



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL  
EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL  
MISERIOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORAS**

CAJAS MINCHALA DIANA FABIOLA  
PUNIN SIGCHA RUTH SUSANA  
VERDUGO GALLEGOS ERIKA GABRIELA

**DIRECTORA**

MGTA. BERTHA SORAYA MONTAÑO PERALTA

**ASESORA**

MGTA. CARMEN LUCÍA CABRERA CÁRDENAS

**CUENCA – ECUADOR**

**2014**



---

## RESUMEN

**Antecedentes.** La adolescencia es una etapa de la vida que involucra cambios físicos y psico-sociales, la prevalencia de embarazos en esta etapa es elevada.

**Objetivo:** Identificar los impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Misereor perteneciente al cantón Gualaquiza. 2014.

**Material y métodos:** La investigación es cuali-cuantitativo el tipo de estudio es descriptivo el universo estuvo conformado por 88 embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital Misereor del Cantón Gualaquiza. Las técnicas de investigación fueron cuantitativa la entrevista, revisión documental y cualitativa el grupo focal 30 participantes, los instrumentos fueron ficha de registro, entrevista, grupo focal.

**Resultados:** Con esta investigación damos a conocer los impactos biológicos, psicológicos y sociales el 86.4% de embarazos estuvo entre las edades de 16 a 19 años, los factores predisponentes fueron: relaciones sexuales sin protección 80.7%, abuso sexual 10.2%, falta de información sobre sexualidad 54.5% menarquia temprana 26.1%, Inicio de Vida Sexual Activa precoz 5.7%; Los impactos sociales fueron que el 30.7% de adolescentes embarazadas dejaron de estudiar, el 34.1% son amas de casa, los impactos biológicos más frecuentes en la madre Infecciones Urinarias 58% y en el niño bajo peso 23,9%; los impacto psicológico, el 37.5 presentaron bajo autoestima, del 48.9% el embarazo no fue deseado.

**Conclusiones:** El embarazo en adolescentes produce impactos sociales como la deserción escolar, bajos ingresos, impactos bilógicos como Infecciones Urinarias, y el sangrado, impactos psicológicos como: bajo autoestima.

**Palabras claves:** EMBARAZO EN ADOLESCENCIA, ADOLESCENTE, FACTORES SOCIOECONÓMICOS, EVALUACIÓN DE SALUD.



---

## ABSTRACT

**Background:** Adolescence is a stage of life that involves physical and psychosocial changes; the prevalence of pregnancy at this stage is high.

**Objective:** To identify biological, psychological and social impact of teen pregnancy attending the Misereor Gualaquiza Hospital belonging to the Canton Gualaquiza 2014.

**Methods:** The qualitative and quantitative research is the descriptive type of study is the universe consisted of 88 pregnant adolescents who attended the Canton Hospital Gualaquiza Misereor. The quantitative research techniques were interview, document review and qualitative focus group 30 participants, the instruments were registration form, interview, and focus group.

**Results:** In this study we report the biological, psychological and social impacts 86.4 % of pregnancies were between the ages of 16 to 19 years, the predisposing factors were: unprotected sex 80.7 % , 10.2 % sexual abuse , lack of information sexuality 54.5 % 26.1 % early menarche , Home early Active sex Life 5.7 % ; Social impacts were that 30.7% of pregnant teenagers left school , 34.1 % were housewives, the most common biological impacts Urinary Tract Infections in the mother 58 % and 23.9 % underweight children ; the psychological impact , 37.5 had low self-esteem, 48.9 % of the pregnancy was unwanted.

**Conclusions:** Adolescent pregnancy produces social impacts as school dropouts, low income, biologicals impacts as Urinary Tract Infections, and bleeding, psychological impacts such as low self-esteem.

**Keywords:** PREGNANCY ADOLESCENCE, SOCIOECONOMIC FACTORS, HEALTH ASSESSMENT.



---

## Contenido

|  |           |
|--|-----------|
| RESUMEN .....  | 2         |
| ABSTRACT .....   | 3         |
| AGRADECIMIENTO .....                                     | 20        |
| CAPÍTULO I .....   | 21        |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>                                | <b>21</b> |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>                   | <b>22</b> |
| <b>JUSTIFICACIÓN.....</b>                                | <b>24</b> |
| CAPÍTULO II .....  | 26        |
| <b>MARCO TEÓRICO .....</b>                               | <b>26</b> |
| ANTECEDENTES: .....                                      | 26        |
| DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA .....                         | 27        |
| El periodo de la adolescencia .....                      | 27        |
| Desarrollo del adolescente.....                          | 27        |
| Desarrollo físico.....                                   | 28        |
| Desarrollo cognoscitivo .....                            | 30        |
| Desarrollo emocional.....                                | 31        |
| Desarrollo social.....                                   | 31        |
| <b>EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.....</b>                   | <b>31</b> |
| Definición de Embarazo .....                             | 31        |
| Embarazo en la adolescente.....                          | 32        |
| <b>IMPACTOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA .....</b>    | <b>33</b> |
| Factores predisponentes del embarazo precoz .....        | 33        |
| Factores determinantes del embarazo en adolescentes..... | 34        |
| 2.5.1 IMPACTO BIOLÓGICO.....                             | 34        |
| Impactos en la salud del niño.....                       | 36        |
| IMPACTOS PSICOLÓGICOS.....                               | 36        |
| Actitud hacia la maternidad de la Adolescente .....      | 38        |
| IMPACTO SOCIAL.....                                      | 39        |
| Impacto para la adolescente .....                        | 39        |
| Impacto en el hijo/a: .....                              | 40        |



---

|  |           |
|--|-----------|
| Impacto en otros miembros de la familia: .....   | 40        |
| <b>MARCO REFERENCIAL .....</b>   | <b>42</b> |
| NOMBRE DE LA INSTITUCION: .....  | 42        |
| RESEÑA HISTORICA .....   | 42        |
| MISION Y VISION DE LA INSTITUCION .....  | 44        |
| ESTRUCTURA ORGÁNICA .....  | 44        |
| ASPECTO GEOGRÁFICO.....  | 47        |
| GUALAQUIZA .....   | 47        |
| <b>CAPÍTULO III .....</b>  | <b>48</b> |
| OBJETIVOS .....  | 48        |
| Objetivo General.....  | 48        |
| Objetivos Específicos .....  | 48        |
| <b>CAPÍTULO IV .....</b>   | <b>49</b> |
| DISEÑO METODOLÓGICO.....   | 49        |
| Tipos de estudio. ....   | 49        |
| Área de estudio.....   | 49        |
| Universo- Muestra .....  | 49        |
| VARIABLES.....   | 50        |
| Operacionalización de variables .....  | 51        |
| MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....   | 58        |
| PROCEDIMIENTOS.....  | 58        |
| PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....  | 59        |
| ASPECTOS ÉTICOS .....  | 59        |
| DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....   | 60        |
| <b>CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS .....</b>   | <b>62</b> |
| TABLA 1. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según edad y etnia, Cuenca 2014.....                 | 62        |
| TABLA 2. Distribución de las 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según estado civil y religión, Cuenca 2014. .... | 62        |
| TABLA 3. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según edad y escolaridad, Cuenca 2014.....           | 63        |
| TABLA 4. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según tipo de familia, Cuenca 2014. ....             | 64        |



---

|  |           |
|--|-----------|
| TABLA 5. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según domicilio de la adolescente, Cuenca 2014.....  | 65        |
| TABLA 6. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según ocupación de los padres e ingresos familiares, Cuenca 2014.....  | 66        |
| <b>RESULTADO DE LOS IMPACTOS BIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS .....</b>  | <b>67</b> |
| TABLA 7. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según inicio de su menarquia y edad de embarazo, Cuenca 2014.....  | 67        |
| TABLA 8. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según el inicio de su vida sexual y el uso de anticonceptivos, Cuenca 2014 .....                                     | 68        |
| TABLA 9. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según concepción del embarazo, Cuenca 2014 .....   | 69        |
| TABLA 10. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según el cuidado del embarazo, Cuenca 2014.....   | 70        |
| TABLA 11. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impacto biológico en la salud de la adolescente embarazada, Cuenca 2014.....                                  | 70        |
| TABLA 12. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al hospital Miserior según impacto biológico en le salud del niño, Cuenca 2014.....  | 71        |
| <b>RESULTADO DE LOS IMPACTOS PSICO-SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR DEL CANTÓN GUALAQUIZA .....</b>  | <b>71</b> |
| TABLA 13. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico - sociales, Cuenca 2014.....   | 72        |
| TABLA 14. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico – sociales y Migración familiar, Cuenca 2014.....  | 72        |
| TABLA 15. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según aplicación de sistema de valores familiares, Cuenca 2014.....   | 73        |
| TABLA 16. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinante de la comunicación familiar, Cuenca 2014. ..   | 73        |
| TABLA 17. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según información sobre sexualidad y consecuencias de las relaciones sexuales sin anticonceptivos, Cuenca 2014..... | 74        |

---



---

|   |           |
|---|-----------|
| TABLA 18. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según la relación familiar y reacción frente al embarazo, Cuenca 2014.....                                   | 75        |
| TABLA 19. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según tipo de comunicación familiar, Cuenca 2014.....  | 76        |
| TABLA 20. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos sociales: Deserción Escolar y Ocupación de las adolescentes, Cuenca 2014.....                 | 77        |
| TABLA 21. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales embarazo deseado e intento de aborto, Cuenca 2014.....                         | 77        |
| TABLA 22. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales y la actitud de la adolescente, Cuenca 2014. ....                              | 78        |
| TABLA 23. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales y visión frente al embarazo, Cuenca 2014. ....                                 | 79        |
| TABLA 24. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales y reacción frente al embarazo, Cuenca 2014. ....                               | 80        |
| TABLA 25. Embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo, decisión de la adolescente sobre su embarazo, Cuenca 2014. ....                                  | 81        |
| TABLA 26. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente al cuidado de su hijo, Cuenca 2014. .... | 82        |
| TABLA 27. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo, miedos y fortalezas de la adolescente, Cuenca 2014.....          | 83        |
| TABLA 28. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo, fortalezas relacionado edad de embarazo, Cuenca 2014.....        | 84        |
| <b>INFORME DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL .....</b>  | <b>85</b> |
| <b>CAPÍTULO VI.....</b>   | <b>93</b> |
| DISCUSIÓN.....  | 93        |
| <b>CAPITULO VII .....</b>   | <b>98</b> |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....  | 98        |
| CONCLUSIONES .....  | 98        |
| RECOMENDACIONES.....  | 100       |

---



---

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPITULO VIII</b> .....   | <b>100</b> |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 100        |
| <b>Anexo 1</b> .....   | <b>106</b> |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO .....   | 106        |
| <b>Anexo 2</b> .....   | <b>107</b> |
| ASENTIMIENTO INFORMADO .....   | 107        |
| <b>Anexo 3</b> .....   | <b>108</b> |
| FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....   | 108        |
| <b>Anexo 4</b> .....   | <b>113</b> |
| REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA .....  | 113        |
| <b>Anexo 5</b> .....   | <b>114</b> |
| GUÍA PARA GRUPO FOCAL .....  | 114        |
| <b>Anexo 6</b> .....   | <b>115</b> |
| TABLAS ANALITICAS.....   | 115        |
| TABLAS DE RESULTADOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-<br>ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS   | 115        |
| TABLA 2 Distribución de las 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Miserior según estado civil y religión, Cuenca 2014. ....   | 115        |
| TABLA 3. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Miserior según escolaridad y nivel educativo, Cuenca 2014. ....  | 116        |
| TABLA 4. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Miserior según el tipo de familia, Cuenca 2014. ....   | 116        |
| TABLA 5. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Miserior según domicilio de la adolescente, Cuenca 2014. ....  | 117        |
| TABLA 6. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Misereor según ocupación de los padres e ingresos familiares, Cuenca<br>2014. ....                                   | 117        |
| <b>RESULTADO DE LOS IMPACTOS BIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES<br/>EMBARAZADAS</b> .....  | <b>118</b> |
| TABLA. 7 Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Miserior según inicio de su menarquia, el inicio de su vida sexual y el uso<br>de anticonceptivos, Cuenca 2014 ..... | 118        |
| TABLA 8. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Miserior según concepción del embarazo, Cuenca 2014 .....  | 118        |
| TABLA 9. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al<br>Hospital Misereor según el cuidado del embarazo, Cuenca 2014.....   | 118        |





---

|   |            |
|---|------------|
| TABLA 10. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impacto biológico en la salud de la adolescente embarazada, Cuenca 2014.....   | 119        |
| TABLA 11. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al hospital Miserior según impacto biológico en le salud del niño, Cuenca 2014.....   | 119        |
| <b>RESULTADO DE LOS IMPACTOS PSICO-SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR DEL CANTÓN GUALAQUIZA .....</b>   | <b>120</b> |
| TABLA 12. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales, Cuenca 2014. ....  | 120        |
| TABLA 13. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales y abuso sexual, Cuenca 2014. ....   | 120        |
| TABLA 14. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales, Maltrato físico Cuenca 2014.....   | 120        |
| TABLA 15. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales y rebeldía, Cuenca 2014. ....   | 120        |
| TABLA 16. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según el sistema de valores familiar, Cuenca 2014.....   | 121        |
| TABLA 17. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según información sobre sexualidad y consecuencias de las relaciones sexuales sin anticonceptivos, Cuenca 2014.....                  | 121        |
| TABLA 18. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según la relación familiar, Cuenca 2014. ....  | 121        |
| TABLA 19. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinante de la comunicación familiar, Cuenca 2014. ....  | 122        |
| TABLA 20. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos sociales: Deserción Escolar y Ocupación de las adolescentes, Cuenca 2014.....   | 122        |
| TABLA 21. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales embarazo deseado e intento de aborto, Cuenca 2014.....   | 122        |
| TABLA 22. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo según la actitud de la adolescente, Cuenca 2014. ....                                     | 123        |
| TABLA 23. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente a la visión de su embarazo, Cuenca 2014. ....                    | 123        |
| TABLA 24. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente a la reacción de la adolescente de su embarazo, Cuenca 2014..... | 123        |

---



TABLA 25. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo, decisión de la adolescente sobre su embarazo, Cuenca 2014. .... 124

TABLA 26. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente al cuidado de su hijo, Cuenca 2014. .... 124

TABLA 27. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo, reacción de los padres, Cuenca 2014. .... 124



---

**DERECHO DE AUTOR**

Cuenca, 23 de Octubre del 2014

Yo, DIANA FABIOLA CAJAS MINCHALA, autora de la tesis, "IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014" 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 Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Diana Fabiola Cajas Minchala

030228965-7



Cuenca, 23 de Octubre del 2014

Yo, RUTH SUSANA PUNIN SIGCHA, autora de la tesis, "IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014", 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 Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.



Ruth Susana Punin Sigcha  
0105277172



Cuenca, 23 de Octubre del 2014

Yo, ERIKA GABRIELA VERDUGO GALLEGOS, autora de la tesis, "IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014", 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 Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

.....  
Erika Gabriela Verdugo Gallegos

030263784-8



---

## RESPONSABILIDAD

Cuenca, 23 de Octubre del 2014

Yo, DIANA FABIOLA CAJAS MINCHALA autora de la tesis “IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISEREOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Diana Fabiola Cajas Minchala

030228965-7



Cuenca, 23 de Octubre del 2014

Yo, RUTH SUSANA PUNIN SIGCHA, autora de la tesis "IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISEREOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Ruth Susana Punin Sigcha  
0105277172



Cuenca, 23 de Octubre del 2014

Yo, ERIKA GABRIELA VERDUGO GALLEGOS, autora de la tesis “IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISEREOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

.....  
Erika Gabriela Verdugo Gallegos

030263784-8





---

## DEDICATORIA

Esta tesis dedico A DIOS por permitirme haber llegado a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y momentos más difíciles, me han enseñado a valorarte y confiar cada día más en ti.

A mis Padres Carlos Y Zaida. Porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, Todo esto va por ustedes papitos, porque admiro sus fuerzas y ganas de seguir luchando pese a sus obstáculos y por lo que han hecho de mí. Gracias por darme la vida

A mi hermano, Carlos gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, espero no defraudarte y contar siempre con tu valioso apoyo, sincero e incondicional.

A mi esposo, Marco León, quien me brindó su amor, su cariño, y su apoyo constante. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado.

A mi pequeño Xavier Adrián, por quien cada día tiene sentido mi vida y ganas de superación; Eres mi esperanza; mi alegría, mi vida te amo mi precioso.

**Diana Cajas Minchala**



## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios y a la Virgen por brindarme la constancia, perseverancia de seguir adelante con cada uno de mis proyectos pese a todas las adversidades que se han presentado y por todas las bendiciones recibidas

De manera especial dedico esta tesis a mi Hija María Juanita (+) empezamos juntas este recorrido hija pero me toco terminarlo sola, pero sé que estas a mi lado en todo momento alentándome a seguir y no desfallecer; por ti hija seguiré siempre adelante con una sonrisa frente a las adversidades que al alcanzar la meta se presenten que te sientas orgullosa de tu madre. TE AMO HIJA Y ESTO ES POR TI

Se la dedico a mis Padres Santiago y Esperanza por guiar mis pasos y estar en los momentos buenos y malos alentándome y brindándome su apoyo incondicional, a mis hermanos Catalina, Javier, Jessica (+) y Mauricio por estar siempre a mi lado a pesar de las diferencias pero sé que si algo necesito o si tengo algún problema ellos estarán ahí siempre para brindarme su apoyo los amos, a mi pareja Henry Rivera que ha sido una personal muy especial en mi vida y me ha brindado todo su apoyo. Gracias a todos los Amo.

A mis amigos/amigos con los que compartimos buenos momentos durante todo este trayecto que serán inolvidables y que me brindaron esa mano amiga cuando lo necesite, gracias a todos por su amistad y cariño.

**Ruth Susana Punin S.**



## DEDICATORIA

Con todo amor y cariño dedico mi trabajo de tesis a las personas más valiosas de este mundo quienes hicieron todo para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando creía que el camino se terminaba, por continuar apoyándome a pesar de mis errores y malas dediciones, por estar siempre conmigo en mis buenos y malos momentos. Gracias Papitos Vicky y Vichi los Amo.

A mi hermana Andrea porque a pesar de sus propias obligaciones estuvo presente incondicionalmente para cuidar de mi hijo como una verdadera madre siempre apoyándome y motivándome con sus palabras, por haberle dedicado ese tiempo a mi hijo para que yo pudiera culminar mis metas te agradezco mucho. Te adoro.

A mi hijo Dylan por ser el motor de mi vida, mi más grande y valioso tesoro, la razón por la cual quiero ser mejor cada día y el motivo para terminar mi carrera. Te amo mi flaquito.

A mi pareja Cristian por haber estado presente durante todo este trayecto, gracias por haber estado conmigo en todos los momentos. Te Amo.

**Erika Verdugo Gallegos**



## AGRADECIMIENTO

Al transitar este camino, para cumplir la meta anhelada con dedicación, empeño mutuo y con el apoyo de varias personas que nos colaboraron durante este recorrido.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas y cada una de ellas por lo que son varias no podríamos mencionarlos a cada uno de ellos.

Agradecemos a DIOS por darnos la constancia y perseverancia de seguir en marcha con este proyecto pese a los obstáculos que se nos han presentado día tras día, a nuestra Directora de Tesis Mgst. Soraya Montano Peralta, Mgst. Carmen Cabrera Cárdenas por el tiempo y entrega durante todo este tiempo culminando así con éxito nuestra tesis.

Al Dr. Fausto Tirado y a cada uno de los miembros del hospital MISEREOR por la apertura y apoyo que nos brindaron durante este trayecto, también agradecemos a cada una de las comunidades, colegios y habitantes del Cantón Gualaquiza por permitirnos realizar nuestro trabajo.

Y finalmente damos gracias a cada una de las docentes de la Escuela de Enfermería que participaron en nuestra formación académica; a nuestros compañeros y amigos de aula que fueron parte de esta etapa.



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

Los adolescentes representan una población en creciente cambio son los adultos del mañana constituyen un grupo numeroso en nuestro país; durante esta etapa se da un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos como son la aparición de caracteres sexuales secundarios entre otros cambios la conducta y actitud ante la vida sin olvidar la esfera psicológica. (1)

En esta etapa del desarrollo las circunstancias sociales actuales colocan a los adolescentes en una fuerte encrucijada, el seguir patrones de conducta o el tomar el propio rumbo en base a lo aprendido en casa; en esta población es donde puede presentarse el embarazo que en muchos de los casos no es deseado pues es producto de la falta de información o de un descuido, como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2) el embarazo en la adolescencia puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades en la vida, también menciona que la mayoría de estos embarazos se generan en países en vías de desarrollo.

Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (3) los embarazos en la adolescencia constituyen un grave problema social y afectan el desarrollo de las adolescentes y la sobrevivencia de sus hijos e hijas; además de aumentar los riesgos de complicaciones en el embarazo y en el parto que puede conducir a la muerte.

El embarazo en la adolescencia tiene varios impactos en la vida de la adolescente biológicos como: anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte peri natal, etc.; problemas psicológicos en la madre como; depresión post-parto, baja autoestima, quiebre del proyecto de vida; y una serie de desventajas sociales como; bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros (4).



