



## RESUMEN

**Antecedentes:** El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que va en aumento e implica riesgos, involucrándose factores sociales, individuales y familiares.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes y los factores psicosociales asociados en los colegios de Cuenca-Ecuador 2012.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal de prevalencia en 895 adolescentes estudiantes de los colegios de Cuenca-Ecuador en el periodo de enero a julio 2012. Se evaluó por medio del test de APGAR familiar.

**Hipótesis:** El embarazo en la adolescencia está asociado a factores psicosociales como menarquía precoz, disfuncionalidad familiar, pérdida reciente de personas significativas, consumo de sustancias indebidas, ingreso a la fuerza de trabajo, migración de un familiar, que en ausencia de estos factores.

**Resultados:** Los embarazos en adolescentes se encuentran presentes en todos los estratos sociales y niveles académicos; un 11.62% en una población de 895 adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca, se presenta estadísticamente significativa la disfuncionalidad familiar con un 73.1% y un 26.9% de funcionalidad familiar; una RP 3.83, IC 95% (2.55-5.78) y un valor p 0.000. El ingreso a la fuerza laboral se encuentra relacionado de forma significativa, con un RP 1.75, IC de 95% 1.003-2.91 y valor p 0.049, además el 15.4% de adolescentes consumen sustancias indebidas.

**Conclusiones:** Identificamos la presencia de un alto porcentaje de adolescentes con embarazo, con diversos factores psicosociales que se asocian a esta problemática que ponen en riesgo el futuro de las adolescentes de la ciudad de Cuenca.

**DeCS:** EMBARAZO EN ADOLESCENCIA/PSICOLOGÍA, ADOLESCENTE, PREVALENCIA, FACTORES SOCIOECONÓMICOS, INSTITUCIONES ACADÉMICAS/ESTADÍSTICA & DATOS NUMÉRICOS



## SUMMARY

**Background:** Teenage pregnancy is a public health problem that is increasing and involves risks, engaging social, individual and family.

**Objective:** To determine the prevalence of teenage pregnancy and psychosocial factors associated in schools in Cuenca, Ecuador 2012.

**Methods:** We performed a cross-sectional study of prevalence in 895 adolescent students from schools in Cuenca, Ecuador in the period January to July 2012. Was evaluated through the family APGAR test.

**Hypothesis:** Adolescent pregnancy is associated with psychosocial factors such as early menarche, family dysfunction, recent loss of significant others, substance undue entering the workforce, migration of a family member, that in the absence of these factors.

**Results:** Teenage pregnancies are present in all social and academic levels, a 11.62% in a population of 895 adolescents from schools in the city of Cuenca, is presented statistically significant dysfunctional families with a 73.1% and 26.9 % of family functionality, a PR 3.83, 95% CI (2.55-5.78) and a p-value 0.000. Entry into the workforce is significantly associated with a PR 1.75, 95% CI 1.003-2.91 0.049 and p value, plus 15.4% of adolescents consume undue substances.

**Conclusions:** We identified the presence of a high percentage of adolescent pregnancy, psychosocial factors that are associated with this problem threatening the future of adolescents Cuenca.

**DeCS:** PREGNANCY IN ADOLESCENCE/PSYCHOLOGY, TEENAGER, PREVALENCE, SOCIOECONOMIC, ACADEMIC/STATISTICS & NUMERICAL DATA

**INDICE**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>10</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	15
2.1 La adolescencia .....	15
2.1.1 División de la adolescencia .....	16
2.2 Embarazo en la adolescencia .....	19
2.2.1 Morbilidad en el embarazo adolescente .....	19
2.3 Factores asociados al embarazo en adolescentes .....	20
2.4 El embarazo adolescente. Problemas sociales asociados .....	21
2.5 El embarazo adolescente y la salud materno-infantil .....	22
2.6 Adolescencia y embarazo no planificado .....	23
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>26</b>
2.1 HIPOTESIS .....	26
2.2. OBJETIVOS .....	26
2.2.1. GENERAL .....	26
2.2.2 ESPECÍFICOS .....	26
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>27</b>
3. METODOLOGÍA .....	27
3.1. TIPO DE ESTUDIO .....	27
3.2. ÁREA DE ESTUDIO .....	27
3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	27
3.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	27
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	28
3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	28
3.7. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS .....	28
3.7.1. Recolección de los datos .....	28
3.7.2. Normas de Ética .....	29
3.8 Plan de tabulación y análisis de datos .....	29



---

3.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>32</b>
4. RESULTADOS.....	32
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>49</b>
5.1 DISCUSIÓN.....	49
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>51</b>
6.1 CONCLUSIONES.....	51
6.2 RECOMENDACIONES.....	53
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>54</b>
7.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
<b>CAPÍTULO VIII.....</b>	<b>58</b>
ANEXOS.....	58



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Washington Omar Guevara Pérez, autor de la tesis "Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de cuenca- ecuador 2012", 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 Especialista en Gineco-obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 30 de enero de 2013



Washington Omar Guevara Pérez.  
1002174868

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Washington Omar Guevara Pérez, autor de la tesis "Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de cuenca- ecuador 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 30 de enero de 2013



---

Washington Omar Guevara Pérez

1002174868

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**“PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES  
PSICOSOCIALES ASOCIADOS, EN COLEGIOS DE CUENCA- ECUADOR 2012”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**AUTOR: DR. WASHINGTON OMAR GUEVARA PERÉZ.**

**DIRECTORA: DRA. NORMA LLERENA CORTÉZ.**

**ASESOR: DR. ROBERTO HERRERA CALVO.**

**CUENCA-ECUADOR  
2013**



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo que es muy importante y especial para mí, lo dedico a las personas que estuvieron siempre apoyándome e inspirándome cada día; a mi familia que ha sido un apoyo fundamental para continuar en esta dura tarea y por último a mis maestros de la Universidad que con sus consejos y esfuerzos han hecho de este trabajo uno de los mejores.

**EL AUTOR**





## **AGRADECIMIENTO**

Dejo constancia de mi agradecimiento para aquellas personas que estuvieron siempre apoyándome e inspirándome cada día, a los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas quienes cada instante ponían un granito de arena para animarme a seguir adelante y lograr las metas que me propuse.

**EL AUTOR**

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años (1), incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales (2). Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es considerando en muchos aspectos, un caso especial (3).

Se estima que en la actual población mundial, 7.000 millones de personas (una de cada cinco es adolescente). La adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos, una profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales (4).

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración, de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquia en la niña y la eyaculación en el varón, además; surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y la actitud ante la vida. (5)

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados.

Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas (5).

De acuerdo a la literatura, los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social.



En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son: menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos (6).

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, padres poco accesibles, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con el consecuente riesgo de embarazo es la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (6).

El presente estudio pretende identificar los factores de riesgo para los embarazos en la adolescencia en los colegios de la ciudad de Cuenca, con el fin de evidenciarlos ante la sociedad para su control.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen, esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales.

Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (7).

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra mitad al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección (8).

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, las condiciones socio culturales, determinan un aumento en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en los sectores socio económico más desfavorables, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

La sociedad actual se caracteriza por procesos de globalización y avances tecnológicos, que facilitan la creciente proliferación de información, sin embargo los temas sobre sexualidad están aún cargados de mitos y tabúes, los cuales han sido muy difíciles de erradicar, por la carencia de fuentes de información que aborden el



tema con transparencia y naturalidad (7).

Al interior de los sistemas familiares, la juventud desempeña un papel, dentro de los cuales interactúa y es protagonista de la dinámica familiar que a su vez es receptora de la información y de las prácticas que se gestan, por lo que la familia es un ente con cuota de responsabilidad en la formación sexual del adolescente. Sin embargo siendo este un problema controversial, la familia no ha desarrollado los recursos necesarios para una comunicación eficaz sobre educación sexual con sus hijos e hijas; aunado a ello, tenemos el tiempo limitado dedicado a la familia debido a las exigencias laborales de los padres (7).

