuvieron presentes para absolver interrogantes y para llenar el formulario cuando las encuestadas pidieron su asistencia.

4.11 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Para garantizar los aspectos éticos, se siguieron los siguientes procedimientos:

- a.- El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y por el Departamento de Docencias del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- b.- La encuesta fue llenada con el consentimiento/asentimiento informado de los participantes, consentimiento de los padres de familia y asentimiento de las adolescentes según el caso.
- c.- Los datos mantendrán la confidencialidad y serán únicamente utilizados para

fines del estudio.

d.- Las encuestas permanecerán en custodia del investigador y los datos serán únicamente usados únicamente con fines de la investigación.

4.12 Plan de análisis de los resultados

Los métodos y modelos de análisis de los datos fueron ajustados al tipo de variable y analizados de la siguiente manera:

1.- Tabla de inicial: (se presentarán: frecuencias, porcentajes, medias y desvío estándar)

2.- Tabla de análisis bivariado (se presentaran valor de p, razón de momios, intervalo de confianza 95%).

Regresión logística binaria cruda de los datos bivariados

4.13 Programas a utilizar para análisis de datos

Los datos fueron introducidos en una base de SPSS versión 18

Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 18

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa EPIDAT V3

5.- CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Mes									
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 10	Mes 11
Presentación de Protocolo	X									
Aprobación de Protocolo	X									
Aprobación del comité de Bioética		X								
Validación del cuestionario			X							
Adaptación del cuestionario			X							
Recolección de Datos				X	X	X	X			
Tabulación								X		
Análisis								X		
Preparación de Informe									X	
Presentación de Informe										X

6.- RECURSOS

Recursos Directos:

Investigador Dr. Bernardo Vega

Director: Dr. Jaime Ñauta B



Asesor estadístico: Dr. Jorge Mejía Ch.

Recursos Indirectos

Comité de Bioética del Hospital Vicente Corral Moscoso; autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso; mujeres atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso; representantes legales de las mujeres menores de edad.

Tabla de recursos

RECURSOS HUMANOS			RECURSOS MATERIALES		
	Valor unitario/mes (\$)	Valor total (\$)		Valor unitario/mes (\$)	Valor total (\$)
Encuestadores:			Computador	900,00	900,00
			Impresora	300,00	300,00
			Tinta impresora	40,00	80,00
Encuestador 1	25,00	200,00	Resmas hojas bond	8,00	16,00
Encuestador 2	25,00	200,00	Esferos	1,00	10,00
TOTAL RECURSOS HUMANOS		400,00	Varios	100,00	100,00
			Fotocopias	0,01	108,00
			TOTAL RECURSOS MATERIALES		1.514,00
TOTAL RECURSOS HUMANOS + RECURSOS MATERIALES				1.914,00	

7.- Resultados

Con la finalidad de cumplir los objetivos planteados, se presenta a continuación una caracterización descriptiva de la muestra, seguido de un análisis bivariado y finalmente una regresión logística binaria

7.1 Resultados descriptivos

Tabla N°1

Caracterización socio-demográfica de 585 paciente primíparas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	Número	Porcentaje	
Edad			
10 a 14 años	5	0,9	Media 21,40 Mediana 20,00 Moda:20,00 DS 4,11 Mínimo 13 Máximo 36
15 a 19 años	190	32,5	
20 a 24 años	272	46,5	
25 a 29 años	90	15,4	
30 a 34 años	23	3,9	
35 a 39 año	5	0,9	
Ocupación			
Ninguna	45	7,7	
Estudiante	221	37,8	
Estudia y trabaja	38	6,5	
Ama de casa	125	21,4	
Trabajadora	156	26,7	
Instrucción			
Primaria	98	16,8	
Secundaria	354	60,5	
Superior	133	22,7	
Años de instrucción			
5 años o menos	5	0,9	Media:11,2 Median 12,0; Moda 12 ;DS 2,9. Mínimo 3; Máximo 20
6 años	69	11,8	
7 a 12 años	373	63,8	
12 años o mas	138	23,6	
Estado Civil			
Soltera	181	30,9	
Unión Estable	403	68,2	
Divorciada	1	0,2	
Importancia de la Religión			
Muy importante	254	43,4	
Importante	282	48,2	
No tan importante	40	6,8	
Nada importante	9	1,5	
Residencia			
Urbana	339	57,9	
Rural	246	42,1	

Elaboración: el autor



En la tabla N°1 se puede evidenciar la caracterización de la muestra, según los datos socio-demográficos. La edad media de los participantes fue de 21,40 años, con una desviación estándar de 4,11 (edad mínima de 13 años y máxima de 36 años); el 46,5% de la muestra tiene entre 20 a 24 años; el grupo de 15 a 19 años es el segundo en prevalencia 32,5%.

Según ocupación, el 37,8% de las encuestadas son estudiantes, el 26,7% son trabajadoras, el 21,4% amas de casa y 7,7% no tiene ninguna ocupación.

El nivel de instrucción de las entrevistadas, es secundario en el 60,5% de las pacientes, universitaria en el 22,7% y primaria en el 16,8%. El 63,8% de las pacientes tiene entre 7 a 12 años de estudio, 23,6% más de 12 años, 11,8% 6 años y 0,9% menos de 5 años. Esta recodificación se realizó para permitir la homogenización y comparación posterior entre los casos y controles. La media de años de instrucción fue de 11,2 años, +/- 2,9 desvíos estándar (mínimo de años de instrucción fue de 3 años y el máximo 20 años).

Según estado civil, el 68,2% de las encuestadas mantiene una unión estable o está casada, 30,9% es soltera y 1 paciente (0,2%), es divorciada.

El 48,2% de las pacientes consideran que la religión es importante es su vida, el 43,4%, piensa que es importante, para el 6,8% no es tan importante y es nada importante en el 1,5% de las participantes.

La muestra está constituida por un 57,9% de mujeres que vive en zona urbana y 42,1% que vive en zona rural.

Tabla N°2

Características individuales de 585 paciente primíparas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	Número	Porcentaje	
Edad de la Menarquía			
9 años	3	0,5	Media 12,8 Mediana 13,0 Moda 12 DS 1,3 Mínimo 9 Máximo 18
10 años	16	2,7	
11 años	54	9,2	
12 años	180	30,8	
13 años	146	25,0	
14 años	103	17,6	
15 años	71	12,1	
16 años	8	1,4	
17 años	3	0,5	
18 años	1	0,2	
Edad de la primera relación			
10 a 14 años	38	6,5	Media 18,0 Mediana 18; Moda 18 DS3,0; Mínimo 12; Máximo 33
15 a 19 años	404	69,1	
20 a 24 años	118	20,2	
25 a 29 años	22	3,8	
>30 años	3	0,5	
Uso regular de MAC			
SI	182	31,1	
NO	403	69,9	
Maneja suficiente información			
SI	339	57,9	
NO	246	42,1	
Ha recibido charlas			
SI	406	69,4	
NO	179	30,6	
Agresión sexual			
SI	22	3,8	
NO	563	96,2	

Elaboración: el autor

En la tabla N°2 se puede identificar características individuales de las encuestadas englobadas en la esfera: biológica, de comportamiento y conocimiento en salud sexual y reproductiva.

La edad de la menarquía tiene una variabilidad dentro de la normalidad biológica, la edad media de inicio es de 12 años con +/- 1,3 desvíos estándar, la edad mínima fue de 9 años y máxima de 18 años. El 30,8% de las pacientes presentó su primera menstruación a los 12 años de edad, 25 % a los 13 años, 17,6% a los 14 y 12,1% a la edad de 15 años.

El 69,1% de las pacientes inició su actividad sexual entre los 15 y 19 años, el 20,2% entre los 20 y 24 años, un 6,5% antes de los 15 años y 4,3% sobre los 25 años. La media de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años.

Sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (MAC) se puede ver que el 31,1% de las encuestadas ha usado regularmente un método; 57,9% afirma que maneja suficiente información sobre este tema y el 69,4% de las encuestadas ha recibido una charla o capacitación sobre este tema. El 3,8% de la pacientes (22) afirmaron haber sido víctimas de agresión sexual en algún momento de su vida.

Tabla N°3

Características de estructura y funcionalidad familiar de 585 paciente primíparas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	Número	Porcentaje
Intervinieron en crianza		
Ambos padres	344	58,8
Madre sola	178	30,4
Padre solo	9	1,5
Otros	54	9,2
Madre adolescente		
SI	239	40,9
NO	346	59,1
Hermano o hermana padre adolescente		
SI	200	34,2
NO	385	68,5
Funcionalidad familiar		
Funcional	269	46,0
Moderadamente Funcional	279	47,7
Disfuncional	35	6,0
Severamente disfuncional	2	0,3

Elaboración: el autor

En la tabla N°3 se puede observar que según la estructura familiar, el 58,8% de las participantes, afirmaron que ambos padres estaban presentes durante su adolescencia para su crianza, 30,4% fueron criadas por su madre, 1,5% por su padre y en el 9,2% de las pacientes otras personas cumplieron con esta tarea.

El 40,9% de las encuestadas afirman que su madre presentó su primer parto antes de los 19 años, en tanto que, en el 59,1% de mujeres este evento sucedió fuera de la adolescencia. 34,2% de las encuestadas afirmaron que un hermano o hermana, ha sido padre o madre adolescentes, en tanto que 68,5% afirmó que esta situación no se ha dado.

El Test de funcionalidad familiar FFSIL, reporto de manera global que el 46% de las encuestadas tuvieron una familia funcional durante la adolescencia, fue moderadamente funcional en el 47,7%, disfuncional en el 6% y severamente disfuncional en el 0,3% de las encuestadas.

7.2.- Resultados analíticos bivariados

Con la finalidad de obtener razón de ventajas (OR) y el posterior análisis mediante regresión logística binaria, se dicotomizó las variables cuantitativas y politómicas siguiendo los siguientes criterios según variable:

Ocupación: Esta variable fue dividida en ninguna ocupación y con ocupación (que incluye estudiante, estudia y trabaja y ama de casa), por las siguientes razones: actividades como estudiante, estudia y trabaja y ama de casa, son consideradas ocupación dentro de las estadísticas nacionales, el segundo objetivo fue el de homogenizar el análisis por el alto número de estudiantes en el grupo de casos y controles, así como el número de mujeres trabajadoras y amas de casa en el grupo de controles.

Nivel de instrucción: esta variable fue dividida en: nivel bajo (ninguna instrucción o primaria); nivel alto (secundaria y superior) tomando como referencia la literatira consultada.

