



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

CARACTERIZACIÓN SOCIAL DEL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO
2021.

AUTORA:

CEDEÑO CHÓEZ, JENNY ROCÍO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

AVILÉS QUINTO, JUAN MANUEL

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la *Dra. Jenny Rocío Cedeño Chóez*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Juan Manuel Avilés Quinto

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Jenny Rocío Cedeño Chóez

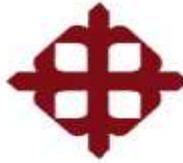
DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Caracterización social del embarazo en la adolescencia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

Dra. Jenny Rocío Cedeño Chóez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Jenny Rocío Cedeño Chóez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Caracterización social del embarazo en la adolescencia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

Dra. Jenny Rocío Cedeño Chóez

Original

Document Information

Analyzed document CE0190-040E2 (SMH) ROCK (sua) E02062500
Submitted 2023-02-07T05:17:00.0000000
Submitted by
Submitter email jerry.cedeno@2020su.org.edu.ec
Similarity 0%
Analysis address vancouver.scg@stanford.edu 

Sources included in the report

Agradecimiento

Agradezco a Dios todo poderoso por permitir alcanzar esta meta. A mi familia por el gran apoyo incondicional, al centro de salud Fortin, a las pacientes adolescentes que participaron en la investigación.

Dedicatoria

A Dios por su infinita misericordia que día a día nos hace disfrutar de lo mas hermoso que es la familia.

A mi amado esposo Luis Oscar Vulgarin Martinez y a mis adorados hijos por el apoyo incondicional en mi formación académica.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE



TEMA: Caracterización social del embarazo en la adolescencia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

POSGRADISTA: Dra. Jenny Rocío Cedeño Chóez

FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

ACTA DE CALIFICACION

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS

DIRECTOR DEL POSGRADO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA

OPONENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA

COORDINADORA DOCENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACION	X
ÍNDICE GENERAL.....	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XIII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XV
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT.....	XVII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA.....	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
2.2 FORMULACIÓN	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	5
3.1 GENERAL	5
3.2 ESPECÍFICOS.....	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 MARCO CONCEPTUAL	6
4.1.1 Adolescencia.....	6
4.1.2 Cambios físicos en la adolescencia.....	8
4.1.3 Desarrollo psicosocial del adolescente.....	10
4.1.4 Salud sexual y reproductiva en los adolescentes	12
4.1.5 Embarazo en la adolescencia.....	14
4.1.6 Aboraje para el embarazo en niñas y adolescentes	15
4.1.8 La familia	19
4.1.9 Educación en valores, actitudes y normas	20
4.1.10 La familia fuente de actitudes	20
4.1.11 Los conflictos.....	21
4.1.12 La tensión familiar.....	22
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	23
5. MÉTODOS	35

5.1	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.	35
5.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	35
5.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	36
5.4	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	36
5.5	POBLACIÓN DE ESTUDIO.	36
5.5.1	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	36
5.5.1.1	Criterios de inclusión.....	36
5.5.1.2	Criterios de exclusión	37
5.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	37
5.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	38
5.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
5.9	VARIABLES.....	40
1.1.2 5.9.1	Operacionalización de variables.....	40
6.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
7.	CONCLUSIONES.....	58
8.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	59
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
	ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU EDAD EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	43
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU ESTADO CIVIL EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	44
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	44
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU ETNIA EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	45
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU OCUPACIÓN EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	46
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU RELACIÓN CON SUS PADRES EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	47
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU RELACIÓN CON SU PAREJA EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	47
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CLASIFICACIÓN DE FAMILIA DE ACUERDO AL TAMAÑO EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	48
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	49
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU DESERCIÓN ESCOLAR EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	49
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CONSUMO DE DROGAS EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	50
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CONSUMO DE ALCOHOL EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	51
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU MALTRATO PREVIO O DURANTE EL EMBARAZO EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	51
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN	

TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	52
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	52
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	53
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU EDAD DE SU PRIMER EMBARAZO EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	54
TABLA 18. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU NÚMERO DE EMBARAZO EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.....	54
TABLA 19. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU MOTIVO QUE PROPICIARON EL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.	55
TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU USO DE ANTICONCEPTIVO PREVIO AL EMBARAZO EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.	56
TABLA 21. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.	56
TABLA 22. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.	57

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTE LEGAL DE GESTANTE MENOR DE 18 AÑOS.....	70
ANEXO 3. ENCUESTA.....	71

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo en la adolescencia presenta riesgos asociados a factores biológicos relacionados a carácter social. Prevalecen ideas que asocian el alto riesgo del embarazo adolescente a la clase socioeconómica más desfavorecida, y, entre las repercusiones sociales negativas persisten la carencia del apoyo familiar, el abandono escolar y la dificultad de independencia económica. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal sobre caracterización social del embarazo en la adolescencia con una población de 82 gestantes previas o actuales en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. **Resultados:** Predominó la edad de 18–19 años (42,7%), estado civil soltera (50%), nivel de escolaridad primaria terminada (63,4%), mestiza (72%), ama de casa (58,5%), buena relación con sus padres (74%), relación no estable con su pareja (53,7%), familia de tamaño mediana (70,7%), ingreso económico adecuado (67,1%), deserción escolar (65,9%), no consume drogas (97,6%), no consume alcohol (56,1%), no maltrato previo o durante el embarazo (87,8%), información sobre sexualidad (80,5%), edad de inicio de vida sexual activa fue de 14-15 años (52,4%), mantuvieron una sola pareja (79,3%), edad de su primer embarazo fue de 16-17 años (45,1%), número de embarazo fue de uno (91,5%), motivo de inicio de actividad sexual fueron las amistades (50%), no usaban anticonceptivos previo al embarazo (92,7%), no conocimiento sobre planificación familiar (59,8%) y no conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual (51,2%). **Conclusiones:** Conocer sobre la caracterización social del embarazo en la adolescencia permite ayudar a desarrollar estrategias de prevención, para disminuir esta problemática.

Palabras Clave: EMBARAZO EN ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIALES, TASA DE FECUNDIDAD.

ABSTRACT

Background: Pregnancy in adolescence presents risks associated with biological factors related to a social nature. Ideas prevail that associate the high risk of adolescent pregnancy with the most disadvantaged socioeconomic class, and, among the negative social repercussions, the lack of family support, school dropout and the difficulty of economic independence persist.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional study was carried out on the social characterization of pregnancy in adolescence with a population of 82 current or former pregnant women in three Family and Community Medicine offices of the Fortín health center.

Results: The age of 18-19 years (42.7%), single marital status (50%), level of primary schooling completed (63.4%), mixed race (72%), housewife (58.5%) predominated. %, good relationship with their parents (74%), unstable relationship with their partner (53.7%), medium-sized family (70.7%), adequate income (67.1%), school dropout (65.9%), do not consume drugs (97.6%), do not consume alcohol (56.1%), do not abuse before or during pregnancy (87.8%), information on sexuality (80.5%), age of beginning of active sexual life was 14-15 years (52.4%), they had only one partner (79.3%), age of their first pregnancy was 16-17 years (45.1%), number of pregnancy was one (91.5%), reason for initiation of sexual activity was friends (50%), did not use contraceptives prior to pregnancy (92.7%), lack of knowledge about family planning (59.8%) and lack of knowledge about sexually transmitted diseases (51.2%).

Conclusions: Knowing about the social characterization of pregnancy in adolescence helps to develop prevention strategies to reduce this problem.

Key Words: PREGNANCY IN ADOLESCENTS, SOCIAL ASPECTS, FERTILITY RATE.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es 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. Muchos adolescentes se ven presionados por su entorno a asumir conductas de alto riesgo (1). En el caso de las mujeres, los profundos cambios biológicos y psicológicos que atraviesan, les permite adquirir la capacidad reproductiva en la etapa de la adolescencia, sin embargo, la inmadurez emocional que la acompaña no les permitirá concientizar, tanto las situaciones de riesgo que se puede desarrollar, como las consecuencias producto de relaciones sexuales precoces. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico (2).

Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas y afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre los países. En el contexto biológico, si una gestante es adolescente, presentaría un riesgo superior de trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pre término, anemia, bajo peso al nacer, entre otras repercusiones. El impacto en la salud de las niñas puede ser profundo y afectará su curso de vida, obstaculizando su desarrollo psicosocial, con la interrupción de los estudios, baja capacitación para enfrentar la realidad laboral, escaso apoyo familiar, inmadurez para afrontar la maternidad y consumo de drogas, alcohol, tabaco (3).

Según Asuntos de Población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Latinoamérica muestra niveles bajos de fecundidad manteniendo una estructura de edad temprana de embarazos (20 – 24 años). El promedio de hijos en América Latina se encuentra en el nivel de fecundidad de reemplazo de 2,1 hijos por mujer. Si bien existen países latinoamericanos por debajo del nivel de reemplazo generacional como Puerto Rico (1,3) y Brasil (1,7), todavía existen países como Ecuador (2,5) que ambicionan alcanzar el nivel de fecundidad mínima necesaria (4).

en temprana edad (20 – 24 años) a pesar de que existen países que tienen un promedio más alto como Ecuador con (2,5) lo cual ambicionan en llegar al nivel de fecundidad mínima necesaria. No obstante, se ha logrado obtener dichos niveles por países como Brasil con (1,7) y Puerto Rico con (1,3). (4)

La CELADE, estimaba alcanzar el nivel de 2,1 hijos por mujer para el 2030 sin embargo se ha visto sorprendida por el rápido descenso de la fecundidad en América Latina. Sin embargo, estos datos contrastan con la tasa de fecundidad adolescente, siendo la de la región la mayor en el mundo. (4) Además, se cree que de cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años ocurre el 66.5 de nacimientos en Latinoamérica y el Caribe, lo cual lo coloca en el segundo puesto con la tasa más alta mundial de gestantes adolescentes y sólo viéndose superadas por África subsahariana. (5) Los países con mayor fecundidad adolescente en América Latina son Bolivia (72,6%) Venezuela (80,9%) y Ecuador (77,3%) (4). Las madres jóvenes son las que tienen mayor riesgo de muerte a nivel mundial y se duplica en países que cuenta con ingresos medianos y menores. No obstante, durante el posparto y parto suelen presentarse ciertas complicaciones convirtiéndose en las principales causas de muertes entre las jóvenes. Las madres menores de 20 años tienden a sufrir más del 50% de muertes perinatales en comparación con las madres entre 20 a 29 años. (6)

Los embarazos no deseados o sin planificación familiar se deben a que en la mayoría de los casos el padre también es menor de edad que representa el 80%. Según informes del Ministerio de Salud Pública en el periodo 2010-2016 se registró un total de 413 318 nacimientos de madres adolescentes y niñas entre 10 hasta los 19 años y de estos resultados se evidencia que el 3% de las progenitoras tienen una edad menor a 15 años, el 23% de las madres tienen entre 15 a 17 años y un 23,3% son adolescentes de 18 y 19 años. Para buscar soluciones y ayudar a disminuir esta problemática se llevo a cabo una investigación transversal, observacional y descriptiva que permita caracterizar el embarazo en la adolescencia con el fin de desarrollar estrategias preventivas que ayuden a reducir este problema. Este trabajo de investigación está estructurado en base a los siguientes puntos como la parte introductoria, el establecimiento del objetivo general, el planteamiento del problema, la

discusión de los resultados, la determinación de los objetivos específicos, para continuar con el marco teórico, la presentación de los resultados, la elección de la metodología, así como, la valoración crítica de la investigación y las conclusiones.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Sin duda alguna, entre las graves problemáticas de la salud a nivel global es el embarazo en los adolescentes, esto se debe al considerable aumento que ha tenido con el paso de los años y por ser este grupo poblacional uno de los más vulnerables tanto en el ámbito social como económico. (8)

Por otra parte, en América Latina, ha sufrido un aumento de su incidencia que denota una notable tendencia al incremento, la cual, solo ha sido superada por África, además, entre las causas de este gran aumento se encuentran el inicio de la vida sexual que suele darse a los 12 años demostrando que ha subido en un 10% y el mantener una vida sexualmente activa por parte del 50% de las jóvenes con una edad de 15 a 19 años. Estas acciones antes mencionadas solo han provocado que las adolescentes que practican las relaciones sexuales se embaracen y busquen como solución someterse a un aborto inseguro, la cifra de ellas es de aproximadamente tres millones de adolescentes de manera anual, mientras que, la tasa de madres adolescentes es de 108 de cada mil jóvenes. Las probabilidades de que un bebé de una gestante adolescente pueda vivir después de las primeras semanas son críticas con un 50% de posibilidad de morir. (2)

De igual manera, las cifras del Ecuador en relación con el tema planteado que ha sido recopilado mediante la encuesta ENSANUT 2012 establece que el 39.2% de los jóvenes de 15 hasta los 19 años empezaron una vida sexualmente activa, y el 30.1% de los adolescentes tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 18 años y el 7.5% de ellos lo hizo antes de los 15 años. Además, la cifra de padres jóvenes entre los 15 hasta 19 años ha aumentado en 18,3% desde el año 2004 (13.3%). (10) El centro de salud Fortín, se observa un aumento de adolescentes embarazadas demostrando un evidente aumento de su prevalencia en los últimos años.

2.2 Formulación

¿Cuál es la caracterización social vinculado al embarazo en la adolescencia en tres consultorios del centro de salud Fortín, año 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Determinar la caracterización social del embarazo en la adolescencia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

3.2 Específicos

- 1.- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas y familiares.

- 2.- Describir los aspectos sociales asociados al embarazo en adolescentes de la población de estudio.