Según el Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010, la provincia de Azuay cuenta con 37385 habitantes entre 10-14 años y 37.094 entre 15-19 años de edad, dando un total de 74479 adolescentes en la provincia, además destacó que el 37.41% de la población tuvo su primer hijo entre los 12 y 19 años de edad (9).

La tendencia de la fecundidad adolescente en el Ecuador en la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia es un problema de país, por lo que identificar los factores psicosociales asociados con esta situación es un objetivo medico social interdisciplinario (8).

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Luego de analizar el comportamiento epidemiológico relacionado a la conducta sexual y reproductiva en los adolescentes, observamos un incremento en el índice de fecundidad, inicio precoz de relaciones sexuales, desconocimiento y falta de uso de métodos anticonceptivos, educación sexual y reproductiva inadecuada; que lleva como consecuencia a un incremento en el porcentaje de embarazos en la adolescencia.

Es importante tomar en cuenta también, que los adolescentes pasan gran parte del tiempo en espacios sociales como escuelas y colegios. Sin embargo los centros educativos se encuentran restringidos a tratar el tema de sexualidad con función reproductiva. En las circunstancias anteriores, los adolescentes son vulnerables a informarse a través de fuentes externas muy influyentes, dentro de los cuales se encuentran los medios de comunicación, que reproducen una visión comercial, superficial, fragmentada y fetichizada de la sexualidad.

Conocemos que aproximadamente un tercio del total de embarazos corresponde a mujeres adolescentes, lo que causa un grave problema de salud, debido a que son un grupo etario de alto riesgo obstétrico y perinatal. Sus implicaciones más importantes del embarazo en adolescentes están en el contexto demográfico y de salud; la contribución de estos jóvenes a mantener elevada la fecundidad general de la población es considerable, su bajo nivel de nutrición y salud, la escasa escolaridad, el difícil acceso a los centros de salud, contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna neonatal.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de embarazos en adolescentes y los factores individuales, familiares y sociales asociados en los estudiantes de los colegios de la ciudad de Cuenca, los resultados nos permitirán diseñar programas adecuados de educación y prevención de embarazos en adolescentes, la información se difundirá en las instituciones de salud pública, universidades y por todos los medios disponibles, guardando siempre la confidencialidad de las participantes.

## 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

### 2.1 La adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Si bien existe, entonces, una definición aceptada de este periodo, el término adolescencia suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta (10).

#### **A continuación se aclara tres términos importantes:**

**Pubescencia.-** Es el periodo que acontece de un año aproximadamente a la pubertad. Se caracteriza por una aceleración en el ritmo de crecimiento físico y por el término de latencia de crecimiento, secuencial a este proceso se producen cambios faciales y corporales, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios (11).

**Pubertad.-** Momento en la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual caracterizada por una serie de cambios biológicos y fisiológicos. En las mujeres con la aparición del primer ciclo menstrual o menarquía y en los varones por diversos signos, el principal la presencia de espermatozoides en la orina. Generalmente se establece como edad de la pubertad, los 12 años para las mujeres y los 14 años para los varones. Considerando las amplias diferencias individuales como la raza, clima, condiciones socio – económicas y la alimentación (11).

**Adolescencia.-** Comienza con el rápido crecimiento de la pubertad y termina en la edad adulta, cuya expectativa de mayor interés del individuo es alcanzar la plena madurez física.

### 2.1.1 División de la adolescencia

- **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)** Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
- **Adolescencia media (14 a 16 años)** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.
- **Adolescencia tardía (17 a 19 años)** Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.



## NECESIDADES EN LA ADOLESCENCIA

**Afectiva.-** Los patrones de conducta de los padres influyen en el comportamiento de sus hijos, caso contrario el adolescente pretende compensar la protección afectiva de sus padres con el amigo íntimo y su mejor confidente. El desarrollo afectivo del adolescente, parte de sus emociones y sentimientos estos varían de acuerdo a la situación o experiencia, y dependen de la satisfacción de sus necesidades como ser humano.

**Autonomía.-** Es la necesidad de sentirse seguro de sí mismo y para afrontar esa barrera debe romper innumerables lazos con su familia, basados en la autoridad, afecto, etc.

**Autoestima.-** El conjunto de cambios durante esta etapa van acompañados de sentimientos de miedo, de inquietud, de ansiedad e inseguridad ante lo desconocido, por ello el diálogo abierto entre padres, maestros y el adolescente ayuda a superar los temores, es decir la confianza, la sinceridad; promueven el equilibrio: individuo – medio que a la vez despierta un sentimiento de autoconfianza; que piensen bien de él y que se sienta bien como persona constituyendo un efecto positivo de percibir su existencia.

**El Impulso de Independencia.-** Se compara con los adultos y quieren ejercer los mismos comportamientos, hábitos y costumbres. Es un proceso normal y transitorio, por ello los padres y maestros deben ser muy comprensivos, brindarles confianza, seguridad y orientación oportuna para superar el problema derivado de la serie de cambios físicos y psicológicos que lo caracterizan.

Si perciben desconfianza de los adultos, sienten disconformidad consigo mismos, conflictos con los padres y maestros, escasa comunicación, manifestando con rebeldía pasiva o activa, inestabilidad emocional, ansiedad, agresividad y confusión que dificulta ayudarle a responder sus interrogantes.

**Búsqueda de Identidad.-** El adolescente necesita del apoyo en particular de sus padres para afrontar una serie de tensiones, de confusiones, de dudas, etc. A partir

de una ola de cambios personales, el individuo busca que sus progenitores le ayuden a superar sus problemas, determinados por una gran cantidad de opciones, alternativas y posibilidades que debe elegir para su inserción en la sociedad adulta con proyección hacia el futuro.

Al atravesar la crisis de cambios personales, el adolescente necesita conformar un ser positivo, emprendedor para superar las incertidumbres y rápidamente adoptar metas, compromisos e ideales estables. Llega a conciencia de lo que piensa, desea y espera de él, reflexiona sobre sí mismo y se considera distinto a cualquier otro individuo.

**Sexualidad.-** Desde el punto de vista biológico, la atracción sexual y el despertar amoroso están condicionados por la aptitud para la procreación, caracterizada por el inicio de la menstruación en la mujer y la primera emisión de esperma en el hombre. El cuerpo humano es sexuado, por ello la sexualidad es básicamente la búsqueda de placer constituyendo un medio de acercamiento al otro, mediante la comunicación gestual, las caricias, y a través de contacto sensual, compuesta de aspectos positivos, que brinda la más profunda y exquisita unión entre dos personas al compartir emociones y sensaciones.

En el ámbito de la sexualidad, la sociedad debe favorecer un mayor conocimiento y vínculo con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del auto cuidado de la salud; en otras palabras, propiciar la adopción de conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás (10).

Forma la parte integral de la personalidad, siendo la función orgánica que más repercute en el contexto social en que está inmersa y se desarrolla, a la vez está influida por él. Se vincula muy estrechamente con la forma de vida de los adolescentes y con la problemática de salud que puede aparecer en este momento o en etapas sucesivas. “En la actualidad uno de los principales problemas que afecta a los y las jóvenes que comienzan su actividad sexual temprana, es el embarazo no planificado o no deseado, y las consecuencias de éste, afectan tanto su salud como a su entorno familiar”(10).

## 2.2 Embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia es aquella condición de gestación que ocurre en mujeres de hasta 19 años independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen (11).

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia (11,12). El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (13).

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos (11).

### 2.2.1 Morbilidad en el embarazo adolescente

De forma global se describe mayor morbilidad en el embarazo adolescente (14,15):

- Abortos.
- Anemia.
- Infecciones urinarias.
- Bacteriuria asintomática.
- Hipertensión gestacional.
- Pre eclampsia – Eclampsia.
- Escasa ganancia de peso.

- Malnutrición materna.
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias.
- Parto prematuro.
- Rotura prematura de membrana.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Cesárea.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal (14).

### 2.3 Factores asociados al embarazo en adolescentes.

Los factores de riesgo para embarazo en adolescentes son varios, sin embargo León y colaboradores (20), los agrupan de la siguiente manera:

- **Factores de riesgo individuales:** Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
- **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Un trabajo realizado el año 2005, logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6% (21).