Años de instrucción: Fue dividida en menos de 9 años y más de 9 años, tomando en cuenta la menor edad de las participantes (13 años), con esta edad, el nivel óptimo de instrucción debería ser 9 años.

El estado civil: se dicotomizó en unión estable/casada y soltera/divorciada en base a la permanencia del compañero en el hogar.

Importancia de la religión: fue dividida en importante (incluyen: muy importante e importante), y no importante (que incluye no tan importante y nada importante) por la similitud de las variables.

Edad de la menarquía: fue dividida en menor de 12 años y mayor de esta edad, tomando en cuenta la media de la muestra a la que se presenta este evento.

Edad de inicio de relaciones sexuales: se dicotomizó en base a los datos epidemiológicos disponibles sobre inicio de relaciones sexuales en la ciudad de Cuenca, por otro lado el análisis descriptivo demuestra que la mayoría de mujeres inició su actividad sexual entre los 15 y 19 años; por otro lado la edad de 15 años marcan el punto de quiebre entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía.

La estructura familiar: se dicotomizó en ambos padres tomando esta situación con hogar estructurado y las otras alternativas (madre sola, padre solo y otros) como hogar desestructurado.

La funcionalidad familiar: se dicotomizó en funciona (incluye funcional y

moderadamente funcional) y disfuncional (incluye disfuncional y severamente disfuncional) por la similitud de las variables.

Tabla N°4

Factores socio-demográficos asociados a la primiparidad adolescente y no adolescentes en 585 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	CASOS (n=195) n (%)	CONTROLES (n=390) n (%)	Valor de P	OR (IC)
Ocupación				
Ninguna	25 (12,8)	20(5,1)	<0,05	2,72(1,47-5,03)
Ocupación	170(87,2)	370(94,9)		
Instrucción				
Nivel Bajo (ninguna, primaria)	42(21,5%)	56(14,4)	<0,05	1,63(1,05-2,55)
Nivel Alto (secundaria, superior)	153(78,5)	334(85,6)		
Años de instrucción				
< 9 años	60(30,8)	80(20,5)	<0,05	1,72(1,16-2,54)
>9 años	135(69,2)	310(79,5)		
Estado civil				
No Unión (soltera, divorciada, viuda)	69 (35,4)	113(29,0)	0,11	1,34(0,93-1,93)
Unión Estable	126(64,8)	277(71,0)		
Importancia de la Religión				
Importante	182(93,3)	354(90,8)	0,29	1,42(0,73-2,75)
No importante	13(6,7)	36(9,2)		
Residencia				
Urbana	106(54,4)	233(59,7)	0,21	0,80(0,56-1,13)
Rural	89(46,6)	157(40,3)		

Elaboración: el autor

En la tabla N°4, se puede observar que según la ocupación, el 12,8% de los casos no tienen ocupación versus el 5,1% controles; por otro lado el 78,5% de los casos, tiene un nivel alto de instrucción en comparación con el 85,6% de los controles. Esta diferencia es estadísticamente significativa (valor de p <0,05), lo que implica que las adolescentes que no tienen ninguna ocupación, tienen un chance 2,72(IC 1,47-5,03) veces más posibilidades de tener su primer hijo en antes de los 19 años, versus

aquellas mujeres que tienen alguna actividad.

Según el nivel de instrucción, se evidencia que el 21% de los casos tiene un nivel primario de instrucción, en comparación del 14,4% de controles; de igual manera el 78,5% de los casos y el 85,6% de los controles tienen un nivel alto de instrucción. Esta diferencia demuestra diferencia estadística (valor de $p < 0,05$), indicando que aquellas mujeres con un nivel primario tienen 1,72 veces más posibilidades ser madres adolescentes versus los controles (IC 1,16-2,54).

Esta aseveración guarda correlación con el número de años de estudios de la mujer, el 30,8% de los casos y el 20,5% de los controles tiene menos de 9 años de estudios, por otro lado el 69,2% de los casos y el 79,5% de los controles tienen más de 9 años de instrucción. Las mujeres con menos de 9 años de instrucción tienen mayores posibilidades de ser madres adolescentes valor de $p < 0,05$, OR 1,72 (IC1,16-2,54)

El estado civil no demostró asociación estadística con la primiparidad adolescente; el 35,4% de los casos y el 29,0% de los controles no tienen una unión estable en tanto que el 64,8 de los casos y el 71% de los controles si la tienen.

La importancia de la religión, no demostró asociación estadística con la primiparidad adolescente; el 93,3% de los casos y el 90,8% de los controles consideran importante la religión a su vida por otro lado, el 6,7% de los casos y el 9,7% de los controles la consideran no importante.

Según la residencia, se encontró que el 54,4% de los casos y el 59,7% de los controles viven en zona urbana y el 46,6% de los casos y el 40,3% de los controles viven en zona rural, no se encontró asociación estadística entre la zona de residencia y la primiparidad adolescente.

Tabla N°5

Factores individuales asociados a la primiparidad adolescente y no adolescentes en 585 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	CASOS (n=195) n (%)	CONTROLES (n=390) n (%)	Valor de P	OR (IC)
Edad de la Menarquía				
< 12 años	101(51,8)	152(39,0)	<0,05	1,68(1,18-2,38)
>12 años	94(48,2)	238(61,0)		
Edad de la primera relación				
<15 años	86(44,1)	27(6,9)	<0,05	10,6(6,5-17,1)
>15 años	109(55,9)	363(93,1)		
Utiliza con regularidad un MAC				
NO	164(84,1)	239(61,3)	<0,05	3,34(2,16-5-16)
SI	31(15,9)	151(38,7)		
Maneja suficiente información				
NO	112(57,4)	134(34,4)	<0,05	2,57(1,81-3,66)
SI	83(42,6)	256(65,6)		
Ha recibido charlas				
NO	65(33,3)	114(29,2)	0,31	1,21(0,83-1,75)
SI	130(66,7)	276(70,8)		
Agresión sexual				
SI	6(3,1)	16(4,1)	0,53	0,74(0,28-1,92)
NO	189(96,9)	374(95,9)		

Elaboración: el autor

En la tabla N°5, se encuentra que la edad de la menarquía tiene asociación con la primiparidad adolescente, el 51,8% de los casos y el 39% de los controles tuvieron su primera menstruación antes de los 12 años, en tanto que, el 48,2% de los casos y el 61% de los controles presentaron este evento posterior a esta edad. Las mujeres que tienen su menarquía antes de los 12 años tienen mayores posibilidades de ser madres adolescentes (valor de p <0,05), OR 1,68 (IC 1,18-2,38).

Según la edad de la primera relación sexual, el 44,1% de los casos y el 6,9% de los controles, iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años, por otro lado el 55,9% de los casos y el 93,1% de los controles iniciaron su actividad sexual sobre esta edad; esta diferencia es estadísticamente significativa (valor de p <0,05). Las mujeres que inician su actividad sexual antes de los 15 años tienen un OR 10,6 (IC 6,5-17,1) veces más de tener su primer parto durante la adolescencia.

El 84,1 de los casos y el 61,3% de los controles no utilizaron de manera regular un método anticonceptivo, en tanto que si lo hicieron el 15,9% de los casos y el 38,7 de los controles, esta diferencia es estadísticamente significativa (valor de $p < 0,05$). Las mujeres que no utilizan de manera regular un método anticonceptivo tienen un OR de 3,34(IC 2,16-5-16) veces más de tener un hijo durante la adolescencia.

El 57,4% de los casos y el 34,4% de los controles, afirman que no maneja suficiente información sobre prevención del embarazo, sostienen lo contrario el 42,6% de los casos y el 65,6% de los controles, esta diferencia es estadísticamente significativa (valor de $p < 0,05$). Las mujeres que no manejan suficiente información tienen un OR de 2,57(IC 1,81-3,66) de tener su primer parto durante la adolescencia.

Según el antecedente de haber recibido charlas o capacitaciones en salud sexual, el 33,3% de los casos y el 29,2% de los controles no las ha recibido, en tanto que el 66,7% de los casos y el 70,8% de los controles afirman lo contrario. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en esta variable (valor de $p > 0,05$).

El 3,1% de los casos y el 4,1% de los controles afirmaron haber sido víctimas de agresión sexual, afirmaron lo contrario el 96,9% de los casos y el 63,8% de los controles. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en esta variable (valor de $p > 0,05$).

Tabla N° 6

Factores familiares asociados a la primiparidad adolescente y no adolescentes en 585 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	CASOS (n=195) n (%)	CONTROLES (n=390) n (%)	Valor de P	OR (IC)
Intervinieron en crianza				
No ambos padres	100(51,3)	141(36,2)	<0,05	1,85(1,31-2,63)
Ambos padres	95(48,7)	249(63,8)		
Madre adolescente				
SI	94(48,2)	145(37,2)	<0,05	1,57(1,11-2,22)
NO	101(51,8)	245(62,8)		
Hermano o hermana padre adolescente				
SI	68(39,4)	132(33,8)	0,80	1,04(0,72-1,50)
NO	127(65,1)	258(66,2)		
Funcionalidad familiar				
Disfuncional	19(9,7)	18(4,6)	<0,05	2,23(1,14-4,35)
Funcional	176(90,3)	372(95,4)		

Elaboración: el autor

En la tabla N°6, se reporta que el 51,3% de los casos y el 36,2% de los controles no tuvieron sus dos padres durante su crianza, en tanto que en el 48,7% de los casos y el 63,8% de los controles ambos padres participaron en la crianza, existe diferencia estadística en esta relación (valor de $p < 0,05$). Las mujeres que no tuvieron a sus dos padres durante la crianza tienen un OR de 1,85 (IC 1,31-2,63) de ser madre durante la adolescencia.

Según la edad de la madre, de la encuestada, en su primer parto, se encuentra que el 48,2% de los casos y el 37,2% de los controles son hijas de mujeres que tuvieron su primer parto antes de los 19 años, en tanto que, el 51,8% de los casos y el 62,8% de los controles no lo son. Esta relación demostró diferencia estadísticamente significativa (valor de $p < 0,05$). Las mujeres que son hijas de mujeres que tuvieron su primer parto en la adolescencia tienen un mayor chance de ser madres adolescentes OR 1,57(IC 1,11-2,22).

El 39,4% de los casos y el 33,8% de los controles, tienen un hermano o hermana que han sido padres o madres antes de los 19 años, en tanto que el 65,1% de los casos y el 66,2% de los controles no reportaron esta situación familiar. Esta variable no demostró diferencia estadísticamente significativa (valor de $p > 0,05$).