- 3.- Determinar el conocimiento que tienen las gestantes en la adolescencia sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual de la población de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

1.1.1 4.1.1 *Adolescencia*

La etapa de la adolescencia es un periodo de adaptacion del ser humano en el cual termina la niñez y comienza la adultez, siendo la pubertad una etapa de desarrollo y definición para la edad adulta. Generalmente, esta etapa inicia a la edad de 11 años y suele alargarse hasta los 13, es aquí donde aparecen caracteres sexuales secundarios y culmina a la edad de 18 a 20 años, con un perfil adulto completamente desarrollado. Es en este ciclo donde el sujeto experimenta importantes evoluciones físicas, psicológicas, emocionales y de personalidad. El desarrollo humano y la adolescencia son parte del crecimiento y esto ocurre a los 10 años y llega hasta los 19 segun OMS que va acompañado de cambios fisiológicos y un desarrollo neurológico constante determinado por las hormonas. (1)

La OMS considera que la adolescencia está conformada por tres Fases que son: la primera fase de la adolescencia comprendida en el periodo de edad de 10 a 13 años, la segunda fase que se efectua de los 14 a los 16 años y la fase final de la adolescencia que se desarrolla durante los 17 a 19 años, las mismas que se están determinadas por señalados cambios sociales, psicológicos y biológicos. (6) Cada uno de los cambios emocionales, sociales, cognitivos, sexuales y físicos que acontecen en esta etapa pueden ocasionar ansiedad y diversas expectativas en los niños y familias. Por lo tanto, asimilar lo que ocurre en las diferentes instancias ayuda al desarrollo normal durante el periodo de crecimiento e inicios de adultez.

En la primera fase de la adolescencia es donde se evidencia los cambios corporales, destacando entre ellos el crecimiento de las mamas en las señoritas y en los testiculos de los varones y en ambos se da el aumento de vello en partes como la axila y zona genital. Normalmente estos cambios comienzan con las adolescentes a los 8 años para posteriormente realizarse en los hombres a la edad de 9 años. Además, con el desarrollo de las mamas en las señoritas se produce la primera menstruacion aproximadamente a los 12

años.

Los jóvenes tienden a cambiar su forma de pensar, aspecto que es muy común en ellos, llegando a solo pensar en ellos mismos, lo cual, se lo conoce como “egocentrismo”, por ese motivo, los niños y adolescentes tienden a sentirse inseguros por su aspecto físico o restringir sus expresiones, además, tienden a tener sentimientos de culpa, sumado a la recriminación constante por parte de sus padres. Por lo cual, suelen exigir espacios separados donde haya privacidad, aspecto que puede llevar a una posible emancipación familiar para vivir de manera autónoma. Es probable que los adolescentes sientan limitaciones en su nueva realidad, debido a esto, su reacción puede ser enérgica si existe firmeza en los padres o tutores, en cambio, muestran que con compañeros del mismo sexo muestran afiliación.

En la adolescencia media, se puede apreciar más cambios; en el caso de los varones comienzan su crecimiento repentino en la mayoría de los casos, a esto se suma los cambios en la voz que a medida que el tono de voz cambia de gravedad su voz se quiebra, incluso pueden presentarse casos donde se dé la aparición de acné en el rostro. En el caso del sexo femenino puede que la gran mayoría de niñas ya cuenten con una menstruación regular y que ya hallan culminado sus cambios en su forma física. Además, comienzan a mostrar un mayor interés por una relación romántica y sexual, ponen a prueba su capacidad de atraer a la pareja, incluso posiblemente comiencen a tener un estrés social al no poder contar con el apoyo de su familia para explorar su fijación sexual. Por otro lado, la opción que buscan los adolescentes es la masturbación o también llamado auto estimulación para así poder fijar su orientación sexual.

En la adolescencia media, algunos jóvenes suelen discutir más con sus padres, esto suele deberse, a su lucha por más independencia y autonomía, es aquí cuando buscan pasar más tiempo con amigos y menos con la familia, se preocupan por su apariencia física y lo que le digan sus compañeros y logrando el punto máximo de esta fase. Uno de los principales cambios que se logra en esta fase es la forma de pensar y tomar decisiones con criterios

mas maduros, a pesar de que todavia no han alcanzando el nivel de madurez que otorga la fase adulta; se da por los lobulos frontales por tener un papel muy importante ya que esta área tarda en madurar, siendo estos los que se encargan del control de los impulsos la compleja toma de decisiones, así como, la habilidad para tomar en cuenta muchas consecuencias y opciones; por lo cual, desempeñan un papel importante. Además, los jóvenes tienen una mayor capacidad para tener un "panorama general" sobre las decisiones que deben tomar sin embargo no cuentan con la madurez y capacidad necesaria para aplicarlo.

Es muy comun que los adolescentes que alcanzaron su maxima altura y objetivos fisicos a avanzada edad cuenten con mayor madurez para tomar decisiones y controlar sus miedos e impulsos. En cambio, los jovenes que maduran a temprana edad mejoran la valoración de riesgos beneficios, pueden identificar sus propios valores y tienen sentido más firme de su propia individualidad; de igual manera y todas las decisiones que toman las proyectan en planes a futuro. Por otra parte, en las relaciones los jóvenes de esta etapa tienen amistades y relaciones románticas con lasos mas fuertes que los impulsan a alejarse mucho de la familia de forma emocional y física, dando paso al aumento de su autonomía; mientras que, muchos de los adolescentes establecen conexion "adulta" con personas que consideran estan a su mismo nivel como sus padres con quienes pueden hablar de temas serios y a quienes pueden pedir un consejo, en vez de una figura de autoridad (11).

4.1.2 Cambios físicos en la adolescencia

4.1.2.1 Aumento de la talla

Es mayor el incremento de la talla cuando la edad del inicio de pubertad es más precoz, por lo cual, se debe considerar que el punto más alto en la edad de las niñas se sitúa entre los 12 y 13 años; mientras que, en los niños esta suele ser entre los 14 y 15 años. El crecimiento se efectua por etapas, iniciando con el crecimiento de las piernas, luego continuando con el aumento de masa muscular en los brazos y el cuerpo para finalizar con la cabeza; estos

cambios producen inseguridad en el adolescente. Por último, para dar lugar a la talla definitiva, el final del crecimiento se produce al momento de que se da por concluido la epifisis que género la acción hormonal en los huesos. (12)

4.1.2.2 Cambios corporales y desarrollo de órganos

Varios órganos vitales como el corazón, riñones, bazo, pulmones, incrementarán su tamaño, al igual que, los músculos y la densidad ósea de los huesos, incluso se redistribuye la grasa corporal. En el sexo femenino los cambios que se presentan son el ensanchamiento de la pelvis, pero suelen acumular más grasa que los hombres, por lo que, cuando llegan a una edad adulta suelen tener un porcentaje de grasa que ronda entre 18% y 22%. En cambio, en el sexo masculino los cambios que sufren son el crecimiento de la masa muscular mucho mayor a la del sexo opuesto en la zona de los hombros llegando al 12% y 16% de grasa durante la adultez.

4.1.2.3 Aumento de masa ósea

La mineralización ósea se encuentra establecida por la interrelación de factores. Los límites de masa ósea de cada ser humano está determinada por el potencial genético de cada persona se puede alcanzar de manera plena si los factores ambientales son óptimos, siendo estos el consumo óptimo y necesario de calcio

4.1.2.4 Maduración sexual

En la esfera sexual se dan los cambios más llamativos que tienen como objetivo principal la fertilidad. Para evaluar el índice de maduración sexual se utilizan los “Estadíos de Tanner”, método que está basado en detallar el desarrollo de las características sexuales secundarias y los órganos sexuales, que son aquellos que permiten distinguir la juventud normal de la patológica.

4.1.2.5 Las hormonas en la adolescencia

Para activar la producción de las hormonas femeninas conocidas como progesterona y estrógenos, es necesario de la secreción de dos hormonas tanto de la FSH y la LH, que son las encargadas de la estimulación de la

maduración de los ovarios, por lo tanto, estos cambios físicos inducen ciclo menstrual y la ovulación. El estradiol y los estrógenos estimulan el crecimiento del útero, las mamas y los genitales. La maduración de las mamas y del endometrio es provocada por la progesterona; mientras que, el desarrollo del vello axilar y púbico, así como, la estimulación del crecimiento se da por el aumento de la testosterona. El aumento de talla después de la primera menstruación (menarquía) suele ser variable siendo su media de siete centímetros, además, suele crecer los órganos sexuales tanto internos como externos y las mamas, así como, se desarrolla el vello púbico y axilar, aumenta el olor corporal y cambia la voz.

Por otro lado, las hormonas masculinas son la LH y FSH, donde la formación de los espermatozoides es estimulada por la secreción de la hormona FSH y la creación de testosterona es estimulada por la hormona LH, lo cual, produce la maduración de los genitales (próstata, escroto y pene), aumenta la libido, cambia la voz, incita el desarrollo del vello axilar, facial y púbico, al igual que, apremia el crecimiento del infante. Además, los cambios físicos suelen suceder dos años más tarde que el sexo femenino, por lo cual, al tener la misma edad pueden parecer físicamente más maduras. Debido a esto, es de gran importancia saber sobre las fases del desarrollo y crecimiento del niño para que, al llegar a la pubertad se le ofrezca mayor paciencia, confianza y comprensión.

4.1.3 Desarrollo psicosocial del adolescente

Es el desarrollo secuencial normal de la intimidad, la identidad, la autonomía y la confianza. El desarrollo psicosocial empieza en la infancia y tiende a evolucionar cuando la parte infantil del adolescente se relaciona con el medio ambiente; por lo tanto, para que alcance una nueva etapa el niño es necesario que esté asumida totalmente la previa. Una cuestión primordial del desarrollo psicosocial es la definición de consolidación y formación de la identidad, la cuales se producen una vez que el adolescente se desvincula de la protección familiar, para empezar a tener relaciones con grupos de compañeros, aspecto que le permite definirse como individuo.

Durante la adolescencia media se suelen presentar grandes conflictos entre padres e hijos, debido a las limitaciones impuestas por los progenitores como el surgimiento de las desavenencias sobre la independencia, los privilegios, entre otros límites. De igual forma, existen ocasiones donde los adolescentes tienden a rechazar o buscar la aprobación de sus padres de manera intermitente, por lo antes expuesto es que, se ha planteado una teoría donde se considera que los progenitores son concebidos por los adolescentes como «impropios», aspecto que les permite aliviar el dolor que les ocasiona el separarse de ellos.

Sin embargo, la fuente principal de cuidado y apoyo para los adolescentes siguen siendo los padres, ya que, mantienen una influencia importante sobre las decisiones que toman estos jóvenes. A pesar de esto, los adolescentes y padres pueden mantener conflictos y discusiones frecuentes con fuertes lazos de acercamiento y emocionales. Pero cuando llega el final de la adolescencia, los jóvenes pueden establecer una relación de igual a igual con los padres, en esta fase ellos buscan nuevamente sus orientaciones y consejos, mientras se adentran en la edad adulta, inclusive para amortiguar el trauma emocional producto de su separación con sus padres le prestan mayor importancia a su grupo de compañeros.

Por otra parte, los adolescentes más jóvenes suelen socializar con los demás en especial con personas de su mismo sexo, lo cual se aplica para grupos grandes o amistades individuales. En el caso del sexo masculino, ellos tienden a centrarse en una actividad concreta; mientras que, las jóvenes están orientadas a las relaciones. No obstante, para ambos casos el sentido de pertenencia y la cohesión del grupo tienen gran importancia. Además, durante la adolescencia media los jóvenes buscan experimentar identidades diferentes y el formar parte de diversos grupos.

Para formar parte de grupos de compañeros suele iniciarse mediante actividades organizadas como es el caso de los deportes o clubes, o si no se crean por medio de amistades. Es necesario resaltar que otra manera de aceptación por parte de los iguales se da cuando pertenecen a bandas. Sin

embargo, se debe tener presente que una parte del proceso para formar parte de un grupo es la conformidad con los compañeros en cuanto a su comportamiento, la manera de hablar y la forma de vestir, por lo cual, no se debe considerar negativa. Aunque es importante tener presente que los jóvenes mayores tienden a no ser influidos por los grupos de compañeros, debido a que, ellos se encuentran más cerca de establecer una identidad propia estable. Por ese motivo, los adolescentes para lograr seleccionar entre distintos grupos de compañeros utilizan sus capacidades cognitivas, lo cual, le permite adoptar y avalar conductas individuales que reflejen mejor lo que quieren ser (13).

4.1.4 Salud sexual y reproductiva en los adolescentes

La calidad de vida es una variable que está íntimamente ligada a nivel social e individual con la reproducción y la sexualidad. Para entender esto, se debe definir estos términos empezando con la sexualidad, la cual, debe ser entendida como una gama de preferencias, afectos y sentimientos que experimentan los individuos a lo largo de su ciclo de vida a más de la capacidad de tener relaciones sexuales. La sexualidad es extendida como un comportamiento donde se asume riesgos, el cual, es característico de la adolescencia por ser un periodo de riesgo y oportunidad; esta sexualidad se expresa de diversas maneras a lo largo de la vida, puesto que, parte integral de la vida del ser humano, además, es aquella que está conformada por los seis componentes que son el comportamiento sexual, conocimiento sexual, los valores y actitudes, los sentimientos, las creencias, la identidad sexual y la orientación sexual.

Los componentes integrales del desarrollo y de la salud son el bienestar sexual y la sexualidad. Las personas son intrínsecamente sexuales, por ese motivo el inicio del desarrollo sexual se da en la adolescencia e infancia, aspecto que logra sentar las bases necesarias para la salud sexual de la vida adulta. Sin embargo, los adolescentes presentan uno de los mayores retos que es proteger su salud y adaptarse a los cambios sexuales. Por ese motivo, para que los adolescentes desarrollen la sexualidad, las personas deben tener la capacidad de expresar sus emociones de forma placentera y sana, en

donde se incluya la expresión del afecto y del amor (14).

4.1.4.1 Salud sexual

Una fuente de comunicación es la sexualidad, la cual, se expresa en tres áreas que son la moral, el área erótica y la genital o biológica. La primera está fijada en base a los valores aceptados de la sociedad, la segunda se centra en la búsqueda de placer y la tercera comprende los aspectos fisiológicos. Los adolescentes son introducidos en una serie de escenarios de riesgo por parte de la esfera de la sexualidad, donde ellos deben tomar decisiones acordes a las concepciones sobre los valores inculcados, el cuerpo, así como, la enfermedad y la salud.

Uno de los aspectos esenciales para que el ser humano tenga bienestar social, interpersonal e individual es el desarrollo completo de la sexualidad, en el cual, se debe topar temas como reproducción, amor, apego emocional, erotismo, orientación sexual, identidad de género y sexual, género y sexo. Además, la sexualidad se expresa o experimenta en relaciones, funciones, prácticas, actividades, valores, actitudes, creencias, deseos, fantasías y pensamientos. Por otra parte, la salud sexual está apoyada en tres aspectos importantes que son el control sobre la frecuencia del coito, la elección que tome la pareja y el autocontrol, controlar la elección realizada por la pareja sexual y el autocontrol de decisión para empezar la vida (13).