Por lo anteriormente expuesto el presente trabajo de investigación pretendió determinada los impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en la adolescente que servirán como línea de bases para el diseño de acciones integrales para la prevención del embarazo adolescente y el mejoramiento de su calidad de vida.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es preocupante el incremento de adolescentes embarazadas sobre todo en nuestro medio, el cual trae al final grandes repercusiones tanto en el ámbito social, económico, biológico y psicológico de la adolescente

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de las adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

Este surge como consecuencia de un sinnúmero de causas entre las cuales pueden resaltarse: la falta de información sobre relaciones sexuales a tempranas edades, falta de uso y de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, abuso sexual, menarquia temprana entre otros.

Hoy en día este problema va acrecentando en cantidad de casos y se hace más difícil superar para las familias involucradas, esto principalmente por la pobreza en la que nuestro país vive.

En el caso concreto de nuestro cantón, no existen estudios concretos que demuestren el impacto de esta problemática que afecta principalmente a las adolescentes en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

El cantón Gualaquiza perteneciente a la provincia de Morona Santiago, cuenta con una población aproximadamente de 17.162 habitantes el 51.5% de la población es menor de 18 años, la población rural representa el 57.8% del total de la población, la población urbana representa el 42.1%. El 40% de la población pertenece a la cultura Shuar, En el año 2013 se han registrado un



total de 1138 embarazos de 10 años y mayores de 40 años de edad en el Hospital Misereor de los cuales 436 son embarazo en adolescentes que representan un porcentaje de 38.31 % del total de los registros de embarazos: contamos con una población de adolescentes entre edades de 10 a 19 años de edad de 2091 el porcentaje de embarazo es del 20.85% en este grupo de edades.

En el Hospital Misereor, no se ha investigado los impactos que produce el embarazo en las adolescentes. Por lo que la presente investigación dará a conocer estos vacíos en base a los resultados obtenidos y establecer alternativas de solución. Este estudio será de gran utilidad para el hospital Miserior, la sociedad y las adolescentes.

Por esta razón se plantea como pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Impactos Biológicos, Psicológicos y Sociales de las Adolescentes Embarazadas que acuden al Hospital Miserior del Cantón Gualaquiza. 2014?



## JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente al ser considerado un problema de salud pública debe tener un manejo adecuado, oportuno y eficaz para prevenirlo, pues básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, presentándose con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque también se presenta en otros estratos económicos de la sociedad.

El embarazo en adolescentes se ha incrementado a pesar de las medidas preventivas que se han planteado por parte del Ministerio de Salud Pública tanto así que el embarazo en adolescentes está implicado cada día más como causa principal de consulta, razón por la cual es importante saber el impacto que esta problemática tiene en las adolescentes embarazadas del cantón Gualaquiza.

La poca información que poseen los habitantes Shuar y colonos sobre salud sexual y reproductiva hacen que se presente un gran número de embarazos en esta zona. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema de salud pública, presentando un gran impacto en la vida de estos adolescentes en los aspectos biológicos como problemas en la salud de la futura madre y del niño, psicológicos como problemas familiares y de pareja, falta de comprensión rechazo y sociales como deserción escolar, rechazo de compañeros entre otros.

La presente investigación cuali-cuantitativa de tipo de estudio descriptivo se justifica por que dará un aporte científico dando a conocer los impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Misereor perteneciente al Cantón Gualaquiza, un aporte metodológico porque utiliza las técnicas cuantitativas con las cualitativas de investigación para recolectar información y un aporte social porque pretende evidenciar este problema de salud en mujeres de escaso desarrollo y porque





sirve como línea de base para el diseño de estrategias para prevenir el embarazo en adolescentes.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### ANTECEDENTES:

En el Ecuador aproximadamente el 20% de la población se encuentra entre los 10 y 19 años de edad; y la tendencia al incremento del embarazo en la adolescencia en el país es la más alta de la sub región andina (100 nacimientos por cada 1000 mujeres); además en el país 2 de cada 3 adolescentes sin acceso a la educación son madres o están embarazadas por primera vez (43% vs 11%), con una transmisión intergeneracional de la pobreza de 16% a 28%; siendo en el 67% de los casos adolescentes hijas de madres adolescentes, también menciona que el 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador; la autora define claramente el problema de esta población adolescente en nuestro país. (5)

Según datos publicados en la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica (6) en nuestro país 2080 niñas y una de cada 5 adolescentes ya son madres lo que involucra un fuerte impacto en la vida y familias de estas jóvenes.

La Organización Mundial de la Salud (2) cita los datos a nivel mundial donde, “se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y 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”.

A nivel local, Guevara (7) en el año 2013 en los Colegios de la Ciudad encontró que tras analizar 895 adolescentes la prevalencia de embarazo se ubicó en



11,62% (104 casos) siendo el 5,8% adolescencia temprana, 48,1% media y 46,2% tardía; solteras en el 59,6% y con un actitud positiva frente al embarazo en el 56,7% de los casos, además este autor concluye que el embarazo en la adolescente en la medida que no sea planificado contribuye a acrecentar la problemática social, disfunción familiar y retraso en el desarrollo educativo de la futura madre.

### **DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA**

Según la Organización Mundial de la Salud (8) la adolescencia es el periodo de tiempo en la vida que va desde los 10 a 19 años, considerándose este grupo sano. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Para la Organización Mundial de la Salud la denominación de jóvenes comprende desde los 10 a los 24 años, incluyendo por tanto la adolescencia (de 10 a 19 años) y la juventud plena (de los 19 a los 24 años).

#### **El periodo de la adolescencia**

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, derivándose de ellas trastornos psicosociales asociados como embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros (9).

Existen marcadas diferencias culturales e históricas respecto a las características y duración de la adolescencia; esta lenta transición de la niñez a la adolescencia es cada vez más temprana y la complejidad creciente de una sociedad en la que las habilidades que se exigen a los adultos son cada vez mayores, dificultosas y cambiantes. (10)

#### **Desarrollo del adolescente**

Según Iglesias (11) este periodo es donde se producen intensos cambios físicos y psicosociales que comienzan con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento.

---



Además cita que “la adolescencia es, en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. La indudable importancia de este “adiestramiento” tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos sus experiencias, no existe una relación de maestro-aprendiz; los adolescentes viven un mundo de adolescentes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos. A pesar de todo, la mayoría de los adolescentes tienen en este periodo un comportamiento normal, es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa, indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida” (11).

También resalta las transformaciones físicas y la aparición de un mayor sentido de la realidad haciendo de esta etapa crítica.

### **Desarrollo físico**

Los cambios que experimenta el adolescente en su cuerpo son en resumen: (12). Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.

- Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho; en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquia.
- Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.



- Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso fuerza, coordinación motora.

En las mujeres la pubertad se inicia uno o dos años antes que en los hombres. Los cambios fisiológicos aparecen en la adolescencia temprana teniendo una gran repercusión psicológica tanto para el adolescente como para quienes lo rodean. Estos cambios externos implican también cambios en el esquema corporal. El esquema corporal es la imagen interna que manejamos de nuestro propio cuerpo; en el período de la adolescencia una de las tareas importantes es la adaptación a la nueva imagen corporal que se adquiere, con la cual necesita identificarse y lograr una aceptación física de sí mismo. Esta imagen estará impregnada de valoraciones subjetivas en interrelación con el medio y es una parte importante de la imagen que cada uno tiene de sí mismo, así como un elemento donde se sustenta y/o expresa la autoestima (12).

Frente a estos cambios, el adolescente tiende a centrarse en sí mismo intentando adaptarse a este nuevo cuerpo que le puede producir sensaciones contradictorias. Son frecuentes las interrogantes acerca de cuán normal o no es su desarrollo y cuán atractivo puede resultar para los demás. Así también, son esperables las comparaciones y el interés creciente en la anatomía sexual y fisiológica, incluyendo preguntas acerca de la menstruación, masturbación, orgasmo, etc. (12).

Junto a esto, uno de los rasgos típicos del desarrollo físico puberal es la asincronía y la desarmonía física, gestual y motora. El adolescente puede volverse torpe con un cuerpo que desconoce. Esto aumenta la sensación de estar "desubicado" y así influir en su cambiante imagen de sí mismo, provocando a veces ansiedad y sentimientos de inferioridad. En este sentido, la aprobación o desaprobación de su cuerpo por parte de las personas más cercanas, padres, amigos, etc., influirá en forma importante (12).

Es en la adolescencia media y tardía donde se podrá ir integrando esta nueva imagen corporal. Una vez que ya se han ido experimentando la mayoría de los cambios puberales, el adolescente tiende a centrarse en hacer atractivo su



cuerpo, pasando largas horas preocupado por su estética. Como parte de la búsqueda de una identidad propia y de su expresión en la imagen corporal, es frecuente que el adolescente experimente con su apariencia física buscando diversas formas de vestirse, de peinarse, e interesándose por la moda (12).

### **Desarrollo cognoscitivo**

La madurez cognitiva del adolescente se caracteriza por lo siguiente (13):

- El adolescente es capaz de elaborar un pensamiento abstracto y mantener una actitud crítica y reflexiva ante el mundo y las experiencias vividas. El pensamiento simbólico no es su fuerte y utiliza, como en etapas anteriores, la intuición o los pensamientos mágicos como cuando era niño
- Tiene una imaginación desbordante y tiende a la ensoñación. Sus pensamientos se centran en todo aquello que desea y no tiene.
- La capacidad memorística está ligada a sus emociones, recuerda y aprende lo que le interesa y motiva.
- Puede comprender conceptos muy abstractos artísticos, metafísicos o filosóficos.
- La resolución de problemas cada vez está más desarrollada, utiliza la experiencia previa para buscar soluciones. Aunque a nivel escolar esta habilidad la utiliza a la perfección a nivel emocional no es siempre capaz de resolver sus propios conflictos.

En la adolescencia el individuo busca su propia identidad. El niño se ha desarrollado durante muchos años y ha sido capaz de establecer vínculos emocionales, de expresar sus sentimientos y de establecer relaciones emocionales complejas. Ha aprendido a sentir y a querer (13).

Su capacidad intelectual también ha madurado, ha aprendido como es el mundo y se ha construido una imagen del mismo. El tránsito de la infancia a la adolescencia no es fácil. La sociedad le exige cada vez más habilidades sociales, más destreza física e intelectual y una mayor adaptación a los cambios que tiene que afrontar solo. Si durante toda la infancia la educación



que le han proporcionado familia y escuela no ha ido encaminada a fomentar estas habilidades el adolescente puede tener problemas adaptativos importantes.

### **Desarrollo emocional**

Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos. El desarrollo depende en gran parte de esta capacidad de postergación de las gratificaciones inmediatas. En la adolescencia temprana tiende a haber mayor labilidad emocional y descontrol de impulsos, en la adolescencia media es la etapa en la que los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse "víctima" de las circunstancias a sentir un mayor autocontrol (12).

### **Desarrollo social**

El desarrollo social no es lo mismo en hombres y mujeres porque hay diferencias biológicas y porque la crianza suele ser distinta. También es diferente según las oportunidades que las personas tienen, y que pueden ser distintas, por ejemplo, si se es el mayor o menor en una familia, si se vive en una ciudad o en el campo, si se pertenece a una familia con más o con menos medios económicos, o si se pertenece a un cierto grupo étnico o cultural (14).

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE**

### **Definición de Embarazo**

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto provocando significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.



## Embarazo en la adolescente

Se lo define como: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio que si se mejoran las condiciones, podrían descender.

Para otros investigadores la disminución de la tasa de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud para alcanzar, la cobertura que el problema demanda.

Según el Ministerio de Sanidad y consumo Español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzaran 400,000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales, para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto; en lo psicosocial por las consecuencias adversas que el echo tiene sobre la adolescente y su familia.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación





problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis.

## IMPACTOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

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 (7,14).

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (15).

### Factores predisponentes del embarazo precoz

1. Menarca Temprana, otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo
2. Inicio precoz de Relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención
3. Familia Disfuncional: uni parenterales o con conductas promiscuas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor tolerancia del miedo a la maternidad
5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que priorizar alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la

joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida que les lleva a creer que no se embarazan por qué no lo desean.
7. Fantasía de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad piensa que son estériles.
8. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: solo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
9. Controversia entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas
10. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

### Factores determinantes del embarazo en adolescentes

1. Relaciones sin anticoncepción
2. Abuso sexual

#### 2.5.1 IMPACTO BIOLÓGICO

El cuerpo de la adolescente no está completamente desarrollado por lo que de forma general se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente debido a los siguientes problemas presentes que en la literatura se describen (14).

1. **Metrorragia:** ocurren un 16.9% de las adolescentes
2. **Abortos espontáneos:** Leroy y Brams detectaron un 28.2 de abortos espontáneos en las adolescentes.
3. **Embarazo extra Uterino:** Según Aumerman ocurre en el 0.5% de las gestantes embarazadas y en el 1.5% de las adultas



4. **Anemia:** Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica.
5. **Infecciones Urinarias:** hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23%.
6. **Amenaza de parto pretérmino:** afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.
7. **Hipertensión Arterial Gravídica:** complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del tercer mundo puede alcanzar un 18.2% de pre eclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores esta incidencia es doble entre las primigravidas entre 12 y 16 años.
8. **Mortalidad fetal:** no parece haber diferencias significativas entre la adolescencia y las adultas.
  1. **Parto prematuro:** es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, medicas, sociales, psicológicas)
  2. **Crecimiento Intrauterino Retardado:** quizás por inmadurez biológica materna y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la mortalidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.
  3. **Presentaciones fetales Distócicas:** La presentación de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes.

4. **Desproporción Cefalo-pelvica:** Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propio de la madurez

### Impactos en la salud del niño

1. **Peso:** no existe diferencias significativas con relación a la de mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la mortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de los bajos pesos, con una prevalencia cercana de 14% de RN con menos de 2500g.
2. **Intervenciones en neonatología:** los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a neonatología sin diferencia entre las edades de las adolescentes
3. **Malformaciones:** se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%) siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones y con un número importante de retraso mental por vida.
4. **Mortalidad perinatal:** su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4%) hasta los 16 años y 30.7% entre las mayores de 19 años.
5. 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).

### IMPACTOS PSICOLÓGICOS

La mujer desarrolla un cuadro de estrés asociado a depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Por la presión de la responsabilidad asociada a la maternidad que debe enfrentar sola en la mayoría de los casos por abandono



de la pareja quien no asume su rol de padre ante la presencia del embarazo, esto por supuesto trae como factores de riesgo el homicidio que en la mayoría de los casos son mujeres maltratadas durante el embarazo. (18)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija -madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

Los problemas fundamentales de salud se desplazan hacia la incidencia en el bienestar de la adolescente de los factores psicosociales asociados a los conflictos en la familia de origen, de procreación y al impacto psicológico que significa tener un hijo en edades en las que no se está preparada ni psíquica ni socialmente para enfrentar esa responsabilidad. Es también un problema de salud en tanto afecta un proyecto de reivindicación del sujeto femenino asociado a un mayor bienestar psicosocial para la mujer. (17)

Reyes (18) menciona que las consecuencias de un embarazo precoz son:

- La familia se ve en la necesidad de apoyar a la madre tanto emocional como económicamente.
- Se generan sentimientos encontrados acerca del embarazo. Preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto o enojo por asumir la maternidad: este compromiso implica un sacrificio y abandono de muchas actividades que deben ser parte del desarrollo normal de los adolescentes.
- Surgen problemas de comunicación y en la estabilidad emocional de la pareja. En algunos casos puede llevarse al extremo con violencia física y emocional.
- Familiares externos intervienen en la relación de pareja y asumen roles que no les corresponden.
- Los adolescentes sienten culpa, remordimiento y baja su autoestima por haber fallado a los padres.



### Actitud hacia la maternidad de la Adolescente

El embarazo en la adolescente es una crisis que se impone a la crisis de la adolescencia, comprenden profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la motividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

1. En la adolescencia temprana con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores de parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformara en madres. Muchas veces cuando el embarazo ocurre por abuso sexual la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, no tienen lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, por lo que queda a cargo de los abuelos
2. En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años como ya tiene establecido la identidad de género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que “dramaticen” la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentir posesiva del feto, utilizando como “poderoso instrumento” que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen a los dolores de parto pero también temen por la salud de su hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de su compañero. Si el

padre del bebe la abandona es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aun durante el embarazo.

3. En la adolescencia tardía luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas de ellas, el papel de madre joven; la crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes

### **IMPACTO SOCIAL**

Según Freire (16) la maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Según Orienti (19) el embarazo adolescente trae consigo una serie de consecuencias sociales como son: conducta delictiva o agresiva, uso de drogas sociales o ilícitas, pobreza, analfabetismo, hacinamiento, promiscuidad, desconocimiento/poco acceso a métodos anticonceptivos, alto grado de influencia de los medios de comunicación, embarazos anteriores, hija o hermana de madre adolescente, abuso sexual, maltrato o violencia doméstica, baja autoestima, ausencia de proyecto de vida, aislamiento o exclusión social, situación familiar, tendencia suicida entre otras.

En todos los estratos sociales, incluso en aquéllos en los que se da una mayor tolerancia, la adolescente embarazada puede recibir maltratos de todo orden, en la familia, en el colegio y en los círculos sociales. Contra la ley, se la obliga a abandonar el colegio. La familia la encierra en la casa porque teme ser objeto de maleficencias (19).

#### **Impacto para la adolescente**

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo. Lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.



Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menos duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

### **Impacto en el hijo/a:**

La maternidad temprana puede afectar el desarrollo psicosocial del bebé y es muy probable que tenga problemas en su desarrollo y comportamiento. Debido a las madres adolescentes no suelen estimular a sus bebés con comportamientos afectivos como caricias, sonrisas y comunicación verbal, y carecen de sensibilidad y aceptación para sus necesidades.

- Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud por su condición de extramatrimoniales o porque sus padres no tienen trabajos que cuenten con ellos.
- Igualmente se ha notado que estos bebés tienen un desarrollo académico muy pobre en su niñez y muchos de ellos dejan la escuela antes de graduarse de secundaria, se retrasan en sus estudios o tienen calificaciones bajas
- Las hijas de padres adolescentes es muy probable que sean a su vez, madres adolescentes y los varones de padres adolescentes tienen tres veces más posibilidades de estar en prisión.

### **Impacto en otros miembros de la familia:**

El embarazo y la maternidad en la adolescencia pueden tener influencia en los hermanos más jóvenes. Se ha visto que las hermanas menores de las madres adolescentes no tienen interés en la importancia de la educación y el empleo y es más probable que acepten la iniciación sexual, la maternidad y el matrimonio a edades muy jóvenes. Los hermanos menores se hacen más

---





tolerantes de los embarazos en adolescentes y nacimientos extramaritales al mismo tiempo que se hacen más susceptibles a tener comportamientos de alto riesgo.



## MARCO REFERENCIAL

**NOMBRE DE LA INSTITUCION:** "HOSPITAL MISERIOR "

### RESEÑA HISTORICA

Para la historia, podemos resumir que el primer hospital de Gualaquiza, fue una pequeña casa de paja junto a la Iglesia y como su primera enfermera Santa Mercedes Molina. En 1892, con la llegada de los salesianos, se dio inicio a una atención permanente por parte de las religiosas, quienes antes de trasladarse a estas zonas, realizaban un curso de enfermería. La presencia de un cuartel militar, hizo que brigadas médicas y enfermeras profesionales, visitaran esporádicamente Gualaquiza.

La junta cantonal construye unas dos pequeñas Casas - Hospital, en los terrenos de la actual policía nacional, las cuales sirvieron por muchos años. Para el año de 1959 gracias a la intervención de la Asistencia Social (actualmente Ministerio de Salud Pública), de la Misión Salesiana y con el entusiasmo de las autoridades y del pueblo, se coloca la primera piedra de lo que sería el nuevo Hospital de Gualaquiza. Para el año de 1960 es nombrado Director de la Misión Salesiana el padre Otto Riedmayer de nacionalidad alemana, quién en forma inmediata se apersona de la construcción del hospital y con donaciones de católicos alemanes agrupados en la organización "MISERIOR" se da gran impulso a la obra, a tal punto que para mayo de 1962 comienza a prestar servicios con consulta externa. Sin embargo la inauguración oficial del hospital se lo hace un 12 de febrero de 1964, con el nombre de la Institución benefactora.

La administración del hospital "MISERIOR" se lo confía a las religiosas salesianas. En el año de 1984, la administración del hospital pasa al Ministerio de Salud Pública, manteniéndose como Institución fisco-misional. En el año de 1989, por Decreto Ejecutivo el personal del hospital se incrementa.

Mediante Decreto Ejecutivo N° 3292 del 29 de abril de 1992, publicado en el Registro Oficial N° 932 del 11 de mayo de 1992, se establece la conformación de las Áreas de Salud como nivel básico de organización y operación



regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Es así como, en cumplimiento de este decreto en la Provincia de Morona Santiago, se conforman 7 Áreas de salud, asignándole a Gualaquiza el Área N° 2, la que se constituye como la unidad funcional del sistema regionalizado de servicios en los aspectos técnicos y administrativos. Su conformación está realizada por las Unidades operativas existentes en la zona articuladas funcionalmente dentro de circunscripciones geográficas-poblacionales definidas, en la cual se intentan desarrollar el Sistema Local de Salud, por lo tanto el Hospital "Misereor" pasa a ser una de las diez unidades operativas de la Jefatura del Área de Salud N° 2.