Según la funcionalidad familiar, el 9,7% de los casos y el 4,6% reportaron disfuncionalidad familiar durante la adolescencia con el test de FFSIL, en tanto que, el 90,3% de los casos y el 95,4% de los controles provienen de familias funcionales. Existe diferencia estadísticamente significativa entre casos y controles (valor de $p < 0,05$). Las mujeres que provienen de familias disfuncionales tienen un OR de 2,23 (IC 1,14-4,35) de ser madres adolescentes.

7.3.- Resultados regresión logística binaria.

Con la finalidad de establecer asociación entre las variables se introdujo todas las variables en el modelo de regresión.

Tabla N° 7

Regresión logística binaria de factores socio-demográficos, individuales y familiares asociados a la primiparidad adolescente y no adolescentes en 585 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Ninguna ocupación	,805	,380	4,478	1	,034	2,237	1,061	4,715
Bajo nivel instrucción	-,086	,416	,043	1	,836	,917	,406	2,071
Menos de 9 años de estudio	,366	,370	,975	1	,323	1,441	,698	2,978
Estado civil soltera	,125	,229	,296	1	,586	1,133	,723	1,774
Religión importante	,876	,424	4,278	1	,039	2,402	1,047	5,509
Residencia Urbana	-,215	,219	,964	1	,326	,807	,526	1,238
Menarquia < de 12 años	,333	,218	2,328	1	,127	1,395	,910	2,138
Relaciones sexuales < 15 años	2,537	,286	78,520	1	,000	12,636	7,210	22,145
No uso regular de MAC	1,233	,273	20,446	1	,000	3,431	2,011	5,855
No tiene información	,962	,242	15,777	1	,000	2,618	1,628	4,208
Ha recibido capacitaciones	-,605	,262	5,345	1	,021	,546	,327	,912
Ha sido víctima de agresión	-,690	,641	1,158	1	,282	,502	,143	1,762
No criada por ambos padres	,592	,216	7,477	1	,006	1,808	1,183	2,763
Hija de madre adolescente	,384	,219	3,089	1	,079	1,468	,957	2,254
Tiene hermano/a, padre adolescente	-,049	,227	,046	1	,831	,953	,610	1,487
Disfuncionalidad familiar	,110	,441	,062	1	,803	1,116	,470	2,650
Constante	-9,552	2,037	21,997	1	,000	,000		

Elaboración: el auto

El análisis por regresión logística binaria demostró que existe significancia estadística en las siguientes variables:

Tienen mayor chance de ser madres adolescentes, la mujeres que: no tenían ninguna ocupación al momento del embarazo OR 2,23 (IC 1,06-4,71); aquellas que consideran importante la religión en su vida OR 2,40 (IC 1,04-5,50); las mujeres que inicia su vida sexual antes de los 15 años OR 12,36 (IC 7,21- 22,14); aquellas que no usan regularmente un método anticonceptivo OR 3,43 (IC 2,01-5,85); las mujeres que consideran que no manejan suficiente información en prevención de embarazo OR 2,61 (IC 1,62-4,20) y aquellas mujeres que no fueron criadas por ambos padres OR 1,80 (IC 1,18-2,76)

Por otro lado aquellas mujeres que han recibido charlas sobre sexualidad tienen un menor riesgo de ser madres adolescentes OR 0,54 (IC 0,32-0,91).

Podemos decir en base a los datos analizados indicar que el perfil las primíparas adolescentes incluye mujeres que no tienen ocupación que consideran importante la religión en su vida, que inician relaciones sexuales < 15 años, no usan de manera regular de MAC, que no disponen de información en prevención de embarazo y provienen de hogares desestructurados al no ser criadas por ambos padres.

Bondad del modelo: El modelo es adecuado para explicar la relación entre variables; la prueba de ómnibus es < 0,05; el r cuadrado de Cox y Snell fue de 0,27 y el de Nagelkerke 0,38. El porcentaje global correctamente clasificado alcanzo fue > 50% (66,7%).

Tabla N° 8

Regresión logística binaria de factores socio-demográficos, individuales y familiares asociados a la primiparidad adolescente y no adolescentes en 585 pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

Variables	I.C. 95% para EXP(B)							
	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Ninguna ocupación	,818	,371	4,868	1	,027	2,266	1,096	4,685
Religión importante	,893	,415	4,622	1	,032	2,443	1,082	5,516
Relaciones sexuales < 15 años	2,589	,278	86,733	1	,000	13,313	7,721	22,956
No uso regular de MAC	1,278	,270	22,456	1	,000	3,590	2,116	6,091
No tiene información	,996	,236	17,892	1	,000	2,708	1,707	4,297
Ha recibido capacitaciones	-,491	,247	3,946	1	,047	,612	,377	,993
No criada por ambos padres	,584	,212	7,567	1	,006	1,793	1,183	2,717
Constante	-9,686	1,231	61,912	1	,000	,000		

Elaboración: el autor

Como se puede observar en la tabla N° 8, al analizar las variables que presentaron significancia estadística en la regresión binaria, se mantiene la asociación expresada en la tabla N°7. Se puede identificar que el factor más importante asociado a primiparidad, es el inicio de actividad sexual antes de los 15 años (OR 13,31). El modelo es adecuado para explicar la relación entre variables; la prueba de ómnibus es < 0,05; el r cuadrado de Cox y Snell fue de 0,26 y el de Nagelkerke 0,37. El porcentaje global correctamente clasificado alcanzado fue > 50% (77,4%).

8- Discusión

Durante el año 2014 se produjeron a nivel nacional 229.476 nacimientos, de los cuales 18,74% provienen de madres adolescentes; del total de partos en el Ecuador 99.450 (18,74%) son de mujeres primíparas, de estos últimos, 36.979 (37,18%) fueron primíparas adolescentes.⁽³¹⁾

Según la encuesta demográfica ENDEMAIN 2004, la edad a la que las mujeres tienen su primera relación sexual es de 18 años, la edad del primer parto es de 21 años⁽³²⁾, en nuestra investigación la edad media de inicio de relaciones sexuales es de 18 años y 21 para el primer parto, estos datos son iguales a los reportados en el 2004, sin embargo, es llamativo la prevalencia de un 6,5% de mujeres que iniciaron su vida sexual antes de los 14 años; según la encuesta ENSANUT 2012, las relaciones tempranas pueden estar relacionadas con violencia sexual en las experiencias premaritales⁽³³⁾.

Existen opiniones divididas sobre la influencia de el lugar de residencia y la prevalencia de embarazo adolescente, según Canela y col, vivir en zona urbana, se relaciona con un inicio relaciones sexuales a una edad más temprana, por ende, esta mujeres están expuestas a mayores posibilidades de ser madres adolescentes⁽¹⁶⁾. Según el INEC, las adolescentes que residen en zona rural tienen mayores posibilidades de madres adolescentes debido a un menor uso de métodos anticonceptivos (24,4% vs 19,1%)⁽¹⁵⁾. Del total de partos registrados a nivel nacional durante el 2014 se evidencia que 185.249 (80,73%) se presentaron en zona urbana y 44.227 en zona rural; del total de partos en zona urbana 33.473 (18,07%) provienen de madres adolescentes, en tanto que en la zona rural 9.493(21,4%) son de madres adolescentes⁽⁸⁾. Los resultados obtenidos por el presente estudio no permiten confirmar que el lugar de residencia influye en la prevalencia de primigravidez adolescente (valor de $p < 0,005$).

La ocupación de la mujer al momento del embarazo juega un papel importante en la gestación adolescente. Según Sánchez y col. las adolescentes que trabajan tienen un mayor riesgo de embarazarse versus aquellas que solo estudian (OR: 2,5; IC95%: 1,7-3,9)⁽¹⁷⁾. Por otro lado Hernández y col, señalan que el 41,7 %, de las gestantes adolescentes que no estudiaban ni trabajaba fueron madres versus el 4,7 % del grupo control que si lo hacía⁽¹⁸⁾. Soto M Sostiene que aquella adolescentes que no tienen ninguna ocupación, tienen un mayor riesgo de tener un embarazo temprano (el 62,2% de los casos no estudia ni trabaja versus el 21,6% de los controles) (OR:12,5)⁽³⁴⁾. En la presente investigación se obtiene resultados similares, aquellas mujeres que no estudian ni trabajan tienen un OR de 2,23 de ser madres adolescentes. Según la UNICEF, el mal uso del tiempo libre por parte de de los adolescentes sumado al abandono escolar son un factor que predispone a al

embarazo en adolescentes ⁽³⁵⁾.

En un estudio realizado por Gonzales y col., se identifica que el 49% de las adolescentes embarazadas son solteras, en la presente investigación el porcentaje alcanzó el 35,4% en los casos, versus el 29% de los controles ⁽³⁶⁾. Para Rodríguez col, que las adolescentes que tienen una convivencia con su pareja, tienen un riesgo de 17,47 veces más de ser madres (IC; 3,63–83,94) ⁽²¹⁾; iguales resultados fueron reportados por Soto y Col (OR 6,2). En nuestra investigación se identificó que el 68,4% de los casos y el 71% de los controles mantenía una unión estable, sin embargo, no se pudo demostrar que el estado civil está asociado a la primiparidad adolescente. Esta situación puede estar relacionado con la alta prevalencia de unión estable en la muestra recolectada ⁽³⁴⁾.

Una investigación realizada por Canela y col. indica que las adolescentes que tienen fuertes creencias religiosas (30,3%) retardan el inicio de vida sexual en comparación con aquellas que no consideran importante la religión en su vida (18,5%) ⁽¹⁶⁾. Decat y colaboradores demostraron que las adolescentes no consideran importante la religión en su vida usan más anticonceptivos que aquellas que si la consideran importantes (OR 1,22) ⁽²³⁾. También se ha demostrado la influencia de la religión en el retardo de el inicio de relaciones sexuales y el bajo uso de métodos anticonceptivos ⁽³⁷⁾. En la presente investigación se evidencia que el 93,3% de los casos y el 90,8 % de los controles consideran importante la religión en su vida, en el análisis por regresión logística se evidencia que aquellas mujeres que consideran importante la religión en su vida tienen 2,4 veces más riesgo de ser madres adolescentes, esta situación podría estar relacionada con un menor uso de MAC, debido a la influencia de las creencias religiosas.

El nivel de instrucción ha demostrado una influencia sobre el comportamiento sexual y reproductivo, Amnatbuddee y col., identificaron que las adolescentes que no completaron su educación tienen un riesgo mayor de ser madres adolescentes (OR, 6.17) ⁽¹⁹⁾. Carreón J y col sostienen que cuando las mujeres tienen un nivel inferior a primaria completa, tienen un mayor riesgo de presentar un embarazo adolescente (OR 5,64) ⁽³⁸⁾. Nuestros resultados son similares a los estudios antes mencionados, pues, aquellas adolescentes con un nivel primario o menor tienen un mayor riesgo de ser madres adolescentes (OR 1,63), igual asociación se presenta cuando la mujer tiene menos de 9 años de estudio (OR1,72). Sin embargo, el análisis por regresión logística no demostró diferencia estadísticamente significativa en estas variables.