#### **2.4 El embarazo adolescente. Problemas sociales asociados**

Es común la vinculación que se trata de establecer entre el embarazo adolescente y problemas sociales de magnitud entre los que se destacan la drogadicción, la prostitución, el suicidio, la inestabilidad conyugal, el nacimiento de hijos ilegítimos, la deserción escolar, la pobreza de la población y la desigualdad social que sufren las mujeres. Sobre la base se planteaba la necesidad de ejercer un control efectivo sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los más jóvenes (22).

Con relación a la deserción escolar, como consecuencia del embarazo, se distingue como uno de los supuestos más planteados en los trabajos que abordan la temática de los problemas de la adolescencia, mientras otras investigaciones más recientes dirigidas al estudio de la referida relación sugieren que el abandono de los estudios puede anteceder en numerosos casos al embarazo, pudiendo corresponder a otras causas entre las que señalan, las características individuales, el medio familiar o social y desajustes estructurales (23).

La pobreza es otro de los males sociales a los que se vincula el embarazo adolescente, señalándose éste en algunas sociedades como una de las causas fundamentales de la misma, lo que es cuestionado fuertemente por investigadores quienes ven en ello una manipulación política de la problemática del embarazo adolescente (24).

Entre los problemas sociales de trascendencia más relacionados al embarazo en edades temprana de la vida, se expone la desigualdad de género y la agudización de las condiciones de discriminación de las mujeres, y particularmente de las más jóvenes, así se plantea que los embarazos o los nacimientos provenientes de madres adolescentes contribuyen a perpetuar la situación de desigualdad que sufren las mujeres en la mayor parte del mundo (25).

De igual forma se encuentra explícito en los referidos planteamientos, la intención de construir el embarazo adolescente como el causante de males sociales siendo para algunos autores, realmente éste una consecuencia de deformaciones estructurales en las instituciones existentes en los países (22).

## **2.5 El embarazo adolescente y la salud materno-infantil**

Uno de los elementos más recurrentemente planteados en la problematización del embarazo adolescente es que ello constituye un riesgo para la salud física y mental de la mujer, vinculado al desarrollo biológico y psicológico insuficiente de las mismas, en esta etapa de la vida.

Entre los riesgos preconceptionales se señala el establecimiento de relaciones sexuales sin protección contra un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual, lo que apunta a la sugerencia de una mayor educación sexual para los adolescentes, mejor acceso a los anticonceptivos eficientes, o de preferencia para algunos investigadores, tratar de evitar que los muy jóvenes establezcan relaciones sexuales (26).

Los riesgos obstétricos comúnmente citados, a los que se encuentran expuestas las adolescentes en mayor grado que el resto de las mujeres son los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, la anemia ferropriva y el aborto realizado en condiciones inadecuadas (22).

Si la joven lleva a término el embarazo los riesgos a los que se exponen durante el parto son: infecciones, hemorragias por desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta, desproporción céfalo-pélvica, alteraciones en la dinámica uterina, prolongación del trabajo de parto por poca cooperación de la paciente a consecuencia de su inmadurez y escasa información sobre el evento, lo que puede influir en el incremento de partos instrumentados o cesárea (27).

En sentido similar se citan implicaciones negativas para los hijos de las adolescentes, entre las más comunes aparecen nacimientos prematuros, bajo peso

al nacer, defectos congénitos, y vinculado a todo ello; mayores probabilidades de muerte en las primeras etapas de la vida (27).

La aceptación de afirmaciones de que en condiciones homogéneamente propicias, tales como un estado de salud físico y psicosocial adecuado, un mayor nivel educacional, una buena nutrición, acceso a los servicios de salud y control de la fecundidad, protección familiar, entre otros aspectos, se observa de manera decisiva la reducción de los riesgos biológicos asociados a la edad en que ocurre el embarazo adolescente, limitaría en buena medida las preocupaciones médicas más inmediatas o relacionadas con elementos biológicos, a las regiones o estratos poblacionales con menos posibilidades sociales y sanitarias (28).

En los países o regiones donde se han desarrollado suficientemente los factores que actúan como protectores, con relación a los riesgos médicos del embarazo adolescente, las preocupaciones y con ello las investigaciones pueden tomar más en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, y relacionado a ello el embarazo no deseado, inoportuno o no planificado, como indicador de la negación de dichos derechos, parece construir una prioridad de investigación de éstos países en la actualidad (22).

## **2.6 Adolescencia y embarazo no planificado.**

En la literatura especializada se identifica a la adolescencia actualmente como un estadio en el ciclo de la vida de las personas en la que se experimentan importantes cambios somáticos, psicológicos y sociales, que los exponen de manera particular, a una serie de problemas como puede ser un embarazo no deseado o no planificado.

La definición de la adolescencia dada por la Organización Mundial de la Salud, capta de manera general algunos de los referidos elementos, al plantear que la adolescencia es el período durante el cual: El individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta la madurez sexual y reproductiva (22).

- Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde un niño hasta los de un adulto.
- Se hace la transición desde un estado de dependencia socio económica total, a otro de relativa independencia.

Entre los cambios morfológicos y fisiológicos se destaca el aumento del tamaño y definición de los genitales, así como el inicio de la eyaculación en los varones y de la menarquía en las mujeres, con lo que comenzarán a estar aptos, desde el punto de vista biológico, para el establecimiento de relaciones sexuales y la procreación.

En el plano psicosociológico se destaca la adolescencia como una etapa en que se desarrollan procesos de adaptación, no exentos de crisis ante los cambios corporales, a la construcción de una nueva identidad, a la independencia de los objetos filiales, a las interacciones sociales y a desarrollos cognitivos e ideológicos existentes.

Varios autores analizan la sexualidad y vinculado a ello el embarazo de los adolescentes en relación con el desarrollo psicológico individual y la evolución social general destacando algunos factores como:

- La búsqueda de una identidad adulta en lo que lo sexual juega un papel fundamental.
- La influencia de los padres, relacionado al interés a ser normal.
- La incidencia de los medios de comunicación, que más bien estimula a las relaciones sexuales.
- La presión de los padres, maestros y representantes de instituciones vinculadas con los adolescentes, con posiciones muchas veces ambivalentes y en general coercitivas en torno a la sexualidad, que transmiten sentimientos de inseguridad y culpa e impiden el establecimiento de relaciones sexuales responsables (22).

En el plano social, la generalidad de los autores asocian la adolescencia a un período de preparación para la independencia económica, a través de la superación profesional, y la integración a la sociedad, ya no mediatizada por la familia.





La extensión de patrones de vida de la clase media de países occidentales, donde la educación escolar en edades en las que se considera adolescentes a las personas, está prácticamente generalizada hasta convertirse en una norma, cuya transgresión puede ocasionar perjuicios a las personas en etapas venideras de la vida, es un factor que frecuentemente se señala como incidente en el aplazamiento del matrimonio (24).

En contextos donde, la extensión de normas para los más jóvenes en el que los estudios han constituido un fin, bastante generalizado, para acceder en mejores condiciones al mercado laboral y posiblemente al reconocimiento social y donde por otra parte, los cambios culturales y la actitud más tolerante de las personas con respecto al mantenimiento de relaciones sexuales de los jóvenes antes del matrimonio, permiten considerar la adolescencia como una etapa de ciclo de vida en que domina la superación profesional y donde además la sexualidad con fines no reproductivos tiene una importante presencia.

Con relación al otro aspecto de central importancia para la temática aquí tratada; la condición del embarazo en las adolescentes, destaca la connotación como un evento no planificado o no deseado que se dá en la generalidad de las investigaciones a una gestación en edades tempranas, por el costo individual y social que tiene este hecho, particularmente si termina en un nacimiento (29).

En sentido opuesto al anterior supuesto, algunos autores plantean que los embarazos no planificados se presentan en las mujeres de todas las edades, no existiendo razones suficientes para pensar que las adolescentes son afectadas en mayor grado que el resto de las mujeres por la referida problemática.

