



**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 del embarazo en la adolescencia en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021**

**AUTOR:**

**Orellana Cerón, Ana Melissa**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

**DIRECTORA:**

**Huacón Castro, Norma Del Rocío**

**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**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Ana Melissa Orellana Cerón*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 1 días del mes de diciembre del año 2021.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dra. Norma del Rocío Huacón Castro

**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, Ana Melissa Orellana Cerón

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “Caracterización del embarazo en la adolescencia en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. 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 1 días del mes de diciembre del año 2021.

**EL AUTOR:**

---

Dra. Ana Melissa Orellana Cerón



**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, Ana Melissa Orellana Cerón

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 del embarazo en la adolescencia en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 1 días del mes de diciembre del año 2021.

EL AUTOR:

---

Dra. Ana Melissa Orellana Cerón

## Document Information

**Analyzed document** Tesis Ana Melissa Orellana C. pdf (D126274946)  
**Submitted** 2022-02-18T15:55:00.0000000  
**Submitted by**  
**Submitter email** ana.orellana02@cu.ucsg.edu.ec  
**Similarity** 0%  
**Analysis address** xavier.landivar.ucsg@analysis.unkund.com



## Sources included in the report

**SA** **MT\_Sebastian\_Castillo.pdf**  
Document MT\_Sebastian\_Castillo.pdf (D113831729)

 2

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primero a Dios por permitir alcanzar una meta más en mi vida, a mis amados padres y a todos lo que hicieron posible la realización de esta presente tesis.

## **DEDICATORIA**

A mis Padres que, con su incansable amor, paciencia, confianza, han guiado mi camino por este camino que se llama mi vida.



**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**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN**

TEMA: CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C. AÑO 2021  
POSGRADISTA: MD. ANA MELISSA ORELLANA CERON  
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						

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

## Contenido

AGRADECIMIENTO.....	IV
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XVII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA.....	3
2.1. Identificación, Valoración y Planteamiento.....	3
2.2. Formulación.....	3
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	4
3.1. General.....	4
3.2. Específicos.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1. Marco conceptual.....	5
4.1.1. Caracterización.....	5
4.1.2. Adolescencia.....	6
4.1.3. Etapas de la adolescencia y características notables en cada una de ellas.....	6
4.1.4. Etapa psicosexual de FREUD.....	7
4.2. Cambios que se presentan a lo largo de la adolescencia. Desarrollo.....	9
4.2.1. Pubertad.....	9

4.2.2. Desarrollo del cerebro .....	11
4.2.4 Desarrollo psico-sexual .....	13
4.2.5. Desarrollo emocional.....	15
4.2.6. Desarrollo cognitivo.....	17
4.2.7. Desarrollo Social .....	18
4.3. Embarazo adolescente.....	19
4.3.1. Familia.....	20
4.3.2. Factores predisponentes del embarazo adolescente.....	22
4.4. Situación de la adolescente embarazada en el Ecuador.....	26
4.5. Antecedentes investigativos.....	30
5. MÉTODOS .....	35
5.1. Nivel de la investigación. ....	35
5.2. Tipo de investigación. ....	35
5.3. Diseño de investigación.....	35
5.4. Justificación de la elección del método .....	35
5.5. Población de estudio.....	36
5.6. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio. ....	36
5.6.1. Criterios de inclusión.....	36
5.6.2. Criterios de exclusión .....	36
5.7. Procedimiento de recolección de la información .....	37
5.8. Técnicas de recolección de información .....	40
5.9. Técnicas de análisis estadístico .....	41
5.10. Variables.....	41
5.10.1. Operacionalización de variables.....	41
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	43
CONCLUSIONES.....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de adolescentes embarazadas según edad. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	43
Tabla 2 Distribución de adolescentes embarazadas según etnia. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	44
Tabla 3 Distribución de adolescentes embarazadas según ocupación del jefe de familia. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.....	45
Tabla 4 Distribución de adolescentes embarazadas según nivel de estudios . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.....	46
Tabla 5 Distribución de adolescentes embarazadas según ingreso económico familiar . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.....	47
Tabla 6 Distribución de adolescentes embarazadas según fuente de información de educación sexual. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	48
Tabla 7 Distribución de adolescentes embarazadas según causas de la primera relación sexual. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	49
Tabla 8 Distribución de adolescentes embarazadas según conocimiento sobre métodos anticonceptivos . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	50
Tabla 9 Distribución de adolescentes embarazadas según utilización de método anticonceptivo. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	51
Tabla 10 Distribución de adolescentes embarazadas según elección de método anticonceptivo. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	52
Tabla 11 Distribución de adolescentes embarazadas según ayuda familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.....	53
Tabla 12 Distribución de adolescentes embarazadas según participación familiar . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	54
Tabla 13 Distribución de adolescentes embarazadas según aceptación familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	55
Tabla 14 Distribución de adolescentes embarazadas según afecto familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.....	56
Tabla 15 Distribución de adolescentes embarazadas según tiempo familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.....	57

Tabla 16 Distribución de adolescentes embarazadas según funcionamiento familiar.	
Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021. ....	58

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS 1 ENCUESTA .....	69
ANEXOS 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	70

## RESUMEN

**Antecedentes:** El embarazo en edades tempranas se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta a la familia en gran medida como célula fundamental de la sociedad.

El **método** utilizado en el presente estudio es descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal como instrumento se aplicó la encuesta a la población de 70 embarazadas adolescentes que fueron atendidas en los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Bastión Popular tipo C en el año 2021, para la recolección de datos; Podemos visualizar tres componentes que dan salida a los tres objetivos específicos planteados: En primer lugar contiene variables socio demográficas para dar salida al objetivo específico 1; Las cuales fueron: edad, etnia, ocupación del jefe de familia, nivel de estudios, ingreso económico; En segundo lugar tenemos variables acerca de: conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad, que dieron salida al objetivo específico 2, entre ellas tenemos : Fuente de información sobre educación sexual, causas por las que tuvieron su primera relación sexual, conocimiento de método anticonceptivo, utilización de método anticonceptivo al finalizar el embarazo, elección de método anticonceptivo a utilizar; En tercer lugar las variables se constituyeron por el APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia(en forma de cuestionario); donde se ve desglosado cada variable como: ayuda, aceptación, participación, tiempo, además de una variable que consta del funcionamiento familiar. Los datos obtenidos son presentados en forma de tablas.