Desde 1997, el Área de Salud, se encuentra en un proceso de modernización de sus servicios, cuyo objetivos apuntan tanto a la transformación de su estructura física con la incorporación de nuevos pabellones, la remodelación de sus áreas de internación, administración, etc., cuanto al mejoramiento de sus procesos de atención, mediante la capacitación de su personal y a la reestructuración de su sistema administrativo.

El 13 de Octubre de 1999 mediante acuerdo ministerial N° 1726, el Ministerio de Salud Pública desconcentra la administración y gestión de Personal, transfiriendo la facultad de actuar como autoridades nominadoras y a ejercer las atribuciones que antes estaban concentradas en otras instancias administrativas a las Jefaturas de Área; como es Selección y reclutamiento de personal, calificación y evaluación de desempeño, ascensos y traslados, licencias, cese de funciones. Lo que no podrán realizar las Jefaturas de Área y que quedan bajo la competencia de la Dirección Nacional de Gestión de Personal son, reclasificación de puestos y valoración y revaloración de puestos.



## MISION Y VISION DE LA INSTITUCION

**MISIÓN:** contribuir a solucionar los problemas y necesidades de salud más frecuentes, más trascendentes y de mayor demanda que afecten a la población y medio ambiente de Gualaquiza con base en Atención Primaria de Salud (APS) y la aplicación de la atención familiar y comunitaria que conduzcan a la adaptación de una cultura de autocuidado en la población (promoción y prevención) para reducir la morbilidad general y la mortalidad prematura (especialmente infantil y materna).

**VISIÓN:** entregar servicios de salud de calidad con calidez, asentados en un modelo de gestión administrativa por procesos, con participación activa de la comunidad en los aspectos de autocuidado de la salud, con personal plenamente identificado en sus roles que utilice métodos prácticos, científicos y socialmente aceptados, con cumplimiento de las normas de atención.

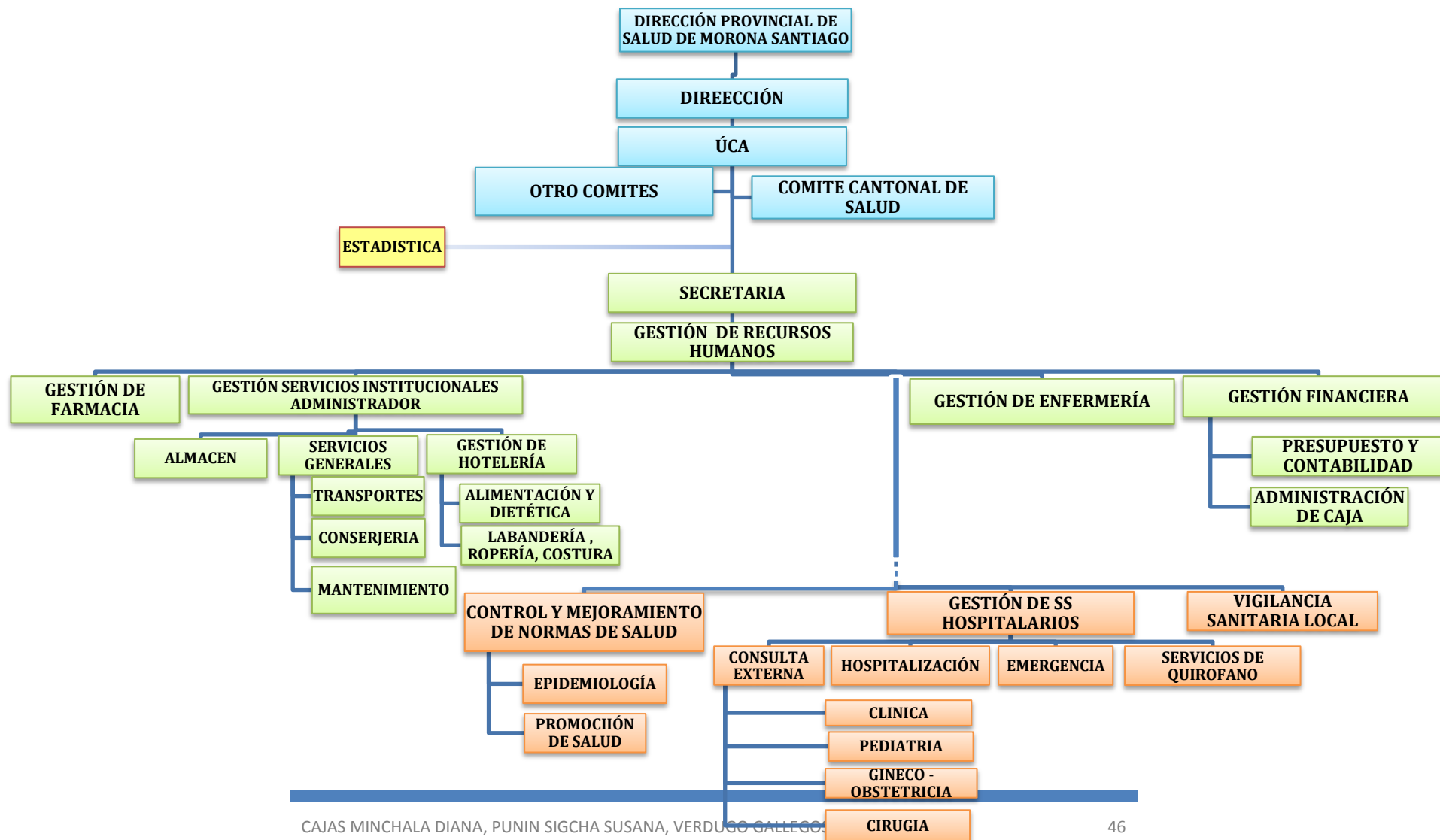
## ESTRUCTURA ORGÁNICA

1. **Nivel Legislativo Directivo.-** Es el máximo nivel de dirección, está conformado por el Director Provincial de Salud; son los que dictan las políticas y reglamentos.
2. **Nivel Ejecutivo.-** este nivel está conformado por la Unidad de Conducción de Área (UCA) el cual será nombrado por el nivel Legislativo-Directivo y es responsable de la gestión operativa.
3. **Nivel Asesor.-** Está conformado por un profesional jurídico y está encargado de las situaciones laborales y las relaciones judiciales. Será contratado cuando la empresa necesite.
4. **Nivel de Apoyo.-** Este nivel conforma todos los puestos de trabajo que tienen relación directa con las actividades administrativas del Hospital.
5. **Nivel Operativo.-** Este nivel está conformado por los puestos de trabajo que tienen relación directa con la atención al público.





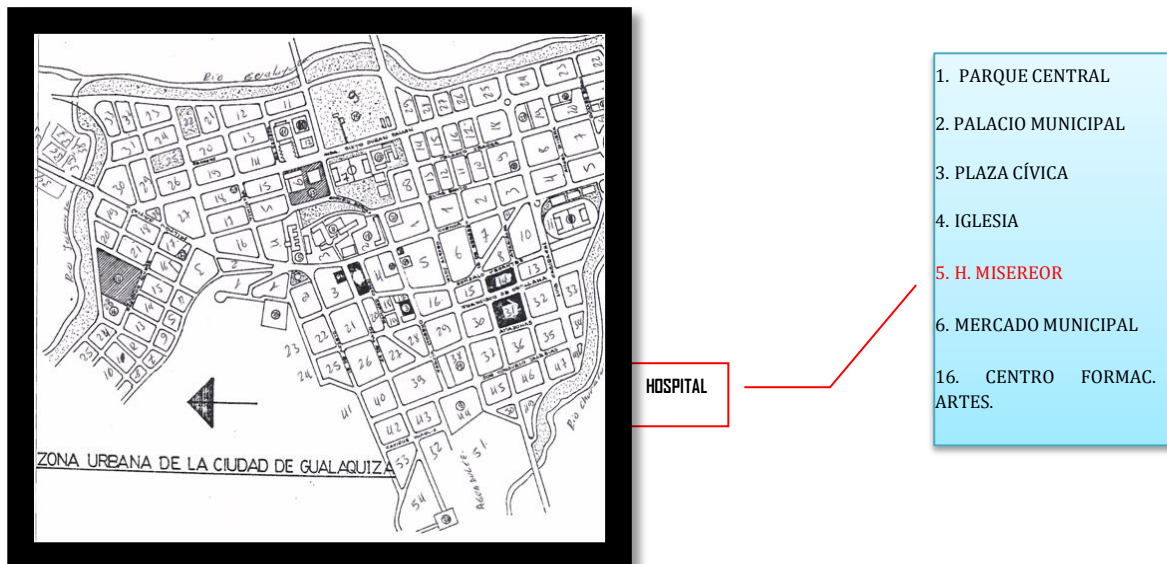
### ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL "MISEREOR", CANTÓN GUALAQUIZA



## ASPECTO GEOGRÁFICO

### DATOS GENERALES

La ubicación del Hospital “Misereor” es en el centro de la ciudad de Gualaquiza, en la calle Cuenca sin número y 16 de agosto, cerca de la Iglesia María Auxiliadora.



## GUALAQUIZA

Es el cantón más meridional de los doce que conforman la provincia de Morona Santiago, en Ecuador. Su cabecera es la ciudad de Gualaquiza. Limita al norte con el cantón San Juan Bosco, al sur con la provincia de Zamora Chinchipe, al este con la República del Perú y al oeste con la provincia del Azuay.

Fue creado en 1944, como parte de la provincia de Santiago Zamora. En 1953, pasó a formar parte de la nueva provincia de Morona Santiago.

Lugar turístico ya que es rico en flora y fauna, abundante en naturaleza, encanto en cada parte y belleza arquitectónica, calles adoquinadas originales de 1953, con una gastronomía típica del lugar, lugares turísticos tales como Bomboiza, lugar de Shuaras y artesanías autóctonas de la misma cultura ancestral, balnearios naturales como el ideal, entre otros de suma importancia del cantón, es comercial y una fuente de capitalización es el turismo y sus artesanías, ayudados por el comercio.



## CAPÍTULO III

### OBJETIVOS

#### Objetivo General

Identificar los impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Misereor del Cantón Gualaquiza. 2014.

#### Objetivos Específicos

1. Analizar las características socioeconómicas y culturales en adolescentes embarazadas.
2. Describir los impactos biológicos de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Misereor perteneciente al Cantón Gualaquiza.
3. Identificar el impacto psico-social de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Misereor perteneciente al Cantón Gualaquiza.





## CAPÍTULO IV

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### Tipos de estudio.

El tipo de Investigación que se realizó fue cuali-cuantitativa en la que se cuantificó y determinaron los impactos biológicos, psicológicos, y sociales del embarazo en las adolescentes que acudieron al hospital Misereor del Cantón Gualaquiza mediante el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas.

#### Área de estudio.

El estudio se llevó a cabo en el cantón Gualaquiza, Provincia de Morona Santiago ubicada a 137 km desde la ciudad de Cuenca.

#### Universo- Muestra

##### Universo

Se tomaron como base una población de 436 adolescentes embarazadas que han acudido a los controles prenatales en el 2013 y una muestra obtenida por muestreo por selección según los criterios del investigador en los meses de abril, mayo y junio.

##### Muestra

La muestra fue obtenida por muestreo por selección según los criterios del investigador de las adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor durante los meses de, mayo, junio y julio.

Se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de la muestra según Pita Fernández:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$  (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)



- d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

$$n = \frac{109 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (109 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{109 * 3.8416 * 0.25}{0.0025 * 108 + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{108.870944}{1.2304}$$

$$n = 88 \text{ adolescentes embarazadas}$$

## VARIABLES

**EMBARAZO ADOLESCENTE:** embarazo que ocurre durante el tiempo comprendido entre la menarca hasta los 17 años cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.

**CONDICIONES SOCIO ECONÓMICAS:** el nivel socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

**IMPACTO:** efectos potenciales del embarazo sobre la salud de las adolescentes y la distribución de dichos efectos sobre la adolescente embarazada.



Operacionalización de variables

| VARIABLES                   | DEFINICIÓN  | DIMENSIÓN                 | INDICADOS             | ESCALA                   |
|-----------------------------|---|---------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <b>EMBARAZO ADOLESCENTE</b> | Embarazo que ocurre durante el tiempo comprendido entre la menarca hasta los 17 años cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen | 1. Factores Determinantes | 1. Edad               | 1. Menor de 13 años      |
|                             |   |                           |                       | 2. De 13 a 15 años       |
|                             |   |                           |                       | 3. De 16 a 19 años       |
|                             |   |                           | 2. Estado Civil       | 1. Soltera               |
|                             |   |                           |                       | 2. Casada                |
|                             |   |                           |                       | 3. Unión libre           |
|                             |   |                           | 3. Como se identifica | 1. Mestiza               |
|                             |   |                           |                       | 2. Shuar                 |
|                             |   |                           | 4. Religión           | 1. Católica              |
|                             |   |                           |                       | 2. Evangélica            |
|                             |   |                           |                       | 3. Ninguna               |
|                             |   |                           |                       | 4. Otra                  |
|                             |   |                           | 5. Escolaridad        | 1. Primaria incompleta   |
|                             |   |                           |                       | 2. Primaria completa     |
|                             |   |                           |                       | 3. Secundaria incompleta |
|                             |   |                           |                       | 4. Secundaria completa   |
|                             |   |                           | 6. Tipo de Familia    | 1. Nuclear               |
|                             |   |                           |                       | 2. Ampliada              |
|                             |   |                           |                       | 3. Uniparenteral         |
|                             |   |                           |                       | 4. Desestructurada       |



UNIVERSIDAD DE CUENCA

|                            |   |                                  |   |   |
|----------------------------|---|----------------------------------|---|---|
|                            |   |                                  | 7. Ocupación de tus padres                  | 1. Ama de casa<br>2. Agricultura<br>4. Lavandera<br>5. Vendedora<br>6. Otra |
|                            |   |                                  | 8. Ingreso Familiar                         | 1. Menos de 100\$<br>2. De 100 a 300\$<br>3. Más de 300 \$<br>3. Otros      |
| <b>IMPACTOS BIOLÓGICOS</b> | Efectos potenciales que pueden ocurrir en el embarazo sobre la salud de las adolescentes y el desarrollo del niño | 1. Impacto Biológico Adolescente | 1. Edad Menarca Temprana                    | 1. 8 a 12 años.<br>2. 12 a 16 años.<br>3. Mayor de 16 años                  |
|                            |   |                                  | 2. Iniciación Precoz de Relaciones Sexuales | 1. 11 a 13 años<br>2. 14 a 16 años<br>3. 17 a 19 años                       |
|                            |   |                                  | 3. Determinación de Riesgo Obstétrico       | 1. Primer grado<br>2. Segundo Grado<br>3. Tercer grado<br>4. Cuarto grado   |
|                            |   |                                  | 4. Control Prenatal                         | 1. De 1 a 4 controles<br>2. De 4 a 8 controles<br>3. Más de 8 controles     |



UNIVERSIDAD DE CUENCA

|                                  |                                  |       |                                 |       |
|----------------------------------|----------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
|                                  |                                  |       | 5. Relaciones sin protección    | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 6. Embarazo Extrauterino        | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 7. Anemia                       | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 8. ITU                          | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 9. Sangrado durante el embarazo | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 10. Amenaza parto pretérmino    | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 11. Enfermedad Hipertensiva     | 1. SI |
|                                  |                                  |       |                                 | 2. NO |
|                                  |                                  |       | 12. Aborto Espontaneo           | 1. SI |
| 2. NO                            |                                  |       |                                 |       |
| 2. Impactos Biológico en el niño | 13. Desproporción céfalo-pélvica | 1. SI |                                 |       |
|                                  |                                  | 2. NO |                                 |       |
|                                  | 14. Mortalidad Fetal             | 1. SI |                                 |       |
| 2. NO                            |                                  |       |                                 |       |
| 15. Bajo peso                    | 1. SI                            |       |                                 |       |
|                                  | 2. NO                            |       |                                 |       |



|  |  |                         |                                    |                 |
|--|--|-------------------------|------------------------------------|-----------------|
| <b>IMPACTOS PSICO-SOCIALES</b>                         | Impactos que pueden ser negativos en la esfera social, mental de la adolescente y pueden afectar su normal desenvolvimiento, limitando su proyecto de vida tanto en el ámbito económico, como social | 1, Impacto Psico-Social | 16. Retraso de crecimiento uterino | 1. SI           |
|  |  |                         |                                    | 2. NO           |
|  |  |                         | 17. Malformaciones                 | 1. SI           |
|  |  |                         |                                    | 2. NO           |
|  |  |                         | 1. Alcoholismo                     | 1. SI           |
|  |  |                         |                                    | 2. NO           |
|  |  |                         | 2. Maltrato                        | 1. SI           |
|  |  |                         |                                    | 2. NO           |
|  |  |                         | 3. Abuso Sexual                    | 1. SI           |
|  |  |                         |                                    | 2. NO           |
|  |  |                         | 4. Falta de Información            | 1. SI           |
|  |  |                         |                                    | 2. NO           |
|  |  |                         | 5. Familiares que hayan migrado    | 1. Tu mama      |
|  |  |                         |                                    | 2. Tu papa      |
|  |  |                         |                                    | 3. Tus Hermanos |
|  |  |                         |                                    | 4. Otros        |
| 6. Choque del núcleo de valores Adolescentes-Padres    | 1. SI  |                         |                                    |                 |
|  | 2. NO  |                         |                                    |                 |
| 7. Tus padres dedican tiempo para conversas en familia | 1. SI  |                         |                                    |                 |
|  | 2. NO  |                         |                                    |                 |
| 8. Conversas de sexualidad en casa                     | 1. SI  |                         |                                    |                 |
|  | 2. NO  |                         |                                    |                 |



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

|                                     |       |  |  |                         |
|-------------------------------------|-------|--|--|-------------------------|
|                                     |       |  | 9. Desconocimiento del efecto de tener relaciones sexuales tempranas | 1. SI                   |
|                                     |       |  |  | 2. NO                   |
|                                     |       |  | 10. Falta de Información   | 1. SI                   |
|                                     |       |  |  | 2. NO                   |
|                                     |       |  | 11. Reacción Familiar  | 1. Aceptación y apoyo   |
|                                     |       |  |  | 2. Aceptación y rechazo |
|                                     |       |  |  | 3. Indiferencia         |
|                                     |       |  |  | 4. Otra                 |
|                                     |       |  | 12. Abandono Escolar   | 1. SI                   |
|                                     |       |  |  | 2. NO                   |
|                                     |       |  | 13. Ocupación  | 1. Ama de casa          |
|                                     |       |  |  | 2. Estudiante           |
|                                     |       |  |  | 3. Agricultura          |
|                                     |       |  |  | 4. Vendedora            |
|                                     |       |  |  | 5. Lavandera            |
|                                     |       |  |  | 6. Otra                 |
| 14. Su embarazo actual fue deseado. | 1. SI |  |  |                         |
|                                     | 2. NO |  |  |                         |
| 15. Intento de Aborto               | 1. SI |  |  |                         |
|                                     | 2. NO |  |  |                         |
| 16. Déficit Autocuidado de          | 1. SI |  |  |                         |
|                                     | 2. NO |  |  |                         |



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|   |  |  | <b>17. Baja Autoestima</b>                     | 1. SI  |
|   |  |  | 2. NO  |  |
|   |  |  | <b>18. Como asume el embarazo</b>              | 1. Obligación – compromiso                     |
|   |  |  |  | 2. Salida de problemas                         |
|   |  |  |  | 4. Otra  |
|   |  |  | <b>19. Como se sintió al estar embarazada.</b> | 1. Alegre                                      |
|   |  |  |  | 2. Temerosa                                    |
|   |  |  |  | 3. Alegre - Angustiosa                         |
|   |  |  |  | 4. Alegre pero con miedo                       |
|   |  |  |  | 5. Con miedo y angustiada                      |
|   |  |  |  | 5. Otra  |
|   |  |  | <b>20. Como se siente ahora</b>                | 1. Alegre.                                     |
|   |  |  |  | 2. Resignada                                   |
|   |  |  |  | 3. Rechazada                                   |
|   |  |  |  | 4. Frustrada                                   |
|   |  |  |  | 5. Otra  |
|   |  |  | <b>21. Decisión significativa más</b>          | 1. Traer al mundo al bebe                      |
|   |  |  |  | 2. Abortar                                     |
|   |  |  |  | 3. Traer al mundo al bebe y seguir estudiando  |
|   |  |  |  | 4. Traer al mundo al bebe y trabajar           |
|   |  |  |  | 5. Traer al mundo al bebe siendo madre soltera |
| 6. Traer al mundo al bebe y formar un hogar |  |  |  |  |
| 7. Otra                                     |  |  |  |  |





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

|  |  |  |                                       |  |
|--|--|--|---------------------------------------|--|
|  |  |  | 22. Dificultad de Vinculo con el hijo | 1. SI  |
|  |  |  |                                       | 2. NO  |
|  |  |  | 23. Riesgo de Adopción                | 1. SI  |
|  |  |  |                                       | 2. NO  |
|  |  |  | 24. Cuales son tu miedos              | 1. No contar con el apoyo de tu pareja                         |
|  |  |  |                                       | 2. Que tus padres te rechacen por el hecho de estar embarazada |
|  |  |  |                                       | 3. No contar con el apoyo de tus padres ni de tu pareja        |
|  |  |  |                                       | 4. No poder terminar tus estudios                              |
|  |  |  |                                       | 5. No tener dinero para satisfacer las necesidades de tu hijo  |
|  |  |  |                                       | 6. No tener acceso a los servicios de salud                    |
|  |  |  |                                       | 7. Ser rechazada por familiares y amigos                       |
|  |  |  |                                       | 8. Otra  |
|  |  |  | 25. Cuáles son tus fortalezas         | 1. Contar con el apoyo de tu pareja                            |
|  |  |  |                                       | 2. Aceptación y apoyo por parte de tus padres                  |
| 3. Apoyo por parte de tu pareja y tus padres |  |  |                                       |  |
| 4. Apoyo por parte de familiares / amigos    |  |  |                                       |  |
| 5. Acceso a los servicios de salud           |  |  |                                       |  |
| 6. Otra                                      |  |  |                                       |  |



## MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El método utilizado fue de tipo cuali-cuantitativa, con diseño de tablas estadísticas simples de frecuencias relativas y porcentajes.