Una posición intermedia al respecto consideraría las características propias de los adolescentes que pueden incidir en que se produzca un mayor número de embarazos no planificados entre éstas que en el resto de las mujeres y las implicaciones, en mayor grado negativas, de un embarazo en contextos sociales donde los patrones culturales dominantes, en correspondencia con las posibilidades institucionales, promueven la adolescencia como una etapa formativa en el ciclo de vida de las personas (24).

## CAPÍTULO II

### 2.1 HIPOTESIS

El embarazo en la adolescencia está asociado con más frecuencia a factores psicosociales como menarquía precoz, disfuncionalidad familiar, pérdida reciente de personas significativas, consumo de sustancias indebidas, ingreso a la fuerza de trabajo, migración de un familiar, que en ausencia de estos factores.

### 2.2. OBJETIVOS

#### 2.2.1. GENERAL

- ▶ Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes y los factores psicosociales asociados, en los colegios de Cuenca-Ecuador, en el periodo enero – junio 2012.

#### 2.2.2 ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes en el grupo de estudio.
- Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes según las distintas etapas de la adolescencia.
- Caracterizar a las adolescentes con y sin embarazo de acuerdo a las variables demográficas.
- Caracterizar a las adolescentes con y sin embarazo de acuerdo a las variables psicosociales asociadas.

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

- ▶ Se trató de un estudio transversal de prevalencia.

#### 3.2. ÁREA DE ESTUDIO

- ▶ La presente investigación se llevó a cabo en 11 Colegios de la ciudad de Cuenca de los 93 existentes; debido a que dichos colegios se encuentran ubicados en diferentes sectores de la ciudad, y se escogió de forma aleatoria. Además en estos establecimientos existen estudiantes con diferente nivel económico y organización familiar; por lo que nos ayudó en nuestra investigación, los mismos que son: Herlinda Toral, Gabriel Cevallos García, Alemán, Amadeo Maldonado Vásquez, María de Jesús Cordero, Manuela Garaicoa, UNE, La Asunción, La Inmaculada, Sudamericano, CEDFI de la Ciudad de Cuenca-Ecuador, durante el periodo de enero a junio del 2012.

#### 3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El universo de estudio lo conforman 50876 adolescentes matriculadas en los colegios femeninos y mixtos de la ciudad de Cuenca durante el año lectivo 2011-2012 según la coordinación zonal 6 del ministerio de educación.

#### 3.4. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa estadístico EpiDat, se realizó la determinación de la muestra por proporciones, el tamaño poblacional fue de 50876 adolescentes, nivel de confianza: 95%, precisión 3%, proporción esperada 23% dando como resultado 745 adolescentes que se incluyeron en el estudio, se agrego un 20% de proporción esperada por pérdidas y el tamaño de la muestra quedo

constituido por 895 estudiantes adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca, los cuales se asignaron por aleatorización simple.

### **3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Se incluirán en el estudio las adolescentes que fueren seleccionadas por el método de asignación de casos aleatorizados.

### **3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- ▶ Adolescentes que no firmaron el asentimiento, o cuyos padres y/o representantes legales no firmaron el consentimiento informado para la investigación.

### **3.7. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS.**

**3.7.1. Recolección de los datos.-** Para la recolección de la información, se empleó un cuestionario que incluyó las variables establecidas para el estudio, elaborado por el autor (Anexo 2).

- Primero se realizó la selección aleatorizada de 12 colegios de diferentes zonas de la ciudad de Cuenca en donde se aplicó las encuestas (anexo 2).
- Posteriormente se procedió a realizar y entregar los oficios respectivos a las autoridades de los establecimientos para que dieran acceso a la aplicación de las encuestas a las estudiantes.
- A continuación se realizó una reunión con las estudiantes que participaron en la presente investigación para que conozcan el objetivo y el proceso de llenado de las encuestas; previo a la firma del consentimiento y asentimiento informado por el representante legal y la adolescente respectivamente.
- Luego de lo expuesto se procedió al llenado y tabulación de las encuestas.
- Para la determinación de la funcionalidad familiar se aplicó el test de APGAR familiar (Anexo 3). Esta herramienta nos permitió realizar un estudio de los pilares fundamentales para una sana relación familiar, a través de preguntas

de fácil comprensión e interpretación y un puntaje que pueda evidenciarlo.

- Para garantizar la calidad de la información, los datos fueron recopilados exclusivamente por el autor del trabajo de investigación.

**3.7.2. Normas de Ética:** El presente protocolo se aprobó por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, se elaboró un documento de consentimiento informado para los padres y/o representantes legales de las adolescentes, donde se explicó detalladamente la investigación (Anexo 2).

**3.8 Plan de tabulación y análisis de datos.-** Los datos recogidos se digitalizaron en una base de datos en el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows, a partir de ésta se generaron tablas de distribuciones para todas las variables, utilizando estadística descriptiva a través de números y porcentajes. Para probar la hipótesis se utilizó estadística inferencial determinando la Razón de Prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, para significancia estadística se obtuvo el valor p.

### 3.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
<b>Embarazo adolescente</b>	Adolescente en periodo de gestación.	Biológica	Prueba de laboratorio confirmatoria de embarazo positiva, o verificación de gestación en el carnet prenatal.	Si No
<b>Edad.</b>	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Tiempo en años.	Años cumplidos.	10 – 13 años. 14 – 16 años. 17 – 19 años.
<b>Menarquía.</b>	Aparición de la primera menstruación, normal entre los 12 a 15 años.	Primera menstruación en la mujer.	Inicio de la primera menstruación.	Precoz (< 12 años). Normal (12 a 15). Tardía (> 15).
<b>Actitud hacia el embarazo</b>	Respuesta para afrontar el embarazo	Postura de la persona con embarazo.	Presencia de indiferencia, falta de responsabilidad frente al embarazo	Negativa Positiva
<b>Perdida reciente de personas significativas</b>	Pérdida de personas significativas en la vida de la adolescente	Carencia, privación de personas cercanas.	Pérdida reciente de personas significativas para la adolescente.	Si No
<b>Residencia.</b>	Lugar donde radica una persona	Hecho de vivir en lugar determinado	Lugar de residencia	Urbano Rural
<b>Migración de un familiar cercano.</b>	Desplazamiento de un miembro de la familia fuera de su hogar	Cambiar el lugar de residencia.	Desplazamiento de un miembro de la familia hacia otra ciudad o país	SI NO
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Soporte económico.</b>	Ingresos económicos que permitan solventar necesidades esenciales.	Apoyo o sostén de la economía.	Trabaja la paciente o su cónyuge, o recibe apoyo económico mínimo de sus padres o apoderados.	Padre. Madre. Adolescente. Otro.
<b>Consumo de sustancias indebid.</b>	Uso de sustancias indebid.	Consumo de drogas de forma reiterada o que sea dependiente de ella.	Consumo de drogas como alcohol, tabaco entre otras.	SI NO
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR. (APGAR familiar)</b>	Funcionalidad familiar: mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver problemas dentro del hogar, considerados como	Adaptación.  Participación.  Crecimiento.	Capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua.  Distribución de responsabilidad entre los familiares  Logro de la	a.- Funcional. (7-10).  b.- medianamente disfuncional. (4 - 6).



	determinantes en la interrelación familiar.	Afecto.  Resolución.	madurez emocional y física de la autorrealización.  Relación del cuidado y amor entre los miembros de la familia.  Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar.	c.- severamente disfuncional. (0 - 3).
--	---	----------------------------	--	---

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

Los datos fueron recopilados en el formulario que consta como anexo 1, y luego de su revisión se procedió a introducirlos en una base de datos del programa SPSS versión 18.0.

Se utilizó estadística descriptiva con distribuciones porcentuales y estadística inferencial para determinar la Razón de Prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, para significancia estadística se obtuvo el valor p.

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.

