



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Posgrado de Medicina Familiar y Salud Comunitaria**

**Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F  
Martínez” - Cañar 2017**

**Tesis previa a la obtención del título  
de Especialista en Medicina  
Familiar y Salud Comunitaria**

**Autor: Md Wilson Patricio Vázquez Bustos**

**CI: 0103462362**

**Director: Dr. Pablo Xavier Sempertegui Cárdenas**

**CI: 0104038666**

**Cuenca – Ecuador**

**Abril 2019**



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital Luis F Martínez en la provincia del Cañar en el año 2017.

**Método y materiales:** Se realizó un estudio transversal de prevalencia, realizándose el cálculo muestral en base al porcentaje de prevalencia de embarazo (11.6 %) dato obtenido de resultados previos, dando un total de 200 adolescentes mujeres. Los datos se recolectaron por encuesta y datos del historial clínico. Los datos se tabularon en la base de datos en el programa SPSS 22.0.

**Resultados:** Entre los factores que predisponen a embarazo en la adolescencia están: adolescencia tardía (92 %), autoidentificación étnica mestiza (52.5 %), bajo nivel académico (41 %), unión libre (51.5 %), ser ama de casa (51.5 %), condición socioeconómica media baja y baja (p valor: 0,0065 %), vivir distante al centro de salud (p valor: 0,0041), consumo de sustancias psicoactivas (p valor: 0,0053), migración de uno de los padres (p valor: 0,0025), deserción escolar (p valor: 0,0000) y presentar disfunción familiar (p valor: 0,0000). La prevalencia de embarazo en adolescentes es del 18 %.

**Conclusiones:** Constituyen factores que están asociados con el embarazo en adolescentes los siguientes: una condición socioeconómica baja o media baja (p 0,0065), vivir distante al centro de salud (p 0,0041), consumo de sustancias psicoactivas (p 0,0053), migración de los padres (p 0,0025), deserción escolar (p 0,0000) y antecedente de embarazos previos (p 0,0000), mientras que fue un factor protector la edad menor de 15 años (p 0,0000). El resto de las variables estudiadas, aunque mostraron asociaciones, éstas no fueron estadísticamente significativas.

**Palabras clave:** Embarazo en adolescentes. Factores asociados. Funcionalidad familiar.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of pregnancy in adolescents and associated factors in the Hospital Luis F Martínez in the province of Cañar in the year 2017.

**Method and materials:** A cross-sectional prevalence study was carried out, with the sample calculation being made based on the pregnancy prevalence percentage (11.6%) obtained from previous results, giving a total of 200 female adolescents. Data were collected by survey and clinical history data and tabulated in the database in the SPSS 22.0 program.

**Results:** Among the factors that predispose to pregnancy in adolescence are: late adolescence (92%), mestizo ethnic self-identification (52.5%), low academic level (41%), free union (51.5%), being a housewife (51.5%) %, low and low average socioeconomic status (p value: 0.0065%), living distant from the health center (p value: 0.0041), consumption of psychoactive substances (p value: 0.0053), migration of one of parents (p value: 0.0025), school dropout (p value: 0.0000) and family dysfunction (p value: 0.0000). The prevalence of pregnancy in adolescents is 18 %.

**Conclusions:** The following factors are associated with adolescent pregnancy: low or medium low socioeconomic status (p 0.0065), living distant from the health center (p 0.0041), consumption of psychoactive substances (p 0, 0053), parental migration (p 0.0025), school dropout (p 0.0000) and antecedent of previous pregnancies (p 0.0000), while age under 15 was a protective factor (p 0, 0000). The rest of the variables studied, although they showed associations, these were not statistically significant.

**Key words:** Pregnancy in adolescents. Associated factors. Family functionality.



INDICE

RESUMEN .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
Dedicatoria: .....	7
Agradecimiento: .....	8
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	9
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b> .....	10
IV. FUNDAMENTO O MARCO TEÓRICO .....	10
Proyecto de vida en la adolescencia (54):.....	18
<b>V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	19
<b>Objetivo General:</b> Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el hospital “Luis F Martínez” en la provincia del Cañar en el año 2017. ....	19
Objetivos específicos:.....	19
VI. HIPOTESIS: .....	19
VII DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
<b>VIII OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 12)</b> .....	22
IX. RESULTADOS .....	23
X. DISCUSIÓN .....	28
XI. CONCLUSIONES: .....	32
XII. RECOMENDACIONES .....	33
XIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	34
XIV ANEXOS .....	39



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio Institucional**

Wilson Patricio Vázquez Bustos, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis **Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de esta tesis en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 5 de abril del 2019

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and appears to read "Wilson Patricio Vázquez Bustos".

Wilson Patricio Vázquez Bustos

CI: 0103462362



### Cláusula de propiedad intelectual

Wilson Patricio Vázquez Bustos, autor de la tesis **Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 5 de abril del 2019

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and appears to read "Wilson Patricio Vázquez Bustos".

Wilson Patricio Vázquez Bustos

CI: 0103462362



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**Dedicatoria:**

A Emilia y Victoria:

Eternas



**Agradecimiento:**

Especial agradecimiento al PhD. José Ortiz, Dr. Ulises Freire, así como del Dr. Pablo Sempértégui Cárdenas, director de la presente investigación, quienes han sido acertados en el desarrollo del presente proyecto.

También a la Dra Maritza Torres y al Dr Bernardo Vega, por sus valiosas sugerencias para el presente trabajo.

Y por su puesto un agradecimiento especial a las adolescentes y sus padres que colaboraron en el desarrollo del mismo.





## I. INTRODUCCIÓN

La OMS estima que 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos (1). Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo (1).

En este aspecto, la familia desempeña un papel fundamental en la sociedad (2), y la adolescencia es una etapa trascendental en una familia. La funcionalidad familiar es un determinante muy importante en la consolidación del comportamiento del adolescente (2). El embarazo en la adolescente desarrolla variaciones radicales y nuevas adaptaciones(3).

La funcionalidad familiar es la capacidad de adaptación de sistema familiar para afrontar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis que presenta (4).

La tasa de fecundidad de las adolescentes en el mundo entre 15 y 19 años disminuyó al 21 % entre el 2000 y 2015, empero, los embarazos prematuros aún son altos (5).

Según la UNICEF, las causas de embarazo en adolescentes son: falta de acceso a educación y servicios de salud reproductiva, pobreza, violencia y coacción sexual, y una educación sexual inadecuada (6).

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Estados Unidos la prevalencia es de 12,8%, en Salvador es de 25 % y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos (7). En Cuenca la prevalencia de embarazo en adolescentes es del 11.62 %, dato tomado a nivel de colegios de la ciudad (8).

En el Ecuador el 17% de mujeres entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela (9). En el 2010, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños (10). Alrededor del 19 % de las adolescentes entre 15 a 19 años que tienen relaciones sexuales quedan embarazadas (11).

Para ello el gobierno ecuatoriano realizó una inversión de 29 millones de dólares en el 2012 y de 28 millones en el 2013 en la campaña "Habla Serio Sexualidad sin misterios" que es impulsada por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (12). Según el



INEC en el año 2010 registró 122.301 mujeres entre 12 y 19 años de edad con al menos un hijo (9).

En el 2010, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños (13). Además, adolescentes entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año (1).

Lejos de bajar, esas cifras han aumentado desde el 2006 y colocan a Ecuador, junto a Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente. A nivel general, 37 de cada 100 embarazos en Ecuador son no deseados (14) (12).

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se apega a las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca en Salud Sexual y Reproductiva y Salud en Adolescentes. Se busca determinar la asociación de factores asociados con el embarazo en adolescentes.

Los datos estadísticos muestran un aumento de los embarazos adolescentes, siendo una problemática de salud pública a nivel mundial (7). Un embarazo adolescente obliga a la familia a reestructurarse y a adaptarse a nuevas funciones tanto social como de sus miembros para alcanzar la homeostasis familiar. En 1996 se registraron en la República Mexicana más de 10,000 nacimientos de madres menores de 19 años, y casi 414,000 de madres extremadamente jóvenes (16). En el cantón Cañar el 12 % de los embarazos fueron de madres adolescentes(15).

El estudio se realizó en la ciudad de Cañar en embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital Luis F Martínez. Los datos obtenidos permitirán desarrollar políticas públicas orientadas a la disminución de embarazo en adolescentes lo que influirá de manera directa sobre la funcionalidad familiar y el contexto biopsicosocial de la adolescente, así como la disminución del gasto público (17).

Los resultados conseguidos en esta investigación se difundirán a través de sitios informativos de la Universidad de Cuenca, como la plataforma virtual, la revista científica de la Facultad de Ciencias Médicas y medios de información del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

### **IV. FUNDAMENTO O MARCO TEÓRICO**



El embarazo en adolescentes es un problema bio psico social. La Teoría General de Sistemas nos orienta hacia la explicación sistemática y científica, así como a la aplicación clínica para el entendimiento de la problemática del embarazo en la adolescencia. Según Ludwig von Bertalanffy, biólogo, quien integró las ciencias sociales y naturales hacia la explicación de los problemas que incluyen las esferas del ontosistema (adolescente embarazada), mesosistema (familia) y macrosistema (sistema de salud)(18).

Según Bertalanffy, un sistema nunca puede volver a ser igual después la influencia del ambiente y seguir con las características iniciales del sistema (19).

El embarazo en la adolescencia, al ser una crisis no normativa de adición(20), produce cambios estructurales y funcionales profundos en el sistema familiar, a esto se le conoce como atributo, y son propios de un sistema. Las redes de apoyo y el trabajo conjunto de actores sociales y especialistas en salud alrededor de una adolescente embarazada fortalecen el trabajo en equipo para que ese sistema individual y familiar se adapte de manera adecuada a dicha crisis. Los elementos de un sistema ya sea individual, familiar o social y las interacciones potenciales hacen que tengan variabilidad y al mismo tiempo conectividad entre ellos, a esto se le conoce como complejidad. Esta complejidad sistémica explica que el embarazo en la adolescencia no solo es un problema aislado, sino que influye otros sistemas que comparten características similares y al mismo tiempo distintos, por lo que ningún sistema es capaz de igualar tal variedad de identidad, incluso con las condiciones iniciales del mismo sistema (19).