Al culminar con la tabulación los **resultados** son 77% comprende a adolescentes de edad de 15 a 19 años mientras que 10 a 14 años el 23%, como etnia 77% corresponde a mestiza, en estudios realizados a bachillerato el 44%, en dependencia laboral de los padres mantienen trabajo público y privado un 80%, el ingreso económico es adecuado, en lo que corresponde a fuente de información educación sexual es por medio de los amigos 49%, conocimiento de métodos anticonceptivos el 86%, mientras que la disposición para el uso de anticonceptivos el 79% con los métodos más conocidos como las pastillas, condón e inyecciones. En lo que respecta al funcionamiento de la familia-afecto familiar el 47% consideran que siempre lo tienen, así mismo el tiempo de familia el 48%.

**Conclusiones:** En cuanto a las variables sociodemográficas las edades que predominaron fueron de 15 a 19 años, la raza mestiza encabeza la puntuación más alta, el nivel de estudios de las adolescentes predomina el bachillerato terminado, también consideran que el ingreso económico en sus viviendas es adecuado; las adolescentes indicaron su primera relación fue por motivos sentimentales. también tienen conocimiento de métodos anticonceptivos; lo que correspondió a funcionalidad familiar ha sido el factor que prevalece y predisponente para desarrollo de conductas en los adolescentes. gran porcentaje es funcional analizando el estudio y complementando que la funcionalidad familiar constituye un riesgo por la edad, la escolaridad, la falta de experiencia.

**Palabras Clave:** EMBARAZO, ADOLESCENTE, FAMILIA, FACTORES DE RIESGO.



## ABSTRACT

Background: Pregnancy at an early age has become a global social problem, affecting the family in the first place in public health, compromising the risks that each professional must face in handling and care. The method used in the present study is cross-sectional, as an instrument, the survey was applied to the population of pregnant adolescents who were treated at the public health center of Bastión Popular type C in the year 2021, for the collection of data, same as contains socio-demographic variables, as well as family APGAR study variables, the data obtained is presented in the form of tables. At the end of the tabulation, the results are 77% includes adolescents aged 15 to 19 years, while 10 to 14 years 23%, as an ethnic group 77% corresponds to mestizo, in high school studies 44%, in labor dependency of the parents maintain public and private employment 80%, the economic income is adequate, in what corresponds to a source of information, sexual education is through friends 49%, knowledge of contraceptive methods 86%, while the willingness to the use of contraceptives 79% with the best known methods such as pills, condoms and injections. Regarding the functioning of the family-family affection, 47% consider that they always have it, as well as family time, 48%. Conclusions: Regarding the sociodemographic variables, the predominant ages were 15 to 19 years old, the mestizo race leads the highest score, the level of studies of the adolescents predominates the completed high school, they also consider that the economic income in their homes is adequate; the adolescents indicated their first relationship was for sentimental reasons. they also have knowledge of contraceptive methods; what corresponded to family functionality has been the prevailing and predisposing factor for the development of behaviors in adolescents. A large percentage is functional, analyzing the study and complementing that family functionality constitutes a risk due to age, schooling, and lack of experience.

**Key Words:** PREGNANCY, ADOLESCENT, FAMILY, RISK FACTORS.

# 1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de vida que va más allá del fenómeno fisiológico, ya que presenta diferentes dimensiones: social, histórica, cultural, psicológica, familiar, etc. Es un momento concebido como un momento de experimentación, en el que la maternidad puede resultar difícil para las adolescentes embarazadas, pues tal vez aún no tienen un sentido de identidad, siendo objeto de prejuicios por considerarse que ocurre fuera del tiempo convencionalmente estipulado. El embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia (1).

Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras(2). En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 o 7 años antes de ser maduros emocionalmente, crecen con una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine, la música, el internet, que transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son aceptados viéndose de forma comúnmente aceptado (3).

El presente estudio es para caracterizar a las embarazadas adolescentes que se atienden en cuatro consultorios de medicina familiar y comunitaria en el centro de Salud Bastión Popular tipo C.

## **2. EL PROBLEMA**

### **2.1. Identificación, Valoración y Planteamiento**

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. En el Ecuador se presenta un desequilibrio según el área geográfica de residencia, por lo tanto, se puede aseverar que las mujeres tienen mayor número de hijos en las áreas rurales, sobre todo en la región Amazónica, según la ENSANUT el 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual. El 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años (4). En el centro de Salud de Bastión Popular tipo C es ausente la evidencia de trabajos que hayan caracterizado el embarazo en la adolescencia.

### **2.2. Formulación**

¿Cuáles son las características del embarazo en la adolescencia en la población que fue atendida en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Bastión Popular Tipo C, año 2021?

### **3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

#### **3.1. General**

- Caracterizar nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes embarazadas atendidas en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021.

#### **3.2. Específicos**

- Describir la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar en la población de estudio conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad.
- Determinar el funcionamiento familiar en la población en estudio.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Marco conceptual.

Considerando que la presente tesis está basada en la caracterización de las adolescentes se comenzará con las presentes definiciones de:

#### 4.1.1. Caracterización.

**Caracterizar.** - Según el diccionario de la RAE (Real academia de lengua española) se define así: Determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás (Arrobo, 2016). Caracterizar una población es el intento de determinar las condiciones particulares que la distinguen en materia de estructura social, política y económica(5).

Es pertinente precisar que la caracterización no se limita a la recopilación de datos estadísticos, también tiene como objetivo elaborar un diagnóstico de la realidad social de la población teniendo en cuenta además de su organización actual, el estudio de sus transformaciones, es decir, la manera cómo ha cambiado o mutado en el tiempo(7).

En el proceso de caracterización de una población se eligen el método, las técnicas y los instrumentos de recolección de información según el propósito de la investigación, que bien puede ser implementar políticas públicas o dirigir programas específicos a la población de una manera contextualizada y eficaz, atendiendo a las necesidades conocidas y estudiadas de esta(6).

#### **4.1.2. Adolescencia.**

Período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud. Durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social (11).

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica". La OMS (1990) operacionalmente lo divide en "adolescencia temprana" de 10 a 14 años y "adolescencia tardía" de 15 a 19 años (6).

El Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador en el Art. 4 se considera que "adolescente es la persona de ambos sexos entre los 12 y 18 años", con características importantes como cambios físicos mediante los cuales una persona alcanza la madurez sexual y la capacidad para reproducirse. Ocurre de los 8 a 13 años en mujeres y de los 9 a 14 años en hombres (8).