La salud sexual comprende la potestad a rechazar y/o postergar la vida sexual, en especial cuando éstas pueden provocar repercusiones negativas como una infección o quedar embarazada sin haberlo planificado. La salud sexual tiene derechos sexuales inherentes a él, esto quiere decir que, las personas disponen del derecho a elegir de manera responsable y libre, a la equidad, la privacidad y a la libertad sexual. Por lo tanto, el ser humano racional necesita conocer las repercusiones que puede traer consigo sus acciones, no obstante, las decisiones propias que son coercitivas para otra persona no pueden denominarse saludables.

4.1.4.2 Salud reproductiva

El bienestar social, mental y físico de las personas con respecto al sistema reproductivo y sus funciones se lo conoce como salud reproductiva. Para tomar mejores decisiones que conlleven a resultados positivos se debe tener un desarrollo sexual sano, entre los resultados se encuentran períodos más prolongados de abstinencia, el retraso la actividad sexual temprana y una mayor utilización de Métodos Anticonceptivos (MAC), estos puntos mencionados conllevan a reducir la incidencia de gestaciones no planificadas. Una de las repercusiones adversas de la conducta sexual son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que suelen afectar de manera particular a los jóvenes; ya que, ellos inician la actividad sexual a temprana edad, lo cual, está asociado a una mayor probabilidad de contraer ciertas ITS (15).

4.1.5 Embarazo en la adolescencia

El embarazo con riesgo alto se caracteriza por iniciar el embarazo durante edades reproductivas tempranas que comprende a los niños con edad menor a los 16 años, lo cual, solo provoca que la probabilidad de patologías perinatales incremente. El embarazo en adolescente se trata de todos los embarazos que se producen en edades comprendidas desde los diez a 19 años, el cual se aprecia desde el enfoque biológico y social, esta población no es considerada apta para la maternidad. Sin embargo, las futuras madres requieren de una atención multidisciplinaria, integral, humanizada y de calidad, pero para lograrlo es necesario que el personal de salud y la adolescente embarazada mantengan un contacto permanente y cercano, donde se la apoye, respete, no se la juzgue y se mantenga la confidencialidad (5).

Las jóvenes embarazadas presentan ciertas características principales que son el bajo nivel educativo, el abandono de la escuela, la fantasía de infertilidad, el comienzo temprano del coito y la menstruación precoz. Las jóvenes gestantes son producto de consecuencias familiares como perder vínculos familiares por la migración constante, controversias entre el sistema

de valores de su familia y las propias, la existencia marcada de violencia familiar y el hecho de pertenecer a una familia disfuncional. Por último, las jóvenes embarazadas presentan adversidades sociales como la violación, el abuso sexual, el consumo de drogas o bebidas alcohólicas, relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, sin tener presente el riesgo de ITS, presión de sus parejas para empezar su vida sexual, predominio de factores socioculturales adversos y una educación sexual insuficiente.

4.1.6 Aboraje para el embarazo en niñas y adolescentes

Los factores influyentes del embarazo en jóvenes y niñas están comprendidos en el ámbito ecológico, en donde su interacción permite la comprensión de forma integral de las consecuencias y causas del embarazo de esta parte de la población, así como, los desafíos que plantean, para con ello poder realizar estrategias intersectoriales efectivas que estén sustentadas en la evidencia, para con ello, mejorar el estilo de vida de esta parte de la población y reducir el número de embarazos.

Por ese motivo, para incidir en el embarazo en niñas y adolescente se debe partir desde el marco del enfoque ecológico, donde se actúa directamente en sobre factores protectores que reducen el embarazo y los riesgos que incrementan esta probabilidad. Este marco se ubica en los niveles que tienen que ver con la vida de los jóvenes que son: individual, familiar, ámbito laboral o escolar, comunitario y macro/institucional.

En el nivel Macro/ Institucional, se consideran los factores determinantes a nivel nacional que incrementan los riesgos de embarazo de niñas y adolescentes o facilitan su prevención, entre ellos se encuentran la estabilidad política, el grado de responsabilidad de los Estados, las políticas, las leyes, los sociales, los económicos, entre otros, un claro ejemplo de ello es que el sistema de salud dificulte o facilite la entrada para obtener modernos métodos anticonceptivos.

El nivel comunitario, es donde se ubican las actitudes, costumbres, sistemas

y estructuras, un ejemplo de ellos son las actitudes y creencias propias de cada comunidad, las cuales, son determinantes de la autonomía de las niñas y adolescentes, se debe considerar si estas actitudes propician o facilitan la protección contra la violencia intrafamiliar o sexual.

En el nivel escolar, se reconocen las limitaciones o posibilidades de las niñas y jóvenes en cuanto a información oportuna y de calidad sobre sexualidad y el acceso a la educación primaria y secundaria que se brinda en los establecimientos educativos.

En el nivel familiar, se encuentran la intensidad de los valores religiosos y culturales, el nivel de interacción en el hogar, el nivel de educación los adultos, la historia reproductiva de los padres, géneros con modelos asignados, el nivel de riqueza o pobreza en el hogar, el nivel de conflicto o violencia dentro del hogar, el grado de violencia o conflicto en el hogar, la cohesión y la estabilidad de la familia, entre otros.

El nivel entre entre compañeros es donde se establece la posible influencia del grupo de pares sobre el abandonar o permanecer en la escuela, el prevenir el embarazo y el explorar a cabalidad la sexualidad. Es importante tener en cuenta que la presión del grupo puede forzar la actividad sexual precoz y sin protección, el desalentar el matrimonio y el comienzo temprano a las relaciones sexuales.

En el nivel individual, es donde se toma en cuenta las trayectorias de salud y de comportamiento de cada adolescente, pueden mejorar los patrones positivos, así como, se profundiza acerca de los patrones perjudiciales y problemáticos. Los nuevos cambios y desafíos rápidos que trae consigo la adolescencia son la aceptación de su propia sexualidad, el forjar una identidad personal y la maduración reproductiva y sexual, estas situaciones acompañadas de la presión de la sociedad incluyendo a los compañeros podrían desencadenar vulnerabilidad (13).

4.1.7.1 Consecuencias para la gestante

Al momento de criar al hijo o cuando se llega a confirmar el embarazo se hace frecuente que los adolescentes abandonen los estudios, aspecto que reduce las oportunidades de realizarse de manera profesional; lo cual, dificultará su permanencia en trabajos donde le brinden beneficios sociales. Además, son muy inestables las parejas adolescentes y esto suele magnificarse cuando hay de por medio hijos, puesto que muchas de estas relaciones son forzadas su formalización por este hecho. Las adolescentes embarazadas que provienen de estratos sociales de medio o alto poder adquisitivo suelen ser discriminadas por su grupo de pertenencia. Por otra parte, cuando una adolescente da a conocer que está embarazada y decide entre abortar o quedarse con su hijo, desde ese instante es expuesta a consecuencias laborales, educativas, económicas, sociales y psicológicas, demostrándose con ellos que las consideraciones tradicionales que existían sobre el embarazo no deseado no solo traen consecuencias orgánicas.

4.1.7.2 Consecuencias para el hijo/a.

Entre las consecuencias que trae el embarazo adolescente en los hijos se encuentran el tener un mayor riesgo de incidencia de "muerte súbita y de nacer con bajo peso, aspecto que va a depender de las circunstancias en que se desarrolló la gestación, ya que, existen pocos adolescentes para el cuidado de su salud optan por aceptar beneficios sociales, lo cual suele deberse a que sus padres no tienen trabajo o por su condición de "extramatrimoniales"; por lo cual, los hijos no deseados que provienen de padres adolescentes se ven afectados desde su nacimiento hasta que llegan a su adolescencia.

4.1.7.3 Consecuencias iniciales (parto y postparto)

Los infantes nacidos de padres adolescentes presentan mayores repercusiones en cuanto a problemas médicos, tales como una alta tasa de mortalidad durante el primer año de nacido y en días próximos al parto, peso bajo para su edad gestacional y prematuridad. Además, existe una mayor posibilidad de que sufran problemas neurológicos, ceguera, sordera, parálisis cerebral y epilepsia. Inclusive la probabilidad de muerte de los niños de gestantes prematuras a lo largo de su primer año de vida es de dos a tres veces mayor que la de los niños de madres no adolescentes.

4.1.7.4 Consecuencias durante la infancia

Los niños de padres adolescentes es probable que reciban las peores atenciones psicológicas y físicas, esto se debe al reducido apoyo económico de los padres por tener un bajo estatus socioeconómico, el elevado nivel de ansiedad y estrés, las expectativas erróneas acerca del desarrollo de su bebé y por las escasas habilidades parentales. Por ese motivo estos niños tienen menores probabilidades de que establezcan vínculos de apego seguros y están más expuestos a sufrir malos tratos, la frecuencia de problemas de conducta, un bajo rendimiento intelectual, el fracaso escolar y trastornos orgánicos con alta incidencia.

4.1.7.5 Problemas en la vinculación afectiva

La interacción madre-hijo se caracteriza por tener tres patrones. En primer lugar, se encuentra las madres que muestran disgusto por tener que realizar actividades frecuentes con sus hijos llevarlo a pasear, alimentarlo, vestirlo o cuidarlo, así como, la falta de respuesta y sensibilidad ante las necesidades afectivas y físicas de los niños, por lo cual, el niño con frecuencia termina reaccionando con apatía y pasividad, lo cual, demuestra una afectación en cuanto a su desarrollo motor y afectivo. Por otra parte, existen otras madres que tienen un comportamiento sobre preocupación ansiosa, lo cual, solo conlleva a que el niño presente ansiedad, tensión e intranquilidad. Por último, las otras madres suelen pasar de los comportamientos de rechazos y privación a uno de sobreprotección, causando con ello que el niño se muestre inestable y conllevando a que esté tenga sentimientos de incertidumbre donde no sepa si es o no amado.

4.1.7.6 Consecuencias orgánicas en la gestación, parto y postparto

Es notable que la madre y el hijo puedan tener mayor probabilidad de verse afectados por diferentes problemas orgánicos, ya que, durante la gestación se puede presentar con mucha frecuencia los abortos espontáneos, el crecimiento uterino inferior a lo normal, las alteraciones de peso y las anemias.

4.1.7.7 Consecuencias psicológicas

Las niñas a temprana edad son arrojadas al mundo adulto cuando llegan a estar embarazadas convirtiéndose en madres adolescentes sin estar preparadas para ello. Otros cambios en su vida hacen que se sientan frustrada por sus expectativas del futuro, tal es el caso de aceptar el matrimonio o de ser madre, los cuales, son grandes pasos para los que no está preparada. Por ese motivo, ciertos autores terminan afirmando que el embarazo prematuro da inicio al "síndrome del fracaso", debido a que, las adolescentes no logran cumplir con sus metas de la adolescencia como son el ser independientes y el terminar su educación.

4.1.7.8 Consecuencias educativas, relacionales y socioeconómicas

La posibilidad de conseguir suficientes ingresos y las trabas para que se inserten en el mundo laboral suelen verse afectado por una gran cantidad de problemas escolares e inclusive se pueden ver afectadas las relaciones sociales de la adolescente.

4.1.8 La familia

El lugar donde el adolescente cumple su desarrollo es la familia, el cual, empieza desde su nacimiento, por lo cual, la familia es donde se logran adaptar y desarrollar sus necesidades. Una unidad sentimental se refiere a la familia actual que se la conoce como familia nuclear, la misma que, está conformada por uno o dos hijos y por los padres; la cual, se convierte en un refugio para el reconocimiento mutuo de los integrantes, el desarrollo personal y los afectos; sin embargo, la unidad familiar hace más de un siglo no consideraba como elementos el cariño, el respeto y el amor.

Los adolescentes que tienen una edad entre los 12 y 18 años requieren integración activa en la sociedad e instrucción; puesto que, necesitan prepararse cognitiva y biológicamente para ser autónomos e integrarse en la sociedad, sin embargo, ellos siguen dependiendo de sus padres durante muchos años. Por ese motivo, este tema debería ser reflexionado por las sociedades desarrolladas, puesto que, algunos problemas que manifiestan los adolescentes en la actualidad dan a pensar que no se están atendiendo bien sus necesidades.

Por otra parte, el sentido de pertenencia e identidad del adolescente se puede conseguir mediante la educación familiar, aspecto que les permita coincidir satisfactoriamente en el mundo. Tomando de referencia las palabras de la reconocida antropóloga M. Mead, se afirmará que los padres de familia deben desarrollar nuevos modelos con el fin que los progenitores logren preparar a sus hijos temas enfocados en el cómo deben hacerlo, pero no en lo que deben aprender, más bien promover el aprendizaje sobre el valor del compromiso y no con qué deben comprometerse.

4.1.9 Educación en valores, actitudes y normas

En primera instancia la razón por la cual se ejecuta un comportamiento se entiende como valor; este término se lo considera como creencias o conceptos, modos deseables de comportarse o de ser, los cuales, dan lugar a las normas e incluso estos se encuentran jerarquizados. En cuanto a los valores, estos pueden ser científicos, culturales, éticos y morales. Los dos primeros son los que más influyen en la psicología y en el comportamiento del adolescente, debido a su influencia en la autoestima y por su concepto.

Para los adolescentes los valores como la salud y la vida están por debajo del placer o la libertad. Por eso, es muy común escuchar la frase “mi cuerpo es mío y hago con él lo que quiera”. En efecto, los adolescentes consideran a la libertad como un valor principal, por lo que, se dificulta convencerlos de lo contrario. Las tres dimensiones de los valores son la actitud, la afectiva y la intelectual, para que éstas maduren se debe educar en los valores, lo cual, quiere decir proponer, impulsar su coherencia entre lo que hace, dice y piensa, así como, desarrollar su capacidad de elección; más no significa imponer.

4.1.10 La familia fuente de actitudes

Sin duda alguna, de la familia se toman las actitudes, siendo este el más importante, por lo que el niño y adolescente deben tener en lo posible las actitudes más positivas. Algunas actitudes trascendentes son:

- Actitudes motivacionales. Está enfocada en los adolescentes para que aprendan a encontrar satisfacción por la tarea bien realizada y a superarse,

esto con el objeto de que logren valorar sus posibilidades para no aspirar demás.