El sistema familiar y social es un todo (conglomerado) que influyen directamente en el sistema individual y viceversa, esta característica indica que el conjunto es la suma de las partes, pero al mismo tiempo el todo no sería nada sin dicha suma. La adolescente que se embaraza no es solo porque no usó medidas de anticoncepción o solo por desconocimiento en salud sexual y reproductiva, influyen también las características familiares y sociales, así como del sistema de salud y la cultura(18).

El embarazo en la adolescencia produce una rápida desorganización (entropía), que según el sistema familiar se homogenizará con el ambiente. A decir de Edgar Morín todo sistema cerrado está condenado a la desorganización. Pero el trabajo conjunto con la adolescente, su familia y el compromiso de los actores sociales y de salud, harán que ese sistema familiar se organice nuevamente a dicha situación (negentropía) (19).



Las multifinalidades de los factores asociados en el presente estudio llevaron a un resultado diferente en la adolescente en este caso el embarazo, pero aún falta por estudiar las características sociales y culturales. Los recursos familiares para alcanzar a los sistemas abiertos y poder adaptarse a las nuevas realidades sociales harán que tengan equilibrio, pero no solo dependerá de la familia, sino de las políticas públicas de salud, la inversión gubernamental, el acceso geográfico, la infraestructura en salud, etc. Este equilibrio solo será posible si el sistema familiar es abierto, para poder asimilar los cambios intrafamiliares, así como con el ambiente externo(18).

La adolescencia es una crisis normativa de adición (20), podremos hablar entonces de homeostasis al referirnos a la adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se dan en la propia adolescente, así como del sistema familiar y social. La pérdida de esta homeostasis en cualquiera de sus elementos por ejemplo de un embarazo, hará que todos los niveles colapsen empujando nuevamente a la desorganización (entropía) (19).

Vigotski, analiza el funcionamiento familiar desde el cumplimiento de las funciones de la economía, educación, afectividad y reproducción. Existe una interacción dialéctica que involucra lo social y natural y que influye en la formación del adolescente como individuo y su personalidad(21).

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (22).

**Clasificación de la adolescencia según la OMS (23):**

Adolescencia temprana: desde los 10 a los 14 años y adolescencia tardía desde los 15 a 19 años.

En un estudio de casos y controles desarrollado en Orellana Ecuador por Goicolea, indica que un estatus socioeconómico bajo, incrementa la probabilidad de embarazo en la adolescencia (24). El aumento de embarazos en la adolescencia precoz es del 1 % y en la adolescencia tardía es del 5 % (25). El ingreso a la fuerza laboral de la adolescente a edades tempranas, disminuye el rendimiento escolar y deserción escolar por los malos resultados académicos, esto sumado a conocimientos inadecuados en salud sexual y reproductiva aumentan la probabilidad de embarazo en la adolescencia (17). El abandono o deserción escolar es uno de los factores más asociado al embarazo en la adolescencia (17).



En el estudio realizado a 78 adolescentes embarazadas por Urreta-Palacios en el 2008 en Lima Perú en el Hospital San Juan de Lurigancho, encontraron que el 48.7 % de las adolescentes embarazadas presentaron disfuncionalidad familiar con el uso del test del Apgar familiar (26).

Otro estudio realizado a 364 adolescentes embarazadas por Rengel y Patiño en el 2004 en México, mediante el uso del test del Apgar familiar encontró que 27 % presentaron disfunción familiar moderada, el 6% disfunción severa y el 67 % estaba dentro de la normalidad. Además, el 76.5 % de las adolescentes embarazadas cursaban su adolescencia tardía. En este estudio, el 90 % de las adolescentes correspondían a educación primaria y secundaria. En relación a su estado civil, el 85% estaban casadas y el 77 % eran amas de casa. En relación al estado civil de sus padres el 92 % estaban casados. En relación al número de embarazos previos el 78 % de las adolescentes tenían un hijo (26).

En un estudio realizado por Rionaula y Romero en el 2013 en el hospital de Limón Indanza a 119 embarazadas adolescentes encontraron que el 76,47 % se autoidentificaban como mestizas y el 23,53 % como indígenas, por lo que ser indígena no es un factor de riesgo para desarrollar embarazo en la adolescencia. En otro estudio realizado por Prócel en el 2016 se evidencia que el 89 % son mestizas, el 5 % indígenas y 2.2 afroecuatorianas, por lo que la etnia indígena no es un factor de riesgo para embarazo adolescente (27). Además, el 3,36% admitió consumir alcohol y el 2,52% admitió el hábito de fumar (28).

Otro estudio realizado por Guevara en el 2012 a 745 adolescentes en la Ciudad de Cuenca Ecuador, encontró que el 4,6 % de las embarazadas adolescentes sufren de la pérdida de personas significativas en su vida y un 65.4 % no presentan (14).

**La comunidad y la familia como formadores del adolescente:** Los adolescentes presentan dependencia directa de su familia, comunidad, escuela, amigos, servicios de salud. La familia desarrolla competencias fundamentales en el desarrollo de la afectividad, autonomía, autoestima, independencia, búsqueda de identidad y desarrollo de la sexualidad (29) (30).

**Embarazo en la adolescencia:** La madurez psicológica y física de la adolescente se ve profundamente afectada desde el punto de vista médico: partos prematuros, abortos, anemias, bacteriuria asintomática, trastornos hipertensivos gestacionales, restricción del crecimiento intraútero, enfermedades congénitas, anomalías cromosómicas y hemorragias posparto. Y desde el punto de vista social, conlleva a discriminación, pobreza, bajo



rendimiento educativo, deserción escolar, migración, etc (31). Las adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años es el grupo que presenta mayor mortalidad materna (32).

### **Factores de riesgo asociados a embarazo en adolescentes:**

**Individuales:** precocidad de la menarquia, aspiraciones académicas de bajo nivel, impulsividad, ideas de superioridad, desconocimiento sobre métodos de planificación familiar y predominio del “amor sentimental” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (33).

**Familiares:** Disfuncionalidad familiar, madre o hermana con antecedentes de embarazo en su adolescencia, pérdida de familiares cercanos representativos o figuras representativas y bajo nivel de educación de los padres (33).

**Sociales:** Nivel socio económico bajo, vivienda con hacinamiento, malas condiciones de la vivienda, eventos antisociales en el área de la vivienda: delincuencia, drogadicción, prostitución, alcoholismo, explotación laboral, estrés, vivienda en área rural, empleo precoz, transferencia de conocimientos ancestrales y generacionales sobre sexualidad retrógrados (33) (34) (35). El embarazo en la adolescencia podría ser un mecanismo producto de la pobreza hereditaria. El grupo étnico y nivel sociocultural y de pobreza podrían ser mecanismo de desarrollo del embarazo (36).

Las mujeres embarazadas, en particular las adolescentes, pueden estar expuestas a la violencia, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Estos problemas deben controlarse también, aunque no sólo, introduciendo mejoras en los entornos sociales, políticos y jurídicos (37).

La violencia estructural junto a la pobreza disminuye las posibilidades de vida y movilidad social de las y los adolescentes, haciendo que el embarazo adolescente sea muchas veces la única opción de vida, reconocimiento social y autovaloración. También la violencia simbólica asociada a los estereotipos sobre los cuerpos, los roles y mandatos de género, que implica para las mujeres el desconocimiento y la negación de su ser sexuado frente al ensalzamiento de su espiritualidad y maternidad abnegada y sacrificada. Todo esto también se relaciona, sustenta y legitima con el autoritarismo y el machismo (38).

En el informe Health for the World’s Adolescents refiere que cuanto más joven es la madre, mayor es la tasa de mortalidad entre recién nacidos (39). Este ha sido uno de los logros



importantes en la salud de los adolescentes de las últimas dos décadas: reducciones significativas en las tasas de embarazo de adolescentes en varios países, como Canadá, Inglaterra y los Estados Unidos (40).

Algunos adolescentes son particularmente vulnerables a los malos resultados de salud y desarrollo, como resultado de factores individuales y ambientales, como la marginación, la explotación y vivir sin el apoyo de los padres (40) (41).

Wakley refiere que la falta de control de la familia como elemento regulador de la conducta de la adolescente, le da a ésta mayor disponibilidad de tiempo y mayor involucramiento en eventos antisociales y sexuales a tempranas edades. La falta de una buena funcionalidad familiar provoca en el adolescente una carencia afectiva proyectando a la adolescente a involucrarse en relaciones sexuales precoces (31). En lo social, los factores que se asocian a una actividad sexual a tempranas edades y el embarazo en la adolescencia son la erotización de la imagen corporal en los medios de comunicación y la distorsión de la sexualidad (14). Los resultados socioeconómicos asociados a la paternidad adolescentes, tendrían un impacto negativo profundo sin el apoyo familiar y social (11) (42):

En la madre: mayor probabilidad de vivir en pobreza, mayor probabilidad de violencia por parte de la pareja, menos probabilidad de terminar la secundaria (43).

En el padre: menor ingresos económicos, menor años de escolaridad, trabajos poco remunerados o dificultad para conseguirlo (43).

En el niño: mayores problemas de salud y cognitivos, bajo rendimiento escolar o abandono precoz escolar y mayor probabilidad de abuso (44).