Para Leal I y col., la menarquia temprana tiene una relación con conductas se asociada a un inicio temprano de relaciones sexuales ⁽³⁹⁾; Rodríguez y col.,

sostienen que aquellas adolescentes que presenta su primera relación sexual antes de los 12 años, tienen una mayor posibilidad de tener un embarazo adolescente, relacionado con un inicio más temprano de la relaciones sexuales ⁽²¹⁾. La menarquía, marca el inicio de la vida reproductiva de la mujer y es el tercer evento puberal luego de la telarquia y el estirón puberal; el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, coincide con el desarrollo de relaciones románticas, que en algunos casos culminan con el inicio de relaciones sexuales ⁽¹¹⁾. En la presente investigación se encuentra una asociación entre menarquía antes de los 12 años y la primiparidad adolescente pues el 51,8% de los casos y el 39% de los controles tuvieron una menarquía antes de los 12 años (OR 1,68), sin embargo, el análisis por regresión logística, no confirmó, esta asociación (valor de $p > 0,05$). Los estudios consultados no realizaron un análisis por multivariado entre sus variables situación que puede explicar las diferencias con la presente investigación.

Según Alvarado y col. el inicio temprano de relaciones sexuales está asociado a un incremento en la prevalencia de embarazo en adolescentes ⁽²⁴⁾. Sánchez y col. reportaron que cuando las relaciones sexuales inician antes de los 15 años, el riesgo de embarazo se incrementa (78,2% de los casos vs 62,3% de los controles) OR: 2,2; IC95%: 1,4-3,5 ⁽¹⁷⁾. Resultados similares fueron reportados por Hernández y col., el 48% de los embarazo en adolescentes ocurrieron cuando la iniciación sexual fue antes de los 15 años versus los controles no embarazadas 33,3% (OR: 1,85; IC95 %:1,27-2,69;p=0,0008) ⁽¹⁸⁾. Mientras más temprano es el debut sexual mayor es el riesgo de embarazo. Morón y col. concluyeron que si las relaciones sexuales inician antes de los 12 años o menos el riesgo de embarazo se incrementa OR = 2.32; 95% CI:0.94–5.72 ⁽²⁵⁾. En la presente investigación, se confirman los hallazgos reportados en la literatura, pues el 44,1% de los casos y el 6,9% de los controles iniciaron su actividad sexual antes de los 12 años (OR 10,6 IC 6,5-17,1). El análisis multivariado confirmó esta asociación (OR 12,63). La explicación de esta asociación radica en que el inicio la relaciones sexuales temprano reduce la posibilidad de un uso consistente de MAC (24).

Según Gómez y col, encontró que en una cohorte de adolescentes embarazadas, la agresión sexual estuvo presente en el 24% de los expuestos, versus 8,1% en los no expuestos, RP: 3,66 IC; 1,12 – 11,96 ⁽²⁰⁾. En la presente investigación se encontró que el 3,1% de los casos y el 4,1% de los controles fueron víctimas de agresión sexual en algún momento de su vida, sin embargo el análisis bivariado y el análisis multivariante no encontraron diferencia estadísticamente significativa (valor de $p > 0,05$). La posible discrepancia en el resultado es puede radicar en la baja prevalencia de agresión sexual en la muestra obtenida.

Según Sánchez y col, en un estudio de caso controles entre adolescentes

embarazadas y no adolescentes embarazadas, demostró, que las adolescentes usaban menos métodos anticonceptivos que los controles (66,2% vs 80,1%, $p < 0,01$), identificó además que de todas las adolescentes embarazadas ⁽¹⁷⁾. Iguales resultados obtuvo Hernández y col., observó que el 61,5 %, de los casos de embarazo adolescente no utilizó un método versus el 47,2 % de los controles (OR: 1,79; IC95%:1,23-2,59; $p = 0,0013$) ⁽¹⁸⁾. En nuestra investigación se demuestra asociación estadística entre el menor uso de anticonceptivos y la primiparidad adolescentes pues aquellas mujeres que no utilizan de manera regular un MAC tienen 3,34 veces más riesgo de ser primíparas adolescentes, el análisis multivariante confirmó esta asociación (OR 3,43).

En una investigación realizada por Alvarado y col., se reportó que el 97.3 % de las adolescentes afirmaban conocer las formas para prevenir un embarazo, además indica que el 96%, ha recibido charlas sobre estos temas ⁽²⁴⁾, sin embargo, el uso de anticonceptivos no es paralelo a la disponibilidad de información. Para Gonzales y col., el 59.3% de los adolescentes afirmó conocer algún método de planificación; sin embargo, 53.1% nunca los ha usado en sus relaciones sexuales ⁽²¹⁾. Morón encontró que aquellas adolescentes embarazadas (50%) tenían menos conocimientos que las no embarazadas (68,8%) RP 3.02; 95% CI = 1.46–6.28 ⁽²⁵⁾. Según Cerrón y col. una adolescente desinformada tiene un riesgo de 2,70 veces más de ser madre adolescente (IC 1,63-4,49) ⁽³⁸⁾. En nuestra investigación se corrobora esta situación, pues sin la mujer afirma no tener suficiente información en temas de sexualidad el riesgo se incrementa en 2,57 veces más para ser madre adolescente. Por otro lado, se encontró en el análisis por regresión logística que aquellas mujeres que han recibido charlas o capacitaciones en prevención de embarazo tienen un menor 79% menos posibilidades de ser madres adolescentes (OR 0,21).

Hernández y col., sostienen que aquellas adolescentes que solamente fueron criadas por su madre tenía un mayor riesgo de embarazo precoz (OR: 1,53; IC95%:1,06-2,22) ⁽¹⁸⁾. Stark y col., compararon la presencia de embarazo adolescentes con la estructura familiar y demostraron que el 26,09% de las adolescentes que vivían con sus dos padres desarrollaron un embarazo versus el 36,44 que no tenían un hogar estructurado ⁽³⁰⁾. En nuestra investigación se corrobora esta información, pues aquellas mujeres que no fueron criadas por ambos padres tienen 1,85 veces más posibilidades de ser madres adolescentes, este chance es confirmado en la regresión logística (OR 1,80). Según Madkour y col., esta situación puede estar relacionada con un menor apoyo familiar, cuando las familias no se encuentran estructuradas ⁽⁴⁰⁾

Para González y col., las hijas de mujeres que han sido madres adolescentes, tienen

mayores posibilidades de replicar este evento, sostienen que la conducta se replica, debido a los modelos maternos sobre la aspiración de progreso y concreción del proyecto de vida son adoptados por las hijas de estas mujeres ⁽³⁶⁾. El concepto de patrón de conducta familiar es reforzado por Sánchez y col., pues afirma que el hecho de tener un hermano o hermana que haya sido madre o padre adolescente aumenta el riesgo de embarazo precoz (OR:1,6; IC95%: 1,04-2,4) ⁽¹⁷⁾. En la presente investigación se corroboran estas afirmaciones, pues, las hijas de madres adolescentes tienen 1,75 veces más posibilidades de replicar esta situación, sin embargo el análisis por regresión no demostró esta asociación (Valor de $p > 0,05$).

Para Wall-Wielre y col., las adolescentes que tienen una hermana que ha sido madre antes de los en la adolescencia, tienen 1,57 veces más posibilidades de ser madres adolescentes ⁽⁴¹⁾. Morón y col, identificaron que el 40.9 % de las adolescentes embarazadas que tiene antecedentes de tener un hermano o hermana con embarazo adolescentes versus el 29,7%% de los controles OR = 1.87 (IC 95%: 1.35–2.59) ⁽²⁵⁾. Iguales resultados fueron reportados por Sánchez y col., hecho de tener un hermano o hermana que haya sido madre adolescente aumenta el riesgo de embarazo precoz (OR:1,6; IC95%: 1,04-2,4) ⁽¹⁷⁾. La presente investigación no logro demostrar esta asociación estadística (Valor de $p > 0,05$). Esta no concordancia con la literatura puede estar relacionada con el alto porcentaje de adolescentes que tienen hermanos o hermanas que ya ha sido padres en la adolescencia,

Hernández y col demostraron que 31 % de las adolescentes que se desarrollaban en un ambiente familiar disfuncional, tuvieron un embarazo adolescente versus el 22 % que no tuvieron embarazo en el grupo control (OR:1,56; IC95%:1,03-2,37) ⁽¹⁸⁾. Para Graciano y col., aquellas adolescentes que presentan disfuncionalidad familiar tienen un OR 3,58 veces más posibilidades de tener un resultado adverso en salud sexual y reproductiva ⁽⁴²⁾. En nuestra investigación se encuentra, resultados similares a los de la literatura, aquellas mujeres que tienen difuncionalidad familiar tienen un OR 2,23 a favor de ser primíparas adolescentes, sin embargo, el análisis multivariado, no logro demostrar esta asociación (valor de $p > 0,05$).

Los datos presentados indican que tiene más peso en el chance de primiparidad adolescente la estructura familiar versus la funcionalidad.

9.- Conclusiones

La presente investigación logro demostrar que:

1.- Las variables socio-demográficas como: no tener ocupación (2,37); importancia de la religión (OR 2,40), están asociadas a un mayor chance de primiparidad adolescente. No se logró demostrar asociación entre el lugar de residencia, estado civil, nivel de instrucción ni años de estudio con la aparición de esta problemática.

2.- Los antecedentes familiares tienen asociación con el embarazo adolescente, las mujeres que no tienen una familia estructurada, tienen un chance mayor de primiparidad adolescente (OR 1,80); no se encontró asociación entre la funcionalidad familiar, tener un hermano o hermana que haya sido padre o madre adolescente y ser hija de madre adolescente.

3.- Los factores individuales, tales como: inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (OR 12,63); no uso regular de métodos anticonceptivos (OR 3,43); no tener información en prevención de embarazos (OR 2,61), están asociados a la primiparidad adolescente. El de haber recibido charlas en salud sexual es un factor protector de la primiparidad adolescente (OR 0,21).

No demostraron asociación el antecedente de haber sido agredida sexualmente o tener antecedentes la presencia de menarquía antes de los 12 años.

4.- Por lo anteriormente expuesto, se puede concluir que existe asociación de los factores familiares, individuales y socio-demográficos, en la génesis del primer parto en adolescentes.