- Actitudes de responsabilidad para afrontar la vida. Esta se trata de mantener la coherencia entre las responsabilidades aprendidas dentro de la escuela y la familia buscando no crear conflictos difíciles de superar.

4.1.11 Los conflictos

El conflicto se refiere al enfrentamiento, esto suele darse porque los jóvenes tienen intereses diferentes a los de sus padres. Estos enfrentamientos pueden provocar en ocasiones la rotura familiar y situaciones muy violentas, incluso son motivo de insatisfacción y malestar. En principio, los conflictos son necesarios para el buen crecimiento y no deberían ser catalogados como malos; puesto que, estos forman parte de la vida misma, por esa razón, todos alguna vez han estado expuestos a conflictos y por algún motivo hasta en varios a la vez; lo negativo de los conflictos es la manera como se resuelven y si logran resolverse. Por lo antes expuesto, es posible decir que hay muchos tipos de conflictos por el hecho de estar ligados a las normas, actitudes y valores. El primer paso para resolver los conflictos empieza con el deseo de resolverlos, ya que, en todo conflicto hay ganancias secundarias que hacen que estos perduren; por lo cual, hay que tener presente que las falsas apreciaciones, algunas situaciones bibliográficas o inconscientes y ciertas actitudes pueden contribuir a mantener los conflictos.

Luego que toma conciencia de la necesidad de resolver el asunto, se puede tomar una de las dos formas técnicas que son la agresividad y la negociación, que puede ser destructiva o constructiva. El tercer paso es la resolución, es aquí donde se busca satisfacer las necesidades de las personas, enfocar los recursos hacia un crecimiento de todos los implicados y fortalecer sus relaciones. Después de aceptar que los conflictos son parte de la vida y están presentes en ella ineludiblemente viene el paso de la conclusión, que es donde se busca saber solucionarlos, para lo cual es importante aprender una serie de habilidades que se enlistan a continuación.

1. Cuando se produzca hostilidad se debe aprender a dominarla. La fragilidad e inmadurez emocional, así como, el control de la conducta de los adolescentes cuando existen conflictos en la familia provoca hostilidad.
2. Aceptar las posibilidades y realidades de las personas que intervienen
3. en el conflicto, recordando que muchos adolescentes no tienen los medios ni capacidades para estar a nuestro nivel.
4. Permitir dentro de la familia que se tomen decisiones de forma consultiva, grupal y autocrática.
5. Aprender óptimos estilos comunicativos que faciliten intercambiar sentimientos y opiniones entre padres y adolescentes.
6. Es importante mostrarle respeto al adolescente.
7. Para mejorar los encuentros de los adolescentes y las personas en general es necesario mostrar actitudes optimistas y positivas.
8. Para comprender al adolescente se debe desarrollar empatía con el fin de poder entender sus intereses y necesidades.
9. Posibilitar la autonomía personal y la libertad, la cual, debe estar enfocada en reconocer los derechos y deberes de los adolescentes y los padres.
10. Favorecer habilidades asertivas que permitan expresar sus
11. propias necesidades, las mismas que, deben realizarse de forma con objetividad y serenamente, al igual que, se debe perseguir una mayor comprensión de los demás y el propio.
12. Es importante promover en las labores familiares la cooperación del adolescente; puesto que, existen muchas oportunidades de cooperación diarias que facilitan las interrelaciones entre adolescentes y padres.
13. Se debe potenciar la capacidad de razonar; la cual, creemos todos tener pero que después pueden darse cuenta de que esta es difícil de realizar, puesto que se debe admitir tanto las razones de los hijos adolescentes y las propias.

4.1.12 La tensión familiar

La tensión se trata de la presión tanto mental como emocional, la misma que, se encuentra ligada a la propia actividad vital. Esta tensión se puede generar por situaciones alegres o positivas y por aspectos negativos o tristes; por lo tanto, esta tensión podría provocar el enamoramiento e incluso el exceso de actividad laboral, por ese motivo se considera que puede ser aburrida la vida si no existe tensión, por otra parte, un poco de tensión puede ser estimulante y creativo para el desarrollo personal, sin embargo, si la tensión se excede esta puede terminar en daño y agobio.

Las señales de tensión más frecuentes son el deterioro de las relaciones personales, el aumento de la tensión arterial, taquicardia, irascibilidad, dificultad para dormir, el ánimo deprimido o la fatiga y el cansancio. Por ese motivo, es importante conocer cómo afrontar la tensión en especial cuando se trata con adolescentes, puesto que es necesario evitar situaciones que alteran la paz familiar. Para lograr ayudar con esta tarea existen algunas orientaciones como es reconocer las relaciones son deterioradas, por lo cual, es mejor negociar y buscar un punto intermedio; los adolescentes respetan las ideas de los adultos y los adultos respetan las suyas; los adolescentes necesitan de los estímulos y del apoyo de los padres para construir su autoestima y no ser demasiado crítico.

4.2 Antecedentes investigativos.

4.2.1 Embarazo adolescente en el mundo

Las investigaciones en el mundo sobre el embarazo adolescente son diversas, pero se presentan los más actuales y relevantes. En Cuba, el estudio de García, A. y Gonzales M. (2018), llevan como título: "Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud", la cual se desarrolló en Cuba en una de sus islas y que tuvo como resultado que existen circunstancias con alto riesgo en la población, tales como: poca o nula conversación entre la adolescente y su familia que corresponde al 82,6%, mala situación económica con un 73,9 y nivel educacional bajo con un 78,2 (8).

En Colombia, el trabajo de Carbajal Rocío y cols. (2017) (16) referente a:

“Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia”, se determinó que el 10% de las jóvenes empezaron su sexualidad a una edad de 14.5 años, mientras que, la edad media fue de 15.9 años, etnia afrodescendiente con un 74 %, el 67.7% de adolescentes manifestaron que no se cuidaron con métodos anticonceptivos durante su primera experiencia sexual. Las jóvenes con un riesgo mayor de embarazarse no lograron usar anticonceptivos en el momento de tener relaciones sexuales, algunas sienten remordimiento por haber consumido alcohol, algunas de sus conocidas han participado en abortos y otras sienten la presión de comenzar su sexualidad a edad muy temprana. Se concluye que los protectores y características de riesgo en un embarazo precoz depende de la familia y los compañeros de la adolescente, así como de los sistemas de salud (35).

El trabajo de Quintero y Castillo (2012), referente a “Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia” se desarrolló fijando como objetivo proponer una estrategia en el ámbito educativo que se centre en la prevención de la gestación temprana, la cual se estableció su ejecución en las instalaciones del Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima". Para esto, se utilizó el estudio transversal y descriptivo, cuyo universo estuvo compuesto de 134 jóvenes, de las cuales se tomó como muestra 122 jóvenes que estuvieron de acuerdo en participar, las mismas que tuvieron previo consentimiento de los padres para que puedan responder la encuesta. A partir de la información recabada, esta fue tabulada, ordenada y analizada por medio del uso de frecuencias (por ciento). Los resultados que se hallaron mostraron un predominio en los siguientes aspectos: las adolescentes aquellas que tienen 14 hasta 16 años, las que desean recibir información sobre educación sexual con el fin de evitar quedar embarazadas está representado por el 66.7%; pero en el caso de los jóvenes que son el 61.1% decidieron no recibir dicha información, estos resultados demuestran que los varones tienen una escasa enseñanza sobre la sexualidad que les permita evitar el embarazo. Sin embargo, las reflexiones ante el riesgo de tener un hijo, llegar a abortar y los riesgos que esto amerita, así como, tener que cuidarse con métodos anticonceptivos fueron insatisfactorios tanto para el

sexo femenino como masculino, pero predominando los varones. En cuanto a las vías de información de donde recibieron información sobre sexualidad fueron los padres y los profesores. Evidentemente hay dificultades para enseñar educación sexual orientada a programas de prevención embarazos a temprana edad para ambos sexos, por lo cual, proponen una estrategia educativa centrada en la prevención del embarazo temprano. (20)

El trabajo de Quesada Miranda M, Romero Sánchez M. (2010) efectuado en Maracaibo-Venezuela que lleva como título “Caracterización social del embarazo en la adolescencia”, se desarrolló planteando como objetivo la caracterización de las gestantes jóvenes que son atendidas en el Área de Salud Integral Comunitaria, que se encuentra ubicada en el Gaitero. La metodología que se aplicó fue la investigación descriptiva y transversal, el universo se constituyó por 61 embarazadas que provienen de los consultorios de Barrio Adentro del ASIC, las cuales fueron atendidas en enero-diciembre del 2006, seleccionando solo aquellas que tienen diez y 18 años, la muestra que se eligió fue de 52 jóvenes que obedecen los criterios de salida, exclusión e inclusión. Dentro de los hallazgos, se mostró que los jóvenes con mayor frecuencia de edad son los de 15 a 18 años, siendo la mayoría quienes satisfacían sus necesidades básicas regularmente. Como conclusión refieren que gran parte de las gestantes no cuentan con recursos para cubrir sus necesidades básicas y comienzan su vida sexual a edad temprana. Además, en las situaciones sociales se apreció que causan una gran influencia la privación de las actividades de su edad y las nuevas exigencias económicas, así como, la deserción escolar con un total de 17 casos que corresponde al 32,70%. (21)

Un estudio retrospectivo y descriptivo efectuado en el Hospital Nacional Rebagliati Martins, Es Salud referente a “Embarazo en adolescentes” cuyo objetivo fue analizar en gestantes adolescentes sus características perinatales, donde se revisó todos los partos en jóvenes durante enero del año 2000 a diciembre del 2004. Los resultados demostraron que había 443 partos, siendo la edad media de 18,3 años, donde el 16,3% de ellas tenían una edad de 17 años o menos y el 83,7% de las jóvenes entre 18 y 19 años.

Para el 81,3% de las adolescentes era su primer embarazo, en cuanto al estado civil, la mayor parte de ellas tenían una relación de unión libre representadas por el 46,7%, el 40,4% eran casadas; mientras que, el 12,9% eran solteras. (22)

Un estudio realizado por Mendoza L., Claros D. Peñaranda C. (2016); referente a “Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte” indica que, en Latinoamérica, el 23,8% de las encuestadas frecuentan más de un compañero sexual al año, de ellos el 12,7% son mujeres y el 34% varones. Las parejas sexuales en la primera relación sexual son mayores las adolescentes con una media de 18 años, que en los varones con un promedio de 15 años. (23)

Un estudio realizado en 2017 por Loredó, Vargas, Casas et al. (2017) que lleva como título “Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada”, entre los aspectos que se destacan de la investigación se encuentran que la muestra tomada en el estudio estuvo compuesta de 158 adolescentes embarazadas mexicanas, de las cuales, el 94.3% de ellas habían recibido información suficiente sobre la sexualidad, la vía de información principal fue la escuela con el 90.5%, seguida de la familia con el 69.5%, de su pareja el 52.5%; mientras que, de sus amigos el 41.1%. Los datos antes expuestos permiten determinar que los adolescentes recibieron información conveniente; sin embargo, el 55.4% de los adolescentes consideraron que la información recibida las instruyó para que tengan una vida sexualmente activa, por lo cual, se puede deducir que conocen como prevenir el embarazo, pero no se preocupan por impedirlo. (24)

Un estudio con una población de 12 jóvenes gestantes que se acercaron a consulta obstétrica en el Complejo Hospitalario de Jaén, España, el cual fue realizado en el 2012 por Álvarez, Pastor, Linares, Serrano y Rodríguez, referente a “Motivaciones para el embarazo adolescente”, en esta investigación se desarrolló una entrevista a la población seleccionada donde se pudo determinar que la mayoría de las adolescentes tenían 16 años, pero en promedio dio 15.6 años, el 58.3% de ellas viven en la zona rural, el 66.7%

de ellas no tenían intención de embarazo y el 83,3% de la población de estudio no presentaba estudios académicos acorde a la edad de las embarazadas. (25)

Un estudio descriptivo y observacional desarrolló por parte de los autores Mejía et al. (2018) referente al “Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima”, para la investigación se usó como metodología una población de 375 pacientes que respondieron una entrevista. Los resultados más relevantes del estudio fueron que la edad promedio de las jóvenes gestantes fue de 17 años, el 62.1% de ellas tienen como estado civil unión libre, el 76.3% solo llegó a la secundaria como educación. En cuanto al hecho de haber padecido agresión un 34% de las adolescentes no se enfrentaron a casos de violencia, no obstante, la otra parte que recibió agresión, la de mayor frecuencia fue de tipo psicológica (51%) que fue superior a la agresión física (19.5%) y agresión sexual (22.7%). Por otra parte, la violencia que recibieron las adolescentes provino en su mayoría de su compañero y familia siendo ellos los principales agresores tanto físicos como psicológicos hacia las embarazadas adolescentes. (26)

El estudio realizado por Rojas L., Claros N. (2014), referente a “Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia”, para lo cual, utilizó como metodología un estudio comparativo en grupos de control y caso, para la población se tomó en cuenta las jóvenes gestantes de la comunidad Santa Ana la Nueva, donde se incluyó solo a las jóvenes menores de 19 años para estudio de caso y para los controles se consideró a las adolescentes nuligestas, el periodo de estudio fue de abril a junio del 2012, los datos se recolectaron mediante un cuestionario, el tamaño de la muestra fue de 22 casos y 22 controles. La investigación mostró que el 95,45% de las jóvenes en estado de embarazo que forman parte del grupo de control se encuentran en un estrato económico bajo, el 9.10% del total de adolescentes embarazadas no consumió drogas y el 63,6% no consumió alcohol. (28)

Un estudio realizado en Lima por Ledesma G., Mendoza M. (2014) en relación con el “Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes”, el cual estableció como objetivo el determinar el conocimiento de las jóvenes en temas de enfermedades sexuales. La investigación fue descriptiva, cuantitativa, no experimental y transversal, siendo el instrumento de recolección el cuestionario, se eligió de población 92 adolescentes. Los resultados indicaron que hubo un nivel inadecuado de conocimiento sobre las enfermedades sexuales, siendo las adolescentes las que desconocen más el tema con el 56.4% y los jóvenes con el 43.5 (29).