Los instrumentos empleados fueron formularios y guías.

Las Técnicas utilizadas en la aproximación a la población son la entrevista, grupos focales y el análisis de las historias clínicas.

1. **Entrevista:** realizamos una plática en la que planteamos una serie de preguntas sobre el tema. Para ejecutarla adecuadamente debimos tener previamente elaborado un guion y estuvimos listas para hacer preguntas en función de las respuestas de las adolescentes entrevistadas.
2. **Grupos Focales:** en este grupo participaron 30 adolescentes embarazadas donde se indago más sobre el tema y se interpretó fenómenos ocultos a través de la observación de sentido común. Además, se interpretó en profundidad y se detalló los hechos, dando a conocer comportamientos sociales y prácticas cotidianas.
3. **Revisión Documental:** se revisaron las historia clínica con la finalidad de saber si se presentó alguna complicación durante los controles y saber más sobre la salud de la madre y del feto

## PROCEDIMIENTOS

**Autorización:** para realizar la presente investigación se tuvo la autorización del director del Hospital Misereor de Gualaquiza, los padres de familia y de las adolescentes.

Con la coordinación y ayuda del Director del Hospital, se realizó las encuestas de casa en casa o en el hospital, previa presentación, consentimiento y asentimiento informado para evitar el rechazo u oposición de los mismos, se obtuvo los datos necesarios; en algunas viviendas no se encontraron personas por lo que se tuvo que regresar al siguiente día.

Después de realizadas las encuestas, se procedió a tabular información para analizar los datos en SPSS, Excel y presentar el informe de la presente investigación.



### **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los programas estadísticos utilizados fueron Excel, SPSS versión 19, las medidas estadísticas que se emplearon son: frecuencia y porcentaje presentados en tablas, la tabulación se realizó mediante tablas simples y cruzadas; finalmente el análisis se realizó con la estadística descriptiva.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

Los datos recolectados estarán a disposición de la Facultad de Ciencias Médicas para comprobación de los mismos si fuese necesario, no causó daño ni tuvo costo alguno para los encuestados, teniendo en cuenta que la población en estudio se podía retirar en el momento que ellos lo desearan.

El consentimiento informado y el asentimiento informado se presentó en cada una de las encuestas (ver anexo N°1).



## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES:** Se llama embarazo en la adolescencia al embarazo que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.

**ADOLESCENCIA:** Es la etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia. El término proviene de la palabra latina adolescentia.

**FACTOR SOCIO-ECONOMICO:** Los factores socio-económicos son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida. También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios. Los organismos de seguridad del país, por ejemplo, siempre citan los factores socio-económicos de la pobreza relacionados con el alto nivel de crímenes.

**EVALUACION DE SALUD:** La OMS define la evaluación del impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.



# RESULTADOS

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS****TABLA 1. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según edad y etnia, Cuenca 2014.**

| <b>EDAD</b>            | <b>ETNIA</b>   |              | <b>TOTAL</b>      |                   |
|------------------------|----------------|--------------|-------------------|-------------------|
|                        | <b>Mestiza</b> | <b>Shuar</b> | <b>FRECUENCIA</b> | <b>PORCENTAJE</b> |
| <b>De 13 a 15 años</b> |                | 11           | 11                | 12,5              |
| <b>De 16 a 19 años</b> | 62             | 14           | 76                | 86.4              |
| <b>Menor de 13</b>     |                | 1            | 1                 | 1,1               |
| <b>Total general</b>   | 62             | 26           | 88                | 100%              |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E.

**ANÁLISIS:** En el estudio evidenciamos que la mayor frecuencia de adolescentes embarazadas se presentó en 62 casos entre las edades de 16 a 19 años de edad que pertenecen a la etnia mestiza, lo que muestra que la mayor incidencia de embarazos se encuentran en la etnia mestiza, y la edad en la que el embarazo adolescente es prevalente corresponde a la adolescencia media; lo que coincide con la etnia shuar en la que el embarazo se presenta en mayor porcentaje a la misma edad, esto se transforma en un factor de riesgo por que produce impactos biológicos, psicológicos y sociales que afectan la salud y bienestar de la adolescente.

**TABLA 2. Distribución de las 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según estado civil y religión, Cuenca 2014.**

| <b>ESTADO CIVIL</b>  | <b>RELIGION</b> |                   |                |             | <b>Total general</b> |
|----------------------|-----------------|-------------------|----------------|-------------|----------------------|
|                      | <b>Católica</b> | <b>Evangelica</b> | <b>Ninguna</b> | <b>Otra</b> |                      |
| <b>Casada</b>        | 2               |                   |                |             | 2                    |
| <b>Soltera</b>       | 26              |                   |                |             | 26                   |
| <b>Union Libre</b>   | 47              | 4                 | 4              | 5           | 60                   |
| <b>Total general</b> | 75              | 4                 | 4              | 5           | 88                   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANÁLISIS:** Podemos apreciar en esta tabla que 60 adolescentes se encuentran en el estado civil de unión libre, de las cuales 47 son de religión católica, además 2 adolescentes son de estado civil casadas y profesan la religión católica, lo que muestra que no existe relación entre el embarazo adolescente con la religión y el estado civil.

Como podemos apreciar el embarazo en adolescentes está relacionado con la posibilidad de contar con una pareja que le de sustento afectivo, económico y social asumiendo nuevos roles, como consta en el marco teórico.

**TABLA 3. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según edad y escolaridad, Cuenca 2014.**

| ESCOLARIDAD                  | EDAD            |                 |                  | TOTAL  |
|------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|--------|
|                              | De 13 a 15 años | De 16 a 19 años | Menor de 13 años |        |
| <b>Secundaria completa</b>   | 0               | 21              | 0                | 21     |
|                              | 0,0%            | 23,9%           | 0,0%             | 23,9%  |
| <b>Secundaria incompleta</b> | 9               | 42              | 0                | 51     |
|                              | 10,2%           | 47,7%           | 0,0%             | 58,0%  |
| <b>Primaria completa</b>     | 1               | 6               | 1                | 8      |
|                              | 1,1%            | 6,8%            | 1,1%             | 9,1%   |
| <b>Primaria incompleta</b>   | 1               | 7               | 0                | 8      |
|                              | 1,1%            | 8,0%            | 0,0%             | 9,1%   |
| <b>TOTAL</b>                 | 11              | 76              | 1                | 88     |
|                              | 12,5%           | 86,4%           | 1,1%             | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANÁLISIS:** Se observa en la tabla que 42 adolescentes que corresponden al 47.7% se embarazan entre las edades de 16 a 19 años de edad con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta lo que indica que las adolescentes tienen un buen nivel de estudios, convirtiéndose esto en un factor protector.

El resultado encontrado se contrapone a los resultados de otros estudios en los que refieren que cuando el nivel de escolaridad es menor existe una mayor incidencia de embarazo adolescente; ocurriendo lo contrario como se observa en la tabla en donde vemos que la mayor incidencia de embarazo adolescente es en adolescentes con mayor escolaridad.

**TABLA 4. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según tipo de familia, Cuenca 2014.**

| TIPO DE FAMILIA        | EDAD            |                 |                  | TOTAL  |
|------------------------|-----------------|-----------------|------------------|--------|
|                        | De 13 a 15 años | De 16 a 19 años | Menor de 13 años |        |
| <b>Ampliada</b>        | 0               | 21              | 0                | 21     |
|                        | 0,0%            | 23,9%           | 0,0%             | 23,9%  |
| <b>Uniparental</b>     | 3               | 12              | 0                | 5      |
|                        | 3,4%            | 13,7%           | 0,0%             | 17,1%  |
| <b>Nuclear</b>         | 8               | 30              | 1                | 35     |
|                        | 9,0%            | 38,6%           | 1,1%             | 48,8%  |
| <b>Desestructurada</b> | 0               | 9               | 0                | 9      |
|                        | 0,0%            | 10,2%           | 0,0%             | 10,2%  |
| <b>TOTAL</b>           | 11              | 76              | 1                | 88     |
|                        | 12,5%           | 86,4%           | 1,1%             | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANÁLISIS:** en esta tabla se observa que las adolescentes pertenecen a un tipo de familia nuclear con un 48.8% correspondiendo al 38,6% las adolescentes entre las edades de 16 a 19 años, mientras que el 10.2% de adolescentes entre las edades de 16 a 19 años de edad pertenecen a familias desestructuradas.

Como vemos en nuestra investigación la información recolectada no está en relación con otros estudios en los que indican que el mayor número de embarazos en adolescentes ocurre en familias desestructuradas en las que no cuentan con la presencia de un modelo familiar; pero en este estudio observamos lo contrario, la mayor incidencia de embarazos se encuentra en familias de tipo nuclear lo que está relacionado con las características de la familia son permisibles, no hay una buena comunicación, faltan normas de autoridad, educación y respeto; características propias de disfuncionalidad familiar.



**TABLA 5. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según domicilio de la adolescente, Cuenca 2014.**

| <b>MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN</b> | <b>PROPIEDAD DE VIVIENDA</b> |               |                | <b>TOTAL</b> |
|---------------------------------|------------------------------|---------------|----------------|--------------|
|                                 | <b>Otra</b>                  | <b>Propia</b> | <b>Rentada</b> |              |
| <b>Bloque</b>                   | 2                            | 37            | 16             | 55           |
|                                 | 2,3%                         | 42,0%         | 18,2%          | 62,5%        |
| <b>Ladrillo</b>                 | 0                            | 5             | 4              | 9            |
|                                 | 0,0%                         | 5,7%          | 4,5%           | 10,2%        |
| <b>Madera</b>                   | 2                            | 14            | 5              | 21           |
|                                 | 2,3%                         | 15,9%         | 5,7%           | 23,9%        |
| <b>Otro</b>                     | 0                            | 2             | 1              | 3            |
|                                 | 0,0%                         | 2,3%          | 1,1%           | 3,4%         |
| <b>TOTAL</b>                    | 4                            | 58            | 26             | 88           |
|                                 | 4,5%                         | 65,9%         | 29,5%          | 100,0%       |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** En la tabla observamos que el 42% de adolescentes cuentan con vivienda propia, con construcción de bloque lo que podría convertirse en un factor protector sin embargo, a pesar del material de construcción, la calidad de la vivienda no es buena, pues en la visita se observó que es estrecha, poco ventilado, infraestructura sanitaria deficiente, característica de la vivienda compatible con las condiciones socioeconómica, dificultad de las familias; lo que contribuye un factor de riesgo y comprueba que uno de los factores predisponentes para el embarazo en adolescentes son las bajas condiciones socioeconómicas como cita en el marco teórico.

**TABLA 6. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según ocupación de los padres e ingresos familiares, Cuenca 2014.**

| <b>OCUPACIÓN DE LOS PADRES</b> | <b>INGRESOS FAMILIARES</b>  |                           |                             | <b>TOTAL</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|
|                                | <b>De 100 a 300 dólares</b> | <b>Más de 300 dólares</b> | <b>Menos de 100 dólares</b> |              |
| <b>Agricultura</b>             | 7                           | 1                         | 15                          | 23           |
|                                | 8,0%                        | 1,1%                      | 17,0%                       | 26,1%        |
| <b>Ama de casa</b>             | 12                          | 5                         | 15                          | 32           |
|                                | 13,6%                       | 5,7%                      | 17,0%                       | 36,4%        |
| <b>Lavandero/a</b>             | 0                           | 1                         | 0                           | 1            |
|                                | 0,0%                        | 1,1%                      | 0,0%                        | 1,1%         |
| <b>Otra</b>                    | 11                          | 7                         | 5                           | 23           |
|                                | 12,5%                       | 8,0%                      | 5,7%                        | 26,1%        |
| <b>Vendedores</b>              | 4                           | 2                         | 3                           | 9            |
|                                | 4,5%                        | 2,3%                      | 3,4%                        | 10,2%        |
| <b>TOTAL</b>                   | 34                          | 16                        | 38                          | 88           |
|                                | 38,6%                       | 18,2%                     | 43,2%                       | 100,0%       |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANÁLISIS:** El embarazo en adolescentes se presenta en estratos sociales altos y bajos aunque en mayor incidencia en estratos sociales bajos lo que se evidencia en nuestro estudio, ya que podemos observar en la tabla que el 36.4% de los padres de las adolescentes se dedican a ser amas de casa, mientras que el 1.1% son lavanderas/os; los ingresos familiares del 43,2% son menores de 100 dólares y el 18,2% poseen ingresos mayores a los 300 dólares.

Por lo que podemos decir que el mayor porcentaje de los padres de las adolescentes no poseen un trabajo estable en el que podrían ganar su salario mensual, limitándose a percibir un sueldo mínimo al estar realizando ocupaciones en las cuales no reciben ni el sueldo básico, convirtiéndose esto en un factor de riesgo para la adolescente embarazada y el cuidado del niño, lo que podría incidir para el quiebre del proyecto de vida y el abandono de los estudios en parte de las adolescentes.



Lo cual está en relación con otros estudios citados en la discusión de casos en los que refieren que el mayor número de embarazos en adolescentes se encuentran en niveles socioeconómicos bajos.

### RESULTADO DE LOS IMPACTOS BIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

|                        | <i>EDAD</i>            |                        |                         |              |
|------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| <i>MENARQUIA</i>       | <i>De 13 a 15 años</i> | <i>De 16 a 19 años</i> | <i>Menor de 13 años</i> | <i>TOTAL</i> |
| <i>De 12 a 16 años</i> | 6                      | 59                     | 0                       | 65           |
|                        | 6,8%                   | 67,0%                  | 0,0%                    | 73,9%        |
| <i>De 8 a 12 años</i>  | 5                      | 17                     | 1                       | 23           |
|                        | 5,7%                   | 19,3%                  | 1,1%                    | 26,1%        |
| <i>TOTAL</i>           | 11                     | 76                     | 1                       | 88           |
|                        | 12,5%                  | 86,4%                  | 1,1%                    | 100,0%       |

**TABLA 7. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según inicio de su menarquia y edad de embarazo, Cuenca 2014.**

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E



**ANALISIS:** en la tabla observamos que del 73.9% de las adolescentes que iniciaron su menarquia entre los 12 a 16 años de edad, el 67.0% de adolescentes se encuentran embarazadas entre las edades de 16 a 19 años, mientras que del 26.1% de adolescentes que iniciaron su menarquia entre las edades de 8 a 12 años el 1.1% se encuentran embarazadas. Corroborando con otros estudios evidenciamos que existe relación en la edad de inicio de la menarquia con los datos de nuestra investigación ya que de 12 a 16 años es normal el inicio de la menarca en las mujeres.

Evidenciamos también que el iniciar la menarquia en edades tempranas otorga madurez biológica pero no la madurez emocional para asumir con responsabilidad la sexualidad como se indica en el marco teórico.

**TABLA 8. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según el inicio de su vida sexual y el uso de anticonceptivos, Cuenca 2014**

| <b>INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA</b> | <b>RELACIONES SIN ANTICONCEPTIVOS</b> |             | <b>TOTAL</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------|--------------|
|                                     | <b>No</b>                             | <b>Si</b>   |              |
| <b>De 11 a 13 años</b>              | 1<br>1,1%                             | 4<br>4,5%   | 5<br>5,7%    |
| <b>De 14 a 16 años</b>              | 12<br>13,6%                           | 46<br>52,3% | 58<br>65,9%  |
| <b>De 17 a 19 años</b>              | 4<br>4,5%                             | 21<br>23,9% | 25<br>28,4%  |
| <b>TOTAL</b>                        | 17<br>19,3%                           | 71<br>80,7% | 88<br>100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos observar que del 65.9% de adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años de edad, el 52.3% comenzaron sin el uso de anticonceptivos; mientras que del 5.7% que iniciaron su sexualidad entre las edades de 11 a 13 años solamente el 1.1% utilizaron métodos anticonceptivos, lo que constituye un factor de riesgo porque no existe suficiente información sobre los métodos anticonceptivos ya que el mayor número de adolescentes inicia una vida sexual sin ninguna protección.

**TABLA 9. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según concepción del embarazo, Cuenca 2014**

| CONCEPCIÓN MÁGICA DE LA MATERNIDAD | EDAD            |                 |                  | TOTAL  |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|--------|
|                                    | De 13 a 15 años | De 16 a 19 años | Menor de 13 años |        |
| No                                 | 9               | 57              | 1                | 67     |
|                                    | 10,2%           | 64,8%           | 1,1%             | 76,1%  |
| Si                                 | 2               | 19              | 0                | 21     |
|                                    | 2,3%            | 21,6%           | 0,0%             | 23,9%  |
| TOTAL                              | 11              | 76              | 1                | 88     |
|                                    | 12,5%           | 86,4%           | 1,1%             | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANÁLISIS:** En esta tabla podemos observar que el 76.1% de adolescentes no tenían una concepción mágica de la maternidad como el creer que son infértiles por no haber quedado embarazadas la primera vez de las cuales el 64.8% se encuentran en las edades de 16 a 19 años y el 1.1% son menores de 13 años.

Según los resultados obtenidos podemos evidenciar que un alto porcentaje de adolescentes no poseían mitos acerca de la sexualidad, pero un menor porcentaje 23.9% algunas de las adolescentes si creían que no se van a quedar embarazadas por qué no lo desean o porque creían que eran estériles.



**TABLA 10. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según el cuidado del embarazo, Cuenca 2014.**

|                                 |                               | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>CONTROLES<br/>PRENATALES</b> | <b>De 1 a 4<br/>controles</b> | 18                | 20,5              |
|                                 | <b>De 4 a 8<br/>controles</b> | 46                | 52,3              |
|                                 | <b>Más de 8<br/>controles</b> | 24                | 27,3              |
|                                 | <b>Total</b>                  | 88                | 100,0             |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** En esta tabla podemos ver que el 52.3% de adolescentes embarazadas se realizaron de 4 a 8 controles prenatales, mientras que el 20.5% solamente de 1 a 4 controles, por lo cual podemos decir que no existe información suficiente de los beneficios de realizarse controles mensuales durante todo el embarazo y más aun siendo adolescentes debido a que se constituye en un factor de riesgo por las condiciones biológicas de la adolescente ya que si no existe un adecuado control de la salud del niño y de la adolescente se incrementa el riesgo de parto prematuro, bajo peso del feto y retraso del crecimiento como se explica en el marco teórico.

**TABLA 11. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impacto biológico en la salud de la adolescente embarazada, Cuenca 2014.**

|  |   | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|--|---|-------------------|-------------------|
| <b>IMPACTOS<br/>BIOLÓGICOS EN<br/>LA SALUD DE LA<br/>ADOLESCENTE</b> | <b>Embarazo Extrauterino</b>            | 3                 | 3,4               |
|  | <b>Anemia</b>                           | 31                | 35,2              |
|  | <b>ITU</b>                              | 51                | 58,0              |
|  | <b>Sangrado durante el<br/>embarazo</b> | 10                | 11,4              |
|  | <b>Riesgo de parto<br/>prematuro</b>    | 12                | 13,6              |



|  |                          |    |      |
|--|--------------------------|----|------|
|  | <b>HTA</b>               | 12 | 13,6 |
|  | <b>Aborto Espontaneo</b> | 9  | 10,2 |
|  | <b>DCP</b>               | 5  | 5,7  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** En esta tabla se puede evidenciar que el mayor impacto biológico de las adolescentes embarazadas es la ITU en el 58% de ellas, corroborando con lo citado en el marco teórico, lo que constituye un factor de riesgo que puede poner en peligro la vida del niño y producir embarazos pretérmino. El otro impacto biológico es el embarazo extrauterino o distócico que afecta al 3.4% de las adolescentes embarazadas la que corrobora con el marco teórico, como vimos en la investigación los resultados y los hallazgos confirman el sustento teórico.