10.- Recomendaciones.

La presente investigación busca incorporar los determinantes del en la primiparidad adolescente en los planes y estrategias en el campo de la salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes, en base los factores encontrados y el análisis por regresión logística podemos realizar las siguientes recomendaciones:

- *Mejorar el nivel de instrucción y uso de tiempo libre de los adolescentes.* Se debe implementar actividades curriculares y extracurriculares dirigidas a adolescentes, que garanticen el adecuado uso de tiempo libre. De igual manera se debe buscarse la reinserción en los colegios de aquellas adolescentes que han abandonado sus estudios, con la finalidad de que su nivel de estudios sea superior a los 9 años de formación.
- *Fomentar la información en salud sexual antes de la adolescencia.* Las charlas y capacitaciones, han demostrado un efecto benéfico en la prevención de la primiparidad adolescentes, por otro lado la importancia de la religión ha demostrado ser un factor predisponente de esta problemática. Por ende, las charlas y capacitaciones en salud sexual deben iniciar antes de la pubertad y deben tener un contenido veraz, libre de mitos y tabúes, fundamentados en derechos sexuales y reproductivos.
- *Garantizar el acceso a consejería y uso de anticonceptivos.* En la presente investigación se identificó que el inicio temprano de relaciones sexuales antes de los 15 años es un factor de riesgo para primiparidad en adolescentes; por otro lado el conocimiento en prevención del embarazo y el uso regular de métodos anticonceptivos, son factores protectores de la primiparidad adolescentes. Por esta razón, garantizar el acceso de los y las adolescentes a servicios de consejería y de provisión de métodos anticonceptivos, sin distinción de edad, es necesario para reducir esta problemática.
- *Focalizar intervenciones en adolescentes con familias desestructuradas.* La estructura familiar demostró ser una factor asociado a la primiparidad adolescentes, por esta razón, la identificación de los adolescentes que provienen de estas familias con la finalidad de focalizar charlas en salud sexual y realizar una referencia temprana a los servicios de salud para consejería y asesoría en este campo, podría ser una estrategia válida para reducir la primiparidad adolescente.



11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. Datos de libre acceso. Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) . [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>
2. Planed Parenthood Federation IPPF. Planificación Familiar Pobreza y Subdesarrollo. Europa cuenta atrás 2015.[citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.countdown2015europe.org/wp-content/uploads/2012/04/IPPF_FactSheet-5_poverty-ES2.pdf
3. Population Reference Bureau. El Cuadro de datos de los jóvenes en el mundo de 2013. [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: zotero://attachment/45/
4. Valencia F, Antoño M. La Educación De La Sexualidad, Valores E Impactos, En Embarazos No Deseados En Los/Las Adolescentes Del Colegio Nacional Caluma, Cantón Caluma, Provincia Bolívar Durante El Año Lectivo 2010-2011. 2012 [citado 21 de agosto de 2015]; Disponible en: <http://dspace.ueb.edu.ec/handle/123456789/399>
5. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Resultados del Censo 2010 [Internet]. [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos » Resultados de la búsqueda » población»Page 5 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
7. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2011 / State of the World's Children 2011. United Nations Pubns; 2011. Citado 21 de agosto de 2015. Disponible en; <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
8. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC Ecuador. Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf [Internet]. [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. OMS. | Mortalidad materna [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC Ecuador. Redatam::ECLAC/CELADE - R+SP WebServer [Internet]. [citado 22 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=VITAL2013&MAIN=WebServerMain.inl>
11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de atención para adolescentes. [Internet]. 2009 [citado 29 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D87.pdf#page=15&zoom=auto,-

99,835

12. Organización Mundial de la Salud, OMS. La salud de los jóvenes un desafío para la sociedad [Internet]. 2000 [citado 29 de agosto de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36922/1/WHO_TRS_731_spa.pdf
13. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health*. 8 de junio de 2015;12(Suppl 2):S8.
14. Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Segura Z, et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. *BMC Public Health*. 2013;13(1):31.
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Las mujeres Ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos. 2013 [citado 2 de septiembre de 2015]; Disponible en: http://inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_remository&func=fileinfo&id=394&Itemid=420&lang=es
16. Ruiz-Canela M, López del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, Irala J de. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31:54–61.
17. Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascón LA, Grisales López MB, Molina C, Yohanna L, Bustamente Farfan JC, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(4):269–281.
18. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM, Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2014;30(1):36–47.
19. Amnatbuddee S, Lanjakornsiripan W, Srijorn K, Werawatakul Y, Kleebkaow P, Komwilaisak R, et al. Contraceptive practices and pregnancy intendedness among pregnant adolescents. *Int J Womens Health*. marzo de 2015;315.
20. Gómez-Mercado CA, Montoya-Vélez LP, others. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev Salud Pública*. 2014;16(3):394–406.
21. Rodríguez González A, Marlén Viñet Espinosa L, María Infante Esponda R, others. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turumo. Venezuela. 2007-2008. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2013;12(2):249–256.
22. Vega Crepo BJ, Encalada D, Sarmiento MJ, others. Características del inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de seis colegios del Cantón Cuenca, 2011. 2012 [citado 2 de septiembre de 2015]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20644>

23. Decat P, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Ibarra M, Segura Z, et al. Sexual onset and contraceptive use among adolescents from poor neighbourhoods in Managua, Nicaragua. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 de marzo de 2015;20(2):88-100.
24. Alvarado R, Martínez O, Vaquero M, Valencia C, Ruiz A. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años en Nocaima (Cundinamarca). *Rev Cienc Salud*. 2007;5(1):40–52.
25. Morón-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case-control study. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;36(3):179–184.
26. Rodríguez MI, Kismodi E, Cottingham J, World Health Organization, World Health Organization, Reproductive Health and Research. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations [Internet]. 2014 [citado 2 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195054/>
27. Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(2):76–81.
28. Tuiran Rodolfo. Estructura familiar continuidad y cambio [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no06/DMS00611.pdf>
29. Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Hablando de Mujeres y Estadísticas [Internet]. 2014 [citado 2 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/mujer-info001.pdf>
30. Stark L, Tan TM, Muldoon KA, King D, Lamin DFM, Lilley S, et al. Family structure and sexual and reproductive health outcomes among adolescents in rural Sierra Leone. *Glob Public Health*. 16 de abril de 2015;1-13.
31. Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf [Internet]. [citado 21 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
32. Centros de Estudios de Población y Desarrollo Social. CEPAR. Encuesta Demografica Materno Infantil ENDEMAIN Quito Ecuador 2014 [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/979>
33. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp->



- content/uploads/2015/04/Presentaci%C3%B3n-Ensanut-TOMO-II-INEC-2015.pdf
34. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Franco Bonal A, Silva Valido J, Temes M, R J. Embarazo en la adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo en 1998. *Rev Cuba Med Gen Integral*. febrero de 2004;20(1):0-0.
 35. Barinas I, Flores M. Prevención de embarazo en adolscentes Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos [Internet]. http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf. 2011 [citado 21 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf
 36. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(6):374–382.
 37. Alejandro M, Lourdes I. Intersección de la espiritualidad/religión en las conductas sexuales de los/as adolescentes. 2014 [citado 22 de septiembre de 2016]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/43718>
 38. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solís R. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Arch Med Fam*. 2004;6(3):70–3.
 39. Leal I, Stuardo V, Molina T, González E. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(1):41–47.
 40. Madkour AS, Xie Y, Harville EW. The Association Between Prepregnancy Parental Support and Control and Adolescent Girls' Pregnancy Resolution Decisions. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. septiembre de 2013;53(3):413-9.
 41. Wall-Wieler E, Roos LL, Nickel NC. Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 29 de septiembre de 2016];16(1). Disponible en: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0911-2>
 42. Graciano MM de C, Marcos VC, Júnior HS, Lago VC do. Saúde reprodutiva na adolescência: comunicação, funcionalidade da família e comportamento preventivo. *Adolesc E Saude*. 2014;11(3):87-95.

12.- ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario.

Factores familiares, individuales y socio-demográficos, asociados a la primiparidad adolescente y no adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016.

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS E INDIVIDUALES		
Formulario N° _____		PARA USO DEL INVESTIGADOR
Apellidos.....		<input type="checkbox"/> Caso <input type="checkbox"/> Control
Nombres.....		
Dirección.....		
.....		
Teléfono celular.....		
Teléfono fijo.....		
P 1	Indique su edad en años	-----años
P2	¿Cuál era su ocupación al momento del embarazo?	Ninguna <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajadora <input type="checkbox"/>
P3	¿Indique su nivel de instrucción?	Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Años de instrucción <input type="text"/>
P4	Indique su estado civil	Soltera <input type="checkbox"/> Union estable/ Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>
P5	¿Qué tan importante es la religión en su vida?	Muy importante <input type="checkbox"/> Importante

Escriba en el número de años aprobados

		No tan	<input type="checkbox"/>
		Nada importante	<input type="checkbox"/>
P6	¿En qué zona vive usted?	Urbana	<input type="checkbox"/>
		Rural	<input type="checkbox"/>
P7	¿A qué edad tuvo usted su primera menstruación? (regla o período)	-----años	
P8	¿A qué edad tuvo usted su primera relación sexual? (coito con penetración)	-----años	
P9	¿Empleaba con regularidad algún método planificado de anticoncepción?	Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
P10	¿Considera que maneja suficiente información sobre los métodos anticonceptivos?	Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
P11	¿Ha recibido usted alguna capacitación en prevención del embarazo? (Incluye Charlas, talleres, clases, seminarios sobre el tema)	Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
P12	¿Ha sufrido usted en algún momento agresión sexual? (Coito con penetración en contra de su voluntad)	Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>

Factores Familiares

Factores Familiares			
P13	¿Qué personas intervinieron en su crianza? (Se refiere a la persona o personas que vivieron con usted la mayor parte de su niñez y adolescencia)	Ambos padres	<input type="checkbox"/>
		Madre sola	<input type="checkbox"/>
		Padre solo	<input type="checkbox"/>
		Otros	<input type="checkbox"/>
P 14	¿Su mamá tuvo si primer hijo antes de los 19 años?	Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>
P 15	¿Tiene usted alguna hermana o hermano que haya tenido un hijo antes de los 19 años?	Si	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/>

P 16 Factores Familiares (Test FF-SIL)

NOTA IMPORTANTE:

**ESTAS PREGUNTAS HACEN RELACION A SU VIDA EN LA ADOLESCENCIA (10 A 19 AÑOS)
(CUANDO SE ENCONTRABA BAJO EL CUIDADO DE SUS PADRES U OTRAS PERSONAS)**

El valor 1 “Casi nunca” es el más bajo; el valor 5 “Casi siempre es el más alto”

Si usted requiere una explicación adicional puede consultar a la persona que realiza la encuesta

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

Fecha

.....