#### **4.1.3. Etapas de la adolescencia y características notables en cada una de ellas.**

Según la OPS/OMS 1995 las etapas de la Adolescencia son:  
Adolescencia temprana (10 a 13 años) Adolescencia media (14 a 16 años)  
Adolescencia tardía (17 a 19 años)(8).

**Adolescencia temprana (10 a 13 años):** El adolescente comienza a perder interés por los padres, inicia amistades con individuos del mismo sexo; se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física, intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

**Adolescencia media (14 a 16 años):** Es la adolescencia propiamente dicha, se ha completado su crecimiento y desarrollo somático, para muchos adolescentes es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, etapa muy conflictiva con sus padres, período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios. Se sienten invulnerables, asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo, muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

**Adolescencia tardía (17 a 19 años):** Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía (18).

#### **4.1.4. Etapa psicosexual de FREUD**

Para Freud, "la motivación primaria del comportamiento humano era de carácter sexual, consideraba que la personalidad básica se moldea durante los primeros cinco años de vida". Me parece importante mencionar esta quinta fase de Freud, la Genital, la cual se inicia con la pubertad y se prolonga durante la etapa adulta.

(Luborsky, 2000) dice: "La fase genital es un período de reactivación de los impulsos sexuales; la fuente del placer sexual se encuentra ahora en una persona ajena al contexto familiar". Freud creía que los conflictos con los padres no resueltos se reactivan durante la adolescencia. Cuando los conflictos se resuelven, el individuo es capaz de desarrollar una relación amorosa y madura(9).

### **Etapa psicosocial de Erik Erikson**

Para Erikson el comportamiento humano era de carácter social y reflejaba el deseo de integrarse con otras personas(16). Hizo hincapié en que el cambio evolutivo tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital, desarrollo ocho estadios psicosociales. Cada uno de ellos se centra en una sola tarea evolutiva que enfrenta a la persona a una crisis que debe superar. Identidad versus confusión de la identidad quinto estadio psicosocial, coincide con la adolescencia de 10 a 20 años. (Erikson, 1968) "La persona se enfrenta al descubrimiento de quién es, qué hace en vida, y hacia dónde va(10).

Los adolescentes deben adoptar muchos roles, adquirir un estatus nuevo propio de los adultos. " Los padres deben dejar que los adolescentes exploren roles distintos y diferentes caminos dentro de cada rol. Si este explora los roles de forma saludable y encuentra un camino positivo a la vida, desarrollará una identidad positiva. Mientras que, si los padres imponen una identidad al adolescente, y este no explora los roles y los caminos positivos a seguir en el futuro, reinará la confusión de la identidad"(19).



## **4.2. Cambios que se presentan a lo largo de la adolescencia. Desarrollo.**

### **4.2.1. Pubertad**

“Los cambios biológicos de la pubertad, señalan el final de la niñez, incluye un crecimiento del peso y la estatura, cambios en las proporciones y formas corporales, adquisición de la madurez sexual.” La pubertad es resultado de la mayor producción de hormonas relacionadas con el sexo, este desarrollo hormonal atribuye mayor emoción y mal humor en los adolescentes (11).

#### **Cambios Hormonales**

La pubertad tiene lugar en dos etapas importantes y secuenciales:

- Adrenarquia (maduración de las glándulas suprarrenales) responsable de la aparición de vello púbico y axilar, cambios en el olor del sudor axilar.
- Gonadarquia (maduración de los órganos sexuales). Las gonadotrofinas estimulan la síntesis y secreción de los esteroides gonadales(12).

En el varón la testosterona induce el crecimiento de genitales externos, desarrollo de vello púbico, facial, y axilar, acné desarrollo muscular y laríngeo, estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario. En la mujer los estrógenos inducen el desarrollo mamario, uterino y vaginal, el crecimiento estatural y el cierre epifisiario”. El proceso de crecimiento y desarrollo que ocurre en esta etapa de la vida es producto de la maduración del eje Sistema Nervioso-HipotálamoHipófisis-Gonadal(12).

## **Crecimiento:**

- Aumento de peso y estatura.
- Cambio de las formas y dimensiones corporales.
- Ganancia y redistribución de la masa corporal.
- Crecimiento óseo (longitudinal y transverso).
- Maduración dentaria.
- El crecimiento de los maxilares puede generar problemas en las arcadas dentarias.
- Crecimiento de órganos y sistemas.
- Cambios en los hábitos alimentarios, de sueño y de actividad física.
- Desarrollo del cerebro (lóbulo pre-frontal).
- Mayor rendimiento físico, capacidad y recuperación frente al ejercicios (13).

## **Cambios Fisiológicos**

Secuencia de eventos puberales femeninos:

- "El primer signo de desarrollo es la aparición del botón mamario (telarquía), seguido del crecimiento del vello púbico (pubarquia). La primera menstruación (menarquia) se presenta 1.5 a 2 años después de la telarquía.
- Durante los 2 años posteriores a la menarquia, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que explica la irregularidad de las menstruaciones en este período"(13).

## **Características Sexuales Primarias y Secundarias**

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción, en la mujer son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el clítoris, y la vagina. Durante la pubertad estos órganos se agrandan y maduran. Las características sexuales secundarias son los signos fisiológicos de la maduración sexual, como los senos en las mujeres, cambios de voz, textura de la piel, desarrollo muscular crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal (14).

### **Signos de la madurez sexual**

El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación, desprendimiento mensual del tejido del revestimiento del útero. Aparición normal entre los 10 y 16 años. En los niños el principal signo de madurez sexual es la producción de esperma. La primera eyaculación ocurre en promedio a los 13 años. Estos presentan emisión nocturna, es decir eyaculación involuntaria o sueño húmedo (14).

#### **4.2.2. Desarrollo del cerebro**

##### **El cerebro Adolescente**

El desarrollo del cerebro del adolescente en la pubertad está todavía en proceso. Entre la pubertad y la adultez temprana tienen lugar cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol(15).

La toma de riesgos resulta de la interacción de dos redes cerebrales: 1) red socioemocional sensible a estímulos sociales y emocionales, 2) red de control cognoscitivo, regula las respuestas a los estímulos. La primera como la influencia de pares, incrementa su actividad en la pubertad, y la segunda madura de manera más gradual hacia la adultez temprana. Estos hallazgos explican la tendencia del adolescente a mostrar arrebatos emocionales y conductas de riesgo (12).