Un estudio de corte transversa realizado en Manizales-Colombia por parte de Trujillo et al. (2013), el cual, se tituló “Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012”, este determinó como objetivo el analizar las características de la gestación temprana, así como conocer acerca de una familia funcional, para este estudio se eligió como población a 190 jóvenes en estado de gestación que se atienden en ASSBASALUD ESE, solo se seleccionó a las jóvenes que tuvieran entre 12 a 21 y la técnica fue la encuesta. Entre los resultados más relevantes que se hallaron se encontró que el 35,8 % de las participantes presentaban una relación no estable con su pareja. (30)

Un estudio observacional de corte transversal, realizado por Quimí referente a “Caracterización del comportamiento de algunos factores sicosociales en adolescentes décimo año. Escuela de educación básica fiscal mixta Sobeida Giménez Vásquez 2015-2016”, el cual aplicó de objetivo el analizar las características socioeconómicas influyentes del embarazo adolescente en Ecuador. Para lograr el estudio se aplicó como metodología la investigación observacional, descriptiva y transversal, en cuanto a la población estuvo compuesta de 64 adolescentes embarazadas y se usó la técnica de la encuesta. Los hallazgos de la investigación más importantes fueron que el 53.1% de las adolescentes tenían una familia de tamaño mediano comprendida entre cuatro a seis personas, seguido del 40.6% de ellas que contaban con un tamaño grande; mientras que, las familias pequeñas fueron

del 6,3%. (31)

En Lima- Perú, Bendezú Guido, Espinoza Daisy et al. 2016, de la revista peruana titulada “características y riesgos de gestantes adolescentes 2016”. Estudio que se realizó del 1 de julio del 2013 al 30 de junio del 2014, se examinaron 177 jóvenes donde sus características se compararon con otro grupo de 177 embarazadas que tienen de 20 a 34 años. Se consiguió de los registros de los embarazos en adolescentes representaron el 6,63% de la población visitada. La edad media fue 16 años y las amas de casa eran el 56% de las jóvenes. Los datos mostraron ciertas complicaciones del embarazo, tales como la anemia con el 18,2% y las infecciones del tracto urinario con el 1,1% fueron más frecuentes en las jóvenes, mientras que las enfermedades hipertensivas reflejaron el 17,5% siendo estas las más frecuentes en las embarazadas de mayor edad. (32)

Mijahuanga, desarrolló como tema de tesis “Factores asociados al embarazo en adolescentes atendida en centro de salud Consuelo de Velasco de Piura 2016” realizó una investigación descriptiva, cuantitativa y transversal, estableciendo como población 80 jóvenes gestantes; se obtuvo que las adolescentes de 17 a 19 años representan el 43.9%, ocupación de estudiante con un 90.9%, que el 83 % tenían secundaria terminada y el 51.5 % tenía buena relación con uno de los padres (mamá). (34)

Bárcena Alicia sobre la publicación de la CEPAL donde específica que una serie de naciones de América Latina que han sido analizados muestran una tasa de fertilidad en jóvenes de los países pobres cuadruplica la de los países más ricos con respecto a su quintil. Además, en Latinoamérica cerca del 30% de las mujeres jóvenes son madres. Solo África supera a Latino América en fertilidad juvenil, y nuestra región está muy por encima del promedio mundial. (37)

En la investigación transversal que proviene de la ENSANUT 2012 realizada por Villalobos et al. (2015), el rezago educativo y el embarazo adolescentes se analizó mediante la encuesta, donde se evidenció datos reproductivos y

sociodemográficos de las jóvenes que eran 1 790, quienes tienen desde 12 a 19 años que empezaron su sexualidad y se embarazaron; demuestra que la deserción escolar representó un 74.9 % indicando que es urgente crear acciones estrategias eficientes que ayude a que las adolescentes puedan tener una permanencia escolar y que busquen disminuir el rezago educativo. (38)

Carrillo S.J y Manzanero R.D en su trabajo de tipo transversal, observacional y descriptivo sobre “identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. México 2018” el 30 % consumía bebidas alcohólicas y un 62.7% si utilizaban método anticonceptivo de 137 adolescentes con antecedentes de gestación. (40)

Rujel C, Silupu A, efectuó una investigación acerca de “factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas por control prenatal Hospital Sagaro. Tumbes 2016”, la cual se efectuó bajo un diseño transversal y alcance descriptivo, la muestra estuvo compuesta por 52 embarazadas, de las cuales el 37% de ellas en la adolescencia empezaron su vida sexual cuando tenían de 14 hasta 16 años, el 50% de las gestantes que están entre los 17 a 19 años tuvieron un embarazo no deseado, el 69% de las jóvenes embarazadas han terminado la secundaria, el 69% disponen de una familia funcional, el 37% de ellas comenzaron su vida sexual desde los 14 hasta los 16 años conocían los métodos anticonceptivos y el 54% de ellas tienen el apoyo económico de sus progenitores. (42)

Cruz Erika en su trabajo con diseño transversal y alcance descriptivo, presentó como muestra 100 jóvenes gestantes recurrentes y se optó por recurrir a información proveniente de fuente secundaria, para esto se efectuó un análisis univariado, sobre “resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivo, Maternidad del Hospital Alemán Nicaraguense.2016”. Un 88% de las adolescentes en estado de gestación ya era su segundo embarazo, concluyendo que el embarazo precoz es una condición considerada como negativa que trae consigo graves complicaciones para el feto y su progenitora teniendo mayor riesgo el embarazarse por

segunda ocasión. (45)

Navarro realizó un proyecto titulado “Evaluación de los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en la comunidad de las Tablas, Republica Dominicana” 2017-2018. El enfoque del trabajo investigativo estuvo orientado al diseño transversal, prospectivo y alcance descriptivo utilizando la técnica de la entrevista y una muestra de 45 jóvenes, donde el 69% de las pacientes fueron instruidas acerca de los métodos anticonceptivos, demostrando que el embarazo en adolescente es un problema multifactorial. (47)

López Carlos, 2009, realizó un estudio transversal y descriptivo, teniendo como muestra a 136 adolescentes en estado de gestación, titulada “Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas, en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad social”. Honduras. El 60% de las gestantes establecieron que escucharon acerca de enfermedades sexuales y la más frecuente fue el VIH/SIDA; este estudio pretende conseguir mejoras en cuanto a los tratamientos, programas de prevención, calidad de atención y acerca de la consejería a este grupo poblacional. (48)

4.2.2 Embarazo adolescente en el contexto ecuatoriano

En la región América, el Ecuador es la nación con la mayor tasa de gestantes jóvenes, puesto que, los registros demuestran que las cifras de adolescentes embarazadas son de 111 por cada 1000 adolescentes (17). Ser parte del ranking de este problema social en la región es la evidencia de que ninguna de las estrategias para reducir el embarazo adolescente ha funcionado. La más reciente Política Intersectorial que se aplicó con el propósito de proporcionar a las jóvenes una estrategia de Prevención del Embarazo, que fue aprobada en Ecuador en agosto de 2018, que debió ser ejecutada por los diferentes ministerios, tales como el Ministerio de Salud Pública, con la ayuda de otros ministerios como el de Educación y el de Inclusión Social para conseguir los objetivos planteados, se creó con el fin de reducir 13 puntos porcentuales de nacidos vivos de madres adolescentes, lo cual, suena muy ambicioso, ya que tomó siete años reducir hasta 13 puntos porcentuales la

gestación precoz en en el país en el año 2010 (9).

Heredia y Yáñez, hicieron un trabajo de investigación que estuvo orientado a establecer los determinante sociales de la gestación temprana, en el año 2018 realizaron un trabajo investigativo en Ibarra-Ecuador que fue titulado “Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul”, para esto, utilizaron un análisis observacional, de corte transversal y alcance descriptivo, la población objeto de estudio fue conformada por 81 madres adolescentes con partos eutócicos. Los hallazgos del estudio mostraron que desde el 10% al 45% de las madres jóvenes tienen una alta probabilidad de volver a embarazarse, lo cual hace que disminuyan las probabilidades de que afronten en el futuro las desventajas sociales. Los resultados muestran que existen un 48.1% de adolescentes solteras con embarazos subsecuentes, el 44,4% se ocupa en que haceres domésticos, un 42% saben acerca de métodos anticonceptivos, donde los jóvenes que saben acerca del uso correcto del condón son el 59,3%, no obstante, existen adolescentes que no lo usan que representan el 49,4%. Además, los que experimentaron la sexualidad a los 12 años lo conforman el 69,3%; pero la jóvenes que tuvieron parto subsecuente fue del 24,7%; mientras que, las adolescentes que consiguieron información de sexualidad por parte de sus amistades fue del 42% (18).

Tubún y Ubilla (2017) en la tesis titulada “Factores asociados al embarazo precoz en usuarias que asisten a la consulta externa en un hospital de Guayaquil”, con 81 gestantes encuestadas, determinó que el 51% de las jóvenes atendidas tenían de 14 a 15 años; incluso la mayoría de las adolescentes han tenido que dejar sus estudios que corresponde al 73%, pero todas las gestantes adolescentes provienen de la zona urbana. En lo que respecta a la familia, el 58% de ellas expresaron que vienen de hogares con bajos ingresos, el 66% de ellas tienen un nivel medio de conocimiento sobre sexualidad, además, el 48% de las jóvenes disponen de poco conocimiento acerca de métodos anticonceptivos. Por otro lado, lo que se refiere a la religión el 95% esta identificada con alguna de ellas, el 96% de ellas tienen sentimientos de soledad y las que sufren de ansiedad para experimentar su

sexualidad plenamente corresponde al 93%. (19)

Un estudio analítico, descriptivo, de corte transversal realizado por Pupiales y Quespaz referente al “Análisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud de Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio, Zuleta, del cantón Ibarra, septiembre a diciembre 2016”, Además, la población fue de 171 jóvenes gestantes que fueron atendidas desde enero a noviembre del 2016, manifiesta que existió 89 participantes de etnia mestiza conformando el 55,97%. (27)

La investigación transversal y descriptiva efectuada a 60 embarazadas que tienen de 12 a 19 años, por Vinuesa y Bello, Ecuador- 2017. “Embarazo en la adolescencia- Características epidemiológicas”, en donde predominaron las gestantes adolescentes del grupo de edad entre 14 y 16 años, solteras con un 41.6 % y la relación no estable con su pareja con un 63.3 %. (33)

En la tesis de la Dra. Viteri Ana. 2017, fue una investigación descriptiva, observacional, transversal titulada “Repercusión del embarazo precoz en el funcionamiento familiar, el cual se efectuó en el cantón Guayaquil, específicamente en el Centro de Salud de Pascuales, con una población de 46 embarazadas donde predominó familias pequeñas con un 39.1%. (36)

Ruiz Samantha 2016. En la tesis titulada “Factores asociados a la gestación temprana en jóvenes de 13 a 17 años. Guayaquil, con una población de 198 adolescentes, reportando el 2 % de las pacientes presentaron consumo de drogas, el 32% de las jóvenes se relación muy bien con sus madres, el 76% de ellas menstruaron por primera vez a los 13 años, el 42% de las adolescentes provienen de familias con una norma cultural alentadora, el 8% siempre usan anticonceptivos y 9% de ellas tuvieron su inicio en la sexualidad desde los 13 hasta los 15 años, y; este estudio fue descriptivo, cuantitativo y longitudinal. (39)

ENSANUT 2012, realizado en Ecuador indicando que el 39.2% de jóvenes

desde 15 a 19 años tienen relaciones sexuales, siendo el 30,1% de ellas quienes experimentaron el acto sexual antes de los 18 años y el 7,5% de ellas lo hicieron antes de los 15 años, también, existen jóvenes que ya cuentan con un hijo llegando a incrementarse esta cifra en cinco puntos porcentuales (13.3%). (41)

Vera Clara en el año 2017, realizó una investigación con una población de 285 adolescentes embarazadas titulada “Incidencia del embarazo en la adolescencia en edades 12 a 15 años, en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil”. Demostrando que el 71,58% de las participantes indicaron haber tenido relaciones sexuales con menos de 3 parejas. (43)

El estudio Política intersectorial que está orientada a la prevención del embarazo precoz que se realizó en Ecuador, información publicada por el Ministerio de Salud Pública, donde en el periodo 2010-2018 hay un registro de 413. 318 nacimientos provenientes de madres precoces de 10 a 19 años, donde el 3% de las embarazadas tienen una edad menor a 15 años, el 23% de ellas está entre los 15 y 17 años y el 23.3% de las progenitoras son jóvenes de 18 y 19 años. (44)

Carpio y Rodríguez en el año 2016, realizaron un trabajo investigativo que se lo tituló embarazo precoz y sus características de riesgo en jóvenes de 14 a 17 años, el cual fue realizado en el subcentro La Unión en Los Ríos. La investigación aplicada fue transversal y descriptiva, donde la población fue de 40 usuarias reportando que las influencias de amistades predominó en un 30%. (46)

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

En este trabajo se tomó el estudio de nivel descriptivo, ya que se describieron las características de la población de estudio y no se intervino en su variable.

5.2 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador es observacional; ya que, no existió manipulación del objeto de estudio por parte del investigador.

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo porque la fuente de información utilizada fue primaria.

Según el número de ocasiones que se midió la variable de estudio es

transversal; ya que, se realizó en una sola ocasión.

Según el número de variables analíticas es descriptivo, ya que, el análisis es univariado donde no se asociaron variables.

5.3 Diseño de investigación.

Es un estudio de prevalencia o de corte transversal, debido a que se cuantificó la proporción de la población de embarazadas adolescentes previas o actuales en un momento específico.

5.4 Justificación de la elección del método

Es fundamental describir las características sociales del embarazo en la adolescencia para aportar elementos en el contexto teórico y práctico que contribuyan a la creación o revisión de políticas públicas a partir del desarrollo de investigaciones sobre el embarazo en la adolescencia en el Ecuador.

Con el nivel, tipo y diseño de investigación se dio respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos de estudio.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por 82 adolescentes con embarazo previo o actual que tienen una edad comprendida entre 10 a 19 años, que residen de manera permanentemente en el sector, correspondiente a tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

En esta investigación se incluyeron todas las embarazadas previas o actuales en etapa de adolescencia comprendidas en las edades de 10 a 19 años que fueron atendidas en tres consultorios del centro de salud Fortín durante el año 2021, y que cumplieron los criterios de inclusión.

5.5.1.1 Criterios de inclusión.

1.- Embarazadas previas o actual en la etapa de adolescente que muestre su voluntad de participar en la investigación a través de la firma de consentimiento informado.