Firma de la encuestada

.....

Firma del entrevistador

Anexo 2 Operacionalización de las variables

Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Edad Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de estudio	Biológica	Número de años cumplidos, al momento del registro en la encuesta, referidos por la encuestada	Valor numérico
Ocupación Trabajo, labor u actividad remunerada o no en la se ocupa su tiempo	Laboral	Ocupación al momento del embarazo	1.-Ninguna 2.-Estudiante 3.-Estudia y trabaja 4.-Ama de casa 5.-Trabajadora
Nivel de instrucción Máximo nivel de educativo alcanzado hasta el momento	Académica	Máximo nivel de educación alcanzado hasta el momento de la encuesta referido por la encuestada	1.-Ninguno 2.-Primaria 3.-Secundario 4.-Superior
Estado civil Condición que caracteriza el vínculo personal con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Legal	Vínculo conyugal o civil que mantiene con la persona que es el padre biológico de su hijo según referencia de la paciente	1.-Soltera 2.-Unión estable 3.-Divorciada 4.-Viuda
Residencia Zona geográfica en la que habita regularmente y ejerce su actividad diaria	Geográfica	Zona geográfica donde habita y realiza su actividad diaria	1.- Urbana 2.- Rural
Importancia de la religión en su vida Creencia o profesión de fe que incluye la praxis de doctrinas y ritos propios	Psicológica	Importancia que la encuestada da a la religión en su vida.	1.-Muy importante 2.-Importante 3.-No importante 4.-Nada importante
Edad de la menarquía	Biológica	Edad en la que se presentó la primera menstruación según	Variable numérica

Edad cronología en la cual se presentó la primera menstruación		referencia de la paciente	
Edad de inicio de relaciones sexuales Edad a la que tuvo su primer coito o cópula penetración del pene en la vagina o el ano.	Biológica	Edad a la que la encuestada refiere haber tenido su primera relación sexual	Variable numérica
Uso de anticonceptivos Uso regular de métodos de barrera, hormonales, o intrauterinos con la finalidad de evitar un embarazo	Clínica	Empleo con regularidad de manera planificada métodos anticonceptivos como: condón, pastillas, inyectables, implantes, T de cobre, referido por la encuestada.	1.-Si 2.-No
Antecedente de agresión sexual Coito con penetración en contra de la voluntad de la mujer	Social	Antecedentes de coito con penetración en contra de la voluntad referida por la encuestada	1.-Si 2.-No
Conocimientos subjetivos sobre anticoncepción. Afirma que conoce los métodos anticonceptivos	Académica	Auto precepción sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos referida en la encuesta	1.-Si 2.-No
Ha recibido información sobre anticoncepción. Haber recibido charlas, talleres conferencias o clases sobre anticoncepción	Académica	Referencia de la paciente de haber recibido charlas, talleres conferencias o clases sobre anticoncepción.	1.-Si 2.-No
Estructura familiar	Social	Personas que intervinieron en la	1.-Ambos padres

Personas con relación de consanguinidad intervinieron en la crianza dentro del hogar		crianza de la encuestada durante la adolescencia.	2.-Madre sola 3.-Padre solo 4.-Otros
Antecedentes de madre adolescente. Antecedentes de la madre de la paciente de haber tenido su primer hijo/a antes de los 19 años	Biológica	Antecedente de tener una madre adolescente referida por la encuestada.	1.-Si 2.-No
Hermano o hermana son padres adolescentes. El hermano o hermana de la encuestada ha sido padre o madre adolescente	Social	Antecedente de tener un hermano o hermana que haya sido padre o madre adolescente.	1.-Si 2.-No
Funcionalidad familiar Relaciones armónicas en el interior de la familia que permiten el equilibrio emocional y facilita el confrontar hechos adverso en el entorno	Social	Funcionalidad familiar de acuerdo al formulario de acuerdo al formulario FF-SIL (Funcional 57 a 75 puntos; moderadamente funcional 43 a 56; disfuncional 28 a 42; severamente disfuncional 14 a 27 puntos)	1.-Funcional 2.- Moderadamente funcional 3.-Disfuncional 4.-Severamente disfuncional



Anexo 3 Consentimientos y asentimientos informados

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA DE INVESTIGACION EN SALUD
Formulario Consentimiento Informado
PARA PADRES

ESTUDIO

Reciba usted un cordial saludo del Dr. Bernardo Vega C. estudiante de la Maestría de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Cuenca.

Su hija está siendo invitada a participar en un estudio de investigación sobre los factores relacionados con el embarazo en adolescentes. Con la finalidad de conseguir su autorización, éste formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Identificar la relación que existe de los factores de la familia y las personas, en la causa del embarazo adolescente, comparando con embarazadas no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2016

PROCEDIMIENTOS: El tiempo del llenado del formulario es de aproximadamente 10 minutos. El formulario consta de tres secciones, en la primera se realizarán preguntas generales sobre la vida de su hija, la segunda incluye datos familiares de la encuestada, y finalmente se realizara un test de funcionalidad familiar.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El cuestionario no contiene preguntas que pongan en riesgo su integridad emocional y/o psicológica a corto y/o largo plazo. El resultado de la investigación proporcionará información relevante sobre el embarazo en adolescentes que nos permitirá conocer con mayor profundidad este problema.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca la identidad, ni tenga acceso a los datos personales del participante. La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se archivará en un lugar seguro donde solo los investigadores tendrán acceso. Su nombre no será mencionado en los reportes y publicaciones.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: Si decide no participar solo debe decirselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Si decide participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte en los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Comprendo la participación de mi hijo/hija en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje



claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con el tiempo suficiente para tomar la decisión y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente que mi hija o representada participe en esta investigación.

.....
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
CI.....

.....
FECHA

NOMBRE DEL INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

.....
FIRMA DEL INVESTIGADOR

.....
FECHA

Si usted requiere información adicional sobre el estudio usted puede contactar al Dr Bernardo Vega C al celular 0998276441 teléfono fijo 4047124 o escribir al email dr.bernardovegac@gmail.com



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA DE INVESTIGACION EN SALUD
Formulario Consentimiento Informado
ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES
ESTUDIO

Reciba usted un cordial saludo del Dr. Bernardo Vega C. Estudiante de la Maestría de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Cuenca. Le invitamos cordialmente a participar en este estudio de investigación, sobre los factores relacionados con el embarazo en adolescentes. Con la finalidad de conseguir su aceptación, este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Identificar la relación que existe de los factores de la familia y las personas, en la causa del embarazo adolescente, comparando con embarazadas no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2016

PROCEDIMIENTOS: El tiempo del llenado del formulario es de aproximadamente 10 minutos. El formulario consta de tres secciones, en la primera se realizarán preguntas generales sobre la vida de su hija, la segunda incluye datos familiares de la encuestada, y finalmente se realizará un test de funcionalidad familiar.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El cuestionario no contiene preguntas que pongan en riesgo su integridad emocional y/o psicológica a corto y/o largo plazo. El resultado de la investigación proporcionará información relevante sobre el embarazo en adolescentes que nos permitirá conocer con mayor profundidad este problema.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca la identidad, ni tenga acceso a los datos personales del participante. La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se archivará en un lugar seguro donde solo los investigadores tendrán acceso. Su nombre no será mencionado en los reportes y publicaciones.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: Si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Si decide participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte en los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Comprendo plenamente mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con



el tiempo suficiente para tomar la decisión y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

.....
FIRMA DE LA ENCUESTADA
FECHA
NOMBRE DEL INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO:

.....
FIRMA DEL INVESTIGADOR
FECHA

Si usted requiere información adicional sobre el estudio usted puede contactar al Dr Bernardo Vega C al celular 0998276441 teléfono fijo 4047124 o escribir al email dr.bernardovegac@gmail.com



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA DE INVESTIGACION EN SALUD
Formulario Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO MAYORES DE EDAD Y MUJERES EMANCIPADAS

Reciba usted un cordial saludo del Dr. Bernardo Vega C. Estudiante de la Maestría de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Cuenca. Le invitamos cordialmente a participar en este estudio de investigación, sobre los factores relacionados con el embarazo en adolescentes. Con la finalidad de conseguir su aceptación, este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas.

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Identificar la relación que existe de los factores del medio o entorno, de la familia y las personas, en la causa del embarazo adolescente, comparado con embarazadas no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2016

PROCEDIMIENTOS: El tiempo del llenado del formulario es de aproximadamente 10 minutos. El formulario consta de tres secciones, en la primera se realizarán preguntas generales sobre la vida de su hija, la segunda incluye datos familiares de la encuestada, y finalmente se realizará un test de funcionalidad familiar.

RIESGOS Y BENEFICIOS: El cuestionario no contiene preguntas que pongan en riesgo su integridad emocional y/o psicológica a corto y/o largo plazo. El resultado de la investigación proporcionará información relevante sobre el embarazo en adolescentes que nos permitirá conocer con mayor profundidad este problema.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca la identidad, ni tenga acceso a los datos personales del participante. La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se archivará en un lugar seguro donde solo los investigadores tendrán acceso. Su nombre no será mencionado en los reportes y publicaciones.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: Si decide no participar solo debe decirselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Si decide participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte en los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Comprendo plenamente mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje



claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con el tiempo suficiente para tomar la decisión y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

.....
FIRMA DE LA ENCUESTADA

FECHA

NOMBRE DEL INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

.....
FIRMA DEL INVESTIGADOR

.....
FECHA

Si usted requiere información adicional sobre el estudio usted puede contactar al Dr Bernardo Vega C al celular 0998276441 teléfono fijo 4047124 o escribir al email dr.bernardovegac@gmail.com

Anexo 4 INFORME DE VALIDACION DEL CUESTIONARIO

Dando cumplimiento con el cronograma de la Tesis y luego de obtener la aprobación de la ejecución de la tesis por parte de las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso, se procedió a la prueba de validación y fiabilidad del formulario de la Tesis **“Factores familiares, individuales y socio-demográficos, asociados a la primiparidad adolescente y no adolescente, en mujeres atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016”**

El formulario fue aplicado en dos ocasiones a las pacientes en sala de postparto del Hospital Vicente Corral, con un intervalo de tiempo no mayor a 10 horas para evitar la pérdida de las pacientes por alta temprana.

Previo a la aplicación del formulario se indico a las pacientes el objetivo del estudio y se obtuvo el consentimiento de las mismas.

La duración del llenado del formulario tomo un tiempo mínimo de 5 minutos y un tiempo máximo de 10 minutos por participante.