El cerebro adolescente todavía no ha terminado de madurar. Los adolescentes procesan la información sobre las emociones con la amígdala, mientras que los adultos usan el lóbulo frontal. Por consiguiente, los adolescentes suelen hacer juicios menos exactos y menos razonados (16).

#### **4.2.3 Desarrollo psicológico**

En el desarrollo psicológico se enfocan algunos aspectos cognitivos y psicosociales comunes a esta edad: el sentimiento de no sentirse ni niño ni adulto es lo predominante. Durante esta etapa el adolescente tiene que superar 3 duelos para arribar a la madurez, entre estos:

- a) Por el cuerpo infantil. - sienten el cuerpo como ajeno.
- b) Por el rol y la identidad infantil. - implica renunciar a la dependencia y aceptar responsabilidades.
- c) Por los padres de la infancia. - implica renunciar a su protección, a sus figuras idealizadas, aceptar sus debilidades y su envejecimiento(15).

#### 4.2.4 Desarrollo psico-sexual

En la etapa sexual de la adolescencia es donde renacen y maduran los impulsos sexuales y buscan satisfacción a través del amor. Al mismo tiempo, el adolescente experimenta sentimientos y emociones que se reflejan en respuestas de la expresión facial y cambios en el organismo.

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- Física: aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- Psicológica: Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- Social: Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato (35).

La identidad sexual es parte fundamental de la identidad del yo y normalmente es más conocida como identidad del género. Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género.

Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc.) y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social (16).

El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual. Cuando se llega a la adolescencia no comienza la identidad de género ni el rol sexual, éste viene desde el nacimiento, en las actitudes y los valores de la familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas. Así como el significado atribuido a la sexualidad en la adolescencia variará dependiendo de los mitos familiares y culturales respecto a este tema (9).

La falta de experiencia en el trato con el sexo opuesto, la timidez, las bromas groseras respecto al sexo, la falta de información, las vivencias desagradables o inesperadas con el otro, etc. Pueden afectar una sana identidad sexual. Incluso las experiencias traumáticas en esta etapa pueden complicar la identidad sexual y desencadenar o favorecer alteraciones psicopatológicas(1).

Se espera que en la adolescencia temprana el impulso sexual sea relativamente indiferenciado, de hecho, las fantasías o conductas homosexuales aisladas, realizadas como parte de la exploración de la sexualidad, no conforman por sí mismas una identidad homosexual. Es en la adolescencia tardía donde se espera que ya se haya consolidado una clara orientación heterosexual que permita una adecuada formación de pareja(36).

#### 4.2.5. Desarrollo emocional

El desarrollo emocional estará vinculado a la evolución previa que trae el niño y al contexto social y familiar en el que está habituado. En el adolescente se marca una inestabilidad emocional, que se expresa en comportamientos incoherentes, explosiones afectivas intensas, pero superficiales. Estas reacciones se relacionan con la intensificación de los impulsos sexuales y agresivos propios de esta etapa, los cuales generan ansiedad y son difíciles de modular(19).

En esta etapa el adolescente tiene una sobreestimación de sí mismo se cree una persona extraordinaria, presenta menos aprecio de sus capacidades y habilidades, y es muy común que se comparen con otros jóvenes". Las relaciones con el sexo opuesto se vuelven importantes, se enamoran. Son consideradas como una de las tareas evolutivas importantes de esta etapa el aprender a percibir, modular y controlar la expresión de las emociones e impulsos (17).

"En la adolescencia temprana tiende a haber mayor fragilidad emocional y descontrol de impulsos; en la adolescencia media los sentimientos experimentan su mayor intensidad y en la etapa posterior el adolescente irá experimentando una mayor profundidad y duración de sus sentimientos, así como irá desarrollando la responsabilidad, lo que implica pasar de sentirse "víctima" de las circunstancias a sentir un mayor autocontrol (13). La adolescencia es una etapa de separación e individuación. Esto supone la configuración de una identidad propia, la búsqueda del concepto de sí mismo, así como dejar los lazos de dependencia infantil.

La identidad es la experiencia interna de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestras vidas. Es todo aquello que nos conforma y compone, se reestructuran escalas de valores, ideales, metas y se decide una vocación (23).

El adolescente intenta progresivamente y en forma oscilante separarse de las figuras parentales, lo cual se expresa en conductas cuestionadoras de los padres, oposicionismo y negativismo. Esta rebeldía oposicionista hacia los padres es contradictoria con un verdadero sometimiento a las normas de su grupo de pares a las que el adolescente no se atreve a oponerse. En el adolescente predomina un fuerte sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, lo que, junto a la tendencia a actuar los impulsos, los puede llevar a conductas de riesgo donde no se detienen a evaluar las consecuencias (28).

La etapa de la adolescencia propiamente tal se caracteriza por una gran riqueza y profundidad de la vida emocional. La fantasía y la creatividad están en la cúspide en este período y es frecuente la aparición de aptitudes poéticas, como una forma de sublimar los intensos afectos que se vivencian. Estas aptitudes artísticas tienden a desaparecer al final de la adolescencia. Finalmente, el logro de la identidad significa la interpretación exitosa de la imagen personal y su adecuación en la sociedad(38).



#### 4.2.6. Desarrollo cognitivo

De acuerdo a Piaget, en esta etapa, comienza el desarrollo de operaciones formales, caracterizado por su capacidad para poder pensar abstractamente, es decir que tienen la posibilidad de poder desarrollar un «Razonamiento hipotético deductivo»; de tal forma que tienen la posibilidad de pensar en probabilidades, abordando cada uno de los inconvenientes de manera flexible y llevar a pruebas cada una de sus ideas (19).

Por su parte, Piaget considera a la adolescencia como la parte inicial del desarrollo del pensamiento lógico deductivo, lo cual perjudica en la iniciativa que el adolescente se forma de sí mismo; por lo tanto se vuelve introspectivo, es decir que lleva sus pensamientos para sí mismo, así mismo van desarrollando novedades capacidades relacionadas con la psicomotricidad, desarrollan una madurez motriz, lo que les permite a ellos el desarrollo artístico, el incremento de su coeficiente intelectual y el logro deportivo(19).

Por otra parte, de manera continua están pensando en ellos, como también en los demás, de tal forma que puedan ellos exigir sobre todo aquello que le circunda; a su vez, este piensa, analiza, intelectualiza cada información, se distrae. Por otra parte, muestra cierta imposibilidad para poder distinguir entre los intereses propios de los ajenos; debido a su preocupación por sí mismo, supone que las demás personas están pendientes por su aspecto y su conducta, reflejando un mayor egocentrismo y un poco interés por el deterioro en los demás(29).