##### 4.1.1 Prevalencia de embarazo en adolescentes de colegios de Cuenca.

**TABLA N° 1**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**

Embarazo.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.	
	Numero.	Porcentaje.
<b>Presente</b>	104	11.62
<b>Ausente</b>	791	88.38
<b>TOTAL</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 1 se puede evidenciar que de un total de 895 encuestas realizadas a las adolescentes en los diferentes colegios de la ciudad de Cuenca, se encontró 104 embarazadas que corresponde al 11,62% y las adolescentes sin embarazo fueron 791 ocupando un 88,38% del total del grupo de estudio.



#### 4.1.2. Prevalencia de embarazo en adolescentes según las distintas etapas de la adolescencia.

**TABLA N° 2**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

Etapas de la Adolescencia.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada		No embarazada		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Temprana	6	5.8	227	28.7	233	26
Media	50	48.1	388	49.1	438	49
Tardía	48	46.2	176	22.3	224	25
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N°2 se observa que las adolescentes embarazadas del grupo de estudio se situaron en los diferentes porcentajes de acuerdo a la división de la adolescencia: adolescencia temprana de 10 a 13 años 5.8%, adolescencia media de 14 a 16 años el 48.1% y adolescencia tardía de 17 a 19 años el 46.2%; en lo que respecta a las adolescentes no embarazadas la adolescencia temprana 26.7%, adolescencia media 49% y adolescencia tardía 22.3%

#### 4.1.3 Caracterización de las adolescentes con y sin embarazo de acuerdo a las variables demográficas.

##### 4.1.3.1. Distribución de las adolescentes según estado civil.

**TABLA N° 3**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN SU ESTADO CIVIL.**

Estado Civil.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada		No Embarazada		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
<b>Soltera</b>	<b>62</b>	<b>59.6</b>	<b>767</b>	<b>97.0</b>	<b>829</b>	<b>92.6</b>
<b>Casada</b>	<b>24</b>	<b>23.1</b>	<b>9</b>	<b>1.1</b>	<b>33</b>	<b>3.6</b>
<b>Unión libre</b>	<b>18</b>	<b>17.3</b>	<b>15</b>	<b>1.9</b>	<b>33</b>	<b>3.8</b>
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

La tabla N° 3 demuestra que luego de haber realizado las encuestas se pudo evidenciar que en las adolescentes con embarazo su estado civil está distribuido de la siguiente manera: solteras 59.6%, casadas 23.1%, unión libre 17.3% y de las adolescentes no embarazadas el 97% son solteras, el 1.1% son casadas, el 1.9% viven en unión libre.

#### 4.1.3.2. Distribución de las adolescentes según lugar de residencia.

**TABLA N° 4**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE**  
**CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA.**

Lugar de Residencia.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada		No Embarazada		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
<b>Urbana</b>	75	72.1	631	79.8	706	78.8
<b>Rural</b>	29	27.9	160	20.2	189	21.2
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 4 evidenciamos que de las 104 estudiantes embarazadas el 72.1% viven en sector urbano y el 27.9% en el rural y de las 791 adolescentes no embarazadas el 79.8% en el sector urbano y el 20.2% en el rural.

#### 4.1.3.3 Distribución de las adolescentes según el año de escolaridad.

**TABLA N° 5**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN EL AÑO DE ESCOLARIDAD.**

Año de escolaridad.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada		No Embarazada		Total	
	Numero	%	Numero	%	numero	%
<b>Octavo</b>	6	5.8	145	18.3	151	16.8
<b>Noveno</b>	14	13.5	263	33.2	277	30.9
<b>Décimo</b>	17	16.3	263	33.2	280	31.2
<b>1° Bachillerato</b>	19	18.3	36	4.6	55	6.2
<b>2° Bachillerato</b>	24	23.1	37	4.7	61	6.9
<b>3° Bachillerato</b>	24	23.1	47	5.9	71	8.0
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N°5 se puede observar que debido a que las adolescentes encuestadas son estudiantes de diferentes instituciones educativas de la ciudad de Cuenca su nivel de instrucción está entre Educación Básica y Bachillerato detallando los resultados a continuación: de las adolescentes embarazadas se encuentran en octavo de básica el 5.8%, en noveno de básica el 13.5%, en décimo de básica el 16.3%, en primero de bachillerato el 18.3%, en segundo de bachillerato el 23.1% y en tercero de bachillerato el 23.1%; en cambio en el grupo de adolescentes no embarazadas se encuentran en octavo de básica el 18.3%, en noveno de básica el 33.2%, en décimo de básica el 33.2%, en primero de bachillerato el 4.6%, en segundo de bachillerato el 4.7% y en tercero de bachillerato el 5.9%.

#### 4.1.3.4 Distribución de las adolescentes según el soporte económico de la familia.

**TABLA N° 6**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE**  
**CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN EL SOPORTE ECONÓMICO DE LA FAMILIA.**

Soporte Económico.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada		No Embarazada		Total	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
<b>Madre</b>	<b>33</b>	<b>31.7</b>	<b>241</b>	<b>30.5</b>	<b>274</b>	<b>30.6</b>
<b>Padre</b>	<b>69</b>	<b>66.3</b>	<b>523</b>	<b>66.1</b>	<b>592</b>	<b>66.2</b>
<b>Adolescente</b>	<b>1</b>	<b>1.0</b>	<b>15</b>	<b>1.9</b>	<b>16</b>	<b>1.8</b>
<b>Otro</b>	<b>1</b>	<b>1.0</b>	<b>12</b>	<b>1.5</b>	<b>13</b>	<b>1.4</b>
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 6 que en el grupo de adolescentes embarazadas, el sostén de la familia es el padre con un 66.3% seguido por la madre con un 31.7%, por el adolescente con un 1% y por otro familiar con un 1%; en cambio en el grupo de adolescentes no embarazadas el sostén de la familia es el padre con un 66.1%, seguido por la madre con un 30.5%, por el adolescente con un 1.9% y finalmente por otro familiar con un 1.5%.

#### 4.1.3.5 Distribución de las adolescentes según la actitud frente a un embarazo.

**TABLA N° 7**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN LA ACTITUD FRENTE A UN EMBARAZO.**

Actitud Frente Al Embarazo.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada.		No Embarazada.		Total.	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Positiva	59	56.7	319	40.3	378	42.3
Negativa	45	43.3	472	59.7	517	57.7
<b>Total.</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 7 se puede observar que en este aspecto la diferencia entre porcentajes es mínima; debido a que en el grupo de adolescentes embarazadas el 56.7% toman una actitud positiva y un 43.3% negativa; mientras tanto que en el grupo de adolescentes no embarazadas el 40.3% toman una actitud positiva y un 59.7% una actitud negativa frente al embarazo.

#### 4.1.3.6 Distribución de las adolescentes según el acceso a servicios de salud.

**TABLA N° 8**  
**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN 895 ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO 2012.**  
**SEGÚN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD.**

Acceso Servicio Salud	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.					
	Embarazada		No Embarazada		Total.	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Difícil	24	23.1	142	18.0	166	18.5
Intermedio	53	51.0	445	56.3	498	55.6
Fácil	27	26.0	204	25.8	231	25.9
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

La tabla N°8 evidencia que el porcentaje de resultados de acceso a los servicios de salud se encuentran en un nivel intermedio, debido a que en el grupo de adolescentes embarazadas el 23.1% considera difícil el acceso a servicios de salud, el 51.0% Intermedio y el 26.0% Fácil; mientras que en el grupo de adolescentes no embarazadas lo consideran en un 18.0% Difícil, un 56.3% Intermedio y un 25.8% Fácil.

## 4.2. FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

### 4.2.1. Disfunción familiar asociada a embarazo en adolescentes.

**TABLA N° 9**  
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A EMBARAZO EN 895**  
**ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO**  
**2012.**  
**DETERMINACION DE LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA A**  
**EMBARAZO EN ADOLESCENTES MEDIANTE EL APGAR FAMILIAR.**

Disfuncionalidad familiar (APGAR)	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.							
	Embarazada		No Embarazada		Total	RP	IC 95%	Valor p
	Numero	%	Numero	%				
<b>Si</b>	76	73.1	295	37.7	371	3.83	2.55-5.78	0.000
<b>No</b>	28	26.9	496	62.3	524			
<b>TOTAL.</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

La tabla N°9 nos permite conocer que de las 895 adolescentes encuestadas en los colegios de la ciudad de Cuenca, a quienes se les aplicó el test de APGAR familiar ideado por Smilkstein relacionado con la disfunción familiar, se obtuvieron los siguientes resultados: 73.1 % de adolescentes embarazadas presentan disfuncionalidad familiar y un 26.9% funcionalidad familiar; mientras que el 37.7 % de adolescentes no embarazadas tiene disfuncionalidad familiar y el 62.3 % presentan funcionalidad familiar.