**TABLA 12. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al hospital Miserior según impacto biológico en la salud del niño, Cuenca 2014.**

|   |                             | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|---|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>IMPACTOS<br/>BIOLÓGICOS EN LA<br/>SALUD DEL NIÑO</b> | <b>BAJO PESO</b>            | 21                | 23,9              |
|   | <b>MORTALIDAD<br/>FETAL</b> | 6                 | 6,8               |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en la tabla se observa que el impacto biológico más frecuente en los niños es el bajo peso con un porcentaje del 23.9%, mientras el 6.8% es la mortalidad fetal, producido por inmadurez biológica y materna de la adolescente, el riesgo aumenta por que se suma la mala nutrición lo que aumenta el riesgo de mortalidad perinatal e infantil y el deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

### **RESULTADO DE LOS IMPACTOS PSICO-SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR DEL CANTÓN GUALAQUIZA**

**TABLA 13. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico - sociales, Cuenca 2014.**

|                                |                                 | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |      |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------|------|
| <b>IMPACTOS PSICO-SOCIALES</b> | <b>PROBLEMAS CON EL ALCOHOL</b> | No                | 80                | 90,9 |
|                                |                                 | Si                | 8                 | 9,1  |
|                                | <b>MALTRATO</b>                 | No                | 68                | 77,3 |
|                                |                                 | Si                | 20                | 22,7 |
|                                | <b>ABUSO SEXUAL</b>             | No                | 79                | 89,8 |
|                                |                                 | Si                | 9                 | 10,2 |
|                                | <b>REBELDIA</b>                 | No                | 41                | 46,6 |
|                                |                                 | Si                | 47                | 53,4 |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** En la tabla podemos apreciar que el mayor impacto psico-social de la adolescente es mostrar rebeldía con un 53.4% porque es propio de esta edad y contribuye una forma de mostrar a sus padres que pueden tomar control de su vida, también presentan problemas con el alcohol en un 9.1% relacionado con la disfuncionalidad familiar falta de comunicación con grupo de amigos y la esfera social en la que se desenvuelven.

**TABLA 14. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico - sociales y Migración familiar, Cuenca 2014.**

|                           | <b>EDAD DE EMBARAZO</b> |                        |                         | <b>TOTAL</b> |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
|                           | <b>De 13 a 15 años</b>  | <b>De 16 a 19 años</b> | <b>Menor de 13 años</b> |              |
| <b>MIGRACION FAMILIAR</b> |                         |                        |                         |              |
| <b>Hermanos</b>           | 1                       | 9                      | 0                       | 10           |
|                           | 1,1%                    | 10,2%                  | 0,0%                    | 11,3%        |
| <b>Madre</b>              | 1                       | 2                      | 0                       | 3            |
|                           | 1,1%                    | 2,3%                   | 0,0%                    | 3,4%         |
| <b>Otros</b>              | 6                       | 46                     | 4                       | 56           |
|                           | 6,8%                    | 53,2%                  | 4,5%                    | 63,6%        |
| <b>Padre</b>              | 4                       | 15                     | 0                       | 19           |





|              |       |       |      |        |
|--------------|-------|-------|------|--------|
|              | 4,5%  | 16,2% | 0,0% | 21,6%  |
| <b>TOTAL</b> | 12    | 72    | 4    | 88     |
|              | 13,6% | 81,9% | 4,5% | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** En nuestro estudio evidenciamos que el 16.2% de las adolescentes ubicadas entre las edades de 16 a 19 años de edad tienen a su padre que ha migrado lo que constituye un factor de riesgo porque la falta de una figura paterna produce inseguridad, inestabilidad emocional y mayor vulnerabilidad para iniciar relaciones tempranas sin protección; sin embargo la mayoría de adolescentes el 53,2% de adolescentes cuentan con la presencia de ellos, como guías de su vida y educación.

**TABLA 15. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según aplicación de sistema de valores familiares, Cuenca 2014.**

| <b>Valores Familiares</b> |  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---------------------------|--|-------------------|-------------------|
| <b>No</b>                 |  | 49                | 55,7              |
| <b>Si</b>                 |  | 39                | 44,3              |
| <b>Total</b>              |  | 88                | 100,0             |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** El 44.3% de las adolescentes embarazadas manifiestan, que no hay aplicación de un sistema de valores, de normas dentro del hogar sumado a la falta de información sobre la sexualidad y anticoncepción constituyen un factor de riesgo que predispone a la permisibilidad del hogar y promueve rebeldía, y la necesidad de asumir retos nuevos aunque no esté preparada.

**TABLA 16. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinante de la comunicación familiar, Cuenca 2014.**

|   | <b>CONVERSAN DE SEXUALIDAD EN TU CASA</b> |           |              |
|---|---|-----------|--------------|
| <b>DEDICAN TIEMPO PARA CONVERSAR EN FAMILIA</b> | <b>No</b>                                 | <b>Si</b> | <b>TOTAL</b> |
|   |   |           |              |



|              |       |       |        |
|--------------|-------|-------|--------|
| <b>No</b>    | 19    | 8     | 27     |
|              | 21,6% | 9,1%  | 30,7%  |
| <b>Si</b>    | 28    | 33    | 61     |
|              | 31,8% | 37,5% | 69,3%  |
| <b>TOTAL</b> | 47    | 41    | 88     |
|              | 53,4% | 46,6% | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** La falta de una comunicación de los padres con sus hijos sobre tema de sexualidad es un factor de riesgo para este problemas evidenciando en nuestro estudio que el 69.3% de los padres de adolescentes si dedican tiempo para conversan en familia pero se evidencia que solo 46.6% hablan temas de sexualidad y el 53.4% si tratan este tema.

A pesar de tomarse el tiempo de conversar en familia, no abordan temas de sexualidad debido a que el sexo en algunos grupos se ve como un tabú y tienen la ideología que al hablar de este tema se puede incitar a las adolescentes al inicio temprano de relaciones sexuales y promiscuas, por lo que algunas familias evitan tocar este tema; en un porcentaje menor se observa que si hablan de sexualidad pero los consejos para prevenir los embarazos tempranos impartidos a las jóvenes desde el ámbito familiar están enfocados en la abstinencia y frecuentemente enfocados en mandatos genéricos y ambiguos como de "no hacer nada malo" con el referente de las relaciones sexuales con penetración como "algo malo", por lo que las adolescentes ven esta información más como una orden que como algo que les sirva de orientación.

**TABLA 17. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según información sobre sexualidad y consecuencias de las relaciones sexuales sin anticonceptivos, Cuenca 2014.**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <b>SABÍA LO QUE PODÍA PASAR TENIENDO RELACIONES SEXUALES</b> |  |
|--|--|--|



| <b>RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD</b> | <b>No</b> | <b>Si</b> | <b>TOTAL</b> |
|---|-----------|-----------|--------------|
| <b>No</b>                                   | 13        | 27        | 40           |
|   | 14,8%     | 30,7%     | 45,5%        |
| <b>Si</b>                                   | 22        | 26        | 48           |
|   | 25,0%     | 29,5%     | 54,5%        |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos ver que el 30.7% de adolescentes embarazadas si sabían lo que podía pasar al tener relaciones sexuales, de las cuales el 14.8% responden que no recibieron información sobre sexualidad, a pesar que las adolescentes sabían lo que podía pasar al tener relaciones sexuales pero no tenían los conocimientos necesarios acerca de este tema por falta de información suficiente sobre la sexualidad y métodos de prevención, pues las adolescentes buscan esa información ya sea en medios de comunicación o en su grupo de amigos recibiendo una información errónea, aumentando el porcentaje de inicio de relaciones sexuales sin métodos de prevención y por ende embarazo precoz.

**TABLA 18. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según la relación familiar y reacción frente al embarazo, Cuenca 2014.**

| <b>RELACION CON TUS PADRES</b> | <b>REACCION DE LOS PADRES ANTE EL EMBARAZO</b> |                 |                 |             |                | <b>TOTAL</b> |
|--------------------------------|--|-----------------|-----------------|-------------|----------------|--------------|
|                                | <b>Apoyo</b>                                   | <b>Maltrato</b> | <b>Negación</b> | <b>Otro</b> | <b>Rechazo</b> |              |
| <b>Excelente</b>               | 23   | 0               | 1               | 0           | 0              | 24           |
|                                | 26,1%  | 0,0%            | 1,1%            | 0,0%        | 0,0%           | 27,3%        |
| <b>Buena</b>                   | 39   | 1               | 4               | 0           | 0              | 44           |
|                                | 44,3%  | 1,1%            | 4,5%            | 0,0%        | 0,0%           | 50,0%        |
| <b>Regular</b>                 | 12   | 0               | 2               | 1           | 3              | 18           |
|                                | 13,7%  | 0,0%            | 2,2%            | 1,1%        | 3,4%           | 20,5%        |
| <b>Mala</b>                    | 1  | 0               | 0               | 0           | 0              | 1            |
|                                | 1,1%   | 0,0%            | 0,0%            | 0,0%        | 0,0%           | 1,1%         |
| <b>Otra</b>                    | 0  | 0               | 0               | 0           | 1              | 1            |
|                                | 0,0%   | 0,0%            | 0,0%            | 0,0%        | 1,1%           | 1,1%         |



|              |       |      |      |      |      |        |
|--------------|-------|------|------|------|------|--------|
| <b>TOTAL</b> | 75    | 1    | 7    | 1    | 4    | 88     |
|              | 85,2% | 1,1% | 8,0% | 1,1% | 4,5% | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** podemos observar que en el 50.0% de las adolescentes embarazadas existe una buena relación con sus padres lo que constituye un factor protector porque existe mayor posibilidad de apoyo al presentarse un embarazo a edades tempranas, mientras que solamente el 1.1% tiene una mala relación, recibieron maltrato y falta de apoyo.

**TABLA 19. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según tipo de comunicación familiar, Cuenca 2014.**

| <b>DEDICAN TIEMPO PARA CONVERSAR EN FAMILIA</b> | <b>CONVERSAN DE SEXUALIDAD EN TU CASA</b> |           | <b>TOTAL</b> |
|---|---|-----------|--------------|
|   | <b>No</b>                                 | <b>Si</b> |              |
| <b>No</b>                                       | 19  | 8         | 27           |
|   | 21,6%                                     | 9,1%      | 30,7%        |
| <b>Si</b>                                       | 28  | 33        | 61           |
|   | 31,8%                                     | 37,5%     | 69,3%        |
| <b>TOTAL</b>                                    | 47  | 41        | 88           |
|   | 53,4%                                     | 46,6%     | 100,0%       |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** De acuerdo a la tabla podemos ver que el 69.3% de las adolescentes embarazadas dedican tiempo para conversar en familia pero de otros temas y no hablan de sexualidad, lo que nos indica que existe déficit de información sobre siendo esto un factor de riesgo para que las adolescentes

inicien una vida sexual activa sin las medidas de prevención, siendo necesario brindar información adecuada y oportuna acerca de este tema.

**TABLA 20. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misericor según impactos sociales: Deserción Escolar y Ocupación de las adolescentes, Cuenca 2014.**

| <b>OCUPACION</b>   | <b>ABANDONO ESCOLAR</b> |             | <b>Total</b> |
|--------------------|-------------------------|-------------|--------------|
|                    | <b>No</b>               | <b>Si</b>   | <b>TOTAL</b> |
| <b>Agricultora</b> | 0<br>0,0%               | 3<br>3,4%   | 3<br>3,4%    |
| <b>Ama de casa</b> | 0<br>0,0%               | 30<br>34,1% | 30<br>34,1%  |
| <b>Estudiante</b>  | 51<br>58,0%             | 0<br>0,0%   | 51<br>58,0%  |
| <b>Otra</b>        | 0<br>0,0%               | 2<br>2,2%   | 2<br>2,2%    |
| <b>Vendedora</b>   | 0<br>0,0%               | 2<br>2,3%   | 2<br>2,2%    |
| <b>Total</b>       | 51<br>58,0%             | 37<br>42,0% | 88<br>100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** En esta tabla podemos ver que el 42.0% de las adolescentes embarazadas abandonaron los estudios asumiendo varias ocupaciones como el 34.1% son amas de casa y el 2.2% son vendedoras, mientras que el 58.0% no abandonaron los estudios por lo que su ocupación es estudiante esto constituye un factor protector porque a mayor conocimiento, mayor oportunidades de vida y por ende un cuidado de mejor calidad a los niños

**TABLA 21. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misericor según impactos psico-sociales embarazo deseado e intento de aborto, Cuenca 2014.**

| <b>EMBARAZO DESEADO</b> | <b>INTENTO DE ABORTO</b> |           | <b>TOTAL</b> |
|-------------------------|--------------------------|-----------|--------------|
|                         | <b>No</b>                | <b>Si</b> |              |
|                         |                          |           |              |



|              |       |       |        |
|--------------|-------|-------|--------|
| <b>No</b>    | 37    | 8     | 45     |
|              | 42,0% | 9,1%  | 51,1%  |
| <b>Si</b>    | 37    | 6     | 43     |
|              | 42,0% | 6,8%  | 48,9%  |
| <b>TOTAL</b> | 74    | 14    | 88     |
|              | 84,1% | 15,9% | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos ver que el 51.1% de las adolescentes no desean su embarazo, el 15.9% intentó abortar como una salida fácil del problema, mientras que algunas de las adolescentes 15,9% a pesar de no haber deseado estar embarazadas asumieron con responsabilidad esta situación.

**TABLA 22. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales y la actitud de la adolescente, Cuenca 2014.**

|                        | <b>DÉFICIT DE AUTOCUIDADO</b> |           |              |
|------------------------|-------------------------------|-----------|--------------|
| <b>BAJO AUTOESTIMA</b> | <b>No</b>                     | <b>Si</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>No</b>              | 48                            | 7         | 55           |
|                        | 54,5%                         | 8,0%      | 62,5%        |
| <b>Si</b>              | 23                            | 10        | 33           |
|                        | 26,1%                         | 11,4%     | 37,5%        |
| <b>TOTAL</b>           | 71                            | 17        | 88           |
|                        | 80,7%                         | 19,3%     | 100,0%       |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos observar que el 80.7% de las adolescentes no han tenido déficit de autocuidado durante el embarazo de las cuales el 62.5%



no han presentado baja autoestima; mientras que el 19.3% de adolescentes presentaron déficit de autocuidado y el 37.5% de estas adolescentes presentaron baja autoestima.

En base a estos resultados asumimos que las adolescentes que tienen una autoestima elevada tienen menor riesgo de presentar déficit de autocuidado durante el embarazo.

**TABLA 23. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales y visión frente al embarazo, Cuenca 2014.**

| <b>COMO ASUMIÓ EL EMBARAZO</b> | <b>EDAD</b>            |                        |                         | <b>Total</b> |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
|                                | <b>De 13 a 15 años</b> | <b>De 16 a 19 años</b> | <b>Menor de 13 años</b> |              |
| <b>Obligación-compromiso</b>   | 8                      | 47                     | 1                       | 56           |
|                                | 9,1%                   | 53,4%                  | 1,1%                    | 63,6%        |
| <b>Otra</b>                    | 1                      | 25                     | 0                       | 26           |
|                                | 1,1%                   | 28,4%                  | 0,0%                    | 29,5%        |
| <b>Salida de un problema</b>   | 2                      | 4                      | 0                       | 6            |
|                                | 2,3%                   | 4,5%                   | 0,0%                    | 6,8%         |
| <b>Total</b>                   | 11                     | 76                     | 1                       | 88           |
|                                | 12,5%                  | 86,4%                  | 1,1%                    | 100,0%       |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos observar que el 63.6% de adolescentes asumió el embarazo por obligación-compromiso siendo el 1.1% menores de 13

años, mientras que el 6.8% de adolescentes lo asumieron como la salida de un problema de las cuales el 2.3% están entre las edades de 13 a 15 años.

De acuerdo a los resultados podemos decir que existe una estrecha relación entre la edad y la forma en la que asumieron el embarazo ya que la mayor parte de encuestadas se encuentran en la adolescencia media y toman este nuevo rol como un compromiso que exige mucha responsabilidad y que ellas adquirieron a temprana edad.

**TABLA 24. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales y reacción frente al embarazo, Cuenca 2014.**

| <b>SENTIMIENTO AL SABER DEL EMBARAZADA</b> | <b>COMO SE SIENTE AHORA</b> |             |                  |                  | <b>TOTAL</b> |
|--|-----------------------------|-------------|------------------|------------------|--------------|
|  | <b>Alegre</b>               | <b>Otra</b> | <b>Rechazada</b> | <b>Resignada</b> |              |
| <b>Alegre</b>                              | 20                          | 0           | 0                | 1                | 21           |
|  | 22,7%                       | 0,0%        | 0,0%             | 1,1%             | 23,9%        |
| <b>Alegre pero con miedo</b>               | 21                          | 0           | 1                | 1                | 23           |
|  | 23,9%                       | 0,0%        | 1,1%             | 1,1%             | 26,1%        |
| <b>Alegre-angustiada</b>                   | 10                          | 0           | 0                | 2                | 12           |
|  | 11,4%                       | 0,0%        | 0,0%             | 2,3%             | 13,6%        |
| <b>Con miedo y angustiada</b>              | 16                          | 1           | 0                | 1                | 18           |
|  | 18,2%                       | 1,1%        | 0,0%             | 1,1%             | 20,5%        |
| <b>Otra</b>                                | 2                           | 0           | 0                | 1                | 3            |
|  | 2,3%                        | 0,0%        | 0,0%             | 1,1%             | 3,4%         |
| <b>Temerosa</b>                            | 7                           | 2           | 0                | 2                | 11           |
|  | 8,0%                        | 2,3%        | 0,0%             | 2,3%             | 12,5%        |
| <b>TOTAL</b>                               | 76                          | 3           | 1                | 8                | 88           |





|  |       |      |      |      |        |
|--|-------|------|------|------|--------|
|  | 86,4% | 3,4% | 1,1% | 9,1% | 100,0% |
|--|-------|------|------|------|--------|

Fuente Formulario de recolección de datos  
 Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos ver que el 26.1% de las adolescentes se sintieron alegres pero con miedo al enterarse de estar embarazadas de las cuales el 1.1% ahora se sienten resignadas, el 3.4% se sintieron inseguras y rechazadas.

Podemos decir que un impacto psicológico negativo que presentaron las adolescentes al momento de saber de su embarazo fue el miedo, la angustia y el sentirse rechazadas, pero al pasar de los meses fueron tomando de mejor manera su embarazo mostrándose felices ante el mismo convirtiéndose este en un factor protector, pero también existe un mínimo porcentaje de adolescentes que continúan sintiéndose rechazadas lo que se demuestra debido a que no cuentan con el apoyo de sus padres ni de su pareja

**TABLA 25. Embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo, decisión de la adolescente sobre su embarazo, Cuenca 2014.**

| DECISIÓN MAS SIGNIFICATIVA                | EDAD            |                 |                  | TOTAL  |
|---|-----------------|-----------------|------------------|--------|
|   | De 13 a 15 años | De 16 a 19 años | Menor de 13 años |        |
| <b>Tener al bebe siendo madre soltera</b> | 0               | 4               | 0                | 4      |
|   | 0,0%            | 4,5%            | 0,0%             | 4,5%   |
| <b>Tener al bebe y formar un hogar</b>    | 1               | 18              | 0                | 19     |
|   | 1,1%            | 20,5%           | 0,0%             | 21,6%  |
| <b>Tener al bebe y trabajar</b>           | 0               | 9               | 0                | 9      |
|   | 0,0%            | 10,2%           | 0,0%             | 10,2%  |
| <b>Traer al bebe y seguir estudiando</b>  | 7               | 32              | 1                | 40     |
|   | 8,0%            | 36,4%           | 1,1%             | 45,5%  |
| <b>Traer al mundo al bebe</b>             | 3               | 13              | 0                | 16     |
|   | 3,4%            | 14,8%           | 0,0%             | 18,2%  |
| <b>Total</b>                              | 11              | 76              | 1                | 88     |
|   | 12,5%           | 86,4%           | 1,1%             | 100,0% |



Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos observar que el 45.5% de las adolescentes embarazadas decidieron tener al bebe y seguir estudiando de las cuales el 36.4% se encuentran en las edades de 16 a 19 años, mientras que el 4.5% de las adolescentes decidieron tener al bebe siendo madres solteras, las mismas que se encuentran en las edades de 16 a 19 años.

Podemos decir que el impacto psico-social en las adolescentes embarazadas con respecto a su decisión tiene estrecha relación con la edad, ya que pese a su nivel socio-económico bajo desean tener a su hijo y seguir estudiando por lo que se puede presentar algunas limitantes pero la adolescente en la mayoría de los casos cuenta para esto con el apoyo de sus padres-pareja y las que no cuentan con ningún apoyo buscan la manera de salir adelante con su hijo siendo madres solteras.

**TABLA 26. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente al cuidado de su hijo, Cuenca 2014.**

|  | <b>RIESGO DE ADOPCIÓN</b> |           | <b>Total</b> |
|--|---------------------------|-----------|--------------|
| <b>DIFICULTAD CON EL VINCULO CON EL HIJO</b> | <b>No</b>                 | <b>Si</b> | <b>TOTAL</b> |
| <b>No</b>                                    | 65                        | 5         | 70           |
|  | 73,9%                     | 5,7%      | 79,5%        |
| <b>Si</b>                                    | 16                        | 2         | 18           |
|  | 18,2%                     | 2,3%      | 20,5%        |
| <b>Total</b>                                 | 81                        | 7         | 88           |
|  | 92,0%                     | 8,0%      | 100,0%       |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos observar que el 79.5% de las adolescentes no presentan dificultad de vínculo con su hijo de las cuales solamente el 8.0% presenta riesgo de adopción.

Con estos resultados podemos decir que a pesar de ser madres adolescentes y al contar con el apoyo de sus padres-pareja tienen una orientación acerca del



embarazo por lo que el mayor porcentaje no presentan dificultad de vínculo con su hijo, aunque en un menor índice hay adolescentes que si lo presentan siendo este un impacto negativo para ella y su hijo esto puede deberse a la falta de una orientación o al simple hecho de que es un hijo no deseado. Por lo que se evidencia que algunas de las adolescentes si han pensado darlo en adopción.