Validación

El formulario fue entendido en su mayor parte sin embargo existieron las siguientes aclaraciones:

1. En el encabezado varias paciente consultaron si debían llenar el apartado de casos y control
2. En la pregunta N° 3 varias pacientes dejaron en blanco el casillero correspondiente a años de instrucción.
3. En la pregunta 4 varias pacientes preguntaron si unión estable era igual a casada siendo la respuesta afirmativa según la operacionalización de las variables
4. En la pregunta 13 personas preguntaron si debían colocar ambos padres pese a vivir con solo con uno de ellos.
5. Un total de dos pacientes pidieron información de cómo llenar la pregunta 15.

Otros problemas.

- Algunas pacientes demoraron el inicio del llenado del formulario al encontrarse amamantando a sus hijos, solicitando que si se pudiera encuestar en vez de auto administrar el esta actitud se tomo con aquellas mujeres que lo solicitaban.
- Algunas pacientes marcaron con líneas sus respuestas y realizaron tachones.

Plan de corrección de problemas en la validación

- 1.- Colocar una señal para que no llenar la parte correspondiente al enunciado casos y controles

- 2.- Colocar una señal para que las pacientes recuerden llenar el casillero años de estudios
 - 3.- Añadir junto a la opción Unión Estable la palabra /Casada.
 - 4.- Colocar debajo de la pregunta ¿Quiénes intervinieron en su crianza? La aclaración “Se refiere a la persona o personas con las que vivieron con usted la mayor parte de su niñez y adolescencia”.
 - 5.- Al momento de llenar el formulario FF-SIL el o la encuestadora explicará a la encuestada la interpretación de la escala tomando 1 como más bajo 5 como más alto, se colocara esta misma advertencia en el encabezado del formulario.
- Ver las aclaraciones el formulario en anexo 1

Fiabilidad

La fiabilidad del cuestionario se realizó mediante las prueba de Test R Test obteniéndose los siguientes resultados

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	60	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	60	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,646
		N de elementos	30 ^a
	Parte 2	Valor	,647
		N de elementos	30 ^b
N total de elementos		60	
Correlación entre formas			,967
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,983
	Longitud desigual		,983
Dos mitades de Guttman			,983

a. Los elementos son: P1 A EDAD, P2 A OCUPACION, P3 A INSTRUCCION, P3 a1 AÑOS ESTUDIO, P4 A ESTADOCIVIL, P5 A RELIGION, P6 A RESIDENCIA, P7 A MENARQUIA, P8 A RELACION SEXUAL, P9 A METODO ANTICONCEPTIVO, P10 A INFORMACION ANTICON, P11 A CAPACITACION, P12 A AGRESION SEXUAL, P13 A CRIANZA INT CRIANZA, P14 A MADRE ADOLESCENTE, P15 A HERMAN@PADRES ADOL, P16 a 1 decisiones en la familia, P16 a 2 armonia en la familia, P16 a 3 responsabilidades compartida, P16 a 4 cariño se manifiesta, P16 a 5 expresiones claras, P16 a 6 defectos aceptados, P16 a 7 experiencias de otras familias, P16 a 8 ayuda cuando hay problema, P16 a 9 tareas distribuidas, P16 a 10 costumbres se modifican, P16 a 11 conversar de diversos temas, P16 a 12 ayuda externa, P16 a 13 respeto, P16 a 14 demuestra cariño.

b. Los elementos son: P1 b EDAD, P2 b OCUPACION, P3 b INSTRUCCION, P3 B1 AÑOS ESTUDIO, P4b ESTADO CIVIL, P5 b RELIGION, P6 b RESIDENCIA, P7 b MESNTRAUCCION, P8 b RELACIONSEX, P9bMETODOSANTIC, P10 b INFORMACION, P11bCAPACITACION, P11bCAPACITACION, P13 b CRIANZA, P14 b MADRE ADOLESCENTE, P15 B HERMAN@PADRES ADOL, P16 b 1 decisiones en la familia, P16 b 2 armonia en la familia, P16 b 3 responsabilidades compartida, P16 b 4 cariño se manifiesta, P16 b 5 expresiones claras, P16 b 6 defectos aceptados, P16 b 7 experiencias de otras familias, P16 b 8 ayuda cuando hay problema, P16 b 9 tareas distribuidas, P16 b 10 costumbres se modifican, P16 b 11 conversar de diversos temas, P16 b 12 ayuda externa, P16 b 13 respeto, P16 b14 demuestra cariño.

Anexo N°5

Instructivo para el llenado del instrumento de recolección de datos

El presente formulario tiene 5 secciones:

- Datos generales
- Factores socio-demográficos
- Factores individuales
- Factores familiares
- Funcionalidad familiar

Las instrucciones que se detallan a continuación permitirán una mejor comprensión de las preguntas planteadas así como las respuestas esperadas.

a.- Datos generales.

Formulario N°: En esta sección, se colocará el número de la encuesta en forma secuencial con tres dígitos, el primer formulario será numerado 001 el segundo 002 y de esta manera hasta completar muestra esta parte será llenada por el investigador.

Código: El código remplazará al nombre de la participante, estará conformada por las iniciales de los dos nombres y los dos apellidos, más el año de nacimiento por ejemplo: la paciente María Elena Vargas Torres que nació 1990, el código será MEVT1990.

Recuadro Caso: Es aquella paciente en primípara en puerperio que tiene de 10 años a 19 años, 11 meses.

Recuadro control: Es aquella paciente con 20 años cumplidos o más.

b.- Factores demográficos

Pregunta 1 (P1): Indique su edad en años cumplidos hasta hoy. Se debe colocar en el espacio correspondiente la edad en años cumplidos en números enteros, por ejemplo si la persona tiene 19 años 2 meses se coloca 19 años, si tiene 18 años 11 meses se coloca 18 años.

Pregunta 2 (P2): Cual era su ocupación al momento del embarazo. Esta pregunta está destinada a indagar cual era su actividad laboral cuando se embarazó. Las opciones son: **Ninguna**, se refiere a que la paciente no estudiaba, ni trabajaba y no



tenía responsabilidades del cuidado del hogar; **Estudiante** se refiere a que la persona se encontraba siguiendo estudios formales con el aval de una institución formadora. **Estudia y trabaja**, se refiere que a más de seguir estudios mantiene una actividad remunerada; **Ama de casa**, desempeña actividades no remuneradas dentro del hogar; **Trabajadora** se refiere que desempeña una actividad remunerada.

Pregunta 3 (P3): Indique su nivel de instrucción, se refiere al máximo nivel de instrucción alcanzado. Las opciones disponibles son: **Ninguna**, significa que no ha cursado estudios formales; **Primaria**, si ha cursado la escuela, se llenara este casillero indistintamente si ha culminado o no este nivel de estudio; **Secundaria**, se refiere a que ha cursado estudios secundarios, se llenara este casillero indistintamente si ha culminado o no este nivel de estudio; **Superior**, se refiere a estudios de tercer nivel, se llenara este casillero indistintamente si ha culminado o no este nivel. **Número de años aprobados:** se refiere al número de años de estudio que ha culminado por ejemplo si culmino la escuela son 6 años si se encuentra en 3 curso de colegio serán 9 años si se encuentra en segundo año de universidad serán 13 años.

Pregunta 4 (P4). Indique su estado civil, las opciones disponibles incluyen: **soletera** si no mantiene una unión estable; **Unión estable/casada**, se refiere a que mantiene una relación estable con una persona; **Divorciada**, cuando luego de mantener una relación estable se ha separado de manera legal; **Viuda**, se refiere a cuando el conyugue o el compañeros ha fallecido.

Pregunta 5 (P5). Qué importancia tiene la religión en su vida, se refiere a la percepción subjetiva de la importancia que le da a la religión que profesa en su vida, las opciones son: **Muy importante**, si sus creencias religiosas ocupan un lugar preponderante en su vida; **Importante**, cuando la religión tiene una influencia menos que preponderante en la vida de la persona; **No tan importante**, cuando la religión es un elemento en su vida que no es tan relevante; **Nada importante:** cuando la religión no tiene ninguna relevancia en su vida.

Pregunta 6 (P6). En qué zona vive usted. Hace referencia al lugar donde desempeña sus actividades diarias y donde se encuentra su vivienda. La opción **urbana** se

marcará si es que reside en una localidad considerada como urbana como por ejemplo cabeceras cantonales y **rural** cuando reside en un lugar que no corresponde a una cabecera cantonal o es considerada como zona rural.

c.- Factores Individuales

Pregunta 7 (P7). A qué edad tuvo usted su primera menstruación, hace referencia a la edad de la menarquía, es decir a la aparición de la primera regla o periodo. La opción de respuesta es abierta, se debe colocar la respuesta en años cumplidos por ejemplo: si la menstruación fue a los 14 años 6 meses se colocara únicamente 14. También la pregunta presenta la opción no recuerdo, si es que no puede identificar la edad de inicio de sus ciclos menstruales.

Pregunta 8 (P8) A qué edad tuvo usted su primera relación sexual, hace referencia a la edad a la edad a la que mantuvo su primer coito con penetración. La opción de respuesta es abierta, se debe colocar la respuesta en años cumplidos por ejemplo si la relación fue a los 14 años 6 meses se colocara únicamente 14. También la pregunta presenta la opción no recuerdo si es que no puede identificar la edad de inicio de las relaciones.

Pregunta 9 (P9). Utilizó alguna vez un método anticonceptivo; hace referencia al uso de los métodos considerados modernos por la OMS incluye preservativo, anticonceptivos orales o inyectables, T de cobre, implantes, parches transdérmicos; se excluyen los métodos denominados naturales. Si alguna vez utilizo un método moderno la respuesta a la pregunta es sí.

Pregunta 10 (P10). Considera que maneja suficiente información sobre los métodos anticonceptivos; se refiere a la auto-percepción de los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos. Si considera que maneja suficiente información la respuesta será afirmativa.

Pregunta 11 (P11). Ha recibido usted alguna capacitación en prevención del embarazo; esta pregunta se refiere a que si alguna vez en su vida recuerda haber recibido alguna charlas, talleres, clases, seminarios sobre el tema. No incluye conversaciones con los padres o amigos sobre el tema. Si recuerda haberla recibido la respuesta será afirmativa.