**Funcionalidad familiar:** Se define a la familia como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior (45).

**APGAR Familiar (20):** La funcionalidad familiar se mide con la escala de Apgar Familiar validado por Smilkestein el mismo que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares de:

**Adaptación:** capacidad familiar que usa sus recursos de manera adecuada para el bien común y ayuda mutua, y el uso de éstos para la resolución de problemas cuando la



homeostasis familiar está alterada. **Participación:** compartir responsabilidades entre los miembros de la familia, distribuyéndose solidariamente los conflictos y tomando decisiones mutuamente. **Crecimiento:** capacidad desarrollada por la madurez emocional y física, en la que se auto desarrollan los miembros que conforman la familia mediante el mutuo apoyo. **Afecto:** correspondencia de amor y cuidado existente entre los miembros que conforman la familia. **Resolución:** capacidad de los integrantes de la familia para resolver sus problemas además de compartir el dinero, el tiempo y el espacio.

En un estudio realizado por Calderón et al, en Cuba, se usó el cuestionario Apgar familiar y se puso en manifiesto la presencia de la disfuncionalidad en 38 familias con el 65,5 %; no obstante, 20 familias eran funcionales con el 34,5 %. Por tanto, se obtuvo una significación estadística  $p < 0,001$  (46).

**Embarazo no planificado y adolescencia:** La adolescencia es la etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, esto sumado a la disfuncionalidad familiar y desestructuración de la familia conlleva entre otros problemas al embarazo en la adolescencia. La sexualidad y el embarazo en los adolescentes está influenciada de manera directa por algunos aspectos: influencia paternal, adquisición precoz de una identidad como adulto, medios de comunicación y redes sociales que influyen en la distorsión de la sexualidad, inseguridad y culpabilidad por los agentes educativos: maestros, padres, instituciones que coordinan adolescentes y búsqueda de una independencia económica (47).

En cuanto a la autoidentificación étnica, en el 2010, la INEC revela que las adolescentes mestizas presentan embarazo con 81,152 casos entre 12 y 19 años, le siguen las afroecuatorianas con 13,076 casos seguido de las madres montubias con 11,155 casos(48). En el estudio realizado en el 2016 por Pérez en Quito, Ecuador, refiere que la auto identificación étnica de indígena presenta un 80% menos de oportunidad para desarrollar un embarazo en la adolescencia, lo que disminuye la probabilidad de presentar un embarazo en 0.45 puntos porcentuales(49).

Existen estudios sobre la pérdida reciente de personas significativas en donde no encontraron asociaciones estadísticamente significativas ( $p = 0.130$ )(49). Además la pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres es considerado como factor de riesgo familiar para desarrollar embarazo en la adolescencia(50).





La UNICEF ha desarrollado estudios en países con altos índices de migración, donde las adolescentes con padres migrantes presentan una adaptación desafiante en el ámbito social, el difícil acceso a los servicios sociales y la exclusión social. Uno de sus efectos es la sobrecarga a los abuelos y la escasa preocupación en la educación formal de la adolescente. También tienen un riesgo mayor de abuso de drogas, problemas psicosociales y violencia en el comportamiento(51).

En la República Popular Democrática Lao al sudeste de Asia, luego de un estudio cualitativo a 11 grupos étnicos y 5644 familias, se determinó que el conocimiento incompleto sobre salud sexual y reproductiva y un limitado acceso a los servicios apropiados de salud propiciaban al embarazo en la adolescencia. También influyen una actitud liberal en las relaciones sexuales prematrimoniales, la precocidad en el matrimonio y embarazo(52).

Es de vital importancia el abordaje de la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud. Entre los métodos anticonceptivos tenemos los temporales o definitivos.

Entre los métodos temporales están los métodos hormonales como los orales, inyectables, implantes subdermicos, anillos vaginales, antiestágenos. Dispositivos intrauterinos, métodos de barrera como el condón, diafragma, espermicidas, también están los métodos naturales como la abstinencia periódica, el coito interrumpido, el ritmo o calendario, la temperatura basal, el moco cervical (Billings).

Entre los métodos definitivos están: Oclusión tubarica bilateral (OTB) (en la mujer) y Vasectomía (en el hombre)

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección. Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes: Vida sexual activa, número de parejas sexuales, planeación de las relaciones sexuales, prácticas sexuales de riesgo, frecuencia de relaciones sexuales, tipo de relaciones (oral, anal, vaginal), conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto, antecedentes de infecciones de transmisión sexual (53).



**Proyecto de vida en la adolescencia (54):** Desde que el ser humano tiene conciencia de sí mismo suele formularse preguntas con respecto al por qué y al para qué de su existencia, que lo conducen a trazarse metas y a querer proyectarse hacia el futuro en la búsqueda de respuestas y de su realización personal. Para lograr resultados positivos en ese intento tiene la posibilidad de diseñar un proyecto de vida a partir de la conciencia que tiene de sí mismo, de la realidad que le rodea y de su existencia. Eso sólo es posible a partir de la adolescencia; por tal motivo es en esta etapa en la que el ser humano está en condiciones apropiadas para concebir un proyecto de vida, que lógicamente estará anclado en toda su vida anterior.

**Cómo hacer un proyecto de vida:** Igual que en el diseño de cualquier otro proyecto, en este caso se requiere tener en cuenta unos pasos básicos mínimos.

**1. Diagnóstico de la realidad personal:** Implica hacer un recorrido honesto, generoso, exigente, crítico y valorativo por lo que ha sido la propia vida, buscando identificar las características personales, cuáles de ellas pueden considerarse como fortalezas y cuáles como debilidades. En esta tarea puede ser de gran ayuda hacer una especie de autobiografía.

**2. Objetivos y metas:** Para este momento es importante que se pregunte cuáles son sus sueños en las áreas de su vocación, sus relaciones, su bienestar material y físico y su vida espiritual. Las respuestas a esas preguntas lo conducirán a descubrir qué es lo que quiere hacer con su vida, cómo, por qué, para qué y en qué medida quiere hacerlo, así como lo que son en esencia sus objetivos y metas.

**3. Plan de acción:** Para hacer este plan es fundamental que se formule preguntas sobre las condiciones y recursos que le ofrece el medio para lograr la realización de sus sueños y la forma apropiada de aprovecharlos; los obstáculos en el medio en el cual vive y la forma de superarlos; las características y recursos personales con que cuenta y la forma de emplearlos; el tiempo que requiere y está dispuesto a invertir para cada acción y el lugar o lugares en donde quiere y puede realizarlas.



**4. Indicadores de logro:** le permiten saber en cada momento cuánto y en qué dirección ha avanzado en su proyecto, cómo se siente al respecto, qué significado tiene eso en su vida y qué necesita modificar y por qué razón.

El proyecto debe reestructurarse cada vez que sea necesario, de tal modo que al tener en cuenta los componentes mínimos cuando se trata de darle dirección a la propia vida, de una forma organizada coherente y productiva, éstos sean el estímulo para la creatividad de aquellos que pretendan estructurar o remodelar su proyecto de vida.

## V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

**Objetivo General:** Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el hospital “Luis F Martínez” en la provincia del Cañar en el año 2017.

### **Objetivos específicos:**

1. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a variables sociodemográficas tales como: edad, condición socio económica, autoidentificación étnica, parroquia, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, embarazo previo y deserción escolar.
2. Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes.
3. Establecer la asociación entre embarazo en adolescentes y los siguientes factores: autoidentificación étnica indígena, pérdida reciente de personas significativas, migración del padre o madre, vivienda distante al centro de salud, conocimiento en salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas, estado civil de los padres, disfuncionalidad familiar y adolescencia tardía.

## VI. HIPOTESIS:

El embarazo en adolescentes se asocia con las variables autoidentificación étnica indígena, condición socioeconómica baja, pérdida reciente de personas significativas, migración del padre o madre, adolescencia tardía, consumo de sustancias psicoactivas, padres separados y vivienda distante al centro de salud; y constituyen factores protectores conocimiento en salud sexual y reproductiva y funcionalidad familiar.



## VII DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo transversal.

**Área de estudio:** El estudio fue realizado en el Hospital Luis F Martínez de la provincia del Cañar.

**Universo:** El universo estuvo constituido por el total de adolescentes ingresadas en el hospital Luis F Martínez de la Provincia del Cañar en el año 2017.

**Muestra:** Se calculó en el programa Epi Info versión 7, utilizando las siguientes restricciones muestrales: tamaño de la población: 413. Frecuencia esperada: 73,5% (basado en datos de estadística de egresos hospitalarios del Hospital de Cañar 2016). Límites de confianza 5%. Intervalo de confianza 95%. Muestra calculada: 174. Se añade un 15% por posibles pérdidas dando una muestra total de 200 pacientes adolescentes. (Anexo 1)

**Criterios de inclusión:** adolescentes mujeres entre 10 y 19 años hospitalizadas en el Hospital Luis F Martínez de la provincia del Cañar, en presencia de un acompañante legal que acepte la participación del menor mediante firma de consentimiento informado (anexo 6), se obtuvo también el asentimiento por parte del adolescente. (anexo 7)

**Criterios de exclusión:** problemas mentales que dificulten la comunicación para recolectar los datos y registro de datos incompletos.

**Técnicas:** Para la recolección de datos se empleó la entrevista mediante encuesta estructurada y la observación simple de los datos que constan en las historias clínicas de las pacientes. (anexo 2)

**Instrumento:** Para determinar la funcionalidad familiar se aplicó el cuestionario validado por Smilkestein del Apgar Familiar; este consta de cinco preguntas que califican el apoyo, la participación, el crecimiento, el afecto y la recreación, para cada uno de los cuales se califica como casi siempre (2 puntos), algunas veces (1 punto) y casi nunca (0 puntos); el puntaje final se suma y categoriza como funcional (7 a 10 puntos), disfuncionalidad moderada (4 a 6 puntos) y disfuncionalidad severa (0 a 3 puntos); dicho formulario se encuentra en los anexos (anexo 3).

La variable condición socio económica se determinará mediante la encuesta de estratificación del nivel socio económico del INEC. (anexo 8).