**TABLA 27. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo, miedos y fortalezas de la adolescente, Cuenca 2014.**

| <b>CUALES CON TUS MIEDOS</b>                          | <b>EDAD</b>            |                        |                         | <b>TOTAL</b> |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
|   | <b>De 13 a 15 años</b> | <b>De 16 a 19 años</b> | <b>Menor de 13 años</b> |              |
| <b>No contar apoyo de la pareja</b>                   | 3                      | 16                     | 0                       | 19           |
| <b>Recuento</b>                                       | 3,4%                   | 18,2%                  | 0,0%                    | 21,6%        |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |
| <b>No contar con el apoyo de padres y pareja</b>      | 2                      | 9                      | 0                       | 11           |
| <b>Recuento</b>                                       | 2,3%                   | 10,2%                  | 0,0%                    | 12,5%        |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |
| <b>No poder terminar los estudios</b>                 | 2                      | 16                     | 0                       | 18           |
| <b>Recuento</b>                                       | 2,3%                   | 18,2%                  | 0,0%                    | 20,5%        |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |
| <b>No poseer dinero para las necesidades del hijo</b> | 2                      | 22                     | 0                       | 24           |
| <b>Recuento</b>                                       | 2,3%                   | 25,0%                  | 0,0%                    | 27,3%        |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |
| <b>No tener acceso a los servicios de salud</b>       | 0                      | 1                      | 0                       | 1            |
| <b>Recuento</b>                                       | 0,0%                   | 1,1%                   | 0,0%                    | 1,1%         |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |
| <b>Otra</b>   | 1                      | 6                      | 0                       | 7            |
| <b>Recuento</b>                                       | 1,1%                   | 6,8%                   | 0,0%                    | 8,0%         |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |
| <b>Rechazo por familiares y</b>                       | 0                      | 1                      | 0                       | 1            |
| <b>Recuento</b>                                       | 0,0%                   | 1,1%                   | 0,0%                    | 1,1%         |
| <b>% del total</b>                                    |                        |                        |                         |              |



|   |       |       |      |        |
|---|-------|-------|------|--------|
| <b>amigos</b>   | 0,0%  | 1,1%  | 0,0% | 1,1%   |
| <b>Rechazo por parte de los padres por estar embarazada</b> | 1     | 5     | 1    | 7      |
|   | 1,1%  | 5,7%  | 1,1% | 8,0%   |
| <b>TOTAL</b>  | 11    | 76    | 1    | 88     |
|   | 12,5% | 86,4% | 1,1% | 100,0% |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en esta tabla podemos observar que el mayor miedo que tienen las adolescentes con el 27.3% es no poseer dinero para las necesidades de su hijo de las cuales el 25% se encuentran entre las edades de 16 a 19 años, mientras que el 1.1% de las adolescentes tienen miedo a no tener acceso a los servicios de salud encontrándose entre las edades de 16 a 19 años.

Según estos resultados podemos decir que en los embarazos a temprana edad son frecuentes los miedos que presentan ya que las adolescentes se enfrentan a roles que aún no esperaban afrontarlos por lo que les puede perturbar en diferentes grados ya que les toca asumir responsabilidades que no son propias para su edad.

**TABLA 28. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impactos psico-sociales del embarazo, fortalezas relacionado edad de embarazo, Cuenca 2014.**

| <b>FORTALEZAS</b>                       | <b>EDAD</b>            |                        |                         | <b>TOTAL</b> |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
|   | <b>De 13 a 15 años</b> | <b>De 16 a 19 años</b> | <b>Menor de 13 años</b> |              |
| <b>Aceptación y apoyo de los padres</b> | 2                      | 19                     | 0                       | 21           |
|   | 2,3%                   | 21,6%                  | 0,0%                    | 23,9%        |
| <b>Apoyo de familiares y amigos</b>     | 0                      | 8                      | 0                       | 8            |
|   | 0,0%                   | 9,1%                   | 0,0%                    | 9,1%         |
| <b>Apoyo de la pareja</b>               | 3                      | 19                     | 1                       | 23           |
|   | 3,4%                   | 21,6%                  | 1,1%                    | 26,1%        |
| <b>Apoyo de padres y pareja</b>         | 4                      | 28                     | 0                       | 32           |
|   | 4,5%                   | 31,8%                  | 0,0%                    | 36,4%        |
| <b>Otro</b>                             | 2                      | 2                      | 0                       | 4            |
|   | 2,3%                   | 2,3%                   | 0,0%                    | 4,5%         |
| <b>TOTAL</b>                            | 11                     | 76                     | 1                       | 88           |



---

|  |       |       |      |        |
|--|-------|-------|------|--------|
|  | 12,5% | 86,4% | 1,1% | 100,0% |
|--|-------|-------|------|--------|

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**ANALISIS:** en la tabla podemos observar que el 36.4% de las adolescentes cuentan con una de las mayores fortalezas que es el apoyo de sus padres o pareja encontrándose estas entre las edades de 13 a 15 años con un 4.5%, y con un menor porcentaje de 4.5% el tener otro tipo de fortalezas entre las edades de 13 a 19 años con un porcentaje del 2.3%.

De acuerdo a estos resultados podemos decir que las adolescentes a pesar de su edad y de las circunstancias en las que se encuentran en la mayoría de los casos cuentan con el apoyo de sus padres o pareja, porque saben que a pesar de tener una limitación si van a poder tener respaldo económico siendo esta una fortaleza positiva.

### INFORME DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL

El grupo focal fue realizado a 30 adolescentes estos se dividieron en tres grupos y así se recolecto la información.

#### 1.- ¿CÓMO SE SINTIÓ AL SABER QUE ESTABA EMBARAZADA?

GF1. Las adolescentes al encontrarse embarazadas se encontraban emocionadas por lo que vivían en pareja, otras habían tenido pérdidas anteriores o eran sus segundos hijos, decían que un hijo es una bendición de Dios y que no pueden renegar de ese regalo. (Versión de 3)

GF2. Las adolescentes respondieron que al enterarse de su embarazo se sintieron alegres porque él bebe no tenía culpa de nada pero a la misma vez tenían miedo que sus padres, parejas y amigos que les rechazaran, no les apoyaran, dejar de estudiar, que fueran motivo de burlas y más tenían miedo de no poder tener lo necesario para ella y su hijo. (Versión de 5)

GF3. Otras adolescentes se encontraban confundidas frente al embarazo por lo que se encontraban estudiando o no tenían una pareja estable por lo pensaron en abortar lo intentaron tomándose pastillas y unos brebajes de hierbas, otras



se hacían daño intencional como caídas pero no les resulto no les quedo de otra que afrontar el embarazo. (Versión de 2)

GF4. Las adolescentes al enterarse que estaban embarazadas se sintieron alegres pero al mismo tiempo con miedo de no contar con el apoyo de sus parejas. Decían que ellas querían casarse para evitar los problemas con los padres y dejar de ser una carga más. (Versión de 6)

GF5. Al hacerle esta pregunta las adolescentes respondieron que no les emocionaba la idea de estar embarazada pero que no podían hacer nada para zafarse del problema ya que no contaban con plata ni apoyo de su pareja. Pero que iban a tener al bebe y después pensar cómo van hacer para sacarles adelante. (Versión de 4)

GF6. Al enterarme de mi embarazo me sentí alegre porque iba a ser mama y me gusta la idea de serlo; y con miedo porque no sabía la reacción de mis padres y también de mi pareja. (Versión de 10)

**ANALISIS:** de las adolescentes que participaron en el grupo focal, la mayoría de mujeres respondieron que se sintieron felices y emocionadas por estar embarazadas, pero que al mismo tiempo tenían miedo de no contar con el apoyo de sus padres ni de sus parejas; además algunas de ellas se sintieron confundidas e incluso pensaron en el aborto como una solución.

## **2.- ¿CUÁL FUE LA REACCIÓN DE SUS PADRES AL SABER DE SU EMBARAZO?**

GF1. Al saber del embarazo se encontraban felices, e indiferentes porque decían que como ya tienes marido era de esperarse que estuvieras embarazada pero nos apoyaron nos aconsejaron de que debíamos cuidarnos más, que el tener un hijo es un bendición y una responsabilidad mayor. (Versión de 3)

GF1. Al saber del embarazo se mostraron molestos, inquietos, hablaron de que criar a un hijo no es fácil y más en nuestra edad, que nos encontrábamos estudiando que esperaban más de nosotras que les defraudamos; nos preguntaron que como íbamos a criar un hijo si no teníamos un trabajo, no



teníamos dinero, que si el padre del bebe se hará cargo, algunas respondieron estas preguntas a sus padres con gritos insultos otras simplemente se quedaron calladas y escucharon todo lo que decían sus padres pero al final de la conversación los padres dijeron que cuentan con su apoyo para lo que necesiten. (Versión de 6)

GF3. No tenía una buena relación con mis padres por lo que me salí de casa y vivo con mis tías por lo que mis padres al saber de mi embarazo por boca de mis tías y al verme en el mercado con mi pancita habían sentido rechazo habían dicho que más iban a esperar de una hija como yo, por lo que sé que esperar el apoyo de mis padres jamás. (Versión de 1)

GF4. Al hablar con nuestros padres acerca del embarazo ellos se pusieron molestos, nos dijeron que tener un hijo son responsabilidades para personas adultas, que a nuestra edad por lo único que tendríamos que preocuparnos es por los estudios, no nos dirigieron la palabra por 2 semanas, pero luego nos empezaron a apoyar.(Versión de 5)

GF5. Cuando les contamos a nuestros padres sobre el embarazo se pusieron algo alegres pero confundidos, ya que nosotras no les habíamos contado que teníamos enamorado y peor que teníamos relaciones sexuales constantemente por lo que fue una sorpresa para ellos pero de inmediato nos brindaron su apoyo, padres como ellos pocos ja ja ja ja.(Versión de 3)

GF6. El día que hablamos con nuestros padres sobre el embarazo, ellos se negaron a apoyarnos, nos dieron las espaldas y nos mandaron sacando de la casa. (Versión de 2)

GF7. Al momento de realizarles esta pregunta algunas de las adolescentes al contarles a sus padres de su embarazo fue una reacción de negación. (3)

GF8. Mis padres al enterarse de mi embarazo me rechazaron y me dijeron que me vaya de la casa (VERSION 3)

GF9.Cuando les conté que estaba embarazada, me hablaron pero al final me dieron su apoyo. (VERSION 4)



**ANALISIS:** de acuerdo a las respuestas de las adolescentes que participaron en el grupo focal; en su mayoría tuvieron una buena reacción por parte de sus padres quienes les brindaron su apoyo al enterarse sobre el embarazo, mencionan que se sintieron inquietos pero felices con la noticia; mientras que otras adolescentes recibieron rechazo y abandono por parte de sus padres.

### 3.- ¿CUÁL FUE LA REACCIÓN DE SU GRUPO DE AMISTADES

GF1. Al saber del embarazo recibieron el apoyo inmediato de su grupo de amigos quienes les dijeron que podían contar con ellas para lo que necesiten. (Versión 2)

GF2. Cuando les conté a mis a mis amigas que estaba embarazada ellas me abrazaron fuerte y me dijeron que puedo contar con ellas para todo lo que necesite. (Versión de 8)

GF3. Al hablar con mis amigas de mi embarazo, ellas me dijeron que estaba loca que porque no me había cuidado, me preguntaron qué voy hacer ahora y me dieron las espaldas. (Versión de 2)

GF4. Mis amigas al enterarse que estuve embarazada se sintieron felices y me brindaron su apoyo (VERSION 7)

GF5. Otras me veían algo rara por lo que me excluyeron de su grupo de amistad. (VERSION 3)

**ANALISIS:** de las adolescentes que participaron en el grupo focal, en la mayoría de los casos vemos que contaron con el apoyo incondicional de su





grupo de amistades, quienes estuvieron presentes en la etapa de su embarazo; pero también una mínima parte de adolescentes fueron excluidas y rechazadas por parte de sus amistades.

#### 4.- ¿AHORA QUE ESTÁ EMBARAZADA CONTINÚA ESTUDIANDO?

GF1. Si continuamos estudiando hemos recibido el apoyo de nuestros padres, familiares y parejas para seguir estudiando. (Versión de 8)

GF2. No continúan estudiando ya que no tiene el apoyo económico para hacerlo, otras se dedicaron a cuidar de su esposo y su embarazo, otras se dedicaron a trabajar para poder criar a su hijo. (Versión de 2)

GF3. Si continuamos estudiando porque queremos darles un buen futuro a nuestros hijos, y porque sobretodo contamos con el apoyo y ayuda de nuestros padres. (Versión de 7)

GF4. Dejamos de estudiar porque no contamos con el apoyo de nuestros padres mucho peor con el apoyo de nuestras parejas. (Versión de 3)

GF5. Al momento de preguntarles si siguen estudiando respondieron que si ya que contaron con el apoyo de sus papas (VERSION 7)

GF6. No continúo estudiando ya que mis padres al momento de mi embarazo me dejaron de ayudar económicamente para seguir estudiando. (VERSION 3)

**ANALISIS:** de las 30 adolescentes que participaron en el grupo focal, 15 participantes continúan estudiando ya que cuentan con el apoyo de sus padres y algunas también con el de sus parejas y familiares, mientras que las otras 15 adolescentes tuvieron que dejar de estudiar por diferentes motivos ya sea por dedicarse a su embarazo o para trabajar y así poder criar a su hijo.

#### 5.- ¿CUÁLES SON SUS PLANES A FUTURO?

GF1. Terminar de estudiar y buscar un trabajo para así poderle brindar un mejor futuro a mi hijo tratando de darle lo mejor y evitar que algo le falte. (8)



GF2. Mis planes son cuidar y criar a mi hijo buscar un trabajo evitando que algo les falte, tratando de darlos lo mejor y estando con el siempre. (Versión de 2)

GF3. Mis planes a futuro son terminar mis estudios, tener una profesión para así darle un futuro a mi hijo, sacarlo adelante y que sea una persona de bien. (Versión de 6)

GF4. Mis planes a futuro son buscar trabajo y criar a mi hijo, también buscar un lugar donde vivir que sea seguro para mí y para el pero más que nada que sea económico. (Versión de 4)

GF5. Mi plan a futuro es terminar con mis estudios y seguir recibiendo el apoyo de mis padres. (VERSION 7)

GF6. Otras respondieron que van a conseguir un trabajo para poder sacar a sus hijos adelante. (VERSION 3)

**ANALISIS:** de las adolescentes encuestadas que participaron en el grupo focal; de la mayoría los planes a futuro son conseguir un trabajo para poder mantener a sus hijos; otras desean terminar sus estudios para así poder asegurar el futuro de su hijo mientras que un mínimo número de adolescentes esperan seguir contando con el apoyo de sus padres.

## 6.- ¿CÓMO ASUME SU EMBARAZO?

GF1. Como ya estaba viviendo con mi pareja, como ya tenemos hijos lo asumí como una obligación y un compromiso pero también me emociona la idea de ser madre. (Versión de 4)

GF2. Asumieron el embarazo como una obligación ya que decían que él bebe no tiene la culpa de nada aunque algunas nos contaron que intentaron abortar por que no fue planificado no esperaban tener un hijo que es su culpa por tener relaciones y no usar un preservativo por esto que no les queda de otra que tenerlo y afrontar su responsabilidad. (Versión de 6)



GF3. Asumo mi embarazo como una obligación, pero también me emociona la idea de ser madre, aunque soy joven sé que voy a poder con las obligaciones que un hijo trae consigo. (Versión de 7)

GF4. Mi embarazo es lo mejor que me pudo pasar lo asumo como la salida de muchos problemas, sé que mi hijo me va a dar las fuerzas necesarias para sacarlo adelante. (Versión de 3)

GF5. Mi embarazo lo asumo como una obligación y compromiso ya que cuando nazca mi hijo voy a tener mucha obligación y voy a comprometerme a cuidarlo. (VERSION de 10)

**ANALISIS:** de las adolescentes que participaron en el grupo focal, la mayor parte de adolescentes asumieron su embarazo como una obligación y compromiso, las adolescentes lo tomaron de esa manera porque no tenían otra salida, estaban en la obligación de tener al bebe y comprometidas en su cuidado, pero al mismo tiempo les emocionaba la idea de ser madres; algunas de las participantes también vieron su embarazo como la salida de muchos problemas.

## 7.- ¿CUÁLES SON SUS MIEDOS?

GF1. El mayor miedo que tuve fue que mi suegra me hiciera daño ya que en una ocasión anterior por culpa de ella perdí a mi hijo, me había puesto veneno en la comida que ella me sirvió y después de unos días aborte, esta vez había estado haciendo lo mismo pero me di en cuenta por lo que yo vi que puso ese veneno mata ratas en la comida por lo que me fui de la casa de ella a vivir en otro lugar. (Versión de 1)

GF2. Tenía miedo de no ser buenas madres, de que algo pasara durante el transcurso del embarazo, tenían miedo de todo lo que les contaban con respecto al embarazo y el momento de parto de no tener el dinero suficiente para satisfacer las necesidades de su hijo y las suyas ya que no tenía un trabajo estable; las que se encontraban estudiando a más de todos esos



miedos tenían miedo de no poder terminar los mismo y que todo sus proyectos se vean truncados como tener un buen trabajo con buenos ingresos económicos. (Versión de 9)

GF3. El mayor miedo que tuve es que mi bebe pudiera tener alguna malformación, que mi novio no esté a mi lado en los momentos en los que más lo necesite, que mis padres me manden de la casa y no tener los suficientes ingresos económicos como para poder criarlo. (Versión de 6)

GF4. Mi miedo fue no tener la posibilidad de seguir estudiando y que los padres de mi novio me rechacen, que mi parte se complique por la edad que tengo y que todo el mundo me abandone. (Versión de 4)

GF5. Tengo miedo que mis padres me rechacen por estar embarazada ya que vivo con ellos (VERSION 5)

GF6. No poder seguir estudiando, para poder ser alguien en la vida (VERSION 2)

GF7. Otras respondieron que tienen miedo a no poder seguir estudiando (VERSION 3)

**ANALISIS:** de las adolescentes que participaron en el grupo focal la mayoría respondió que el miedo más grande que ellas tenían era no poder seguir estudiando además de no contar con los ingresos económicos suficientes para satisfacer las necesidades de su hijo, pero también tenían miedo de recibir el rechazo por parte de sus padres.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa de cambios importantes; sin embargo también pueden surgir eventualidades como patologías, que ponen en riesgo el normal tránsito de los jóvenes por esta etapa, otra situación que podría generar un riesgo potencial para los jóvenes es el embarazo en esta etapa; en nuestra población estudiada (88 embarazadas adolescentes) el 86,4% presentó edad entre los 16 a 19 años lo que refleja que la frecuencia de embarazadas con edades menores es del 1,1% y de 13 a 15 años 12,5%; aunque la mayoría de las pacientes se ubican en el grupo de mayor edad no hay que olvidar que aún siguen siendo edades inadecuadas para este proceso.

Este dato de la edad más frecuente de embarazo, coincide con lo publicado por Duarte (20) quien menciona que entre 16 y 19 años se ubica el rango de edad de las madres adolescentes, cuya cifra total en Ecuador es de 122.301; es exactamente el mismo rango de edad encontrado en nuestro estudio; además este autor cita que las adolescentes que se embarazan a los 16 años terminan el colegio, pero de allí hacen un pare en su área de crecimiento personal para



desarrollar el rol de madre; resaltando más las implicaciones de un embarazo a estas edades.

En nuestro estudio se encontraron varios factores determinantes, y en diferente frecuencia obviamente, es así como las relaciones sexuales sin protección se presentaron en el 80,7%; el abuso sexual en el 10,2%; no conocían las consecuencias de relaciones sin protección en el 39,8% de los casos; menarquia temprana 26,1%; IVSA temprana 5,7% y de 1 a 4 controles prenatales 20,5%.

Al respecto, Romero (21) menciona que la edad de la menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación; en nuestra población este factor al parecer no es de mucho impacto pues pocas adolescentes presentaron menarquia temprana sin embargo obviamente no se puede concluir su real influencia.

Por otro lado este mismo autor (21) cita que el inicio de la vida sexual activa podría ser un factor de mayor impacto, se estima que estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En nuestra población esta edad es menor aun pues el 65,9% de la población entre los 14-16 años ya había iniciado su vida sexual constituyéndose en un factor importante de evaluación.

El 10,2% de nuestra población sufrió abuso sexual; esta prevalencia es baja si se compara con otro estudio llevado a cabo por Barrientos y Tobar (22) donde encontró que el 50% de más madres adolescentes presentaron abuso siendo el principal agresor familiares directos como el primo, el padrastro, el tío, abuelos y en menor porcentaje amigos de la familia; esta situación obviamente no solo condiciona el embarazo sino su posterior desarrollo y termino a más de la afectación a la madre.

Dentro del impacto biológico a la madre se presentan varias enfermedades que se pueden presentar, siendo la más frecuente la ITU con el 58% de la población luego la anemia con un 35,2% seguida de la APP y enfermedad



hipertensiva con un 13,6% cada una, el sangrado durante el embarazo con un 11,4% y el embarazo extrauterino con el 3,4%.