Cabe señalar, que debido a la adquisición que tiene sobre la función de pensar en sí mismo y en su entorno, lo lleva a uno de los principales inconvenientes comunes de esta fase, el desarrollar su identidad propia. Por lo que es de esperarse, que continuo al desarrollo de esta etapa, el adolescente pueda ganar más objetividad, que le permita evaluar sobre lo que siente, habiendo a su vez una mayor dificultad cognitiva versus la tolerancia hacia la ambigüedad. Ya en la última etapa de la adolescencia, alcanza la inteligencia su integridad, lo que le permite comprender de forma madura, permitiéndole dar soluciones a inconvenientes complicados, de tal manera que pueda tomar sus propias decisiones y pensar sobre aquello; de tal manera que no solo solucionará un problema, sino varios al mismo tiempo(22).

#### **4.2.7. Desarrollo Social**

Durante esta etapa, en cuanto a su desenvolvimiento social, es notable que los adolescentes establecen relaciones de amistad con personas de su mismo sexo, mientras que con el sexo opuesto, desarrollan un trato estrecho en grupo; de tal forma para ellos, tiene mayor relevancia el grupo de pares, ya sean estos dentro del lugar donde viven, relacionados con actividades deportivas, amistades, entre otros(20).

A través de este desenvolvimiento, los adolescentes tienen la oportunidad de desarrollar relaciones con personas de su misma edad, por ende, tienen un mayor manejo de su conducta social, desarrollan intereses en torno a su edad, emite sus sentimientos o cuenta sus problemas.

Por otra parte, toma tanta relevancia con el grupo de pares, que comienza a haber un distanciamiento con sus padres, lo cual se va perdiendo con la última etapa de la adolescencia, debido a que comienzan a considerar importante su propia identidad y valores(47). Así mismo, ya en esta etapa se vuelven a reforzar los lazos con sus padres. Pero cuando un adolescente, no puede incluirse dentro de un grupo, desarrolla conductas de dependencia hacia sus pares o a ciertos grupos, siguiendo su misma identidad. La independencia y la conciencia que va adquiriendo, le permitirá poder expresar sus propios pensamientos y juicios(22).

#### **4.3. Embarazo adolescente.**

El embarazo en la etapa de la adolescencia, ha causado una reacción dentro instituciones científicas, puesto que ha promovido el interés por desarrollar estudios con la finalidad de conocer los factores que inciden en su desarrollo, además de identificar las repercusiones tanto para la madre, como para el producto por nacer y a la sociedad(21).

Para la década de los noventa, surgía la necesidad de establecer un concepto claro sobre el embarazo en la adolescencia, para lo que fue necesario desarrollar una revisión de varios estudios publicados, pero que en algunos se encontró ciertas conjeturas, puesto algunos solo se enfocaba en el número de días en que estaba internado el neonato, al igual que otros buscaban la causa de la internación, identificado que la madre era adolescente; ocasionando que se desarrollen estudios para conocer los factores y desarrollar a la vez programas de protección para ambos(23).

Por otra parte, a través de los hallazgos de estas investigaciones, fue evidente, que los riesgos generalmente se debían a causa de su comportamiento, más no biológico, es decir que al conocer que se encontraban embarazadas, presentaban temores por la reacción de sus padres o de su familia, el no saber cómo afrontar la situación y que estrategias deberá de escoger, causa que en ellas haya preocupación, por lo que van perdiendo el interés por el cuidado prenatal, esto también se da a causa del desconocimiento de los beneficios de llevar un adecuado control durante esta etapa(24).

#### **4.3.1. Familia.**

Se denomina así al sistema en donde un grupo de personas tienen una continua interacción con el medio social y cultural, existiendo una interacción entre cada integrante; a su vez esta se conforma de diferentes factores, ya sean estos sociales, biológicos y psicológicos de mayor relevancia que inciden en el desarrollo de la salud de cada uno de sus miembros (25).

#### **Funciones de la Familia.**

Se conoce como función familiar, a cada una de las actividades que son cumplidas por cada uno de los miembros, en relación al papel o la posición que estos poseen dentro del entorno familiar(26). Pero para poder evaluar este tipo de funcionamiento, es necesario centrarse en seis principales funciones, las cuales son:

- **Comunicación:** a través de esta función, los miembros de

cada familia pueden transmitir afecto y ayuda, cabe destacar que estas poseen su propio lenguaje, el cual no es identificado por alguna persona ajena, pero que se usa para el desarrollo y el alcance de sus funciones.

- **Afectividad:** se considera así a la relación de amor o de cariño que hay dentro del entorno familiar; de tal manera que se vuelve una función importante, mediante la cual se brinda el apoyo entre cada uno de sus miembros.

- **Apoyo:** Los miembros dan apoyo de todo tipo, estos pueden ser financieros, afectivos o sociales, para ayudar en la resolución de conflictos o afrontar por situaciones de crisis, ya sea de manera individual o familiar. Cabe señalar que cada miembro, organiza cada recurso de acuerdo a los papeles que desarrollan, por ende, cada uno complementa con la necesidad del resto, dando apoyo y compartiendo como parte del entorno familiar.

- **Adaptabilidad:** dentro del grupo familiar, existen continuamente relaciones, ya sean estas externas o internas, por lo tanto, dentro del entorno familiar no están exentos de continuos cambios; en algunas ocasiones estos también están sujetos a los cambios que presentan cada uno de sus miembros de acuerdo a su etapa de vida.

- **Autonomía:** cada miembro también dentro del grupo familiar, irá desarrollando cierta autonomía, es decir a causa de la madurez y su crecimiento, pero cabe señalar que dentro de este entorno, se van estableciendo límites, los cuales serán de ejemplo, para los límites

que también se establecen dentro de los entornos sociales(3).

□ **Reglas y normas:** dentro de este entorno, se desarrollan reglas y normas relacionadas con el comportamiento, que ayudan a que exista armonía u orden en la conducta de estos; por lo tanto, deberán ser establecidas, de tal manera que cada miembro pueda reconocerlas y respetarlas(27).

Se conoce como “Homeostasia familiar” a la relación que se desarrolla entre cada uno de sus miembros, que permite el desarrollo del relacionamiento tanto emocional como físico, de tal manera que permita el desarrollo de los cambios que promuevan no solo el equilibrio sino también la unión del sistema familiar; de tal forma, es importante que exista siempre la comunicación, debido a que es el medio a través del cual se promueven las reglas, los límites y se comparten los valores, de tal forma que promueva el comportamiento de las personas que son parte de este grupo familiar; permitiendo a su vez poder expresar y entender las emociones y los sentimientos de cada uno de sus miembros(28).