2.- Embarazadas menores de 18 años previa o actual cuyo representante legal muestre su aceptación de que la menor participe en la investigación y firme el consentimiento informado.

3.- Embarazadas previa o actual en la etapa de adolescente que resida en la población asignada al centro de salud Fortín.

5.5.1.2 Criterios de exclusión

1.- Adolescente que no es posible contactar después de dos citas al centro de salud Fortín y/o se visitan en su hogar.

2.- Paciente con discapacidad mental que imposibilite responder el instrumento de recolección de información.

5.6 Procedimiento de recolección de la información.

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas éticas establecidas en el Reglamento de Ética para las investigaciones del Ecuador y en la Declaración de Helsinki. Se solicitó previa autorización a la dirección del centro de salud Fortín.

Las pacientes identificadas con embarazos previos o actuales en edades entre 10 a 19 años se incluyeron en este estudio se obtuvieron del Análisis Situacional Integral de Salud de tres consultorios del centro de salud Fortín que se elaboró en diciembre de 2020, esta relación fue actualizada a través de la información recogida en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRASS).

Previamente al inicio de la recogida de la información se procedió a explicar los detalles de la investigación a cada uno de los participantes en el estudio, quiénes seguidamente firmaron el consentimiento informado y en casos de menores de 18 años firmaron los padres y tutores.

Se recogieron los datos a través de un instrumento cuantitativo que para efecto de este estudio fue la encuesta, la misma que fue elaborada por la autora y evaluada por tres expertos que comprenden dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, así como, un especialista en Bioestadística, siguiendo los criterios de Moriyama, para la validación del instrumento.

La encuesta fue auto aplicada, en el centro de salud, donde se brindó las condiciones de privacidad y tiempo para ser contestada, no obstante, hubo

casos donde no fue posible su aplicación en el centro; por lo cual, se optó en acudir a la vivienda de la paciente.

Para dar respuesta al objetivo 1, se recogieron los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y familiares: edad, estado civil, nivel de instrucción, etnia, ocupación, relación con sus padres, relación con su pareja, tamaño de la familia y nivel de ingreso económico, este último se recogió según el Instituto Nacional de Encuesta y Censo (INEC) y del Banco Mundial en el reporte de pobreza publicado en el 2016, mención a la línea de pobreza para el per cápita familiar de \$84.4 para la pobreza general. Cuando la familia obtenga ingresos mayores a \$84.4 dólares se determinó como adecuado y cuando no los supere se considera inadecuado.

Para dar respuesta al objetivo 2, se describieron los riesgos socioculturales relacionados al embarazo en la adolescencia que comprende la deserción escolar, consumo de drogas, consumo de alcohol, maltrato previo o durante el embarazo, información sobre sexualidad, edad de inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, edad de su primer embarazo, números de embarazos, motivo que propiciaron el inicio de la actividad sexual y uso de anticonceptivos previo al embarazo.

Para dar respuesta al objetivo 3, se determinó el nivel de conocimiento sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual; se consideró que conoce cuando respondió correctamente el 70% o más de las preguntas y no conoce cuando fue menor a ese valor, en la respectiva sección.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Estado civil	
Nivel de instrucción	
Étnia	
Ocupación	
Relación con sus padres	
Relación con su pareja	

Tamaño de la familia	
Nivel de ingreso económico	
Deserción escolar	Encuesta
Consumo de drogas	
Consumo de alcohol	
Maltrato previo o durante el embarazo	
Información sobre sexualidad	
Edad de inicio de vida sexual activa	
Número de parejas sexuales	
Edad de su primer embarazo	
Número de embarazos	
Motivo que propiciaron el inicio de la actividad sexual	
Uso de anticonceptivo previo al embarazo	
Conocimiento sobre planificación familiar	Encuesta
Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual	

5.8 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2018, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada una de las unidades de estudio.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas.

La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

1.1.2 5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad (grupo duodenal)	10 – 11 años 12 – 13 años 14 - 15 años 16 - 17 años 18 - 19 años	Cuantitativa discreta
Estado civil	Condición civil	Unión libre. Casada. Divorciada. Soltera. Viuda	Cualitativa nominal

Nivel de instrucción	Nivel escolar vencido	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada. Secundaria sin terminar. Bachillerato terminado.	Cualitativa ordinal
Etnia	Auto identificación étnica	Blanca Mestiza Afro ecuatoriana Indígena Mulata Montubia Otras	Cualitativa nominal
Ocupación	Ocupación	Estudiante Cuenta con empleo Desempleada Ama de casa	Cualitativa nominal
Relación con sus padres	Relación entre los padres	Buena: relación con dos padres Regular: buena con uno de los padres Mala: no es buena con ninguno de los padres	Cualitativa ordinal
Relación con su pareja	Relación con su pareja	Estable No estable	Cualitativa nominal
Tamaño de familia	Tamaño de familia	Pequeña (1-3) Mediana (4-6) Grande (7 o más)	Cualitativa ordinal
Nivel de ingreso económico	Per cápita (Ingreso mensual total dividido entre el número de	Adecuado Inadecuado	Cualitativa nominal

	integrantes de la familia)		
Deserción escolar	Deserción escolar	Sí No	Cualitativa nominal
Consumo de drogas	Consumir drogas	Sí No	Cualitativa nominal
Consumo de alcohol	Consumir alcohol	Sí No	Cualitativa nominal
Maltrato previo o durante el embarazo	Maltrato previo o durante el embarazo	Sí No	Cualitativa nominal
Información sobre sexualidad	Información sobre sexualidad	Sí No	Cualitativa nominal
Edad de inicio de vida sexual activa	Edad que inicio su vida sexual	10 -11 años 12-13 años 14-15 años 16- 17 años 18 – 19 años	Cuantitativa discreta
Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales	Uno Dos Tres o más	Cuantitativa discreta
Edad de su primer embarazo	Edad de su primera gestación	10 -11 años 12-13 años 14-15 años 16- 17 años 18 – 19 años	Cuantitativa discreta
Número de embarazos	Número de embarazos	Uno Dos Tres o más	Cuantitativa discreta
Motivo que propiciaron el inicio de la actividad sexual	Causas de inicio de actividad sexual	Amistades Drogas Alcohol Antecedentes de	Cualitativa nominal

		madre con embarazo en la adolescencia Violación Insistencia de la pareja Otros	
Uso de anticonceptivo previo al embarazo	Uso de anticonceptivo previo al embarazo	Si No	Cualitativa nominal
Conocimiento sobre planificación familiar	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	Conoce No Conoce	Cualitativa nominal
Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual	Conocimientos sobre enfermedad de transmisión sexual	Conoce No Conoce	Cualitativa nominal

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de las adolescentes según su edad en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Edad	N	%
12 – 13 años	1	1,2
14 – 15 años	18	22,0
16 – 17 años	28	34,1
18 – 19 años	35	42,7
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

El grupo de edad entre 18-19 años predominó con un 42,7% (35 adolescentes embarazadas), en contraste con un estudio realizado por Tubún y Ubilla referente a “Factores asociados al embarazo precoz en usuarias que asisten a la consulta externa en un hospital de Guayaquil”, con 81 gestantes encuestadas, determinó un predominio con un 51% con edades comprendidas entre 14 y 15 años. (19)

En el artículo científico de Bendezu, Daisy Espinoza de la revista peruana titulada “características y riesgos de gestantes adolescentes 2016” el promedio de edad fue de 16 años de edad de 177 embarazadas en la adolescencia. (32)

Tabla 2. Distribución de las adolescentes según su estado civil en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Estado civil	N	%
Soltera	41	50,0
Unión libre	40	48,8
Casada	1	1,2
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

El estado civil soltera predominó con un 50%, de la misma manera existió una tendencia similar en un estudio realizado por Heredia y Yànez 2018 “Factores asociados al embarazo adolescentes en Ibarra con 48.1 % relacionado con adolescentes soltera. (18)

De igual forma el estudio por Vinuesa y Bello 2017, en su investigación “Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas” en donde predominaron las gestantes adolescentes solteras con un 41.6 %. (33)

Tabla 3. Distribución de las adolescentes según su nivel de instrucción en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín.

Año 2021.

Nivel de instrucción	N	%
Ninguna (analfabetismo)	2	2,4
Primaria sin terminar	6	7,3
Primaria terminada	52	63,4
Secundaria sin terminar	18	22,0
Bachillerato terminado	4	4,9
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

El nivel de instrucción primaria terminada con un 63,4%, cifras similares a un estudio realizado por Álvarez C. y et al. referente a “Motivaciones para el embarazo adolescente” manifiesta que el 83,3% del total de la población estudiada no presentaba estudios académicos acorde a la edad de las embarazadas. (25)

Mijahuanga J, en su tesis “Factores asociados al embarazo en adolescentes atendida en centro de salud Consuelo de Velasco de Piura 2016” 83 % tenían secundaria terminada. (34)

Tabla 4. Distribución de las adolescentes según su etnia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Etnia	N	%
Mestiza	72	87,8
Afro ecuatoriana	7	8,5

Indígena	2	2,4
Blanca	1	1,2
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La etnia mestiza predominó con un 87.8 %, similitud ocurrió en un estudio realizado por Pupiales J.; Quespaz C. referente al “Análisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud de Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio, Zuleta, del cantón Ibarra, septiembre a diciembre 2016” donde existió 89 participantes de etnia mestiza conformando el 55,97% del total de la población. (27)

En contra parte el estudio de Rocío Carvajal Barona, Haro Leder Valencia en “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. 2017. Predomino la etnia afrodescendiente con un 74 % (35).

Tabla 5. Distribución de las adolescentes según su ocupación en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Ocupación	N	%
Ama de casa	48	58,5
Estudiante	25	30,5
Desempleada	8	9,8
Cuenta con empleo	1	1,2
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La ocupación ama de casa predominó con un 58,5%, tendencia que comparte semejanza con una investigación realizada por Heredia y Yáñez referente a “Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul, en la ciudad de Ibarra Ecuador”, con una

población de 81 madres adolescentes se reportó un predominio de la ocupación de ama de casa con un 44,4%. (18)

Así mismo en la investigación de Bendezu Guido, Daisy Espinoza de la revista peruana titulada “características y riesgos de gestantes adolescentes 2016”, guarda similitud con el 56 % de las adolescentes eran ama de casa. (32)

Tabla 6. Distribución de las adolescentes según su relación con sus padres en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Relación con sus padres	N	%
Buena: relación con dos padres	61	74,4
Regular: buena con uno de los padres	16	19,5
Mala: no es buena con ninguno de los padres	5	6,1
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

Se aprecia que en la población de estudio predominó una buena relación con sus padres con un 74%, en contraste con investigaciones realizadas por García, en el 2018, referente a: “Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud”, cuyo resultado determinaron que existió un mayor predominio, en la poca o nula comunicación entre la familia y la adolescente con un 82,6%. (8)

Mijahuanga J, en su tesis “Factores asociados al embarazo en adolescentes atendida en Centro de Salud Consuelo de Velasco. Piura 2016” el 51.5 % tenía buena relación con uno de los padres (mamá). (34)

Tabla 7. Distribución de las adolescentes según su relación con su pareja en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Relación con su pareja	N	%
No estable	44	53,7
Estable	38	46,3
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La relación no estable con su pareja predominó con un 53,7%, similitud con un estudio realizado por Trujillo M, et al, en relación al “Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012”, determinó 68 (35,8 %) participantes presentaban una relación no estable con su pareja. (30)

Igualdad con la investigación de Vinuesa y Bello 2017, “Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas” donde predominó la relación no estable con su pareja con un 63.3 %. (33)

Tabla 8. Distribución de las adolescentes según su clasificación de familia de acuerdo al tamaño en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Tamaño de familia	N	%
Pequeña	12	14,6
Mediana	58	70,7
Grande	12	14,6
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La familia mediana predominó con un 70,7 %, similitud con estudio realizado por Quimís D., “Caracterización del comportamiento de algunos factores sicosociales en adolescentes décimo año. Escuela de educación básica fiscal

mixta Sobeida Giménez Vásquez 2015-2016”, las familias de tamaño mediano obtuvieron 34 participantes (53,1%) del total de la población. (31)

En contraste con Viteri Ana. 2017. En la tesis titulada “Repercusión del embarazo en adolescentes en el funcionamiento familiar, centro de salud Pascuales, donde predominó familias pequeñas con un 39.1%(36)

Tabla 9. Distribución de las adolescentes según su nivel de ingreso económico en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Nivel de ingreso económico	N	%
Adecuado	55	67,1
Inadecuado	27	32,9
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

El nivel ingreso económico adecuado predominó con un 67,1%, en contraste con Bárcena Alicia sobre el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) el cual reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. (37)

De la misma manera, con un estudio realizado por Tubún y Ubilla referente a “Factores asociados al embarazo precoz en usuarias que asisten a la consulta externa en un hospital de Guayaquil”, las adolescentes encuestada un 58 % refirieron que su hogar son de un nivel socio económico bajo en relación al salario básico. (19)

Tabla 10. Distribución de las adolescentes según su deserción escolar en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021

Deserción escolar	N	%
-------------------	---	---

Sí	54	65,9
No	28	34,1
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La deserción escolar predominó con un 65,9%, igualdad con un estudio realizado por Quesada referente a “Caracterización social del embarazo en la adolescencia” que concluye que del total de su población conformada por 52 adolescentes embarazadas la deserción escolar se representó 17 casos con un 32,70%. (21)

En la investigación realizada por Villalobos Hernández Aramis, y colaboradores, 2015. Embarazo adolescentes y rezago educativo análisis de una encuesta nacional en México. También guarda similitud con la deserción escolar que ocupó un 74.9 %. (38)

Tabla 11. Distribución de las adolescentes según su consumo de drogas en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Consumo de drogas	N	%
No	80	97,6
Sí	2	2,4
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

Dentro de la población de estudio existió un predominio del no consumo de drogas con un 97,6%, sin embargo, existe un 2,4% que sí lo consume. Prevalencia similar a un estudio realizado por Rojas L., Claros N., referente a “Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia”, refiere que 21 (95,45%) del total de adolescentes embarazadas no consumió drogas. (28)

En cambio, Ruiz Samantha 2016. En la tesis titulada “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 17 años. Guayaquil, el 2 % hubo consumo

de drogas, del total de 198 adolescentes. (39)