Al respecto, en el año 2010 en Azogues, López (1) encontró que las madres adolescentes presentan enfermedades similares a las citadas en nuestro estudio, la ITU se presentó en el 30,91%; la APP en un 10% la DCP en un 8,64% al respecto de nuestra población esta situación se presentó en el 5,7%; lo que refleja que estas son las principales afectaciones biológicas a las adolescentes; este estudio no contemplo la anemia como factor sin embargo citamos a Romero (21) quien menciona que entre los aspectos biológicos destaca mayor riesgo de anemia, síndrome hipertensivo, infección urinaria, así como aumento del riesgo de aborto, de complicaciones del aborto y aún de mortalidad materna.

Rodríguez y López (23) también mencionan que las complicaciones encontradas en los productos de madres adolescentes son: parto pretérmino, bajo peso al nacer, productos pequeños para la edad gestacional; coincidiendo con nuestro estudio al menos en lo que hace referencia al bajo peso pues fue la afectación biológica al niño más frecuente con el 23,9%.

Un estudio llevado a cabo en Cuenca por Freire (16) con variables muy cercanas a las utilizadas en este estudio encontró que la edad promedio de embarazo fue 16.75 años y su edad promedio de inicio de vida sexual activa es de 16.10 años, en el caso de su primera relación sexual el 70%(14) no utilizó ningún método anticonceptivo, el primer apoyo que busca la madre adolescente al saber de su estado de gestación en un 45%(9) es su pareja, la misma que en un 70%(14) no acepta la paternidad. El impacto psicoemocional en un 100%(20) fue negativo y su primer pensamiento fue en un 80%(16) en abortar. Referente a las razones para quedar embarazada en un 75%(15) indican el no uso de los métodos anticonceptivos. En el aspecto escolar el 50%(10) de las adolescentes presentó deserción escolar, siendo la causa más común con un 30%(3) la Prohibición de la institución educativa por el estado de gestación.



Al respecto anotamos que existen concordancias con lo mencionado por este autor en lo que respecta a la edad, resaltando el grupo de edad más frecuente en nuestra población; también es elevada la cantidad de adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos; pero existe una discordancia en lo que respecta al impacto psico emocional pues en nuestra población en el 26,1% de los casos el embarazo fue tomado con alegría y algo de miedo, la deserción escolar en el estudio fue del 50% que se contrapone con las actitudes encontradas en nuestra población donde el 45,5% de la población tiene al niño y sigue estudiando.

Guridi y colaboradores (24) sobre el impacto psicológico del embarazo mencionan que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia es un asunto complejo con muchas razones para preocuparse, pues conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos son diversos y complejos. Entre ellos cabe destacar el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la creciente “erotización” y liberación sexual a la que están permanentemente expuestos/as los(as) jóvenes a través de los medios de comunicación y los entornos sociales, la insuficiente educación sexual y la falta de políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a este grupo de edad. Además, cabe señalar el particular peso que tienen las relaciones no consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causal del embarazo en menores de 15 años (25).

Es de resaltar que en nuestra población el apoyo familiar, las adolescentes embarazadas citan que la principal fortaleza que disponen es el apoyo de sus familiares y pareja además el 85,2% de los padres apoyaron a sus hijas en el momento de enterarse del embarazo.





En el año 2013, Morocho y colaboradores (26) en una población de estudiantes adolescentes embarazadas del Colegio Herlinda Toral, el 60% de adolescentes embarazadas se encuentran en la Adolescencia media (14-16 años), el 87% inicia su actividad sexual en la Adolescencia Media (14-16 años) 53% son solteras; 87% están cursando el ciclo diversificado. El 40% no tiene conocimiento sobre planificación familiar, y el 87% nunca usó métodos anticonceptivos, a pesar de que el 60% si conocía acerca de la planificación. El 93% profesan la religión católica, El 67% de los casos tienen normas de conducta establecidas en el hogar, el 93% de las adolescentes embarazadas cuentan con apoyo familiar; al respecto se nota que el apoyo familiar es incluso más elevado que el encontrado en nuestra población; en las demás variables se evidencia similitudes porcentuales con nuestra población.

Al respecto de la convivencia con los padres y el apoyo económico, Alarcón y colaboradores (27) encontraron tras realizar un estudio de casos y controles que el 60% de las adolescentes estudiadas recibieron una educación familiar inadecuada y es más evidente esta característica en las jóvenes que se embarazaron, mientras que en los controles, se observó en un 37,3%; el 36,0% de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7% queda demostrada de esta manera que las adolescentes que no vivían con sus padres tenían 2,61 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que si conviven con sus padres; el 68% de las adolescentes que se embarazaron no conversan aspectos de la sexualidad a diferencia de los controles donde esta característica se observó en el 60%; lo que indica la influencia de los padres y el acceso a la información en la presentación de embarazos en adolescentes.

Para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo lleno de dudas, llegando incluso a la desesperación, y en otros es una etapa de fortalecimiento de amistadas y visión para el futuro; el embarazo en la adolescencia es producto de muchos factores cobrando importancia los biológicos y sociales además de la falta de información sobre sexualidad; los impactos en la madre y en el niño son variables, sin embargo en nuestra población el apoyo familiar cobra



importancia; de esta manera y se ha caracterizado el ambiente en el que la adolescente embarazada se desenvuelve con los propios riesgos de la edad a esto sumado su embarazo, también es rescatable el no abandono de las aspiraciones académicas; aunque las condiciones económicas son siempre limitantes se evidencia la predisposición de las madres a seguir adelante con sus hijos.

## CAPITULO VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES

1. Al tratarse de un tema de salud pública, se estudiaron 88 pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor en Gualaquiza, el 86,4% de esta población presento edades entre los 16 a 19 años.
2. Los factores determinantes del embarazo fueron las relaciones sexuales sin protección en el 80,7% de los casos; abuso sexual 10,2%; menarquia precoz 26,1%; IVSA temprana 5,7%; baja cantidad de controles prenatales 20,5%.



3. El impacto biológico en las adolescentes embarazadas se presentó en el 58% ITU, seguido de un 35,2% de anemia; con un 13,6% de APP y enfermedad hipertensiva del embarazo; sangrado durante el embarazo en un 11,4% y embrazado extrauterino 3,4%.
4. El impacto en el niño presento las siguientes proporciones: DCP 5,7%; mortalidad fetal 6,8%; bajo peso 23,9% y no se registraron malformaciones basándonos en las adolescentes embarazadas que han tenido embarazos anteriores
5. El impacto psicológico se vio más evidenciado por un 30,7% de abandono escolar esto sumado a un 37,5% de baja autoestima condicionan la salud de las adolescentes; el intento de aborto fue bajo con un 15,9% llama la atención que el 48,9% de los embarazos fueron deseados, por otro lado el impacto en las adolescentes no fue negativo la mayoría de ellas tomaron el embarazo con alegría y recibieron el apoyo de su familiares.
6. El impacto social del embarazo se manifestó con un 9,1% de alcoholismo; un 44,3% de problemas con el núcleo familiar a pesar de tener el apoyo de la familia se presentan dificultades en el día a día de la embarazada, más aun considerando que la mayoría vive en el hogar de sus padres; existió también rebeldía en el 53,4% de los casos y un 22,7% de maltrato.
7. Las condiciones socioeconómicas de las adolescentes no fueron adecuadas, en la mayoría de los hogares los ingresos mensuales no superan los USD 100; en el 58% de los casos las adolescentes estaban estudiando en la secundaria que se encuentra obviamente incompleta; por otro lado las condiciones de la vivienda fueron en la mayoría de los casos adecuadas con propiedad propia y de materiales cómodos.
8. La relación con los padres es excelente o buena en la mayoría de los casos lo que involucra un importante punto a favor en el desarrollo del embarazo de este grupo de adolescentes; la mayoría de estas adolescentes provienen de familias nucleares con el 39,8%.



## RECOMENDACIONES

1. Se debe exponer los resultados de esta investigación con la institución Hospitalaria de esta manera fomentar programas de prevención de embarazos adolescentes que involucren los temas de salud sexual y reproductiva y los factores e impactos del embarazo, poniendo énfasis en la prevención sin embargo también se debe brindar el apoyo institucional, familiar y social en las adolescentes que ya se encuentran embarazadas.
2. La mayoría de las adolescentes estudiaban, se debe fortalecer programas de salud sexual en las instituciones educativas además de apoyar a las madres para evitar la deserción escolar, pues como se vio la motivación de continuar estudiando es elevada.
3. Fortalecer la comunicación en el hogar, dejar atrás ideas antiguas que impiden esta comunicación con los adolescentes, y hablar sobre los temas de sexualidad y salud reproductiva.
4. Recomendar medidas adecuadas a las adolescentes para que lleven su embarazo de mejor manera; en lo que respecta a los controles, alimentación, consumo de alcohol, educación, signos de alarma, estado de ánimo.
5. Plantear nuevas investigaciones sobre esta temática, pues como se ha revisado no existen estudios que aborden el embarazo en la adolescencia en la localidad.

## CAPITULO VIII

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de Maternidad del Hospital “Homero Castanier crespó” en el Periodo Enero-Diciembre 2008. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. 2010. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>



2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
3. UNICEF. Embarazo en adolescentes. Es posible evitarlos. República Dominicana. 2014. Disponible en: [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_25945.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_25945.htm)
4. Fernández Y, Escalona J. Comportamiento del embarazo en la adolescencia. Policlínico “José Martí”, Gibara. Junio 2009.. Revista de Pediatría. Vol 8, N° 1, Abril 2011. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol8num1/3.html>
5. Grunauer M. Depresión y embarazo en adolescencia: Prevención y atención de la discapacidad inducida por el embarazo fortuito en adolescentes y fortalecimiento de la relación de apego en un sistema incluyente. Universidad San Francisco de Quito. 2010. Disponible en: <http://www.fundacionazulado.org/pdf/Embarazo-Adolescencia.pdf>
6. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. Ecuador comenzó una campaña para prevenir embarazo adolescente. 2012. Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/a%C3%B1o-2012-febrero-2012/ecuador-comenz%C3%B3-campa%C3%B1a-prevenir-embarazos-adolescentes.html>
7. Guevara W. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado de Ginecología y Obstetricia. 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/MEDGO15.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud de los adolescentes. 2014. Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
9. Castro M. Programa “Crece en la adolescencia”. Ciudad de la Habana: CENESEX; 2005.
10. Lara J. Adolescencia: Cambios físicos y cognitivos. Disponible en: [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=0CFYQFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2282696.pdf&ei=ApwCVMiDJs\\_GggTHmlCgCg&usq=AFQjCNEX4qO\\_gfcZ63Z\\_G7xN3kxz5IXy70g&bvm=bv.74115972,d.eXY](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=20&ved=0CFYQFjAJOAo&url=http%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2282696.pdf&ei=ApwCVMiDJs_GggTHmlCgCg&usq=AFQjCNEX4qO_gfcZ63Z_G7xN3kxz5IXy70g&bvm=bv.74115972,d.eXY)
11. Iglesias J. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral. Programa de Formación Continuada en Pediatría Extra hospitalaria. España, 2013. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/#>



12. Gumucio M. Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la adolescencia. Conceptos principales. Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2014. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>
13. Martínez E. Crecimiento y desarrollo el niño. Mapfre. España. 2014. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/desarrollo-cognitivo-adolescentes.shtml>
14. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. ICMER. Adolescencia: tiempo de conocerse. Chile. 2014. Disponible en: <http://www.infojuven.cl/3-4.php>
15. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2001;107:11-23
16. Freire V. Influencia física y psicológica del embarazo en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador. Enero Julio 2010. Universidad Técnica Particular de Loja. Diplomado en Desarrollo Local y Salud. 2011. Disponible en: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5477/1/INFLUENCIA%20FISICA%20Y%20PSICOLOGICA%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20LAS%20ADOL%20ESCE.pdf>
17. Contreras S, Martin D. El embarazo en la adolescencia. ¿Un problema social en Santa Clara, Villa Clara, Cuba? Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2011. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/crmc.htm>
18. Reyes M. Adolescente embarazada. Embarazo precoz y secuela emocional. Salud 180. El estilo de vida saludable. 2012. Disponible en: <http://www.salud180.com/maternidad-e-infancia/embarazo-precoz-y-secuelas-emocionales>
19. Orienti S. Repercusión biopsicosocial que ocasiona el embarazo en la adolescencia. "Proyecto de vida interrumpido". Medicina Familiar y Atención Primaria , Pediatría y Neonatología , Medicina Preventiva y Salud Publica , Ginecología y Obstetricia. 2011. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2732/1/Repercusion-biopsicosocial-que-ocasiona-el-embarazo-en-la-adolescencia-Proyecto-de-vida-interrumpidoquot.html>
20. Duarte J. En Ecuador hay 122 mil madres adolescentes. Noticia. Metroecuador. 2013. Disponible en: <http://www.metroecuador.com.ec/50663-en-ecuador-hay-122-mil-madres-adolescentes.html>



21. Romero M. Embarazo en la adolescencia. Sexualidad y Embarazo. Curso salud y Desarrollo del Adolescente. PUCE. Chile. 2014. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
22. Barrientos L, Tobar V. Determinantes sociales de la Salud relacionadas con el embarazo en la adolescencia en el área geográfica de responsabilidad de la Unidad de Salud La Hachadura Municipio de San Francisco Menéndez Departamento de Ahuachapan Enero a Junio 2011. Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina. Maestría en Salud Pública. 2011. Disponible en: [http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDEQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.medicina.ues.edu.sv%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D338%26Itemid%3D85&ei=HggDVLfoNdimggSQtYKYAw&usq=AFQjCNF9unXyb4FzssCefO6KHDjhLW-4nw&bvm=bv.74115972.d.eXY](http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDEQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.medicina.ues.edu.sv%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D338%26Itemid%3D85&ei=HggDVLfoNdimggSQtYKYAw&usq=AFQjCNF9unXyb4FzssCefO6KHDjhLW-4nw&bvm=bv.74115972.d.eXY)
23. Rodríguez L, López J. Complicaciones del embarazo y riesgo obstétrico en mujeres adolescentes y adultas, pacientes del Hospital Materno Infantil "Morelos". Rev Sal Quintana Roo 2010; 3(14) : 18-20. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=68933&id\\_seccion=3535&id\\_ejemplar=6895&id\\_revista=198](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68933&id_seccion=3535&id_ejemplar=6895&id_revista=198)
24. Guridi M, Franco V, Márquez I, et al. Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. Revista Psicología Científica. 2014. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas/>
25. Gómez P, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). 2011. Disponible en: <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>
26. Morocho L, Patiño R, Peralta A. Condiciones sociales y culturales de los embarazos adolescentes del Colegio Nacional Técnico Herlinda Toral, Cuenca 2013. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4857/1/ENF168.pdf>
27. Alarcon R, Coello J, Cabrera J, et al. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Artículos originales. Policlínico José Martí. Santiago de



Cuba. 2009. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25\\_1-2\\_09/enf071\\_209.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm)

28. Door A, Gorostegui M, Bascuñán M. PSICOLOGÍA GENERAL Y EVOLUTIVA. 2da. Ed. Santiago de Chile. Mediterráneo Lutda, 2008. Págs.: 275 – 277.

29. Jijón Leturt. Alfredo, Dr. Sacoto Aguilar. Marco, Dr. Córdova Unda. Andrés. ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. 1ra. Ed. Ecuafonosis. Ltda., Quito-Ecuador, 2006. Pag.: 29-33.

30. Molina R, Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. ADOLESCENCIA Y EMBARAZO, Obstetricia. 2. ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1992.

31. World Health Organization. ADOLESCENT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, Disponible en: <http://www.who.int/child-adolescenthealth/> consulta 08-01-2013





# ANEXOS



---

Anexo 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nosotras: Diana Cajas Minchala, Susana Punin Sigcha, Erika Verdugo Gallegos. Egresadas de la Universidad de Cuenca, Escuela de Enfermería. Estamos llevando a cabo un proyecto de investigación destinado a una tesis titulado, **IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR PERTENECIENTE AL CANTÓN GULAQUIZA. 2014.**

El objetivo de esta investigación es determinar los impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden a esta casa de salud.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

No tiene costo alguno.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la aplicación de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si una vez leído lo anterior, está de acuerdo en colaborar para nuestro trabajo de investigación, le pedimos autorizarnos por escrito firmando esta hoja.

---

Firma del encuestado.

Gracias por su participación.



## Anexo 2

### ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

---

### ASENTIMIENTO INFORMADO

Reciba un cordial saludo de parte de Diana Fabiola Cajas Minchala, Ruth Susana Punin Sigcha, Erika Gabriela Verdugo Gallegos; egresadas de la **Facultad de Ciencias Médicas (Escuela de Enfermería) de la Universidad de Cuenca**. Estamos visitando el Hospital Misereor con el propósito de realizar un proyecto de investigación acerca de los "IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES".

El objetivo de nuestro estudio es determinar los impactos biológicos, psicológicos y sociales del embarazo en las adolescentes que acuden al Hospital Misereor del cantón Gualaquiza. 2014.

Para llegar al objetivo de la investigación necesitamos saber las condiciones que rodean a la adolescente embarazada. Por eso necesitamos saber las necesidades, realidades y opiniones de las adolescentes además de preguntarles si desean que sus hijas participen respondiendo las preguntas de la encuesta.

La información que nos proporcionen será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio. En la encuesta realizaremos preguntas sobre edad, sexualidad, relación con su familia, etc.

La participación de su hija es voluntaria. Puede negarse a participar, y no necesitamos saber las razones.

Para cualquier pregunta o comentario se puede dirigir a nosotras.

¿Tenemos su autorización para que su hija participe?

Por favor encierre en un círculo su respuesta

**SI**                      **NO**



Firma del Representante:.....

Anexo 3

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



MEDIANTE LA PRESENTE ENCUESTA SE PRETENDE OBTENER INFORMACION ACERCA DE LOS IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISEREOR DEL CANTÓN GULAQUIZA. 2014

Table with 4 columns: I, V, PREGUNTAS, R. It contains a section for 'ENCUESTA PERSONAL' and a detailed table for 'IMPACTOS SOCIALES' with questions on age, religion, education, and occupation.



|   |   |                             |  |
|---|---|-----------------------------|--|
|   |   | 3) Vendedora                |  |
|   |   | 4) Lavandera                |  |
|   |   | 5) Otra                     |  |
|   | 6. Ingresos Familiares                          | 1) Menos de 100 dólares     |  |
|   |   | 2) De 100 a 300 dólares     |  |
|   |   | 3) Más de 300 dólares       |  |
|   | 7. Tipo de familia                              | 1) Nuclear                  |  |
|   |   | 2) Consanguínea             |  |
|   |   | 3) Mono parenteral          |  |
|   |   | 4) Madre Soltera            |  |
|   | 5) Padres Separados                             |                             |  |
|   | 6) Reconstruida                                 |                             |  |
| 8. Familiares que hayan migrado                         | 1) Tu papá                                      |                             |  |
|   | 2) Tu mamá                                      |                             |  |
|   | 3) Tus hermanos                                 |                             |  |
|   | 4) Otros  |                             |  |
| 9. La vivienda es                                       | 1) Propia                                       |                             |  |
|   | 2) Rentada                                      |                             |  |
|   | 3) Otra   |                             |  |
| 10. Tu vivienda es de                                   | 1) Ladrillo                                     |                             |  |
|   | 2) Bloque                                       |                             |  |
|   | 3) Madera                                       |                             |  |
|   | 4) Caña   |                             |  |
|   | 5) Otro   |                             |  |
|   | 11. Con quien vives                             | 1) Con tus padres           |  |
|   |   | 2) Con tu madre             |  |
|   |   | 3) Con tu padre             |  |
|   |   | 4) Con tu pareja            |  |
|   |   | 5) Con otro familiar        |  |
|   |   | 6) Vives sola               |  |
|   |   | 7) Con amigos               |  |
|   |   | 8) Con la familia de pareja |  |
|   | 12. Algún miembro de tu familia ha migrado      | 1) Tu mama                  |  |
|   |   | 2) Tu papa                  |  |
|   |   | 3) Tus hermanos             |  |
|   |   | 4) Otros                    |  |
|   | 13. Como es la relación familiar con tus padres | 1) Excelente                |  |
|   |   | 2) Buena                    |  |
|   |   | 3) Distante                 |  |
|   |   | 4) Regular                  |  |
|   | 5) Mala   |                             |  |
|   | 6) Otra   |                             |  |
| 14. Tus padres dedican tiempo para conversar en familia | 1) SI   |                             |  |
|   | 2) NO   |                             |  |
| 15. Conversan de sexualidad en tu casa                  | 1) SI   |                             |  |
|   | 2) NO   |                             |  |
| 16. Familia Disfuncional                                | 1) SI   |                             |  |
|   | 2) NO   |                             |  |