#### **4.3.2. Factores predisponentes del embarazo adolescente**

- **Menarca temprana:** esta proporciona a los adolescentes madurez, pero no tiene mayor conocimiento sobre el manejo de situaciones de riesgo(36).
- **Inicio precoz de relaciones sexuales:** Se ocasiona, debido a que los adolescentes no tienen aún una madurez emocional para tener una prevención responsable.

□ **Familia disfuncional:** esto causa que los adolescentes tengan

necesidad de sentir la protección y el desarrollo de la comunicación con su padres; lo cual conlleva a que hayan vacíos afectivos que conducen a los adolescentes a tener relaciones sexuales, con la finalidad de tener afecto, en reemplazo de recibir verdadero amor de su familia(31).

- **Bajo nivel educativo:** al existir planes de vida, en las que los adolescentes pongan en primer lugar metas educativas y aplazar la maternidad hasta la adultez, existe una mayor probabilidad de que aunque tengan relaciones sexuales, los adolescentes lleven una mejor actitud preventiva hacia el embarazo(33).
- **Pensamiento mágico:** Dentro de esta etapa, los adolescentes tienen ideas erróneas, como que, al no desear un embarazo, no hay riesgo de que puedan quedar embarazadas.
- **Fantasías de esterilidad:** otros adolescentes, al ver que durante las primeras relaciones sexuales no quedan embarazadas, se crean la idea de que son estériles(35).
- **Falta o distorsión de la información:** el desconocimiento también genera que los adolescentes desarrollen mitos en cuanto a las relaciones sexuales, por lo tanto no siguen las medidas adecuadas de prevención(34).
- **Controversias frente a los sistemas de valores de sus padres:** dentro del entorno familiar, existen a veces medidas que censuran de forma drástica la sexualidad en la adolescencia, lo cual conlleva a que los adolescentes opten por una actitud de rebeldía y deseo de querer experimentarlo(11).



- **Factores socioculturales:** los cambios que se van dando dentro de los entornos sociales, causan cambios en las costumbres, como lo es en la sexualidad, lo cual causa que los adolescentes también tengan un interés por desarrollarla(26).

De tal manera, para diferentes sectores, el tema del embarazo en la adolescencia se ha vuelto preocupante, como es el área de salud, clínico y en lo psicosocial, a causa de las diferentes consecuencias que afectan tanto para el adolescente como para los familiares(4).

En cuanto al ámbito clínico, se puede describir que esto puede repercutir en la adolescentes, debido a que pone en riesgo su salud, aumentando su vulnerabilidad a la mortalidad o morbilidad, a que su parto sea por cesárea, que existen complejidades en el parto, prematuridad y deficiencias en los neonatos(26).

Por otra parte, la falta de aceptación de esta etapa en las adolescentes, conlleva a que no lleven los cuidados adecuados, una nutrición no adecuada y la inasistencia a los controles prenatales, lo que pueda conllevar a que se presente complicaciones, como las que se mencionaron previamente. Esto puede repercutir también en el desarrollo psicomotor en el niño, debido a la mala nutrición durante su desarrollo intrauterino(27).

En torno a lo psicosocial, cabe señalar que el embarazo puede causar problemas en los adolescentes, debido a que por asumir el rol de padres, estos deben abandonar sus estudios, debido a su inserción

temprana en el ámbito laboral y la falta de experiencia de tener vivencias dentro de la adolescencia(21). En ciertas ocasiones, el núcleo familiar donde se ha desarrollado el adolescente, muestra rechazo hacia ellos debido a su estado de gravidez, por lo que son excluidos de sus padres o de su familia.

En relación a esto, se puede resumir que las consecuencias que pueden presentarse a causa del embarazo en la adolescencia, para la madre, trae deserción estudiantil, lo que limita sus oportunidades en que, en el futuro pueda desarrollar mejores empleos y su desarrollo personal; a su vez se da inestabilidad en sus relaciones.

Hay discriminación por parte de su familia o grupo de amigos, además de tener mayor número de hijos con intervalos intergenésicos menores, aumentando la pobreza. En cuanto al hijo, existe un mayor riesgo de que presente un peso bajo, desnutrición, problemas para su desarrollo emocional y físico a causa de la negligencia de los cuidados por parte de sus padres(28).

#### **4.4. Situación de la adolescente embarazada en el Ecuador.**

En cuanto a la región ecuatoriana, se puede notar que el embarazo en adolescentes, se torna en una situación crítica; para Latinoamérica, el promedio de casos de embarazos en adolescentes, es de 68 casos por cada 1.000 adolescentes, pero en torno al Ecuador, el número es de 111 casos por cada mil adolescentes.

Cabe señalar que un embarazo en esta etapa, no solo afecta a la parte mental o física, sino también aumentan los riesgos de que exista una muerte durante el proceso del parto.

Ante lo cual, la Organización Mundial de la Salud, señala que el riesgo es cuatro veces mayor en mujeres de 16 años, en comparación con mujeres que tienen una edad mayor a 20 años; por otra parte ante la falta de presupuestos o intervenciones oportunas, es difícil que exista un cambio en la situación actual(29).

Pero en la actualidad ya no se asignan presupuestos por parte del Gobierno y la Asamblea, para que se promueva la prevención de estos embarazos en la adolescencia, solo hasta el año 2019, existía este rubro destinado a promover esta promoción, a pesar de que el Ministerio de Salud Pública pide cada año rubros para su desarrollo; por lo que en ese año se dispuso de 11 millones de dólares, donde solo fue necesario hacer uso de la mitad de este rubro (30).

Cabe señalar que la edad en que se inicia habitualmente las relaciones sexuales, en las mujeres es entre los 15 y 16 años, mientras que en los hombres, la edad es de 13 a 14 años; quienes al no tener una información oportuna, son vulnerables a adquirir no solo un embarazo no deseado, sino también están expuestos al contagio de enfermedades de transmisión sexual (30). Para lo cual en el Ecuador, se desarrolló entre el año 2011 hasta el 2014.

La « Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes», conocida también como ENIPLA, mediante la cual se promovía la educación sexual en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica (31).