Tabla 12. Distribución de las adolescentes según su consumo de alcohol en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Consumo de alcohol	N	%
No	46	56,1
Sí	36	43,9
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La categoría de no consumo de alcohol predominó con un 56,1%, pero el 43,9% de la población sí lo consume. Un estudio realizado por Rojas L., Claros N., referente a “Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia”, existe también un predominio con 14 (63,6%) del total de adolescentes embarazadas no consume alcohol. (28)

Así mismo, Carrillo S.J y Manzanero R.D en su trabajo “identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción 2018” el 30 % consumía bebidas alcohólicas de 137 adolescentes con antecedentes de gestación. (40)

Tabla 13. Distribución de las adolescentes según su maltrato previo o durante el embarazo en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Maltrato previo o durante el embarazo	N	%
No	72	87,8
Sí	10	12,2
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La categoría de no maltrato previo durante el embarazo predominó con un 87,8%, pero hay un 12,2 % de las adolescentes que sufren de maltrato. En contraste con un estudio realizado por Mejía et al., refiere que tan solo un 34% de las adolescentes no han padecido ningún tipo de violencia. (26)

Tabla 14. Distribución de las adolescentes según su información sobre sexualidad en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Información sobre sexualidad	N	%
Sí	66	80,5
No	16	19,5
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

Se muestra un predominio con un 80,5% en las adolescentes que, si manifiestan haber sido informadas sobre sexualidad, predominó similar a un estudio realizado por Loredo A, et al. referente al “Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la vida diaria” que manifiesta que el 94.3% de ellas aceptaron haber recibido información suficiente sobre la sexualidad. (24)

Tubún y Ubilla 2017. referente a “Factores asociados al embarazo precoz en usuarias que asisten a la consulta externa en un hospital de Guayaquil” el 66 % tiene un conocimiento medio no elimina por completo sus inquietudes. (19)

Tabla 15. Distribución de las adolescentes según su edad de inicio de vida sexual activa en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Edad de inicio de vida sexual activa	N	%
10 – 11 años	1	1,2

12 – 13 años	2	2,4
14 – 15 años	43	52,4
16 – 17 años	34	41,5
18 – 19 años	2	2,4
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

En lo concerniente al inicio de vida sexual activa, la edad de 14 – 15 años predominó con un 52,4%, cifras que contrastan con datos de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, realizados en Ecuador indicando que el 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa. El 7,5% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que el 30,1% la tuvo antes de los 18 años. (41)

Rujel c, Silupu A, en su tesis “factores que se asocian al embarazo en adolescentes atendidas por control prenatal Hospital Sagaro. Tumbes 2016” el 37% de embarazadas en la adolescencia iniciaron su actividad sexual entre 14 a 16 años. (42)

Tabla 16. Distribución de las adolescentes según su número de parejas sexuales en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Número de parejas sexuales	N	%
Uno	65	79,3
Dos	15	18,3
Tres o más	2	2,4
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La categoría de una pareja sexual predominó con un 79,3%, en contraste a los porcentajes con las otras categorías un estudio realizado por Mendoza L., Claros D. Peñaranda C.; referente a “Actividad sexual temprana y embarazo

en la adolescencia: estado del arte” indica que en América Latina y el Caribe, el 12,7% de adolescentes reportan tener más de una pareja sexual al año. (23)

Vera Clara 2017. En su tesis “Incidencia del embarazo en la adolescencia en edades 12 a 15 años. Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús”. El 71,58% manifestaron haber tenido relaciones sexuales con menos de 3 parejas. (43)

Tabla 17. Distribución de las adolescentes según su edad de su primer embarazo en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Edad de su primer embarazo	N	%
10 – 11 años	1	1,2
12 – 13 años	1	1,2
14 – 15 años	30	36,6
16 – 17 años	37	45,1
18 – 19 años	13	15,9
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La edad de su primer embarazo fue de 16 – 17 años con un 45,1% en contraste con estudio que se realizó en Ecuador, según datos del Ministerio de Salud Pública, desde el año 2010 hasta el 2018, se registraron 413. 318 nacidos vivos de niñas y adolescentes de 10 a 19 años, donde las gestantes menores de 15 años representan el 3%, las madres de 15 y 17 años conforman el 23% y las madres de 18 y 19 años ocupan el 23,3%. (44)

Tabla 18. Distribución de las adolescentes según su número de embarazo en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Número de embarazo	N	%
--------------------	---	---

Uno	75	91,5
Dos	6	7,3
Tres o más	1	1,2
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

En lo referente a número de embarazos en la etapa de adolescencia, a la mayoría reportó haber tenido un embarazo con el 91,5%, tendencia que está relacionada con datos del ENSANUT 2012 realizado en Ecuador que manifiestan que el 18.3% reporta haber tenido un/a hijo/a, cifra que ha aumentado en cinco puntos porcentuales (13.3%). (41)

En contraste con la tesis de Cruz Erika titulada “resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivo, Maternidad del Hospital Alemán Nicaraguense.2016”. Un 88% de las adolescentes en estado de gestación ya era su segundo embarazo. (45)

Tabla 19. Distribución de las adolescentes según su motivo que propiciaron el inicio de la actividad sexual en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Motivo que propiciaron el inicio de la actividad sexual	N	%
Amistades	41	50,0
Insistencia de la pareja	14	17,1
Alcohol	13	15,9
Antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia	4	4,9
Drogas	2	2,4
Otros	8	9,8
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

Referente a las causas que motivaron el inicio de la actividad sexual se encontró un mayor predominio en la influencia de amistades, con un 50%, en contraste con una investigación referente a “Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia” realizado por Quintero P. y Castillo N., se concluyó un predominio con el 34,9% de las adolescentes manifestando que la solicitud de la pareja motivo el inicio de la relación sexual. (20)

Pero guarda similitud con Carpio I, Rodríguez A. En la tesis titulada “Embarazo en adolescentes de 14 a 17 años de edad y factores de riesgo. Subcentro la Unión. 2016. Las influencias de amistades predomino 30%. (46)

Tabla 20. Distribución de las adolescentes según su uso de anticonceptivo previo al embarazo en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Uso de anticonceptivo previo al embarazo	N	%
No	76	92,7
Sí	6	7,3
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

En las adolescentes el no uso de anticonceptivos antes del embarazo predomino con un 92,7%, resultados con predominio similar al estudio realizado por Carbajal R. y cols. en el año 2017 referente a: “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia”, que determinaron que el 67.7% de adolescentes tampoco lo usaron. (35)

Por otra parte, Carrillo S.J y Manzanero R.D en su trabajo “identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. México. 2018” un 62. 7 % si utilizaban método anticonceptivo. (40)

Tabla 21. Distribución de las adolescentes según su conocimiento sobre planificación familiar en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria

del centro de salud Fortín. Año 2021.

Conocimiento sobre planificación familiar	N	%
No conoce	49	59,8
Conoce	33	40,2
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La categoría de no conocimiento sobre planificación familiar predominó con un 59,8%, similitud con un estudio realizado por Tubún y Ubilla referente a “Factores asociados al embarazo precoz en usuarias que asisten a la consulta externa en un hospital de Guayaquil”, que concluyeron un predominio de bajo conocimiento acerca de métodos anticonceptivos con un 48%. (19)

En contraste con Navarro A. en su investigación “Evaluación de los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en la comunidad de las Tablas, Republica Dominicana” 2017-2018. 69% de 45 adolescentes había recibido información sobre los métodos anticonceptivos. (47)

Tabla 22. Distribución de las adolescentes según su conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021.

Conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual	N	%
No conoce	42	51,2
Conoce	40	48,8
Total	82	100,0

Fuente: encuesta

La categoría de no conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual predominó con un 51,2%, igualdad con un estudio realizado por Ledesma G., Mendoza M. en relación al “Nivel de conocimiento sobre infecciones de

transmisión sexual en adolescentes” cuyos resultados indicaron niveles bajo de conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual con un 23% del total de la población. (29)

López Carlos, 2009. En la tesis titulada “Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas. Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad social”. Honduras. El 60% de las gestantes mencionaron haber escuchado alguna enfermedad de transmisión sexual. (48)

7. CONCLUSIONES

Predominó la edad de 18-19 años, el estado civil soltera, el nivel de instrucción primaria terminada, la etnia mestiza, la ocupación ama de casa, la relación con los padres e hijas es buena y no estable con su pareja, la familia mediana y nivel socio económico adecuado.

Los aspectos sociales que caracterizaron al embarazo en adolescentes fueron la deserción escolar, el no consumo de drogas y alcohol, el no maltrato previo durante el embarazo, si recibieron información sobre sexualidad, con inicio de vida sexual activa entre los 14-15 años motivada por amistades, con embarazos únicos y con una pareja sexual, el no uso de anticonceptivos en edades ente 16-17 años; fueron lo más frecuente.

Las adolescentes no tenían conocimiento sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en su mayoría.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Se necesita poner en marcha programas que incrementen la participación económica, social y política de las mujeres adolescentes.

Impartir educación sexual inicialmente desde el hogar, escuela y sector salud, garantizar accesos a los métodos anticonceptivos a los adolescentes, ya que existen aún barreras para ello, evitar la deserción escolar, logrando la permanencia de las adolescentes en las instituciones educativas no solo después de un embarazo, sino lograr que no abandonen el colegio previo a un embarazo, brindando más facilidades para la educación de madres en la adolescencia como becas de estudios.

que se amplíe el servicio de salud amigable para adolescentes para garantizar el acceso oportuno a la atención de salud, de las y los adolescentes, en un marco de derechos, equidad, integralidad y amigabilidad, con libre demanda, sin tener que ser agendado o acompañado por terceras personas para acceder al servicio de salud, en especial en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Internet]. 2020 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Gómez I, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. FLASOG ed. Távara L, editor. Lima; [Internet]. 2011[citado 2021 Oct 13]; Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1228/factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Aguirre C Viviana. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. Rev. Chile. [Internet]. 2007 septiembre [citado 2021 Oct 13]; 23(3): 173-178. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000300004&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482007000300004>
4. Tinjacá D. Latinoamérica contrasta baja fecundidad con alta tasa de embarazo adolescente. EFE. [Internet]. 2018 julio [citado 2021 Oct 13]; Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/mexico/latinoamerica-contrast-a-baja-fecundidad-con-alta-tasa-de-embarazo-adolescente/50000545-3679552>
5. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Rev. Inf Cient [Internet]. 2018 [citado 13 Oct 2021]; 97(1): 9. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805>
6. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Internet]; 2020 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360#:~:text=La%20mortalidad%20materna%20es%20

una,el%20parto%20y%20el%20pospart.

7. García Andrés. Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. EL COMERCIO. [Internet]. 2018 mayo [citado 13 Oct 2021]; Disponible en: <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>
8. García Odio Amado Antonio, González Suárez Meiglin. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2018 junio [citado 2021 Octubre 13]; 22(3): 3-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300002&lng=es.
9. Roa Susana. ¿Una nueva esperanza para la reducción del embarazo adolescente en Ecuador? GK. [Internet]. 2020 marzo. [citado 13 Oct 2021]. Disponible en: <https://gk.city/2020/03/08/comite-prevencion-embarazo-adolescente/>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Semana de la Prevención del Embarazo en Adolescentes [Internet]. 2020 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/semana-de-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes/>.
11. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Alienación Parental. México, D.F. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. [Internet]. 2011 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r28806.pdf>
12. MAPFRE. Cambios físicos en la adolescencia. Salud Canales MAPFRE. [Internet]. 2020 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/ninos/crecimiento-y-desarrollo-nino/cambios-fisicos-pubertad-y-adolescencia/>.
13. Kliegman R, Stanton B, Geme J, Schor N. Tratado de Pediatría. Veinteava ed: Elsevier; [Internet]. 2017 [Citado 2020 septiembre 15]
14. Organización Panamericana de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Adolescencia Manual Clínico. Paraguay [Internet]. 2012 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en:

- <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Manual%20Clinico%202015.pdf>
15. Rodríguez Gázquez, María de los Ángeles. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB. Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia [Internet]. 2008 enero-junio; [Citado 2020 septiembre 15]; 27(1):47-58. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159013072007.pdf>
 16. Mosquera J. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 A 19 años del Municipio de Buenaventura, Colombia. Universidad del Valle [Tesis masterado]; [Internet]. 2007 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Embarazo%20Adolescentes%20Buenaventura.pdf>.
 17. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2019. Un asunto pendiente la defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas. División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas del UNFPA; [Internet]. 2019 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_ES_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
 18. Heredia J, Yáñez C. Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul. Ibarra, diciembre 2018 marzo 2019. Universidad Central Del Ecuador Facultad De Ciencias Médicas [Tesis pregrado]; 2019 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18744/1/T-UCE-0014-CME-090.pdf>
 19. Tubún N, Ubilla C. Factores asociados al embarazo precoz en usuarias que asisten a la consulta externa en un hospital de Guayaquil". Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Tesis. 2019 [Citado 2020 septiembre 15]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7505/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-356.pdf>.

20. Quintero Paredes Pedro Pablo, Castillo Rocubert Niurka, Roba Lazo Bárbara del Carmen, Padrón González Odalis, Hernández Hierrezuelo María Elena. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2012 febrero [citado 2021 mayo 06]; 16(1): 132-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es.
21. Quesada Miranda Mario M, Romero Sánchez María del Carmen, Prieto Herrera María E, Rodríguez Delgado Carlos R. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. AMC [Internet]. 2010 junio [citado 2021 mayo 06]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300010&lng=es.
22. Urbina, Claudia, Pacheco, José. Embarazo en adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2006 [citado 2021 mayo 06]; 52(2):118-123. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428180009>
23. Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 junio [citado 2021 mayo 08]; 81(3): 243-253. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>.
24. Loredó-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, et al. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2017 [citado 2021 mayo 08]; 55(2):223-229. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
25. Álvarez Nieto Carmen, Guadalupe Pastor Moreno, Manuel Linares Abad, Juan Serrano Martos, Laura Rodríguez Olalla, Motivaciones para el embarazo adolescente. Rev. Gaceta Sanitaria, [Internet]. 2012 [citado 2021 mayo 08]; 26(6) 497-503. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.013>.