Las variables edad, autoidentificación étnica, parroquia, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, embarazo previo, deserción escolar, pérdida reciente de personas significativas, migración del padre o madre, consumo de sustancias psicoactivas, estado civil de los padres,



se recogerán por interrogatorio simple; la variable distancia al centro de salud se medirá en términos de tiempo que demora el traslado desde la vivienda hasta el centro de salud más cercano. La variable conocimiento en salud sexual y reproductiva se hará utilizando el formulario del Ph.D. Gino Verleye: “Durex Network and Trendwolves” aplicado en 17 países de Europa, basado en la Encuesta de Salud Reproductiva de Albania realizado en 2002 por el CDC, que reúne 8 preguntas específicas sobre conocimientos en Salud reproductiva, el cual fue traducido previamente al castellano y validado por el Md. Pablo Sempértegui en un estudio previo. (55) (56) (anexo 9).

**Plan de Tabulación y análisis:** los datos fueron recolectados y codificados en valores numéricos e ingresados en una base de datos en el programa SPSS 15.0. Para la tabulación se realizó en primer lugar estadística descriptiva, de las variables cuantitativas tales como edad, distancia al centro de salud se obtuvieron medias, desviaciones estándares, valores máximos y mínimos. De las variables cualitativas tales como: autoidentificación étnica, parroquia, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, embarazo previo, deserción escolar, pérdida reciente de personas significativas, migración del padre o madre, vivienda distante al centro de salud, conocimiento en salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas, estado civil de los padres; se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

Los datos sociodemográficos se presentaron en una tabla como la que se ve a continuación: (Anexo 10) **Tabla No.1 Distribución de adolescentes hospitalizados en el Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a variables sociodemográficas. Cañar 2017.**

Para determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes, se consideró como numerador al total de ingresos en adolescentes de 10 a 19 años que se encuentren o hayan cursado previamente un embarazo, parto o puerperio, y como denominador al total de adolescentes ingresadas en el Hospital Luis F Martínez en el año 2017.

Para determinar la asociación entre embarazo adolescente y factores tales como: autoidentificación étnica, pérdida reciente de personas significativas, migración del padre o madre, vivienda distante al centro de salud, conocimiento en salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas, estado civil de los padres, funcionalidad familiar, y etapas de la adolescencia las variables fueron dicotomizadas y colocadas en tablas tetracóricas como se aprecia en el siguiente ejemplo:



Variable	Embarazo adolescente		Total
	Si	No	
Si	A	B	A+b
No	C	D	C+d
Total	A+c	B+d	

Para determinar la magnitud de la asociación estadística se obtuvieron las razones de prevalencia (RP) de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$RP = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$$

Se consideró asociación positiva si la RP es mayor a 1, nulidad estadística si es igual a 1 y asociación negativa si es menor a 1.

Se calcularon además los intervalos de confianza al 95% y se consideraron confiables aquellos que no tocaron la unidad.

Finalmente se obtuvieron los p valores mediante prueba de chi cuadrado con test de Fisher y se consideró estadísticamente significativos los valores menores a 0,05.

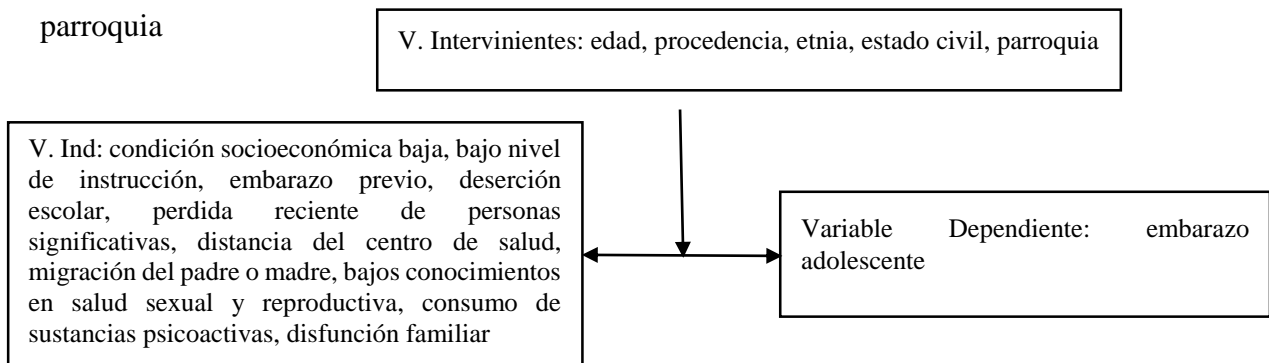
**Anexo 11 Tabla No.2** Los resultados se presentaron en una tabla como la que se aprecia a continuación

**VIII OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (Anexo 12)**

**Variable dependiente:** embarazo adolescente

**Variables independientes:** factores asociados: condición socioeconómica, nivel de instrucción, embarazo previo, deserción escolar, pérdida reciente de personas significativas, distancia del centro de salud, migración del padre o madre, conocimientos en salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, estado civil de los padres.

**Variables intervinientes:** edad, procedencia, género, etnia, estado civil, ocupación, parroquia





## ASPECTOS ÉTICOS

Para el estudio se solicitó el permiso por escrito a las autoridades del Ministerio de Salud Pública del Distrito 03D02 de Salud de la provincia del Cañar (anexo 4 y 5) También se solicitó el consentimiento informado a los padres o representantes legales de las adolescentes embarazadas y el asentimiento de las adolescentes embarazadas, los datos que se entregaron fueron obtenidos con total veracidad y podrán ser verificados por la Facultad de Ciencias Médicas, por la comisión de Bioética o el Ministerio de Salud Pública. Los resultados finales serán socializados con el MSP y la Universidad de Cuenca. La información recolectada se manejó respetando la integridad de las personas, guardando respeto, confidencialidad y sobre todo los datos serán utilizados únicamente para el estudio. Se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

## IX. RESULTADOS

En total fueron incluidos en el estudio 200 adolescentes mujeres, el promedio de edad en el grupo fue de 16,9 años (DS 1,8) con un valor mínimo de 10 años y un máximo de 19 años.

A continuación, se presentan las características sociodemográficas del grupo:

**Tabla No.1 Distribución de adolescentes hospitalizadas en Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a variables demográficas. Cañar 2017.**

<b>Variable</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
Adolescente temprano (<15)	16	8,0
Adolescente tardío (15 o más)	184	92,0
<b>Auto identificación étnica</b>		
Blanca	2	1,0
Mestiza	105	52,5
Indígena	93	46,5
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	13	6,5
Primaria incompleta	63	31,5



Primaria completa	22	11,0
Secundaria incompleta	82	41,0
Secundaria completa	17	8,5
Técnica	3	1,5
<b>Estado civil</b>		
Casada	21	10,5
Soltera	71	35,5
Unión libre	103	51,5
Viuda	1	0,5
Divorciada	4	2,0
<b>Ocupación</b>		
Quehaceres domésticos	103	51,5
Trabajadora pública	7	3,5
Trabajadora privada	6	3,0
Negocio propio	14	7,0
Estudiante	40	20,0
Ninguna	30	15,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** historias clínicas del hospital. **Elaboración:** autor

Se aprecia en la tabla 1, que la mayoría de adolescentes se encontraron en el intervalo de edad de mayor o igual a 15 años con 184 casos (92%) siendo el porcentaje restante menores a esta edad; respecto a la auto identificación étnica, la mayoría dijeron ser mestizas con 52%, seguido en orden de frecuencia por indígenas con 46,5%, apenas 1% dijeron ser blancas. Respecto a la escolaridad el mayor número correspondió a secundaria incompleta con 41% seguido por primaria incompleta con 31,5%, llama la atención un 6,5% de adolescentes analfabetas, y un 1,5% de nivel técnico. De acuerdo al estado civil la mayoría se encontraban en unión libre con 51,5% seguido por el estado de solteras con 35,5%, casadas con 10,5% y divorciadas el 2%, 1 paciente (0,5%) manifestó encontrarse viuda. Finalmente, de acuerdo a la ocupación la mayoría de adolescentes realizan quehaceres domésticos (51,5%) seguido por las estudiantes con 20%, un porcentaje nada despreciable de 15% no realizan ocupación alguna mientras que un 13,5% restante realizan algún trabajo remunerado.





Respecto a la residencia se aprecia en la tabla 2 que la mayoría de pacientes viven en Cañar con 40,5% de los casos seguido por residentes en Ingapirca con 10%, las otras Parroquias fluctúan entre 1 y 4,5% cada una, un total de 58 pacientes (29%) fueron procedentes de parroquias fuera de Cañar.

**Tabla No.2 Distribución de adolescentes hospitalizadas en Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a residencia y condición socioeconómica. Cañar 2017.**

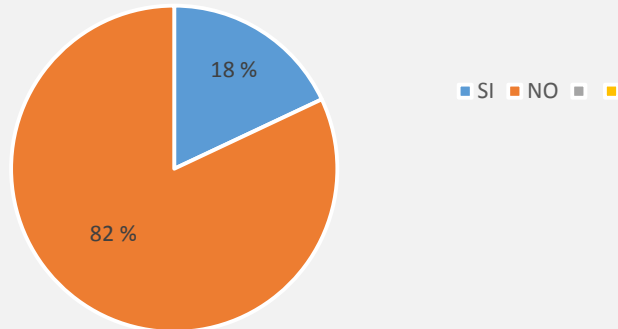
<b>Residencia</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Cañar	81	40,5
Chontamarca	9	4,5
Gualleturo	4	2,0
Juncal	6	3,0
Zhud	3	1,5
General Morales	6	3,0
Ducur	5	2,5
Chorocopte	2	1,0
Ingapirca	20	10,0
Honorato Vázquez	6	3,0
Otra	58	29,0
<b>Condición socio-económica</b>		
Bajo	37	18,5
Medio Bajo	141	70,5
Medio típico	13	6,5
Medio alto	6	3,0
Alto	3	1,5
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** historias clínicas del hospital. **Elaboración:** autor

Se evidencia en la tabla 2 que de acuerdo a la condición socioeconómica la mayoría de pacientes presentaban un estrato medio bajo con 70,5%, seguido por el estrato bajo (18,5%), apenas 1,5% de casos pertenecieron a estrato alto y 3% a estrato medio alto.