El factor psicosocial disfuncionalidad familiar se encontró valores positivos asociado a embarazo en adolescentes de manera estadísticamente significativa.



#### 4.2.2 Migración familiar asociada a embarazo en adolescentes

**TABLA N° 10**  
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A EMBARAZO EN 895**  
**ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO**  
**2012.**  
**MIGRACION FAMILIAR.**

Migración familiar	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.							
	Embarazada		No Embarazada		Total	RP	IC 95%	Valor p
	Numero	%	Numero	%				
<b>Si</b>	41	39.4	243	30.7	284	1.40	0.96-2.01	0.092
<b>No</b>	63	60.6	548	69.3	711			
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

La tabla N° 10 nos refleja que de las adolescentes embarazadas el 39.4% tienen familiares en el extranjero y el 60.6% no los tienen; mientras que el 30.7% de adolescentes no embarazadas tienen familiares migrantes y el 69.3% restante no lo tienen.

El factor psicosocial migración familiar no se encontró asociado a embarazo en adolescentes de manera estadísticamente significativa puesto que se obtuvo una RP 1.40 con un Intervalo de confianza del 95% (0.96 - 2.01) y un valor p 0.092.

### 4.2.3 Ingreso del adolescente a la fuerza laboral asociada a embarazo en adolescentes

**TABLA N° 11**  
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A EMBARAZO EN 895**  
**ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO**  
**2012.**  
**INGRESO DEL ADOLESCENTE A LA FUERZA LABORAL**

Ingreso Adolescente fuerza laboral.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.							
	Embarazada		No Embarazada		Total.	RP	IC 95%	Valor p
	Numero	%	Numero	%				
<b>Si</b>	12	11.5	50	6.3	62	1.75	1.003-2.91	0.049*
<b>No</b>	92	88.5	741	93.7	833			
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>			

**\*Mantel-Haenszel**

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 11 se demuestra que debido a que hoy en día se trata de erradicar el trabajo en menores de edad; en el grupo de adolescentes embarazadas el 11.5% trabajan y el 88.5% no lo hacen; mientras que en el grupo de adolescentes no embarazadas el 6.3% trabajan y el 93.7% no lo hacen.

El Ingreso del adolescente a la fuerza laboral se encontró asociado a embarazo en adolescentes de manera estadísticamente significativa puesto que se obtuvo una RP 1.75 con un Intervalo de confianza del 95% (1.003 - 2.91) y un valor p 0.049.

#### 4.2.4 Menarquía precoz asociada a embarazo en adolescentes.

**TABLA N° 12**  
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A EMBARAZO EN 895**  
**ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO**  
**2012.**  
**MENARQUIA PRECOZ.**

Menarquía Precoz.	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.							
	Embarazada		No Embarazada		Total	RP	IC 95%	Valor p
	Numero	%	Numero	%				
<b>SI</b>	44	42.3	347	43.9	391	0.94	0.65-1.35	0.834
<b>NO</b>	60	57.7	444	56.1	504			
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 12 se observa que de las adolescentes embarazadas el 42.3% tienen una menarquía precoz y el 57.7% una menarquía normal, mientras tanto que en las adolescentes no embarazadas el 43.9% tienen una menarquía precoz y el 56.1% normal.

El factor psicosocial menarquía precoz no se encontró asociado a embarazo en adolescentes de manera estadísticamente significativa puesto que se obtuvo una RP 0.94 con un Intervalo de confianza del 95% (0.65 - 1.35) y un valor p 0.834.

#### 4.2.5 Pérdida reciente de personas significativas asociado a embarazo en adolescentes.

**TABLA N° 13**  
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A EMBARAZO EN 895**  
**ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO**  
**2012.**  
**PÉRDIDA RECIENTE DE PERSONAS SIGNIFICATIVAS.**

Pérdida reciente de personas significativas	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.							
	Embarazada		No Embarazada		Total	RP	IC 95%	Valor p
	Numero	%	Numero	%				
<b>Si</b>	36	34.6	214	27.1	250	1.36	0.93-1.98	0.130
<b>No</b>	68	65.4	577	72.9	645			
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 13 nos da ha conocer que en el grupo de adolescentes embarazadas un 34.6% sufren de la pérdida de personas significativas en su vida y un 65.4% no presentan; en cambio en el grupo de adolescentes no embarazadas el 27.1% sufren de esta privación y el 72.9% restante no.

El factor psicosocial pérdida reciente de personas significativas no se encontró asociado a embarazo en adolescentes de manera estadísticamente significativa puesto que se obtuvo una RP 1.36 con un Intervalo de confianza del 95% (0.93-1.98) y un valor p 0.130.

#### 4.2.6 El consumo de sustancias indebidas como factor asociado a embarazo en adolescente.

**TABLA N° 14**  
**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A EMBARAZO EN 895**  
**ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, ENERO A JUNIO**  
**2012.**  
**CONSUMO DE SUSTANCIAS INDEBIDAS.**

Consumo sustancias indebidas	ADOLESCENTES DE COLEGIOS DE CUENCA-ECUADOR, 2012.							
	Embarazada		No Embarazada		Total	RP	IC 95%	Valor p
	Numero	%	Numero	%				
<b>Si</b>	16	15.4	68	8.6	84	1.75	1.07-2.77	0.032
<b>No</b>	88	84.6	723	91.4	811			
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100.0</b>	<b>791</b>	<b>100.0</b>	<b>895</b>			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la tabla N° 14 se observa que el consumo de sustancias indebidas como el alcohol, tabaco y otras se evidencia en el grupo de adolescentes embarazadas con un porcentaje de 15.4% afirmativo y un 84.6% negativo; en cambio en el grupo de adolescentes no embarazadas el 8.6% afirmativo y el 91.4% negativo.

El consumo de sustancias indebidas se encontró asociado a embarazo en adolescentes de manera estadísticamente significativa puesto que se obtuvo una RP 1.75 con un Intervalo de confianza del 95% (1.07 - 2.77) y un valor p 0.032.

#### 4.5. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA

TABLA N°15

##### RESUMEN DEL MODELO

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	583,267 <sup>a</sup>	,065	,126
2	557,432 <sup>a</sup>	,091	,178

Variables predictoras: (Constante), Disfuncionalidad familiar, consumo de sustancias indebidas.  
Variable dependiente: Embarazo en adolescentes.

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

Se estimó conveniente estudiar la relación entre la variable dependiente embarazo en adolescentes y las variables independientes que luego del análisis estuvieron asociadas como disfuncionalidad familiar, ingreso a la fuerza laboral, consumo de sustancias indebidas y averiguar en qué medida la variable dependiente puede estar explicada por las variables independientes y obtener predicciones en la variable dependiente.

Resumen del modelo: Nótese que sale de la ecuación la variable ingreso temprano a la fuerza laboral. Si analizamos agregadas (Tabla N°15), las dos variables independientes contenidas en el análisis (disfuncionalidad familiar, consumo de sustancias indebidas); explican el 9.1% de la varianza de la variable dependiente (embarazo en adolescentes), ya que  $R^2$  de Cox y Snell = 0.091.

**TABLA N° 16**  
**VARIABLES EN LA ECUACIÓN**

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 <sup>a</sup> Disfunción familiar (1)	1,724	,244	49,867	1	,000	5,605	3,474	9,043
Constante	-3,029	,209	209,967	1	,000	,048		
Paso 2 <sup>b</sup> Disfunción familiar (1)	2,356	,320	54,034	1	,000	10,548	5,628	19,768
Consumo de sustancias indebidas (1)	2,078	,400	26,933	1	,000	7,985	3,644	17,500
Constante	-3,691	,298	153,244	1	,000	,025		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Disfunción familiar.

b. Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Consumo de sustancias indebidas.