26. Mejia Christian R., Delgado Milagros, Mostto Fabiola, Torres Ronald, Verastegui-Díaz Araseli, Cárdenas Matlin M. et al. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2018 febrero [citado 2021 mayo 08]; 83(1): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100015&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100015>.
27. Pupiales Carlosama, José Pascual; Quespaz Cuamacás, Carlos Naun. Análisis de factores de riesgo individuales y familiares relacionados al embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro que acuden a los centros de salud de Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio, Zuleta, del cantón Ibarra, septiembre a diciembre 2016. Repositorio de Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Internet]. 2016. [citado 2021 mayo 08]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12673>
28. Rojas Saunero Liliana Paloma, Claros Beltrán Nataniel. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [citado 2021 mayo 08]; 20(1): 18-27. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004&lng=es.
29. Ledesma Palacios, G. V., & Mendoza Flores, M. Nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Rev. Alpha Centauri.* [Internet]. 2020 [citado 2021 mayo 08]; 1(3), 57–70. Disponible en <https://doi.org/10.47422/ac.v1i3.19>
30. Trujillo, C. M. A., Serna, I. C. C., Castrillón, J. J. C., Torres, A. F. C., González, A. N. F., Aristizábal, A. I. G., & Bedoya, J. D. M. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Rev. Archivos de Medicina (Col)* [Internet] 2013. [citado 2021 mayo 08]; 13(2), 142-159. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753004.pdf>
31. Quimí D., “Caracterización del comportamiento de algunos factores

- sicosociales en adolescentes décimo año. "Escuela de educación básica fiscal mixta Sobeida Giménez Vásquez 2015-2016". Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2016 [Internet] 2016 [citado 2021 mayo 08]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7393/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-10.pdf>
32. Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 enero [citado 2021 octubre 14]; 62(1): 13-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es.
33. Vinueza-Lescano M, Bello-Zambrano H. Embarazo en la adolescencia. Características epidemiológicas. Rev. Las Ciencias. [Internet]. 2018 [citado 2021 mayo 08]; 4(1): 311-321. Disponible en: <file:///C:/Users/JUN/Downloads/Dialnet-EmbarazoEnLaAdolescenciaCaracteristicasEpidemiolog-6313257.pdf>
34. Mijahuanga Perez, J. Factores asociados al embarazo en las adolescentes atendidas en el centro de salud Consuelo de Velasco Piura, 2016. 2019. Universidad San Pedro [Internet] 2019 [citado 2021 mayo 08]; Tesis. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/8495>
35. Carvajal Barona R, Valencia Oliveros HL, Rodríguez Amaya RM. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. Internet] 2017 [citado 2021 octubre 14]; 49(2): 290-300. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6230/6449>
36. Viteri Jaramillo A. Repercusión del embarazo en adolescentes en el funcionamiento familiar, consultorios de medicina familiar, centro de salud Pascuales. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet] 2016 junio [citado 2021 octubre 14]; tesis. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7408/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-20.pdf>

37. Bárcena Alicia. Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [Internet] 2013 julio [citado 2021 octubre 14]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/articulos/2013-embarazo-adolescente-alerta-temprana-la-desigualdad>
38. Villalobos-Hernández Aremis, Campero Lourdes, Suárez-López Leticia, Atienzo Erika E, Estrada Fátima, De la Vara-Salazar Elvia. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud pública México [Internet]. 2015 abril [citado 2021 octubre 14]; 57(2): 135-143. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=es.
39. Ruiz Román Samantha. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 17 años en un colegio de la ciudad de Guayaquil. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet] 2016 agosto [citado 2021 octubre 14]; tesis. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6480/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-317.pdf>
40. Carrillo Soto Janette, Manzanero Rodríguez Daniel. Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. Rev. Journal. [Internet]. 2018 enero [citado 2021 octubre 14]; 2018;3(4):268-278. Disponible en: <file:///C:/Users/JUN/Downloads/pdf2284.pdf>
41. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2012. [Internet]. 2012 [citado 2021 octubre 14]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
42. Rujel Chavez, Peter Jean Pool, y Jenner Giancarlos Silupu Aponte. Factores que asocian al embarazo en adolescentes atendidas en el control prenatal Hospital "SAGARO" II-1. Universidad Nacional de Tumbes. [Internet]. 2016 [citado 2021 octubre 14]; Tesis. Disponible

en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNTU_c0c5905db830171b4b378eb129a994ce

43. Vera Aquino Clara, Flores Bejarano Fátima. Incidencia del embarazo en la adolescencia en edades de 12 a 15 años de mayo a septiembre del 2015. Hospital Materno Infantil Mariana de Jesús. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet]. 2016 [citado 2021 octubre 14]; Tesis. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5240/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-263.pdf>
44. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Justicia. Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador 2018 – 2025. [Internet]. 2018 junio [citado 2021 octubre 14]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POL%C3%8DTICA-INTERSECTORIAL-DE-PREVENCI%C3%93N-DEL-EMBARAZO-EN-NI%C3%91AS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf>
45. Cruz Díaz Erika. Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. [Internet]. 2016 [citado 2021 octubre 14]; Tesis. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf>
46. Carpio Salvatierra Ivonne, Rodríguez Miranda Aleida. “Embarazo en adolescentes de 14 a 17 años de edad y factores de riesgo “Subcentro La Unión” provincia Los Ríos noviembre a febrero 2016.” Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Internet]. 2016 [citado 2021 octubre 14]; Tesis. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5241/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-264.pdf>
47. Navarro Ramírez A, Domínguez B, Rodríguez Charlotte M de O, Ramírez Díaz A, Barreto Rojas N, López C, López E. Evaluación de los Factores de Riesgo de Embarazo en Adolescentes en la Comunidad

de Las Tablas. República Dominicana. [Internet]. 2019 abril [citado 14 octubre 2021];1(1):43-0. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1330>

48. López Carlos. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas. Consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad social". Danlí, El Paraíso, Honduras C.A. Segundo Semestre 2008. Universidad Autónoma de Nicaragua. [Internet]. 2009 [citado 2021 octubre 14]; Tesis. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/6857/1/t467.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que

consistirá en la: “Caracterización social del embarazo en la adolescencia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Año 2021”.

He recibido la información por la doctora: Jenny Rocío Cedeño Chóez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 1309186524 y número de teléfono: 0997091525.

Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.

- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- La investigación consistirá en realizar una encuesta.
- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación será de 30 minutos.
- Se me permitirá utilizar el tiempo necesario y contaré con la oportunidad para realizar preguntas, siendo todas respondidas a mi entera satisfacción.
- Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- Se me informó que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento de este, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura en la unidad de salud.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Nombres y apellidos del paciente:

Firma: _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha: _____

Anexo 2. Consentimiento informado para representante legal de gestante menor de 18 años.

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en la: "Caracterización social del embarazo en la adolescencia. En tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortin. Año 2021".

He recibido la información por la doctora: Jenny Rocío Cedeño Chóez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 1309186524 y número de teléfono: 0997091525.

Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto que mi representada legalmente participe.

- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- La investigación consistirá en realizar una encuesta.
- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación será de 30 minutos.
- Se me permitirá utilizar el tiempo necesario y contaré con la oportunidad para realizar preguntas, siendo todas respondidas a mi entera satisfacción.
- Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- Se me informó que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento de este, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura en la unidad de salud.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de

formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Nombres y apellidos del representante legal:

Firma: _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha: _____

Anexo 3. Encuesta.

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre la caracterización social del embarazo en la adolescencia en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Fortín. Año 2021.

Los datos registrados son confidenciales y serán utilizados para fines de la investigación. Marque con X según corresponda.

1. ¿Qué edad tiene? _____

2. Señales su estado civil es:

1- ___ Unión libre

2- ___ Casada

3- ___ Divorciada

4- ___ Soltera

5- ___ Viuda

3. Indique su nivel de escolaridad:

1- ___ Ninguna (Analfabetismo)

2- ___ Primaria sin terminar

3- ___ Primaria terminada

4- ___ Secundaria terminada

5- ___ Bachillerato terminado

4. ¿Cómo se auto identifica desde el punto de vista étnico?

1- ___ Blanca

- 2- ___ Mestiza
- 3- ___ Afro ecuatoriana
- 4- ___ Indígena
- 5- ___ Mulata
- 6- ___ Montubia
- 7- ___ Otra

5. ¿Cuál es su ocupación actualmente?

- 1- ___ Estudiante
- 2- ___ Cuenta con empleo
- 3- ___ Desempleada
- 4- ___ Ama de casa

6. ¿Cómo calificaría usted la relación con su madre?

- 1- ___ Buena
- 2- ___ Regular
- 3- ___ Mala

7. ¿Cómo calificaría usted la relación con su padre?

- 1- ___ Buena
- 2- ___ Regular
- 3- ___ Mala

8. ¿Cómo considera la relación con su pareja?

- 1- ___ Estable
- 2- ___ No estable

9. ¿Incluyéndose a usted, cuántas personas conforman su hogar?

10. ¿Cuántas personas perciben ingresos económicos en su hogar?

11. Puede indicar usted los salarios percibidos en el mes por ellos:

12. ¿Usted con qué frecuencia ha consumido drogas en algún momento de su vida?

- 1- Nunca
- 2- Diario
- 3- Semanalmente
- 4- Mensual
- 5- Otras

13. ¿Con qué frecuencia usted ha consumido en algún momento de su vida alcohol?

- 1. Nunca
- 2. Diario
- 3. Semanalmente
- 4. Mensual
- 5. Otras

14. ¿Considera usted que vivió una etapa de maltrato previa o durante el embarazo?

- 1- Si
- 2- No

15. ¿Ha recibido alguna vez información sobre sexualidad?

- 1- Si
- 2- No

16. ¿A qué edad inicio su vida sexual activa?

- 1- De 10 – 11 años
- 2- De 12 – 13 años
- 3- De 14 – 15 años
- 4- De 16 - 17 años
- 5- De 18 - 19 años

17. ¿Cuál es el número de parejas sexuales que ha tenido?

- 1- ___ Uno
- 2- ___ Dos
- 3- ___ De 3 o mas

18. ¿Cuál es la edad de su primer embarazo?

- 1- __ De 10 – 11 años
- 2- __ De 12 – 13 años
- 3- __ De 14 – 15 años
- 4- __ De 16 _ 17 años
- 5- __ De 18 – 19 años

19. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- 1- ___ Uno
- 2- ___ Dos
- 3- ___ Tres o más

20. ¿Que situación cree que ocasionò el inicio de su actividad sexual?

- 1-___ Amistades
- 2-___ Drogas
- 3-___ Alcohol
- 4-___ Antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia
- 5-___ Violación
- 6-___ Insistencia de la pareja
- 7-___ Otros

21. ¿Estaba utilizando algún método anticonceptivo antes de embarazarse?

- 1. ___ Si
- 2. ___ No

22. ¿Señale verdadero o falso en relación a los métodos anticonceptivos?

a. La primera vez que se tiene relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos hay riesgo de embarazo.

- 1- ____ Verdadero
- 2 ____ Falso

- b. Para prevenir el embarazo, la pastilla del día después se la puede tomar en cualquier momento.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- c. El empleo del ritmo de calendario es un método anticonceptivo.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- d. Durante la menstruación hay riesgo de embarazo.**
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- e. Si el condón se rompe al momento del acto sexual hay riesgo de embarazo.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- f. Tomar anticonceptivos por vía oral pasando 2 días es un buen método anticonceptivo.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- g. Los anticonceptivos inyectables se administran por vía intravenosa.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- h. Los anticonceptivos subdermicos su tiempo de uso son de 3 y de 5 años.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- i. La ligadura de las trompas de Falopio es un método anticonceptivo.
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso
- j. La eyaculación fuera de la vagina evita el embarazo.**
1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

23. ¿Señale verdadero o falso en relación a las infecciones de transmisión sexual?

1. El uso de 2 preservativo masculinos al tener relaciones sexuales protege más de infecciones de transmisión sexual.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

2. La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual que solo la adquieren los hombres.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

3. La picadura del mosquito puede transmitir el VIH.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

4. La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual que solo afecta a las mujeres.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

5. El VIH solo lo tienen los homosexuales, drogadictos y las trabajadoras sexuales.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

6. Microorganismo que producen infecciones de transmisión sexual como el herpes, la clamidia y el virus del papiloma humano se transmiten solo por sexo vaginal o anal.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

7. La aplicación correcta de anticonceptivos inyectables mensuales protege de enfermedades de transmisión sexual.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

8. El VIH se puede transmitir por medio de la lactancia materna.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

9. Se necesita varias relaciones sexuales sin condón para adquirir una enfermedad de transmisión sexual.

1- ___ Verdadero 2- ___ falso

10. El virus de la hepatitis C es una enfermedad de transmisión sexual.

1- ___ Verdadero 2- ___ Falso

Muchas gracias por su colaboración.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, CEDEÑO CHOEZ JENNY ROCÌO, con C.C: # 1309186524 autor/a del trabajo de titulación: CARACTERIZACIÓN SOCIAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021. Previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre de 2021

Nombre: CEDEÑO CHOEZ, JENNY ROCÌO

C.C: 1309186524

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	CARACTERIZACIÓN SOCIAL DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN TRES CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD FORTÍN. AÑO 2021.		
AUTOR(ES)	JENNY ROCÍO, CEDEÑO CHOEZ		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Juan Manuel, Avilès Quinto		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	77
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología, Obstetricia.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	EMBARAZO EN ADOLESCENTE, ASPECTOS SOCIALES, TASA DE FECUNDIDAD.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El embarazo en la adolescencia presenta riesgos asociados a factores biológicos relacionados a carácter social. Prevalen ideas que asocian el alto riesgo del embarazo en adolescentes a la clase socioeconómica más desfavorecida, y, entre las repercusiones sociales negativas persisten la carencia del apoyo familiar y el abandono escolar. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal sobre caracterización social del embarazo en la adolescencia con una población de 82 gestantes previas o actuales en tres consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Fortín. Predominó la edad de 18–19 años (42,7%), estado civil soltera (50%), nivel de escolaridad primaria terminada (63,4%), relación no estable con su pareja (53,7%), familia de tamaño mediana (70,7%), ingreso económico adecuado (67,1%), deserción escolar (65,9%), motivo de inicio de actividad sexual fueron las amistades (50%), no usaban anticonceptivos previo al embarazo (92,7%).</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0997091525	E-mail: cedenojenny443@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr; Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +593-4- 3804600 ext: 1830 – 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			