Durante esta época, se desarrollaron campañas donde se declaraban los derechos sexuales y reproductivos, se desarrollaron diversos talleres públicos para diferentes audiencias, donde se entregó información estadística por cada uno de los ministerios, desarrollando temas sobre sexualidad y de los métodos anticonceptivos; pero ya en el año 2014, cuando esta fue cancelada, el número de embarazos, eran de 72 por cada 1000 embarazos (30).

Esta estrategia fue reemplazada por el «Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia», que abarcó desde el año 2015 hasta el 2017, el cual promovía a través del plan familiar, la abstinencia.

A través de este proyecto, se ejecutó también talleres sobre la sexualidad, donde varios expertos pudieron entrevistar a varias familias, además se elaboraba cada semana boletines a través de sus redes sociales. Cabe señalar, que para la finalización, es decir en el año 2017, el número de embarazos, era de 80 por cada 1.000 embarazos (32).

En el año 2018, se desarrolló la «Política Intersectorial del Embarazo en Niñas y Adolescentes», que tendrá su periodo de duración desde el año 2018 hasta el año 2025, con la finalidad de promover que cada

adolescente reciba educación sexual, atención integral en cuando a la salud reproductiva y a la salud sexual, promoviendo la utilización de métodos anticonceptivos, desarrollando servicios que promuevan protección y espacios donde no haya violencia para los niños y adolescentes de la región ecuatoriana(34).

Pero para el alcance de estos objetivos, es necesario que haya la participación de diferentes ministerios, como es el de salud, educación y el de inclusión social; aunque para el año 2019. Solo fue asignado un presupuesto por parte del Ministerio de Salud, destinado a la prevención de embarazo en esta etapa, pero no hubieron registros del aporte de los otros dos ministerios dentro de los presupuestos declarados en el 2020(33).

Cabe señalar, que ante etapas de dificultades económicas, el no aprobar estos presupuestos, representará un mayor costo para el Estado, como se vivió en el año 2017, donde el Ministerio de Salud junto con la SENPLADES y junto con el «Fondo de Planificación de las Naciones Unidas».

Emitieron un informe sobre los costos que representó el omitir los presupuestos para la prevención, evidenciándose que para el estado, la atención de un embarazo en la etapa de la adolescencia, representó cinco veces más costoso que el haberlo prevenido, debido a la vulnerabilidad de los riesgos de la madre y los insumos necesarios para su atención(35).

Por otra parte, también existen repercusiones en cuanto al costo social, debido a que se registró el gasto de cuatrocientos millones de dólares, por causa del elevado número de abandonos de estudios y los casos elevados de mortalidad (42).

Así mismo, se describe la importancia de que el Estado invierta en la prevención, pero en el 2020 el Estado refleja su poco interés hacia las adolescentes.

Pero no solo se ha observado cierta reducción de presupuestos para este fenómeno, sino también para la prevención de la violencia, donde esta reducción alcanzó hasta el 84% y el 100% en cuanto a la reducción de la salud mental (44).

#### **4.5. Antecedentes investigativos.**

A través de un estudio desarrollado en el año 2019 en la ciudad de Cuenca, titulado “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamientos utilizadas por adolescentes embarazadas entre 10 y 20 años”, el cual tuvo como finalidad conocer la relación entre el funcionamiento familiar y las estrategias de afrontamiento a través del cuestionario FF-SIL y la escala de afrontamiento de Lazarus.

Para lo cual se desarrolló un estudio de característica transversal y correlacional, enfocada en adolescentes que se encontraban embarazadas, que fueron atendidas en un centro de salud. Entre los resultados, señala que el 48% de las adolescentes provenían de familias funcionales, entre las estrategias, el 34% desarrolló reevaluación positiva y en otro 34% autocontrol.

Así mismo, fue evidente que hubo una asociación estadística entre las estrategias que aplicaron con la funcionalidad familiar (4).

En cuanto a la edad, se obtuvo la media que se encontraba en la edad de 18 años, la prevalencia de estos embarazos, se dio con mayor afluencia en mujeres que se encontraban en adolescencia tardía, representando el 82% de los casos.

En relación a las características sociodemográficas, fue evidente que solo el 32% de las adolescentes, tuvieron una educación básica completa y el 26% logró terminar su bachillerato. Alrededor del 56% vive con su pareja, mientras que el 20% señalaron vivir con sus abuelos paternos o maternos.

El 64% señaló ser de estado civil unión de hecho, mientras que el 30% eran solteras; en cuanto a sus actividades, el 58% desarrollan quehaceres domésticos, el 16% desarrollan actividades laborales de manera ocasional y otro 16% indica que son estudiantes.

En el año 2011, a través de un estudio desarrollado en Argentina, titulado «Embarazo adolescente entre 12 y 19 años», el cual tuvo como característica, ser un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, dirigido a 130 adolescentes que tenían una edad de 12 hasta 19 años, representando el 10% de la población total de este lugar. Entre los hallazgos, señala que el 81% comenzó las relaciones sexuales a temprana edad, es decir el 40% desde los 14 a 15 años y el 36% desde los 12 a 13 años. Cerca del 46% indica que hizo uso de un método anticonceptivo, a su vez el 41% negó haberlos usados.

En cuanto a la información, solo el 49% señaló haber sido informadas en los establecimientos educativos, mientras que el 18% señaló haber sido orientadas dentro del entorno familiar; finalmente en cuanto a la percepción, solo el 91% reflejó tener un buen nivel de percepción sobre los embarazos en esta etapa(35).

En otro estudio llevado a cabo en el 2015, titulado «Características Psicosociales de adolescentes embarazadas atendidas en una IPS en la ciudad de Santa Marta», para lo cual se consideró todas las adolescentes en estado de gravidez, que fueron atendidas dentro del periodo del mes de julio hasta el mes de diciembre del año 2014, que tuvieron una edad de 14 hasta 19 años.

Describe que el 90% de los casos tuvo una edad de 17 a 19 años, el 70% no tiene un bachillerato completo, en cuanto al estado civil, el 75% está en unión libre y el 75% vive dentro del entorno familiar de su pareja. El 100% no contaba con un vínculo laboral, el 50% tienen un nivel bajo socioeconómico, el 90% proviene de áreas urbanas, solo el 65% participaron de programas de atención y el 100% tenía un elevado riesgo obstétrico, además hubo una relación entre la autoestima y la edad(36).

En una tesis realizada en la provincia del Cañar en el año 2017 de la Universidad de Cuenca, el tema: “Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017”. El estudio incluyó a mujeres adolescentes entre 10 a 19 años que estaban ingresadas en el Hospital Luis F Martínez en Cañar.