A continuación, se presenta la prevalencia de embarazo en las adolescentes:

**Gráfico No.1 Distribución de adolescentes hospitalizadas en Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a embarazo. Cañar 2017**



**Fuente:** historias clínicas del hospital. **Elaboración:** autor

En el gráfico No 1 muestra que 150 adolescentes han estado o están embarazadas al momento del estudio, dando una prevalencia total de 18 %.

**Tabla No.3 Distribución de adolescentes embarazadas hospitalizadas en Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a número de gesta. Cañar 2017.**

Variable	No.	%
Primer embarazo	115	76,7
Segundo embarazo	31	20,7
Tercer embarazo	4	2,7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** historias clínicas del hospital. **Elaboración:** autor

Se evidencia que la mayoría de adolescentes cursaban su primer embarazo con 76,7%, sin embargo, existe un porcentaje nada despreciable de 20,7% de adolescentes en su segunda gesta e incluso 4 casos (2,7%) que cursaban el tercer embarazo.



**Tabla No.4 Distribución de adolescentes hospitalizadas en Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a embarazo y factores asociados. Cañar 2017.**

Variable	Embarazo		RP	IC 95%	P valor
	Si N=150	No N=50			
Edad < 15 años	4/16	12/16	0,31	0,13- 0,73	0,0000*
Condición socioeconómica baja	139/178	39/178	1,56	1,02- 2,38	0,0065*
Etnia indígena	75/93	18/93	1,15	0,98- 1,34	0,0593
Vivienda distante al centro de salud	79/94	15/94	1,25	1,06- 1,47	0,0041*
Conocimiento adecuado en salud sexual	23/37	14/37	0,79	0,61- 1,03	0,0582
Pareja estable de los padres	101/141	40/141	0,86	0,73- 1,00	0,0615
Disfuncionalidad familiar	125/150	25/150	1,66	1,25- 2,21	0,0000*
Consumo de sustancias psicoactivas	81/97	16/97	1,24	1,06- 1,46	0,0053*
Migración de los padres	70/81	11/81	1,28	1,10- 1,49	0,0025*
Pérdida de una persona significativa	73/86	13/86	1,25	1,07- 1,46	0,0036*
Deserción escolar	105/117	12/117	1,65	1,34- 2,03	0,0000*
Antecedente de embarazo previo	50/51	1/51	1,46	1,29- 1,64	0,0000*

**Fuente:** historias clínicas del hospital.

**Elaboración:** autor



\*Existe diferencia estadísticamente significativa

Se puede evidenciar en la tabla 4 que el embarazo presentó asociación positiva con una condición socioeconómica baja o media baja ( $p 0,0065$ ), vivir distante al centro de salud ( $p 0,0041$ ), consumo de sustancias psicoactivas ( $p 0,0053$ ), migración de los padres ( $p 0,0025$ ), deserción escolar ( $p 0,0000$ ), pérdida de una persona significativa ( $p 0,0036$ ) y antecedente de embarazos previos ( $p 0,0000$ ), mientras que mostró asociación negativa con una edad menor de 15 años ( $p 0,0000$ ). El resto de las variables estudiadas, aunque mostraron asociaciones, éstas no fueron estadísticamente significativas.

## X. DISCUSIÓN

**Edad:** En nuestro estudio fueron incluidas en el estudio 200 adolescentes mujeres, el promedio de edad en el grupo fue de 16,9 años. Según la OMS estima que 16 millones de adolescentes entre 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año (1). En el Ecuador, según el INEC en el año 2010, el 17% de mujeres entre 15 y 19 años son madres, y en mujeres entre 12 y 17 años representan el 37 % de embarazo en la adolescencia(57).

En el 2010 el 17% de mujeres adolescentes (15 a 19 años) fueron madres al momento del censo. Es importante mencionar el alto grado de embarazo adolescente, de acuerdo a la última encuesta de condiciones de vida del 2006.

En Owerri, Nigeria la edad de embarazo en adolescentes varían de 14 a 17 años de edad. (58) En un estudio realizado en Shanghái a 6299 adolescentes el 87.3 % debutaron sexualmente entre los 18 y 24 años (59).

León y Litardo encontraron que el 91.5 % de las adolescentes estaban embarazadas entre los 16 y 19 años de edad. Además, la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 30% entre los 14 a 15 años y de 41.7 % entre los 16 y 17 años (60).

La mayoría de los registros antropológicos e históricos de la cultura en Nigeria han demostrado que la actividad sexual premarital era alta, ya que las jóvenes estaban bajo presión para casarse tan pronto como sea posible después de alcanzar la madurez física (UNICEF, 2001) Tradicionalmente, la actividad sexual se negoció dentro del matrimonio, y



el concepto de *virgen intacta* (permanecer virgen hasta el matrimonio) era una norma apreciada. (38)

**Autoidentificación étnica:** en el presente estudio, la mayoría dijeron ser mestizas con 52%, seguido en orden de frecuencia por indígenas con 46,5%, apenas 1% dijeron ser blancas. En el estudio realizado por Rionaula et al, en el 2014 se obtuvo resultados similares con una frecuencia de 76.4 % para mestizas y el 23,5 para indígenas. (61) Al igual que el estudio realizado por Trelles et al, encontró que existía mayor incidencia de adolescentes mestizas con un 97% y con 2 % de adolescentes indígenas. Cabe recalcar que este estudio se realizó en un hospital de tercer nivel de localización urbana.(62)

**Escolaridad:** Respecto a la escolaridad el mayor número correspondió a secundaria incompleta con 41% seguido por primaria incompleta con 31,5%, llama la atención un 6,5% de adolescentes analfabetas, y un 1,5% de nivel técnico. Resultados similares encontraron León y Litardo con 61.9 % (60) y Trelles et al con un 58 % de adolescentes con secundaria incompleta.(62) En Shanghái el 19.4 % de las adolescentes estaban en la escuela primaria, el 36.4 % cursaban la secundaria y el 44.2 % habían terminado la secundaria o cursaban un nivel superior. (59) Un dato alarmante obtenido en Owerri, Nigeria, reveló que el 49 % de las adolescentes con embarazo, solicitó el aborto para no interrumpir sus estudios.(58)

**Estado civil:** De acuerdo al estado civil la mayoría se encontraban en unión libre con 51,5% seguido por el estado de solteras con 35,5%, casadas con 10,5% y divorciadas el 2%, sólo una paciente (0,5%) manifestó encontrarse viuda. Resultados similares encontró León y Litardo encontraron que el 49.8% tenían unión libre al igual que Trelles et al el 44 % de las adolescentes viven en unión libre, seguida de las solteras con 34% y al final las casadas con 22%. Resultados contrarios encontró Rionaula et al, que obtuvo que el 52,10% eran solteras mientras que el 47,06% convivían en unión libre.(61)

**Consumo de sustancias:** se observó que el embarazo presentó una asociación positiva con el consumo de sustancias en un 83.5 % (p 0,0053). Trelles et al, encontró que el 36% refirieron consumir café, el 6% alcohol y sólo el 2% cigarrillo. Roma Et al realizó un estudio de comportamiento de riesgo juvenil en Ohio en 2461 estudiantes de secundaria. Observó que el consumo de alcohol en los últimos 30 días fue menos probable que se asocie con el



embarazo. Las niñas que probaron cocaína fueron 4.88 veces más propensas a quedar embarazadas(60).

**Ocupación:** Finalmente de acuerdo a la ocupación la mayoría de adolescentes realizan quehaceres domésticos (51,5%) seguido por las estudiantes con 20%, un porcentaje nada despreciable de 15% no realizan ocupación alguna mientras que un 13,5% restante realizan algún trabajo remunerado.

**Residencia:** se observa en nuestro estudio que la mayoría de pacientes viven en Cañar con 40,5% de los casos seguido por residentes en Ingapirca con 10%, las otras Parroquias fluctúan entre 1 y 4,5% cada una, un total de 58 pacientes (29%) fueron procedentes de parroquias fuera de Cañar.

León y Litardo encontraron que 59.6 % de las adolescentes vivían en área rural. En Shanghái en el 2006 el 63.9 % de los adolescentes se encontraban en el área urbana(60).

**Condición socioeconómica:** se aprecia en nuestro estudio que la mayoría de adolescentes presentan un estrato medio bajo con 70,5%, seguido por el estrato bajo (18,5%), apenas 1,5% de casos pertenecieron a estrato alto y 3% a estrato medio alto.

**Prevalencia de embarazo:** en nuestro estudio se aprecia que 150 adolescentes han estado o están embarazadas al momento del estudio, dando una prevalencia total de 18 %. No existen estudios similares sobre adolescentes hospitalizadas por lo que no se puede realizar la comparación. Cabe mencionar que la prevalencia de embarazo en adolescentes en Estados Unidos es de 12,8%, en Salvador es de 25 % y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.(7) En Cuenca la prevalencia de embarazo en adolescentes a nivel de colegios es del 11.62 %. (14) En Shanghái se encontró una prevalencia de embarazo en estudiantes universitarios adolescentes del 19.8% en el 2008. (59)

**Conocimiento adecuado en salud sexual:** si bien el 62,1 % de las adolescentes tenían conocimiento adecuado sobre salud sexual y reproductiva, sin que se encuentre asociación estadísticamente significativa con embarazo. (p: 0,0582) Trelles encontró en su estudio que sólo 51% de adolescentes recibió información sobre planificación familiar y el 81% de adolescentes no utilizaron ningún tipo de método anticonceptivo. En Shanghái el 72.7% de las adolescentes no había recibido educación sexual. El 73.4 % de las adolescentes en Nigeria acudían a los centros de salud y el 78.5 % de las adolescentes no deseaba comprar



anticonceptivos. El problema es que los adolescentes rara vez acuden a los centros de salud por información en su salud sexual por razones culturales.

Además, León y Litardo encontraron en su estudio que el 33.3 % busca información sobre planificación familiar, el 24.6 % busca información en el colegio y el 21.5 % en internet.