|  |   |                    |  |
|--|---|--------------------|--|
|  | 17. Has demostrado rebeldía   | 1) SI              |  |
|  |   | 2) NO              |  |
|  | 18. Presentas problemas con el Alcohol                                  | 1) SI              |  |
|  |   | 2) NO              |  |
|  | 19. Has usado anticonceptivos   | 1) SI              |  |
|  |   | 2) NO              |  |
|  | 20. Tu nivel educativo es   | 1) Sobresaliente   |  |
|  |   | 2) Bueno           |  |
| 3) Regular   |   |                    |  |
| 4) Malo  |   |                    |  |
| 5) Otro  |   |                    |  |
| 21. Ha tenido un choque de núcleo de valores Adolescentes- padres                                | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |
| 22. Has recibido maltrato  | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |
| 23. Crees que no has recibido la información suficiente sobre sexualidad y métodos de prevención | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |
| 24. Has descuidado tu embarazo (descuido del niño)   | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |
| <b>IMPACTOS BIOLÓGICOS</b>   | 1. Edad de tu primera menstruación (menarquia)                          | 1) De 8 a 12 años  |  |
|  |   | 2) De 12 a 16 años |  |
|  |   | 3) Más de 16 años  |  |
|  | 2. Edad en la que iniciaste tu vida sexual o relaciones sexuales        | 1) De 11 a 13 años |  |
|  |   | 2) De 14 a 16 años |  |
|  |   | 3) De 17 a 19 años |  |
|  | 3. Sabías lo que podría ocurrir por tener relaciones sexuales tempranas | 1) SI              |  |
|  |   | 2) NO              |  |
| 4. Tuviste relaciones sin anticonceptivos  | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |
| 5. Has sido víctima de abuso sexual  | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |
| 6. Ha cuantos controles prenatales acudiste  | 1) De 1 a 4 controles   |                    |  |
|  | 2) De 4 a 8 controles   |                    |  |
|  | 3) Más de 8 controles   |                    |  |
| 7. Has presentado un Embarazo Extrauterino   | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) No   |                    |  |
| 8. Has presentado Anemia durante el embarazo   | 1) SI   |                    |  |
|  | 2) NO   |                    |  |



|   |   |                          |  |
|---|---|--------------------------|--|
|   | 9. Has presentando alguna Infección Urinaria ITU      | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)NO                     |  |
|   | 10. Has presentado algún sangrado durante el embarazo | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)NO                     |  |
|   | 11. Has presentado un riesgo de un parto prematuro    | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)NO                     |  |
|   | 12. Has presentado durante el embarazo Hipertensión   | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)NO                     |  |
|   | 13. Has tenido algún aborto espontaneo                | 1)SI                     |  |
| 2)NO  |   |                          |  |
| 14. Te han mencionado si tu hijo puede presentar desproporción céfalo-pélvica | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 15. Mortalidad Fetal  | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 16. Bajo peso   | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 17. Malformaciones  | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| <b>IMPACTOS PSICOLÓGICOS</b>  | 1) Abandono Escolar                                   | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)NO                     |  |
|   | 2) Su embarazo actual fue deseado.                    | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)NO                     |  |
|   | 3) Como se sintió al estar embarazada.                | 1)Alegre                 |  |
|   |   | 3)Temerosa               |  |
|   |   | 4)Alegre-angustiada      |  |
|   |   | 5)Alegre pero con miedo  |  |
|   |   | 6)Con miedo y angustiada |  |
|   |   | 7)Otra                   |  |
|   | 4) Presento Baja Autoestima                           | 1)SI                     |  |
|   |   | 2)No                     |  |
|   | 5) Intento de Aborto                                  | 1)SI                     |  |
| 2)NO  |   |                          |  |
| 6) Déficit de Autocuidado   | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 7) Riesgo de Adopción   | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 8) Concepción Mágica de la Maternidad   | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 9) Dificultad de Vinculo con el hijo  | 1)SI  |                          |  |
|   | 2)NO  |                          |  |
| 10) Como se siente ahora  | 1)Alegre  |                          |  |
|   | 2)Resignada   |                          |  |
|   | 3)Rechazada   |                          |  |
|   | 4)Frustrada   |                          |  |



|   |                                       |   |  |
|---|---------------------------------------|---|--|
|   |                                       | 5)Otra  |  |
|   | <b>11)</b> Como asumió el embarazo    | 1)Obligación-compromiso                                       |  |
|   |                                       | 2)Salida de un problema                                       |  |
|   |                                       | 3)Otra  |  |
|   | <b>12)</b> Cuales son tu miedos       | 1)No contar con el apoyo de tu pareja                         |  |
|   |                                       | 2)Que tus padres te rechacen por el hecho de estar embarazada |  |
|   |                                       | 3)No contar con el apoyo de tus padres ni de tu pareja        |  |
|   |                                       | 4)No poder terminar tus estudios                              |  |
|   |                                       | 5)No tener dinero para satisfacer las necesidades de tu hijo  |  |
|   |                                       | 6)No tener acceso a los servicios de salud                    |  |
|   |                                       | 7)Ser rechazada por familiares y amigos                       |  |
|   |                                       | 8)Otra  |  |
|   | <b>13)</b> Cuáles son tus fortalezas  | 1)Contar con el apoyo de tu pareja                            |  |
|   |                                       | 2)Aceptación y apoyo por parte de tus padres                  |  |
|   |                                       | 3)Apoyo por parte de tu pareja y tus padres                   |  |
|   |                                       | 4)Apoyo por parte de familiares / amigos                      |  |
|   |                                       | 5)Acceso a los servicios de salud                             |  |
|   |                                       | 6)Otro  |  |
|   | <b>14)</b> Decisión más significativa | 1)Traer al mundo al bebe                                      |  |
|   |                                       | 2)Abortar   |  |
| 3)Traer al mundo al bebe y seguir estudiando  |                                       |   |  |
| 4)Traer al mundo al bebe y trabajar           |                                       |   |  |
| 5)Traer al mundo al bebe siendo madre soltera |                                       |   |  |
| 6)Traer al mundo al bebe y formar un hogar    |                                       |   |  |
| 7)Otra  |                                       |   |  |





---

## Anexo 4

### REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

#### Anamnesis ginecológica:

#### ANTECEDENTES:

##### Datos generales:

Nombre.  
Edad.  
Escolaridad  
Estado civil.  
Religión

##### Historia Clínica

Evolución Médica  
Complicaciones durante el embarazo

##### Antecedentes personales:

Antecedentes médicos.  
Alergias.  
Transfusiones.  
Medicaciones habituales.  
Hábitos.

##### Carnet:

Vacunas  
Número de controles realizados.  
Peso adquirido durante el embarazo

##### Ginecológicos:

Menarquía.  
Anticoncepción.  
Intervenciones ginecológicas.

##### Obstétricos:

Numero de Gestaciones.  
Otros: Aborto, embarazo ectópico, etc.



**Anexo 5**

**GUÍA PARA GRUPO FOCAL**

MEDIANTE LA PRESENTE GUÍA SE PRETENDE OBTENER INFORMACIÓN ACERCA DE LOS IMPACTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR DEL CANTÓN GUALAQUIZA. 2014

Responda a las siguientes preguntas

1.- ¿Cómo se sintió al saber que estaba embarazada?

.....

2.- ¿Cuál fue la reacción de sus padres al saber de su embarazo?

.....

3.- ¿Cuál fue la reacción de su grupo de amistades

.....

4.- ¿Ahora que está embarazada continúa estudiando?

.....

5.- ¿Cuáles son sus planes a futuro?

.....

6.- ¿Cómo asume su embarazo?

.....

7.- ¿Cuáles son sus miedos?

.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Anexo 6

## TABLAS ANALITICAS

## TABLAS DE RESULTADOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

**TABLA 1.** Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según edad y etnia, Cuenca 2014.

| Condiciones socioeconómicas |                  | n=88 | %=100 |
|-----------------------------|------------------|------|-------|
| Edad                        | De 13 a 15 años  | 11   | 12,5  |
|                             | De 16 a 19 años  | 76   | 86,4  |
|                             | Menor de 13 años | 1    | 1,1   |
| Raza                        | Mestiza          | 61   | 69,3  |
|                             | Shuar            | 27   | 30,7  |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 2** Distribución de las 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según estado civil y religión, Cuenca 2014.

| Condiciones socioeconómicas |             | n=88 | %=100 |
|-----------------------------|-------------|------|-------|
| Estado Civil                | Casada      | 2    | 2,2   |
|                             | Soltera     | 27   | 30,7  |
|                             | Unión Libre | 59   | 67,1  |
| Ocupación                   | Católica    | 75   | 85,2  |
|                             | Evangélica  | 4    | 4,5   |
|                             | Ninguna     | 4    | 4,5   |
|                             | Otra        | 5    | 5,7   |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 3. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según escolaridad y nivel educativo, Cuenca 2014.**

| Condiciones socioeconómicas |                       | n=88 | %=100 |
|-----------------------------|-----------------------|------|-------|
| Escolaridad                 | Primaria completa     | 8    | 9,1   |
|                             | Primaria incompleta   | 8    | 9,1   |
|                             | Secundaria completa   | 21   | 23,9  |
|                             | Secundaria incompleta | 51   | 58,0  |
| Nivel educativo             | Bueno                 | 63   | 71,6  |
|                             | Regular               | 11   | 12,5  |
|                             | Sobresaliente         | 14   | 15,9  |
|                             | Otra                  | 2    | 2,3   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 4. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según el tipo de familia, Cuenca 2014.**

| Condiciones familiares |                  | n=88 | %=100 |
|------------------------|------------------|------|-------|
| Tipo de familia        | Consanguínea     | 21   | 23,9  |
|                        | Madre soltera    | 10   | 11,4  |
|                        | Mono parental    | 5    | 5,7   |
|                        | Nuclear          | 35   | 39,8  |
|                        | Padres separados | 9    | 10,2  |
|                        | Reconstruida     | 8    | 9,1   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 5. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misericordioso según domicilio de la adolescente, Cuenca 2014.**

| <b>Condiciones de la vivienda</b> |                   | <b>n=88</b> | <b>%=100</b> |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|--------------|
| Vivienda                          | Otra              | 4           | 4,5          |
|                                   | Propia            | 58          | 65,9         |
|                                   | Rentada           | 26          | 29,5         |
| Material de vivienda              | Bloque            | 55          | 62,5         |
|                                   | Ladrillo          | 9           | 10,2         |
|                                   | Madera            | 21          | 23,9         |
|                                   | Otro              | 3           | 3,4          |
| Con quien vive                    | Familia de pareja | 4           | 4,5          |
|                                   | Madre             | 16          | 18,2         |
|                                   | Otro familiar     | 5           | 5,7          |
|                                   | Padre             | 4           | 4,5          |
|                                   | Padres            | 29          | 33,0         |
|                                   | Pareja            | 28          | 31,8         |
|                                   | Sola              | 2           | 2,3          |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 6. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misericordioso según ocupación de los padres e ingresos familiares, Cuenca 2014.**

| <b>Condiciones socioeconómicas</b> |                      | <b>n=88</b> | <b>%=100</b> |
|------------------------------------|----------------------|-------------|--------------|
| Ocupación de los padres            | Agricultura          | 23          | 26,1         |
|                                    | Ama de casa          | 32          | 36,4         |
|                                    | Lavandero/a          | 1           | 1,1          |
|                                    | Otra                 | 23          | 26,1         |
|                                    | Vendedores           | 9           | 10,2         |
| Ingresos familiares                | De 100 a 300 dólares | 34          | 38,6         |
|                                    | Más de 300 dólares   | 16          | 18,2         |
|                                    | Menos de 100 dólares | 38          | 43,2         |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

## RESULTADO DE LOS IMPACTOS BIOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

**TABLA. 7** Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según inicio de su menarquia, el inicio de su vida sexual y el uso de anticonceptivos, Cuenca 2014

| Impacto Social                         |                 | n=88 | %=100 |
|--|-----------------|------|-------|
| Menarquia                              | De 12 a 16 años | 65   | 73,9  |
|  | De 8 a 12 años  | 23   | 26,1  |
| Inicio de vida sexual                  | De 11 a 13 años | 5    | 5,7   |
|  | De 14 a 16 años | 58   | 65,9  |
|  | De 17 a 19 años | 25   | 28,4  |
| Relaciones sexuales sin anticoncepción | No              | 17   | 19,3  |
|  | Si              | 71   | 80,7  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 8.** Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según concepción del embarazo, Cuenca 2014

| Impacto Psicológico                |    | n=88 | %=100 |
|------------------------------------|----|------|-------|
| Concepción mágica de la maternidad | No | 67   | 76,1  |
|                                    | Si | 21   | 23,9  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 9.** Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según el cuidado del embarazo, Cuenca 2014.

| Condiciones familiares |                    | n=88 | %=100 |
|------------------------|--------------------|------|-------|
| Descuido del embarazo  | No                 | 79   | 89,8  |
|                        | Si                 | 9    | 10,2  |
| Controles prenatales   | De 1 a 4 controles | 18   | 20,5  |
|                        | De 4 a 8 controles | 46   | 52,3  |
|                        | Más de 8 controles | 24   | 27,3  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E



**TABLA 10. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Misereor según impacto biológico en la salud de la adolescente embarazada, Cuenca 2014.**

| Impacto biológico            |    | n=88 | %=100 |
|------------------------------|----|------|-------|
| Embarazo extrauterino        | No | 85   | 96,6  |
|                              | Si | 3    | 3,4   |
| Anemia                       | No | 57   | 64,8  |
|                              | Si | 31   | 35,2  |
| ITU                          | No | 37   | 42,0  |
|                              | Si | 51   | 58,0  |
| Metrorragia                  | No | 78   | 88,6  |
|                              | Si | 10   | 11,4  |
| Amenaza de parto pre término | No | 76   | 86,4  |
|                              | Si | 12   | 13,6  |
| Enfermedad hipertensiva      | No | 76   | 86,4  |
|                              | Si | 12   | 13,6  |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 11. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al hospital Misereor según impacto biológico en le salud del niño, Cuenca 2014.**

| Impacto biológico              |    | n=88 | %=100 |
|--------------------------------|----|------|-------|
| Desproporción céfalo – pélvica | No | 83   | 94,3  |
|                                | Si | 5    | 5,7   |
| Mortalidad fetal               | No | 82   | 93,2  |
|                                | Si | 6    | 6,8   |
| Bajo peso                      | No | 67   | 76,1  |
|                                | Si | 21   | 23,9  |
| Malformaciones                 | No | 88   | 100,0 |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E



## RESULTADO DE LOS IMPACTOS PSICO-SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL MISERIOR DEL CANTÓN GUALAQUIZA

**TABLA 12. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales, Cuenca 2014.**

| Impacto Social |    | n=88 | %=100 |
|----------------|----|------|-------|
| Alcoholismo    | No | 80   | 90,9  |
|                | Si | 8    | 9,1   |
|                | Si | 47   | 53,4  |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 13. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales y abuso sexual, Cuenca 2014.**

| Impacto Social |    | n=88 | %=100 |
|----------------|----|------|-------|
| Abuso Sexual   | No | 79   | 89,8  |
|                | Si | 9    | 10,2  |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 14. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales, Maltrato físico Cuenca 2014.**

| Impacto Social |    | n=88 | %=100 |
|----------------|----|------|-------|
| Maltrato       | No | 68   | 77,3  |
|                | Si | 20   | 22,7  |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 15. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinantes sociales y rebeldía, Cuenca 2014.**

| Impacto Social |    | n=88 | %=100 |
|----------------|----|------|-------|
| Rebeldía       | No | 41   | 46,6  |
|                | Si | 47   | 53,4  |

Fuente Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E



**TABLA 16. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según el sistema de valores familiar, Cuenca 2014.**

| Impacto Social                                  |    | n=88 | %=100 |
|---|----|------|-------|
| Choque de núcleo de valores adolescentes padres | No | 49   | 55,7  |
|   | Si | 39   | 44,3  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 17. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según información sobre sexualidad y consecuencias de las relaciones sexuales sin anticonceptivos, Cuenca 2014.**

| Impacto Social   |    | n=88 | %=100 |
|--|----|------|-------|
| Falta de información sobre sexualidad                  | No | 40   | 45,5  |
|  | Si | 48   | 54,5  |
| Consecuencia de relaciones sexuales sin anticoncepción | No | 35   | 39,8  |
|  | Si | 53   | 60,2  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 18. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según la relación familiar, Cuenca 2014.**

| Condiciones familiares  |           | n=88 | %=100 |
|-------------------------|-----------|------|-------|
| Relación con los padres | Buena     | 44   | 50,0  |
|                         | Excelente | 24   | 27,3  |
|                         | Mala      | 1    | 1,1   |
|                         | Otra      | 1    | 1,1   |
|                         | Regular   | 18   | 12,5  |
| Relación con los padres | Apoyo     | 75   | 85,2  |
|                         | Maltrato  | 1    | 1,1   |
|                         | Negación  | 7    | 8,0   |
|                         | Otra      | 1    | 1,1   |
|                         | Rechazo   | 4    | 4,5   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 19. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según determinante de la comunicación familiar, Cuenca 2014.**

| Condiciones familiares                  |       | n=88 | %=100 |
|---|-------|------|-------|
| Tiempo para conversar en la familia     | No    | 27   | 30,7  |
|   | Si    | 61   | 69,3  |
| Conversaciones sobre sexualidad en casa | No    | 47   | 53,4  |
|   | Si    | 41   | 46,6  |
|   | Madre | 3    | 3,4   |
|   | Otros | 56   | 63,6  |
|   | Padre | 19   | 21,6  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo

**TABLA 20. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos sociales: Deserción Escolar y Ocupación de las adolescentes, Cuenca 2014.**

| Condiciones socioeconómicas |             | n=88 | %=100 |
|-----------------------------|-------------|------|-------|
| Abandono escolar            | No          | 61   | 69,3  |
|                             | Si          | 27   | 30,7  |
| Ocupación                   | Agricultura | 3    | 3,4   |
|                             | Ama de casa | 30   | 34,1  |
|                             | Estudiante  | 51   | 58,0  |
|                             | Otra        | 2    | 2,3   |
|                             | Vendedora   | 2    | 2,3   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 21. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales embarazo deseado e intento de aborto, Cuenca 2014.**

| Impacto           |    | n=88 | %=100 |
|-------------------|----|------|-------|
| Embarazo Deseado  | No | 45   | 51,1  |
|                   | Si | 43   | 48,9  |
| Intento de Aborto | No | 74   | 84,1  |
|                   | Si | 14   | 15,9  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 22. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo según la actitud de la adolescente, Cuenca 2014.**

| Impacto Psico-social   |    | n=88 | %=100 |
|------------------------|----|------|-------|
| Baja autoestima        | No | 55   | 62,5  |
|                        | Si | 33   | 37,5  |
| Déficit de autocuidado | No | 71   | 80,7  |
|                        | Si | 17   | 19,3  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 23. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente a la visión de su embarazo, Cuenca 2014.**

| Impacto                 |                       | n=88 | %=100 |
|-------------------------|-----------------------|------|-------|
| Como asumió el embarazo | Obligación-compromiso | 56   | 63,6  |
|                         | Otra                  | 26   | 29,5  |
|                         | Salida de un problema | 6    | 6,8   |
|                         | Resignada             | 8    | 9,1   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 24. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente a la reacción de la adolescente de su embarazo, Cuenca 2014.**

| Impacto                         |                        | n=88 | %=100 |
|---------------------------------|------------------------|------|-------|
| Sentimiento al estar embarazada | Alegre                 | 21   | 23,9  |
|                                 | Alegre pero con miedo  | 23   | 26,1  |
|                                 | Alegre-angustiada      | 12   | 13,6  |
|                                 | Con miedo y angustiada | 18   | 20,5  |
|                                 | Otra                   | 3    | 3,4   |
|                                 | Temerosa               | 11   | 12,5  |
| Como se siente ahora            | Alegre                 | 76   | 86,4  |
|                                 | Otra                   | 3    | 3,4   |
|                                 | Rechazada              | 1    | 1,1   |
|                                 | Resignada              | 8    | 9,1   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 25. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo, decisión de la adolescente sobre su embarazo, Cuenca 2014.**

| Impacto                    |                                    | n=88 | %=100 |
|----------------------------|------------------------------------|------|-------|
| Decisión más significativa | Tener al bebe siendo madre soltera | 4    | 4,5   |
|                            | Tener al bebe y formar un hogar    | 19   | 21,6  |
|                            | Tener al bebe y trabajar           | 9    | 10,2  |
|                            | Traer al bebe y seguir estudiando  | 40   | 45,5  |
|                            | Traer al mundo al bebe             | 16   | 18,2  |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 26. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo en la adolescente frente al cuidado de su hijo, Cuenca 2014.**

| Impacto Psicológico               |    | n=88 | %=100 |
|-----------------------------------|----|------|-------|
| Dificultad de vínculo con el hijo | No | 70   | 79,5  |
|                                   | Si | 18   | 20,5  |
| Riesgo de adopción                | No | 81   | 92,0  |
|                                   | Si | 7    | 8,0   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E

**TABLA 27. Distribución de 88 adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Miserior según impactos psico-sociales del embarazo, reacción de los padres, Cuenca 2014.**

| Impacto    |  | n=88 | %=100 |
|------------|--|------|-------|
| Miedos     | No contar apoyo de la pareja                         | 19   | 21,6  |
|            | No contar con el apoyo de padres y pareja            | 11   | 12,5  |
|            | No poder terminar los estudios                       | 18   | 20,5  |
|            | No poseer dinero para las necesidades del hijo       | 24   | 27,3  |
|            | No tener acceso a los servicios de salud             | 1    | 1,1   |
|            | Otra   | 7    | 8,0   |
|            | Rechazo por familiares y amigos                      | 1    | 1,1   |
|            | Rechazo por parte de los padres por estar embarazada | 7    | 8,0   |
| Fortalezas | Aceptación y apoyo de los padres                     | 21   | 23,9  |
|            | Apoyo de familiares y amigos                         | 8    | 9,1   |
|            | Apoyo de la pareja                                   | 23   | 26,1  |
|            | Apoyo de padres y pareja                             | 32   | 36,4  |
|            | Otro   | 4    | 4,5   |

Fuente Formulario de recolección de datos  
Elaborado por: Cajas D, Punin S, Verdugo E