Variables predictoras: (Constante), Disfuncionalidad familiar, consumo de sustancias indebidas.  
Variable dependiente: Embarazo en adolescentes.

**Fuente:** Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

**Autor:** Dr. Omar Guevara Pérez.

En la Tabla N° 16, exponemos los valores absolutos de los coeficientes de regresión beta, que nos indican la importancia relativa de cada variable independiente en la ecuación de regresión.

Cuanto mayor es en valor absoluto el coeficiente de regresión estandarizado de una variable independiente, mayor peso o importancia tiene en la ecuación de regresión bajo esta consideración, las variables más importantes de mayor a menor son: disfuncionalidad familiar, consumo de sustancias indebidas.

El error típico tanto para la variable disfuncionalidad familiar, como para el consumo de sustancias indebidas es favorable ya que son menores a 1.

Existe una excelente significancia para las dos variables 0.000, el riesgo de presentar embarazo en adolescentes cuando están asociadas las dos variables es de 10.5 veces más para la disfunción familiar y 7.9 veces más para el consumo de



sustancias indebidas, lo que revela que estas variables independientes contribuyen de manera significativa a explicar lo que sucede con la variable dependiente embarazo en adolescentes, no así la variable ingreso a la fuerza laboral que salió del análisis ya que su significancia supero al 0.05 en el análisis de regresión logística binaria a pesar de estar asociada estadísticamente.



## CAPÍTULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

El embarazo en la adolescente, en la medida que no sea planeado, contribuye a acrecentar la problemática social, disfunción familiar, y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre.

En nuestro estudio se encontró una prevalencia del 11.6% de embarazos en adolescentes, este porcentaje no se pudo correlacionar con otros estudios ya que hasta el momento no se ha realizado un estudio que identifique la prevalencia de embarazos en instituciones educativas.

Con relación al estado civil encontramos en nuestro estudio que el 59.6% corresponde a adolescentes solteras, 23.1% casadas y 17.3% unión libre, al comparar con el estudio de Navia V. (33), encontramos un porcentaje casi similar en donde reporta que el 64% solteras, el 20% en unión libre y el 16% casadas y en ambos estudios no se identificó viudas, separadas o divorciadas.

Al analizar el Test de Apgar familiar de acuerdo a nuestro estudio se encontró que la disfunción familiar tiene una asociación con embarazo adolescente (RP 3.83, p 0.000, IC 95%: 2.55-5.78) se encontró en el 73.1% de las adolescentes embarazadas una familia disfuncional, en contraste con otros estudios donde se presenta en un 33% según Rangel J. (34), pero en este estudio indica una asociación directa al embarazo adolescente con aspectos de crecimiento y afecto.

Se reafirma que la disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas en las adolescentes. Analizado este estudio se identificó que la disfunción familiar constituye en realidad un riesgo que se agrava si está asociada con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil actual.

Por lo tanto las adolescentes requieren de mayor participación al momento de tomar decisiones que afecten a la familia, que se les distribuya de manera responsable, se les confiera libertad para tomar decisiones sobre su vida, de acuerdo a su grado de

madurez y bajo la supervisión de los padres. Mayor calidad del tiempo disponible para compartir, demostraciones de confianza, solidaridad y sobre todo afecto.

En la presente investigación con relación a la migración no hubo una correlación estadísticamente significativa (RP 1.40, p 0.092, IC 95%: 0.96 – 2.01) a pesar de que otros estudios realizados en países en desarrollo como cita Gonzales J. (35), hay una falta de la estructura familiar y se ven obligados a insertar nuevos miembros a su núcleo familiar, como madrastras y padrastros.

Con respecto a la menarquia precoz no se encuentra asociada de manera estadísticamente significativa (RP 0.94, p 0.834, IC 95%: 0.65 – 1.35), a pesar de otros artículos como el de Gonzales J. (35), refieren que mientras más temprana es la curiosidad y el desarrollo sexual existirá más posibilidades de tener su primera relación sexual no planificada y como consecuencia un embarazo en la adolescencia.

En relación al consumo de sustancias indebidas como factor asociado a embarazo en adolescentes, en nuestro estudio se puede determinar una relación estadísticamente significativa (RP 1.75, p 0.032, IC 95%: 1.07 – 2.77), que se relaciona a otros estudios como de Navia V. (33), en el que 33% de adolescentes admitió que se encontraban bajo efecto de alcohol o otras sustancias indebidas en momento de tener su relación sexual, aunque nuestro porcentaje corresponde apenas a un 15.4%.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES

- Mediante los resultados obtenidos de este estudio se concluye que de las 895 estudiantes de diferentes colegios de la ciudad de Cuenca, el 11.62% de las adolescentes están embarazadas, encontrándose el mayor grupo entre 14 y 16 años que corresponde a la etapa de adolescencia media.
- Con respecto a la procedencia en este grupo de estudio, la mayor parte de las adolescentes embarazadas pertenecen a la zona urbana (72.1%), a pesar de habitar en un área con los servicios de salud disponibles, éstas adolescentes refiere que el acceso a estos servicios es intermedio (51%).
- En relación al estado civil, el 59.6% de las adolescentes embarazadas son solteras, 23.1% son casadas, 17.3% permanecen en unión libre. Mientras que las adolescentes no embarazadas están solteras en un 97%, casadas en un 1.1%, unión libre 1.9%, lo que demuestra que el embarazo en la adolescencia promueve el cambio del estado civil y las consecuencias que este conlleva.
- En nuestro estudio podemos concluir que en las adolescentes embarazadas el soporte económico de la familia depende en mayor porcentaje del padre (66.3%), en la madre (31.7%), y apenas el 1% depende del adolescente.
- Con respecto a los factores psicosociales asociados planteados en la hipótesis del presente estudio, se comprobó una asociación estadísticamente significativa entre embarazo en adolescentes con la disfuncionalidad familiar ( RP 3.83, IC 95%: 2.55-5.78, p 0.000), embarazo en adolescentes y consumo de sustancias indebidas ( RP 1.75, IC 95%: 1.07- 2.77, p 0.032) y una asociación entre embarazo en adolescentes e ingreso a la fuerza laboral ( RP 1.75, IC 95%: 1.003 – 2.91, p 0.049). El análisis de regresión multivariado determinó que estos factores en conjunto explican una mayor asociación al



embarazo adolescente, excepto cuando se suma el ingreso a la fuerza laboral.

- Los factores psicosociales como menarquia precoz, migración familiar, pérdida reciente de personas significativas no presentan asociación estadísticamente significativa con embarazo adolescente, en nuestro estudio.



## 6.2 RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados de la investigación en el Ministerio de Salud Pública como proveedor de Servicios de Salud y la Universidad de Cuenca, como formadores de recursos para fomentar programas de prevención en salud familiar, salud sexual y reproductiva, poniendo énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes.
- Fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva en los colegios a través de los Departamentos de Consejería Estudiantil para promover y fomentar estilos de vida saludables e identificar a las estudiantes con factores asociados a embarazo en la adolescencia encontrados en nuestro estudio, como disfuncionalidad familiar o consumo de sustancias indebidas para prevenir a través de la consejería y tratar de modificar estos factores.
- Presentar los resultados de la investigación a los directores de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca con el objeto de que se realicen otras investigaciones sobre embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en otras poblaciones, para comparar con los resultados obtenidos en los colegios de la ciudad de Cuenca y si estos son similares implementar un protocolo regional o incluso nacional para realizar programas adecuados para prevención de embarazo en adolescentes.