**Migración:** se evidencia en nuestro estudio que en el 86.4 % de las adolescentes existía migración de uno de los padres presentando una asociación positiva con el embarazo en la adolescencia. (p 0,0025). En un estudio realizado por Trelles et al en el Hospital Vicente Corral Moscoso el 58 % de las adolescentes presentaban migración de algún familiar, en la mayoría de casos es el padre quien ha migrado correspondiendo a un 32%. En Owerri, Nigeria el 68.2% de los adolescentes vivía con sus padres, pero presentó embarazo en adolescentes.

**Disfunción familiar:** el 83.3 % de las adolescentes que tenían familias disfuncionales presentaron embarazo en adolescentes, pero no fue estadísticamente significativo. (p 0,5904). León y Litardo encontraron en su estudio resultados similares ya que el 82.1 % de las adolescentes tenían disfuncionalidad familiar.

En cambio, Trelles et al, encontró resultados diferentes en donde el 83% de las adolescentes presentaron una buena función familiar, seguidas por una disfunción familiar moderada con 12% y un 5% que presenta una disfunción familiar severa.

**Deserción escolar:** en nuestro estudio el 89.7 % de las adolescentes con deserción escolar mostraron relación con el embarazo (p 0,0000). Las niñas embarazadas solteras en Owerri, Nigeria, generalmente son expulsadas de colegio; donde no hay una paternidad establecida del feto; cuando la niña y el padre del feto están en diferentes grupos de castas que tradicionalmente se prohíbe casarse (hay una distinción injusta entre el *diala* (nacido libre) y *osu* (culto de esclavos) en Owerri).(58)

**Número de gestas:** Se evidencia que la mayoría de adolescentes cursaban su primer embarazo con 76,7%, sin embargo, existe un porcentaje nada despreciable de 20,7% de adolescentes en su segunda gesta e incluso 4 casos (2,7%) que cursaban el tercer embarazo.

Trelles *et al*, encontró que la mayoría de las adolescentes con un 87% cursaron su primer embarazo y parto, mientras que el 13% presentó su segundo embarazo.



En Nigeria, el 33.7 % de las adolescentes ya tenían un hijo al momento del estudio, y el 78.9 % tuvo recurrencia de embarazos.

## **XI. CONCLUSIONES:**

El estudio incluyó a mujeres adolescentes entre 10 a 19 años que estaban ingresadas en el Hospital Luis F Martínez en Cañar. Las adolescentes se encontraban en edades mayor o igual a 15 años, la mayoría fueron mestizas, con escolaridad de secundaria incompleta, unión libre y de ocupación quehaceres domésticos, la mayoría de las adolescentes viven en Cañar.

La prevalencia de embarazo en adolescentes fue de 18 %. Cabe señalar que por las condiciones antes expuestas existe una alta prevalencia de embarazo. Siendo superior en poblaciones similares antes analizadas.

Entre los factores que predisponen a embarazo en la adolescencia están: cursar en la adolescencia tardía, autoidentificación étnica mestiza, bajo nivel académico, unión libre, ser ama de casa, condición socioeconómica media baja y baja, vivir distante al centro de salud, consumo de sustancias psicoactivas, migración de uno de los padres, deserción escolar y disfunción familiar.

Entre los factores que no predisponen a embarazo en la adolescencia están: conocimiento adecuado en salud sexual y reproductiva y pareja estable de los padres.





## **XII. RECOMENDACIONES**

Generar estrategias por parte del personal de salud para la identificación precoz de los factores de riesgo que conducen a embarazo adolescente con el fin de prevenir esta problemática.

El Ministerio de Salud Pública debe ahondar esfuerzos en generar políticas públicas para prevención de embarazo adolescente.

Realizar futuras investigaciones que incluyan muestras mayores y diseños analíticos tipo estudios de cohortes que permitan confirmar las asociaciones causales aquí encontradas.

Realizar un trabajo interdisciplinario entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación, padres de familia y adolescentes

Elaborar proyectos de difusión informativa de manera masiva sobre sexualidad y planificación familiar con enfoque en la adolescencia.

Trabajar desde la visión bio psico social de la medicina familiar en el abordaje del embarazo en la adolescencia poniendo especial enfoque en la disfuncionalidad familiar como factor predisponente.



### XIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. El embarazo en la adolescencia OMS.pdf.
2. Percepción de la Funcionalidad Familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín Colombia, 2014.
3. Valladarez Loján JV. Factores de riesgo familiar que predisponen al embarazo en las adolescentes, del Hospital Isidro Ayora periodo abril-septiembre 2015. [B.S. thesis]. 2016.
4. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a la depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/download/161/152>
5. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
6. Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes UNICEF [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo\\_adolescente\\_5\\_0\\_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
7. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec[en línea]. 2008;5(1):42–52.
8. Guevara, W. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados en colegios de Cuenca Ecuador 2012 [Internet]. 2012. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/MEDGO41.pdf>
9. INEC embarazos en adolescentes 2010 [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos\\_adolescentes1.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf)
10. Ponce Meza MS. Percepción de los padres de familia sobre la adolescencia, relaciones familiares y embarazo en el Centro Pastoral el Señor de la Ascensión, la Primavera–Cumbayá, enero-febrero de 2016. [B.S. thesis]. PUCE; 2016.
11. Chacko, M. Pregnancy in adolescents. [Internet]. UPTODATE.; 2017. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-adolescents/print?search=embarazo%20en%20adolescentes&source=search\\_result&selectedTitle=1~13&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-adolescents/print?search=embarazo%20en%20adolescentes&source=search_result&selectedTitle=1~13&usage_type=default&display_rank=1)
12. Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y planificación familiar [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Ficha\\_Estado\\_enipla.pdf](http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Ficha_Estado_enipla.pdf)
13. Semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes MPS.pdf.



14. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados en colegios de Cuenca Ecuador 2012 [Internet]. [citado 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4006/1/MEDGO41.pdf>
15. Niñez y migración en el cantón Cañar [Internet]. [citado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Childhood\\_and\\_Migration\\_in\\_Canar.pdf](https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Childhood_and_Migration_in_Canar.pdf)
16. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM*. 2004;47(1):24–27.
17. Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo. [Internet]. [citado 31 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Compes147-manual-identificacion.pdf>
18. Morín, E. Introducción al pensamiento complejo.
19. Arnold M. Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. :10.
20. Armas N, Diaz L. Entre voces y silencios: las familias por dentro. Ediciones América, cap. 2007;7.
21. García DMT. La concepción histórico cultural de L. S. Vigotsky en la educación especial. :4.
22. Desarrollo en la adolescencia OMS.pdf.
23. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. noviembre de 2015;86(6):436-43.
24. Gómez Mercado CA, Montoya Velez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revista de Salud Pública*. 26 de junio de 2014;16(3):394-406.
25. Peñalosa Ramella W, Visscher A, Mejía D, others. Los valores de la cultura de prevención en la capacitación y formación docente. En: Seminario-Taller Internacional sobre Prevención y Atención de Desastres en la Educación: Memoria [Internet]. Intermediate Technology Development (ITDG); 2004 [citado 31 de enero de 2017]. p. 29–31. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=DESASTRES&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15087&indexSearch=ID>
26. Arias Trujillo CM, Carmona Serna IC, Castaño Castrillón JJ, Castro Torres AF, Ferreira González AN, González Aristizábal AI, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. 2013 [citado 20 de enero de 2017]; Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/handle/6789/837>



27. Prócel, R. Análisis de los factores determinantes del embarazo adolescente en Ecuador durante el período 2013-2014. julio de 2016;70.
28. Muñoz R, Lucia M, Romero Loja KM, Zari Morocho SM. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico " Limón Indanza", 2013 [Internet] [B.S. thesis]. 2014 [citado 1 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20973>
29. Seif SA, kohl TW, Moshiri CS. Caretaker-adolescent communication on sexual and reproductive health: a cross-sectional study in Unguja-Tanzania Zanzibar. BMC Public Health [Internet]. diciembre de 2018 [citado 21 de marzo de 2018];18(1). Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4591-2>
30. Sekharan VS, Kim THM, Oulman E, Tamim H. Prevalence and characteristics of intended adolescent pregnancy: an analysis of the Canadian maternity experiences survey. Reproductive Health [Internet]. diciembre de 2015 [citado 21 de marzo de 2018];12(1). Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/1/101>
31. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González YM, Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014;30(1):36–47.
32. Kenney JW, Reinholtz C, Angelini PJ. Ethnic differences in childhood and adolescent sexual abuse and teenage pregnancy. Journal of Adolescent Health. julio de 1997;21(1):3-10.
33. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec[en línea]. 2008;5(1):42–52.
34. Svanemyr J, Guijarro S, Riveros BB, Chandra-Mouli V. The health status of adolescents in Ecuador and the country's response to the need for differentiated healthcare for adolescents. Reproductive Health [Internet]. diciembre de 2017 [citado 21 de marzo de 2018];14(1). Disponible en: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0294-5>
35. Martínez MR, Numa LT, Bernal DR, Torres Y. Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente. :8.
36. Rosende GV. Embarazo en adolescentes y pobreza rural. Revista E-Rural Educación, cultura y desarrollo local [Internet]. 2016 [citado 20 de enero de 2017];1(7). Disponible en: <http://www.revistaerural.cl/ojs/index.php/RER/article/view/25>
37. Organization WH, others. Informe sobre la salud en el mundo: 2005:¡ Cada madre y cada niño contarán! 2005 [citado 21 de enero de 2017]; Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43133>



38. Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes UNICEF [Internet]. [citado 31 de enero de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo\\_adolescente\\_5\\_0\\_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
39. León, P. Minassian, M. Borgoño, R. Embarazo adolescente.pdf. Revista Pediatría Electrónica; 2008.
40. Health for the Worlds Adolescents. OMS [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf)
41. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. OMS [Internet]. [citado 21 de enero de 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO\\_MPS\\_09.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70173/1/WHO_MPS_09.06_spa.pdf)
42. Bravo Jaramillo EL, López Lucero WN, Chacha Vivar MJ, Machado Zamora JP, Romero Zhinin LA. Estudio Transversal: Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, 2015. Revista Médica Hospital del José Carrasco Arteaga. 15 de julio de 2017;9(2):129-33.
43. Bastian, L. Brown, H. Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy [Internet]. UPTODATE.; 2017. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-early-pregnancy/print?source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-early-pregnancy/print?source=see_link)
44. Chacko, Miriam. Pregnancy in adolescents - UpToDate.pdf. 2017.
45. Trujillo CMA, Serna ICC, Castrillón JJC, Sc M, Torres AFC, González ANF, et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. Archivos de Medicina. 2013;18.
46. Calderón Morales I de la C, del Río Aguirre CI, Rodríguez Zamora O, Zayas G, Andrea A. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. Medisan. 2014;18(11):1544–1549.
47. MSP. Proyecciones de Población 2008 Por Provincias, Cantones y Parroquias Según Grupos Programáticos. 2010.
48. Camargo, K. Prevención de embarazo adolescente a través de educación sexual. 2017.
49. Pérez, G. Determinantes del embarazo adolescente en el Ecuador en el período 2011-2013 [Internet]. 2016. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11039/Presentaci%C3%B3n%20Disertaci%C3%B3n\\_GUSTAVO\\_PEREZ.pdf?sequence=1](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11039/Presentaci%C3%B3n%20Disertaci%C3%B3n_GUSTAVO_PEREZ.pdf?sequence=1)
50. O'Farril DDC, Alfaro DAC, García AGÁ, Gómez DYS. Embarazo en la adolescencia, su repercusión familiar y en la sociedad. :9.



51. UNICEF. Children and migration.pdf [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/Tesis%20Embarazo%20en%20adolescentes/Children%20and%20migration.pdf>
52. Sychareun V, Vongxay V, Houaboun S, Thammavongsa V, Phummavongsa P, Chaleunvong K, et al. Determinants of adolescent pregnancy and access to reproductive and sexual health services for married and unmarried adolescents in rural Lao PDR: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. diciembre de 2018 [citado 30 de octubre de 2018];18(1). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1859-1>
53. Secretaría de Salud Sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva en la adolescencia.pdf [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7199.pdf>
54. Martin de Llelis G Tamara. Proyecto de vida e inclusion social en adolescentes.pdf [Internet]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v20n1/v20n1a29.pdf>
55. Reproductive Healths Knowledge, attitudes, and Practices A European Youth Study Protocol. [Internet]. [citado 25 de enero de 2017]. Disponible en: <http://medlive.hotnews.ro/wp-content/uploads/2010/11/durexnetwork.org-SiteCollectionDocuments-ResearchProtocol.pdf>
56. Verleye, G. PHD. Reproductive Healths Knowledge, attitudes, and practices a european youth study protocol october 13 2009.pdf. 2006.
57. Villacis, B C D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edición especial revista Analitika. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Quito – Ecuador. 2012. 2010.
58. Okereke CI. Assessing the prevalence and determinants of adolescents unintended pregnancy and induced abortion in Owerri, Migeria. :15.
59. He H, Blum RW. Prevalence of unintended pregnancy and its associated factors among sexually active never-married youth in Shanghai: Unintended pregnancy in Shanghai youth. Journal of Paediatrics and Child Health. noviembre de 2013;49(11):912-8.
60. Tenesaca VL, Ochoa AL. Factores predisponentes para el embarazo en adolescentes atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues. 2012. :69.
61. Rionaula, M R K. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico Limon Indanza, 2013. :61.
62. Trelles, M. Urgules, A. Valdez, X. Factores predisponentes de embarazo en adolescentes del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca durante el año 2011.pdf.



**XIV ANEXOS**

**ANEXO 1**

**CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL**

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o  $fcp(N)$ ):

frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población ( $p$ ): 11.6% +/- 5

Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)( $d$ ): 5%

Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$ ): 1

**Tamaño muestral ( $n$ ) para Varios Niveles de Confianza**

Intervalo	Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%		174
80%		98
90%		140
97%		194
99%		230
99.9%		277
99.99%		306

**Ecuación**

Tamaño de la muestra  $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor



**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA**

**PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN EL “HOSPITAL LUIS F MARTINEZ” CAÑAR 2017**

Número de formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años

Autoidentificación étnica: 1.Blanca ( ) 2 Mestiza ( ) 3Indígena ( ) 4Negra( ) 5Mulata( )

Año de escolaridad: 1.Analfabeta( ) 2.Primaria incompleta( ) 3. Primaria completa( )  
4. Secundaria incompleta( ) 5. Secundaria completa ( ) 6. Técnica( )

Estado Civil: 1Casada( ) 2Soltera( ) 3Unión Libre( ) 4Viuda ( ) 5Divorciada ( )

Ocupación: 1QQDD ( ) 2.Trabajadora pública( ) 3.Trabajadora privada ( ) 4.Negocio propio ( ) 5.Estudiante ( ) 6. Ninguna ( )

Residencia/Parroquia: \_\_\_\_\_ 1. Urbano( ) 2. Rural( )

Ha estado usted alguna vez embarazada antes: 1 Si ( ) 2 No( )

Ha abandonado usted la escuela o colegio. Deserción escolar: 1 Si( ) 2 No( )

Ha perdido usted a una persona que haya sido significativa en su vida: 1 Si( ) 2 No( )

Distancia que usted se demora caminando al centro de salud más cercano: \_\_\_\_\_ minutos

Su padre o madre han migrado al extranjero: 1. Si( ) 2.No( )

Ha consumido alguna vez alcohol, tabaco, marihuana, heroína. LSD, cocaína u otras:

1. Si( ) 2. No( )

Actualmente cual es el estado civil de sus padres: 1Casados ( ) 2Solteros( ) 3Unión Libre( ) 4Viudos ( ) 5Divorciados ( )





Número de embarazos (encerrar en un círculo): sin embarazo    1    2    3 o mas

**ANEXO 3**

**APGAR FAMILIAR**

FUNCION	PREGUNTA	CASI SIEMPRE 2 puntos	ALGUNAS VECES 1 puntos	CASI NUNCA 0 puntos
APOYO	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?			
PARTICIPACION	¿Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones a los problemas?			
CRECIMIENTO	¿ Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes y actividades?			
AFECTO	¿ Me satisface la forma como mi familia demuestra su cariño y entiende mis emociones como			



	tristeza, amor o rabia?			
RECREACION	¿ Me satisface como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en casa, el dinero?			
	<b>TOTAL</b>			

Calificación:

Familia Funcional	7 a 10 puntos
Familia con disfunción moderada	4 a 6 puntos
Familia con disfunción severa	0 a 3 puntos



**ANEXO 4**

Cañar, 13 de febrero del 2017

Señor Doctor

Juan Masapanta

Director del Distrito de Salud 03D01

De mis Consideraciones:

Yo, Wilson Patricio Vázquez Bustos, Médico Residente del Posgrado de Medicina familiar y Salud Comunitaria, deseándole éxitos en sus funciones, al mismo tiempo solicito se autorice la realización de mi tema de tesis de posgrado en la Especialidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria sobre PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL “LUIS F MARTINEZ” CAÑAR 2017, la misma que se desarrollará en el lapso de un año aproximadamente.

Por la favorable acogida que le dé a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente:

Wilson Patricio Vázquez Bustos

Médico Residente de Posgrado de Medicina Familiar y Salud Comunitaria



## ANEXO 5

Cañar, 13 de febrero del 2017

Señor Doctor

Cesar Encalada

Director del Hospital Luis F Martínez

De mis Consideraciones:

Yo, Wilson Patricio Vázquez Bustos, Médico Residente del Posgrado de Medicina familiar y Salud Comunitaria, deseándole éxitos en sus funciones, al mismo tiempo solicito se autorice la realización de mi tema de tesis de posgrado en la Especialidad de Medicina Familiar y Salud Comunitaria sobre PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL “LUIS F MARTINEZ” CAÑAR 2017, la misma que se desarrollará en el lapso de un año aproximadamente.

Por la favorable acogida que le dé a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente:

Wilson Patricio Vázquez Bustos

Médico Residente de Posgrado de Medicina Familiar y salud Comunitaria

**Md Wilson Patricio Vázquez Bustos**



## ANEXO 6

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

Yo, Wilson Patricio Vázquez Bustos, médico, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, me encuentro realizando mi tesis, para lo cual es necesaria la participación de su persona, para ello se le preguntarán datos respecto a la edad, estado civil, ocupación, etc. El presente estudio tiene como objetivo determinar la PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL “LUIS F MARTÍNEZ” CAÑAR EN EL AÑO 2017, para el trabajo interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de Cuenca.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando confidencialidad de los datos individuales.

Yo \_\_\_\_\_,  
he leído y entendido la información expuesta, y por tanto acepto libremente y sin ninguna presión, la participación en la presente investigación.

Firma: \_\_\_\_\_

**Investigador:** Md Wilson Vázquez B.

**Correo electrónico:** [widovaz@hotmail.es](mailto:widovaz@hotmail.es)

**Teléfono:** 0984350868

**Md Wilson Patricio Vázquez Bustos**



## ANEXO 7

### ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y SALUD COMUNITARIA

Yo, Wilson Patricio Vázquez Bustos, médico, estudiante del posgrado de Medicina Familiar y Salud Comunitaria, me encuentro realizando mi tesis, para lo cual es necesaria la participación de su persona, para ello se llenará un formulario con datos respecto a la edad, estado civil, ocupación, etc. El presente estudio tiene como objetivo determinar la PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL “LUIS F MARTÍNEZ” CAÑAR EN EL AÑO 2017, para el trabajo interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de Cuenca.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando confidencialidad de los datos individuales.

Yo \_\_\_\_\_,  
he leído y entendido la información expuesta, y por tanto acepto libremente y sin ninguna presión, la participación en la presente investigación.