Pregunta 12 (P12). Ha sufrido usted en algún momento agresión sexual; se refiere a que en algún momento de su vida ha sufrido esta problemática, incluye coito por

penetración por vía vaginal oral o rectal en contra de la voluntad en algún momento de la vida, independientemente si existió denuncia o no del hecho. Si presento esta situación en algún momento de su vida la respuesta será afirmativa.

d.- Factores familiares

Pregunta 13 (P13) Qué personas intervinieron en su crianza; se refiere a la persona o personas que vivieron con la encuestada la mayor parte de su niñez y adolescencia. La respuesta **ambos padres**, significa que tanto papá y mamá participaron en la crianza y convivieron con la encuestada; **madre sola**, hace referencia que fue criada por su progenitora siendo quien convivió con la participante; **padre solo** hace referencia que fue criada por su progenitor siendo él quien convivió con la encuestada; **Otros**, hace referencia a que en la crianza intervinieron otras personas que no son sus padres biológicos por ejemplo: abuelos, tíos, primos, hermanos, orfanato etc.

Pregunta 14 (P14). Su mamá tuvo si primer hijo antes de los 19 años; esta pregunta hace referencia a que si la madre de la encuestada fue madre adolescente, es decir, si el primer hijo o hija nació antes de los 19 años. En caso de ser afirmativa la respuesta será sí; si la paciente no conoce o no recuerda responderá “no sé”.

Pregunta 15 (P15). Tiene usted alguna hermana o hermano que haya tenido un hijo antes de los 19 años; hace referencia a que si la participante conoce que un hermano o hermana que ha sido padre o madre adolescente, en caso de estar presente esta situación la respuesta es sí; si la paciente desconoce si esta situación se ha presentado la respuesta será **no sé** y finalmente respondiente no tiene hermanos o hermanas colocara **no tengo hermanos/as**

e.- Funcionalidad familiar

Pregunta 16 (P16) En esta parte de la encuesta se aplicará el test FF-SIL, adaptación del formulario del MSc. Jonathan Hernández validado en el 2010, las preguntas en esta parte hace referencia a la relación con sus padres y otros cuidadores en la adolescencia entre los 10 a 19 años.

El formulario utiliza una escala de likert las alternativas son la siguiente y tienen una puntuación: casi nunca (valor 1); pocas veces (valor 2); a veces (valor 3); muchas veces (valor 4); casi siempre (valor 5). El valor 1 “*casi nunca*” es el más bajo; el valor 5 “*casi siempre* es el más alto”.

Preguntas del test FF-SIL

- Se le toma en cuenta para las decisiones importantes de la familia: hace referencia que si la opinión de la participante fue considerada para las decisiones importantes dentro del núcleo familiar
- En mi casa predomina la armonía: hace referencia que en el hogar, durante la adolescencia, la cordialidad en el trato y las buenas relaciones estaban presentes.
- En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades: significa que cada una de las personas cumple los roles correspondientes dentro del hogar y no se sobrecarga de trabajo a algún miembro de la familia
- Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana: significa que las manifestaciones de afecto entre los miembros de la familia esta presentes de manera regular en el trato interpersonal.
- Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa: señala que la comunicación en el hogar es objetiva, cada uno los miembros se expresa de manera libre sin vicisitudes ni contradicciones.
- Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos: se refiere a que dentro del hogar se identifican las potencialidades y deficiencias de cada una de los integrantes, mismas que son respetadas y toleradas.
- Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes: esta pregunta se refiere a que si la familia en la cual creció o está inserta le respondiente, toma experticias en la solución de conflictos provenientes de otras familias o contextos.
- Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan: hace referencia al apoyo en el interior del seno familiar.
- Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado: se refiere a que en las actividades del hogar existe una distribución equitativa y que cada uno de sus miembros cumple un rol.
- Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones: Se refiere a que ante ciertas circunstancias como problemas o



ajustes económicos por ejemplo, las actividades del entrono familiar suelen cambiar con la finalidad de solventar el problema.

- Podemos conversar diversos temas sin temor. Se relaciona con la comunicación interpersonal en el núcleo familiar, es decir si cada uno de sus miembros, es capaz de expresar de manera directas sus inquietudes temores.
- Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas: se refiere a que ante situaciones de problema la familia tiene la capacidad de buscar ayuda externa con la finalidad de solventar las dificultades.
- Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar: se refiere a que la familia comprende los intereses individuales de cada miembro en un marco de tolerancia y respeto.
- Nos demostramos el cariño que nos tenemos: se refiere a que en las pruebas de afecto y cariño entre sus miembros



AnexoN°6

Guía para encuestadores

El objetivo de la presente guía le permitirá a usted, como encuestador, seguir los pasos necesarios para realizar un proceso de recolección de datos de manera adecuada, dando de esta manera cumplimiento a las normas bioéticas y metodológicas que nos permitirán tener éxito en la presente investigación.

Como usted pudo apreciar en la capacitación, para la aplicación de las encuestas es necesario seguir los pasos de manera adecuada; la obtención del consentimiento y asentimiento informado, según corresponda, así como el llenado adecuado del formulario, son indispensables para el éxito de esta propuesta.

Si usted, tuviese alguna duda sobre el procedimiento o existen casos especiales se podrá comunicar de inmediato con el investigador principal de este estudio o manifestar sus dificultades durante las supervisiones o las reuniones semanales de evaluación

La presente guía le permitirá:

1. Identificar los casos y controles del estudio
2. Conocer el procedimiento para realizar la encuesta a las mujeres adolescentes
3. Conocer el procedimiento para la encuesta a la mujeres no adolescentes o emancipadas
4. Realizar un control de calidad y de llenado de la encuesta

1.- Identificación de casos y controles

Para la identificación de los casos y controles se deberán seguir los siguientes pasos:

- a. Dirigirse al centro obstétrico del hospital y verificar cuantos partos se ha producido; se evaluara el registro en los libros de partos y cesáreas (es importante verificar diariamente estos libros)
- b. Anotar en el cuaderno de trabajo diariamente el nombre de las pacientes y la edad que se registran en los libros de partos.
- c. Identificar las pacientes menores de 19 años o menos y a las mayores de 20 años que hayan tendido su parto en las últimas 24 horas, según los datos en el cuaderno de trabajo.
- d. Fotografiar el cuaderno de trabajo y enviar la fotografía al investigador principal por WhatsApp
- e. Dirigirse a la estación de enfermería e identificar en que sala está la paciente menor de 19 años. (Nota se considera caso a las mujeres hasta 19 años 11 meses).

2.- Encuesta adolescentes

a.-Una vez identificada la paciente menor de 19 años o menos (caso), se verificara criterios de inclusión para los casos.

Criterios de inclusión para los casos

- Adolescente de 19 años (19 años 11 meses) o menos
- Que el presente hay sido su primer parto o cesárea (que este sea su primer recién nacido; se excluye mujeres con partos, abortos, embarazo ectópico o embarazo molar previo)

b.- Identificar si se trata de adolescente bajo la custodia de los padres o emancipada

- Adolescente no emancipada, es aquella mujer de 10 a 19 años 11 meses, que vive bajo la custodia de sus padres o tutores, incluye a aquella mujeres solteras o que no conviva con su pareja y viva con sus padres (preguntar si: ¿Vive con su pareja? O ¿Es casada o unida? ¿Vive con sus padres o tutores legales; SI LA RESPUESTA ES “NO” a las 3 preguntas, es decir la mujer que:
- Viva con sus padres y/o tutores
- No es casada o unida
- No viva con su pareja

ES UNA ADOLESCENTES BAJO LA CUSTODIA DE SUS PADRES Y DEBE FIRMAR ASENTIMIENTO INFORMADO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SUS PADRES (2 consentimientos)

PROCEDIMIENTO PARA ADOLESCENTE EMANCIPADA

- La adolescentes que:
- **NO** Viva con sus padres y/o tutores **O**
- **SI** es casada o unida **O**
- **SI** vive con su pareja **O**
- Vive sola
- **Tiene más de 18 años o mas**

ES UNA ADOLESCENTES EMANCIPADA Y DEBE FIRMAR UNICAMENTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES EMNACIPADA Y ADULTAS

C.- Explicar en objetivo de la encuesta y la confidencialidad

- Se debe indicar que el objetivo de la encuesta es identificar la relación que existe de los factores de la familia y las personas, en la causa del embarazo adolescente, comparando con embarazadas no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2016

- Se da a leer en consentimiento informado para adolescentes emancipada o asentimiento informado ´para adolescentes
- En el caso de las adolescentes no emancipadas se busca al padre o madre o representante legal para que firme el consentimiento informado.
- Una vez firmado el consentimiento o asentimiento informado se explicara la estructura de la encuesta y se la proporcionara para que sea llenada
- El o la encuestadora permanecerá con la paciente hasta el final del llenado de la misma
- Al final de la encuesta se verificará que todos los casilleros estén llenos
- Se numerará la encuesta
- Se engrapara la encuesta al consentimiento y asentimiento según el caso y se dejara en la oficina

3.- Encuesta “no” adolescentes

- Luego de identificar a las adolescentes (CASO) se procederá a la búsqueda de un control). Control es aquella mujer primípara de 20 años o más, en puerperio que éste haya sido su primer parto o cesárea (que este sea su primer recién nacido) se excluyen mujeres con partos previos abortos previos embarazo ectópico previo o embarazo molar)
- Se buscarán 2 controles por cada caso de preferencia en la misma sala donde se encuestó a la adolescente, de no encontrarse la mujer con los criterios de inclusión se verificara en las otras salas hasta completar 2 controles por cada caso
- Si no está disponibles se buscarán los controles en otro día.

UNA VEZ IDENTIFICADO EL CONTROL SE PROCEDERA DE LA SIGUIENTE MANERA.

- Explicar los objetivos del estudio: Identificar la relación que existe entre los factores de la familia y las personas, en la causa del embarazo adolescente, comparando con embarazadas no adolescentes, atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el año 2016
- Se da a leer en consentimiento informado para mujeres adultas y emancipadas
- Una vez firmado el consentimiento o asentimiento informado se explicara la estructura de la encuesta y se la proporcionara para que sea llenada
- El o la encuestadora permanecerá con la paciente hasta el final del llenado de la misma
- Al final de la encuesta se verificará que todos los casilleros estén llenos
- Se numerará la encuesta



- Se engraparé la encuesta al consentimiento y asentimiento, según el caso y se dejará en la oficina

4.- Control de calidad y llenado

- Para evitar la duplicación de la información él o la encuestadora anotará en el cuaderno de trabajo que reposará en el centro obstétrico, a las paciente encuestadas, también podrá identificar a las que no cumplen los criterios de inclusión.

Se considerará encuesta incompleta a aquella que::

- No esté con los casilleros llenos.
- No cuente con la firma de la paciente fecha o la firma del encuestador.
- No tenga consentimiento ni asentimiento informado para adolescentes no emancipadas o consentimiento informado para adultas o emancipadas.