## CAPÍTULO VII

### 7.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS/OPS Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2000. Disponible en: [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-plandeaccion.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-plandeaccion.pdf)
2. Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Quito – Ecuador. 2009. Pág. 21.
3. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de la Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. 2001. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
4. Organización Mundial de La Salud. Salud y desarrollo del niño y del adolescente. 2011. Disponible en: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/topics/\\_prevention\\_care/adolescent/es/](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/_prevention_care/adolescent/es/)
5. Soto O, Franco A. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. 1998. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_6\\_03/mgi02603.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi02603.htm).
6. Baeza B, Póo A, Vásquez O. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. 2007. 7R6EV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):76-81. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art02.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Boletín. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
8. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dirección de la Juventud. Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: [http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZO\\_ADOLESCENCIA-ecu.pdf](http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZO_ADOLESCENCIA-ecu.pdf)



9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo de población y Vivienda 2010. Consulta Sistema Redactan. Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
10. Riseño A, Motta I. La adolescencia existe o existen adolescentes la adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy. Departamento de Biosociología. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/risueno.pdf>
11. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006 Pág. 13-17 Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm)
12. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN, de. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-51
13. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(1).URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm)
14. Fernandez LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin03204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm)
15. Fernández LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin02204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm)
16. Serra FG, Spaciuk SM, Morales E, Arce GM, Avalos ME, Gómez VY. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2002; 115:24-25.
17. Pereira LS, Plasencia JL, Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Gineco obstetra. México. 2002; 70(6):270-274.



18. León Carmona JC, Hernández Álvarez. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. *GinecolObstet Mex.* 2002; 70 (7):320-327.
19. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *RCOG*. [en línea] 2002 [25 de noviembre de 2005]; 28(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28\\_2\\_02/gin04202.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm)
20. León P, Minassian M, Borgoño R. Embarazo adolescente. Universidad de Chile. Servicio Metropolitano Norte. Hospital Clínico de niños Roberto del Río. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5> **EMBARAZO %20ADOLESCENTE.pdf**
21. Poo A., Baeza B., Capel P., et al. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev. SOGIA* 2005; 12:17-24. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII1factoresque.pdf>
22. Gonzales, M. Aspectos teóricos para el estudio socio demográficos del embarazo adolescente. *Rev. Frontera Norte*. Vol.: 12. N° 23. (6): 65 – 85. 2000.
23. Pick de Weiss, Susan, Lucille Atkin y Noemí Ehrenfeld. Sexualidad y fecundidad adolescente. *ThePopulation Council*. 1996.
24. Luker, Kristin. "Dubious Conceptions. The politics of teenage pregnancy" . Harvard University. Cambridge. Mass. USA. 1996.
25. Zeidentein, George. "La fecundidad adolescente, la salud y la condición de la mujer" . Conferencia internacional sobre fecundidad en la adolescencia en América Latina y El Caribe. Oaxaca. México. 1989.
26. Miller, Brent C. "Families, Science and Values: Alternative views of parenting effects and adolescents pregnancy" . *Journal of Marriage and the Family*. Vol. 55. Number 1. Feb. 1993.





27. Peláez, Jorge. "Adolescente embarazada". Sociedad cubana de Obstetricia y Ginecología. Revista Sexología y Sociedad. Año 1 No.2. Septiembre 1995. La Habana, Cuba.
28. Serrano, Carlos V. "El enfoque de riesgo y la salud reproductiva del adolescente" . Conferencia internacional sobre la fecundidad en adolescentes en América Latina y El Caribe. Oaxaca.México. 1989.
29. Caldas, Stephen J. "The private and societal economic costs of teenage childbearing: The state of the research" . Population and environment. Vol.14, Number 4, March 1993.
30. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente" – Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
31. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicación Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.
32. Mendosa, J. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Rev. Archivos en medicina familiar. Vol.: 8. N° 1 (1): 27 – 32. 2006.
33. Navia, V. Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero N° 2 caja nacional de salud. Rev. Med. Vol.: 20. N° 30. Junio 2009.
34. Rangel J. y Cols. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev. Fac. Med. UNAM. Vol. 47. N° 1. Enero – febrero 2004 . Pag. 23 – 26.
35. Gonzales J. Conocimientos, actitudes y practicas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev. Salud Pública. Vol: 11 N° 1. Febrero 2009. Pag. 14 – 26.



## CAPÍTULO VIII

## ANEXOS

## ANEXO 1.

## 8.1. Formulario de recolección de la información

**UNIVERSIDAD DE CUENCA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.  
ESCUELA DE MEDICINA.  
POSTGRADO DE GINECO-OBSTETRICIA.  
PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES  
PSICOSOCIALES ASOCIADOS EN COLEGIOS DE LA CIUDAD DE  
CUENCA. ENERO A JUNIO DEL 2012.**

FORMULARIO NUMERO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil.

Soltera ( ) Casada ( ) Viuda ( )

Unión libre ( ) Divorciada ( )

Residencia: Urbana ( ) Rural ( )

Año de estudio \_\_\_\_\_

¿Existe alguna persona dentro de su familia fuera del país?

SI ( ) NO ( )

¿Quién es el soporte económico dentro de su familia? Madre ( )

Padre ( ) Adolescente ( ) Otro ( )

¿Ud. Trabaja? SI ( ) NO ( )

¿Ud. se encuentra embarazada?

SI ( ) NO ( )

¿A qué edad presentó Ud. Su primera menstruación? \_\_\_\_\_

¿Cuál es o sería su actitud frente a un embarazo en esta edad?

POSITIVA ( ) NEGATIVA ( )

¿Recientemente ha fallecido alguna persona significativa en su vida?

SI ( ) NO ( )

¿Cómo calificaría Ud. El acceso a los servicios de Salud?

Difícil acceso ( ) Intermedio ( ) Fácil acceso ( )

¿Ha usado (consumo) algún tipo de sustancia indebida (alcohol, tabaco o drogas)?

SI ( ) NO ( )

¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿, Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿Siente que su familia le quiere?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

Calificación APGAR familiar \_\_\_\_\_

Interpretación APGAR familiar \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### 8.2. Consentimiento Informado

#### UNIVERSIDAD DE CUENCA

#### FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Departamento de Posgrado de Ginecología y Obstetricia

#### ASENTIMIENTO INFORMADO

Este estudio es parte de un programa de investigación que lleva a cabo el Doctor Omar Guevara Pérez (residente de posgrado de ginecología y obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso. El objetivo del presente estudio es identificar determinantes que influyen en el embarazo en adolescentes de colegios del Cantón Cuenca.

#### Explicación del estudio

La investigación consta de un formulario que será llenado y dirigido por el investigador.

#### Riesgos

El estudio no tiene ningún riesgo para la participante.

#### Confidencialidad

Toda la información será utilizada por la investigadora. Solo aquellos que trabajan en este proyecto tendrán acceso a esta información. Una vez que los datos han sido registrados e ingresados a un computador, se identificarán por un código. Si alguno de los resultados en este estudio es publicado, no se incluirán nombres de los participantes.

#### Derechos de información

Usted no está obligado a participar en este estudio, su participación debe ser voluntaria. No perderá nada si decide no participar. Además puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, si así lo decide.

Al firmar esta hoja, usted certifica que ha leído este asentimiento y que todas sus preguntas han sido respondidas.

Yo.....

Estoy de acuerdo en participar en el presente estudio



## (Anexo 3).

## 8.3. APGAR FAMILIAR.

Para la determinación de la funcionalidad familiar se aplica el test de APGAR familiar. Esta herramienta nos permite realizar un estudio de los pilares fundamentales para una sana relación familiar, a través de preguntas y un puntaje que puedan evidenciarlo, como se resumen a continuación:

A= Adaptación

P = Participación

G= Growth, Crecimiento

A= Afecto, Amor

R= Recursos

Puntuación.- Casi siempre = 2, Algunas veces = 1, Casi nunca = 0

Significado del Test:

Familia Funcional: 7 a 10 puntos

Familia con disfunción Moderada: 4 a 6 puntos

Familia con disfunción Severa: 0 a 3 puntos.

**Formulación de preguntas.**

¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿, Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

¿Siente que su familia le quiere?

Casi nunca ( ) A veces ( ) Casi siempre ( )

Calificación APGAR familiar \_\_\_\_\_

Interpretación APGAR familiar \_\_\_\_\_