**Investigador:** Md Wilson Vázquez B.

**Correo electrónico:** [widovaz@hotmail.es](mailto:widovaz@hotmail.es)

**Teléfono:** 0984350868

## ANEXO 8

## ESCALA PARA VALORAR CONDICION SOCIOECONÓMICA. INEC 2010



## Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

**Conozca el nivel socioeconómico de su hogar**

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de las siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?</b>		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
<b>2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>3 El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
<b>4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
<b>5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38



Acceso a tecnología		puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
<b>2 ¿Tiene computadora de escritorio?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35





<b>3 ¿Tiene computadora portátil?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
<b>1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
<b>2 ¿Tiene cocina con horno?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
<b>3 ¿Tiene refrigeradora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
<b>4 ¿Tiene lavadora?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18

<b>5 ¿Tiene equipo de sonido?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
<b>6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?</b>		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
<b>7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
<b>2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0



Sí	<input type="checkbox"/>	26
<b>3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
<b>4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
<b>5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
<b>1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?</b>		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
<b>1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
<b>2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
<b>3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?</b>		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17







**ANEXO 10 Tabla No.1 Distribución de adolescentes hospitalizados en el Hospital Luis F. Martínez de acuerdo a variables sociodemográficas. Cañar 2017.**

<b>Variable</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Autoidentificación étnica:</b>		
Blanca		
Mestiza		
Indígena		
Negra		
Mulata		
<b>Adolescencia</b>		
Temprana		
Tardía		
<b>Parroquia</b>		
Cañar		
Chontamarca		
Ventura		
San Antonio		
Gualleturo		
Juncal		
Zhud		
General Morales		
Ducur		
Chorocopte		
Ingapirca		
Honorato Vázquez		
<b>Ocupación</b>		
Estudiante		
QQDD		
Empleada pública		
Empleada privada		
Negocio propio		



Ninguno		
<b>Nivel de instrucción</b> Ninguno Primaria Secundaria Superior		
<b>Estado civil</b> Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda		
<b>Embarazo previo</b> Si No		
<b>Deserción escolar</b> Si No		
<b>Funcionalidad familiar</b> Funcional Disfunción moderada Disfunción Severa		
<b>Condición socio-económica</b> Alta Media alta Media típica Media baja Baja		
<b>Variable</b>	$\bar{x}$	(DS)
<b>Edad</b>		



**ANEXO 11 Tabla No.2** Los resultados se presentarán en una tabla como la que se aprecia a continuación:

Variable	Embarazo adolescente		RP	IC 95%	P valor
	si	No			
<b>Autoidentificación étnica</b>					
Indígena. Negra o mulata	No. (%)	No. (%)			
Blanca y mestiza	No. (%)	No. (%)			
<b>Etapas de adolescencia</b>					
Temprana 10 a 14 años	No. (%)	No. (%)			
Tardía 15 a 19 años	No. (%)	No. (%)			
<b>Pérdida reciente de personas</b>					
Si	No. (%)	No. (%)			
No	No. (%)	No. (%)			
<b>Condición socioeconómica</b>					
Baja y media baja	No. (%)	No. (%)			
Media, media alta, alta	No. (%)	No. (%)			
<b>Migración de padres</b>					
Si	No. (%)	No. (%)			
NO	No. (%)	No. (%)			
<b>Vivienda distante al centro de salud</b>					
Si	No. (%)	No. (%)			
No	No. (%)	No. (%)			
<b>Conocimiento en salud sexual</b>					
Adecuado	No. (%)	No. (%)			
Inadecuado	No. (%)	No. (%)			
<b>Consumo de sustancias psicoactivas</b>					
Si	No. (%)	No. (%)			
No	No. (%)	No. (%)			
<b>Estado civil de los padres</b>					



Juntos					
Separados					
<b>Funcionalidad</b>					
Funcional					
Disfuncional					





**ANEXO 12 Operacionalización de las variables**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo en años	Fecha de nacimiento que consta en la historia clínica o en la cédula de identidad	Cuantitativa continua
Etapas de adolescencia	Etapas que cursa el adolescente de acuerdo a la edad cronológica	Años cumplidos	Fecha de nacimiento que consta en la historia clínica o en la cédula de identidad	Dicotómica Temprana: 10 a 14 años Tardía: 15 a 19 años
Etnia	Identificación que tiene el adolescente con alguna etnia del país	Etnia	Autoidentificación del adolescente	Cualitativa nominal: Blanca Mestiza Indígena Negra Mulata
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación	Situación de cada persona en correspondencia con sus obligaciones y derechos civiles.	Condición expresada por la adolescente encuestada	Cualitativa nominal: Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda

Elaborado por: Md Wilson Vázquez



	legal respecto a esto.			
Ocupación	Tareas que desempeña un individuo en su trabajo u oficio.	Oficio	Tarea expresada por la adolescente embarazada	Cualitativa nominal Estudiante QQDD Trabajadora pública Trabajadora privada Negocio propio
Parroquia	División político-territorial inferior al municipio	Área inferior al municipio donde residen las adolescentes embarazadas	Parroquias urbanas y rurales de Cañar donde residen las adolescentes embarazadas	<b>Cualitativa ordinal:</b> Cañar Chontamarca Ventura San Antonio Gualleturo Juncal Zhud General Morales Ducur Chorocopte Ingapirca Honorato Vázquez Otras



<p>Condición socio-económica</p>	<p>Nivel o estatus socioeconómico es una medida 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.</p>	<p>Medida usada para el cálculo de lo social y lo económico en términos numéricos.</p>	<p>Puntaje alcanzado en cuestionario INEC</p>	<p><b>Cualitativa Ordinal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alta (845,1 a 1000)</li> <li>2. Medio alto (696,1 a 845)</li> <li>3. Medio típico (535,1 a 696)</li> <li>4. Medio bajo (316,1 a 535)</li> <li>5. Bajo (0 a 316)</li> </ol>
<p>Nivel de instrucción</p>	<p>Estudios aprobados dentro del sistema de educación formal.</p>	<p>Estudios aprobados en el sistema educacional formal</p>	<p>Nivel de instrucción expresado por las adolescentes encuestadas.</p>	<p><b>Cualitativa ordinal:</b></p> <p>Primaria Secundaria Superior Ninguna</p>



Embarazo previo	Antecedente de embarazo en el pasado.	Antecedente	Dato mencionado en la entrevista	<b>Dicotómica:</b> 1 si 2 no
Deserción escolar	Abandono de las obligaciones escolares dentro del sistema de educación formal	Abandono de las obligaciones totales como estudiante en un sistema educativo legal	Afirmación o negatividad expresado por las adolescentes encuestada.	<b>Dicotómica:</b> 1 si 2 no
Pérdida reciente de personas significativas	Pérdida significativa de personas en la vida de la adolescente embarazada	Falta de personas cercanas.	Pérdida significativa de personas reciente para la vida de la adolescente embarazada	<b>Dicotómica:</b> 1 si 2 no
Distancia centro de salud	Tiempo que tarda en movilizarse a pie desde la vivienda hasta el centro de salud más cercano	Tiempo en minutos	Dato interrogado a la adolescente	<b>Cuantitativa contínua y dicotómica</b> 1 Distante (más de 30 minutos) 2 No distante (menos de 30 minutos).
Migración del padre o madre	Traslado de su lugar de origen a otro donde se	Cambio del lugar de vivienda o residencia.	Traslado de un miembro familiar hacia otro país o ciudad.	<b>Dicotómica:</b> 1 Si 2 No



	considere que mejorará su calidad de vida			
Conocimiento en salud sexual y reproductiva	Conocimiento que el adolescente tiene respecto a temas relacionados con el embarazo, métodos anticonceptivos, ETS, etc.	Nota alcanzada	Puntaje de respuestas correctas en formulario Durex Network and Trendwolves	<p><b>Cualitativa nominal dicotómica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Adecuado. 70 o mas</li> <li>Inadecuado : 70 % o menos</li> </ol>
Consumo de sustancias psicoactivas	Uso o Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo	Consumo de por lo menos 1 vez de sustancias tales como: alcohol, tabaco, marihuana, heroína, LSD, cocaína, otras	<p><b>Dicotómica:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ol>
Funcionalidad familiar Apgar Familiar	Funcionalidad familiar: capacidad de adaptación de sistema familiar para afrontar y superar las etapas del ciclo vital y	Adaptación Participación Crecimiento Afecto Resolución	<p><b>Adaptación:</b> capacidad familiar que usa sus recursos de manera adecuada para el bien común y ayuda mutua, y el uso de éstos para la resolución de problemas cuando la homeostasis familiar está alterada.</p> <p><b>Participación:</b> compartir responsabilidades entre los</p>	<p><b>Cualitativa ordinal:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Familia funcional (7 a 10 puntos)</li> <li>Familia moderadamente funcional (4 a 6 puntos)</li> </ol>



	<p>las crisis que presenta, si una familia se adapta o no se habla de familia funcional o disfuncional</p>		<p>miembros de la familia, distribuyéndose solidariamente los conflictos y tomando decisiones mutuamente.</p> <p><b>Crecimiento:</b> capacidad desarrollada por la madurez emocional y física, en la que se autodesarrollan los miembros que conforman la familia mediante el mutuo apoyo.</p> <p><b>Afecto:</b> correspondencia de amor y cuidado existente entre los miembros que conforman la familia.</p> <p><b>Resolución:</b> capacidad de los integrantes de la familia para resolver sus problemas además de compartir el dinero, el tiempo y el espacio.</p>	<p>3. Familia severamente disfuncional (0 a 3 puntos)</p>
<p>Estado civil de los padres</p>	<p>Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.</p>	<p>Situación de cada persona en correspondencia con sus obligaciones y derechos civiles.</p>	<p>Condición expresada por la adolescente encuestada</p>	<p><b>Cualitativa nominal:</b></p> <p>Casados</p> <p>Solteros</p> <p>Divorciados</p> <p>Unión libre</p> <p>Otro</p>