Las adolescentes se encontraban en edades mayor o igual a 15 años, la mayoría fueron mestizas, con escolaridad de secundaria incompleta, unión libre y de ocupación quehaceres domésticos, la mayoría de las adolescentes viven en Cañar. La prevalencia de embarazo en adolescentes fue de 18 %. Cabe señalar que por las condiciones antes expuestas existe una alta prevalencia de embarazo. Siendo superior en poblaciones similares antes analizadas. Entre los factores que predisponen a embarazo en la adolescencia están: cursar en la adolescencia tardía, autoidentificación étnica mestiza, bajo nivel académico, unión libre, ser ama de casa, condición socioeconómica media baja y baja, vivir distante al centro de salud, consumo de sustancias psicoactivas, migración de uno de los padres, deserción escolar y disfunción familiar. Entre los factores que no predisponen a embarazo en la adolescencia están: conocimiento adecuado en salud sexual y reproductiva y pareja estable de los padres. (54)

También, Callantes, A (2016) realizó una investigación en la PUCE titulada “Análisis de la situación de las adolescentes con embarazos tempranos en el entorno socio familiar y educativo. Caso colegio Fernández Madrid. Periodo escolar 2014-2015”. El presente trabajo muestra un estudio sobre el embarazo en los adolescentes, los diferentes factores que intervienen para que esta problemática sea cada vez más frecuente, los resultados del estudio realizado en el Colegio Fernández Madrid de la ciudad de Quito y finalmente como objetivo principal serializar una propuesta para prevenir el embarazo temprano; al mismo tiempo intenta determinar la relación entre el embarazo en adolescente y las situaciones de vulnerabilidad por las que atraviesan los adolescentes en un contexto educativo y socio familiar .

A través de una metodología descriptiva y cualitativa, se pudo establecer que los contextos estudiados generan mayor o menor vulnerabilidad en la presencia de embarazos a edad temprana. Entre las principales conclusiones del estudio se determinó que varias de las adolescentes provienen de hogares donde sus padres también se embarazaron tempranamente; y que los padres de las adolescentes carecen de conocimientos para abordar el tema de sexualidad con sus hijas. (55)

En base a los resultados se realizan algunas recomendaciones que pueden ayudar a prevenir el embarazo en adolescentes, buscando anticipadamente soluciones y proyectando propuestas que pueden ser útiles para que puedan ser utilizadas por los diferentes departamentos de la Institución. Uno de los objetivos es inculcar en los estudiantes una sexualidad responsable, por tal motivo el presente estudio presenta esta propuesta que puede fundamentarse y aplicarse en el Colegio Fernández Madrid y en las instituciones que se vean implicadas en el embarazo temprano.

## **5. MÉTODOS**

### **5.1. Nivel de la investigación.**

Se realizó un estudio de nivel descriptivo de acuerdo al propósito de la investigación.

### **5.2. Tipo de investigación.**

- Según la intervención de la investigadora: Observacional, debido que no existió intervención del investigador, solo se limitó a describir variables, sin manipulación del objeto de estudio.
- Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo, porque la fuente de recolección de información fue primaria.
- Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal, por ser medida en una sola ocasión.
- Según el número de variables analíticas: Descriptivo.

### **5.3. Diseño de investigación.**

Estudio de prevalencia o de corte transversal.

### **5.4. Justificación de la elección del método**

El nivel, tipo y diseño de investigación seleccionados permitió darle respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio.

### **5.5. Población de estudio.**

La totalidad de la población de estudio fue de 70 adolescentes embarazadas (10-19 años) asignadas en los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de Salud de Bastión Popular tipo C en el año 2021.

### **5.6. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

La investigación se realizó en adolescentes embarazadas (10-19 años) que son atendidas en los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria en el centro de salud de Bastión Popular tipo C año 2021.

#### **5.6.1. Criterios de inclusión.**

- Adolescentes embarazadas de 18 años o más que muestren su aceptación de participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
- Adolescentes embarazadas menores a 18 años cuyos padres o tutores muestren su aceptación de participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.

#### **5.6.2. Criterios de exclusión**

- Adolescentes con discapacidad mental que impidan responder el instrumento de la investigación (encuesta).
- Después de dos ocasiones no acudan a consulta no se puedan contactar.

## 5.7. Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad 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.

Para el procedimiento de recolección de información se elaboró una encuesta realizada por la autora de la presente tesis y fue validada por expertos, la encuesta mencionada se constituyó de tres componentes, los cuales dieron salida los tres objetivos específicos, que se detallan a continuación:

Objetivo específico número 1: Aspectos sociodemográficos; que se describió de la pregunta 1 a la 5, donde encontramos ítems acerca de la edad de la paciente embarazada, etnia, ocupación del jefe de familia, nivel de estudios de la embarazada, ingreso económico familiar.

Objetivo específico número 2: Conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad, que comprendió de la pregunta 6 a la 10.

Donde en cada pregunta se detalló, por ejemplo: Fuente de información de educación sexual, causa de primera relación sexual, conocimiento de método anticonceptivo, utilización de método anticonceptivo al finalizar embarazo, elección de método anticonceptivo a utilizar.

Objetivo específico número 3: Estuvo constituido por el cuestionario APGAR. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar.

Los componentes evaluados de la función familiar a través de este instrumento son:

**AYUDA:** Es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis.

**ACEPTACIÓN:** Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

**PARTICIPACIÓN:** Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.

**AFECTO:** Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

**TIEMPO:** Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

El cuestionario consta de 5 parámetros con 5 opciones de respuesta.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre, 4: Siempre.

Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

<b>FUNCIÓN FAMILIAR</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>ALTA SATISFACCIÓN: BUENA FUNCIÓN FAMILIAR</b>	<b>18 – 20</b>
<b>MEDIANA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN LEVE</b>	<b>17 – 14</b>
<b>BAJA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN MODERADA</b>	<b>13 – 10</b>
<b>BAJA SATISFACCIÓN: DISFUNCIÓN SEVERA</b>	<b>9 Ó MENOS</b>

En el instrumento encuesta se incluyó el APGAR familiar en las preguntas del 11 a la 15.

Se realizó la selección de las embarazadas adolescentes que se atienden en los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Bastión Popular tipo C. Se explicó a las adolescentes embarazadas junto a sus representantes el motivo del presente estudio, la finalidad del mismo.

Posteriormente se hizo entrega de consentimiento informado para la aceptación a la realización de la encuesta por parte de representantes de las menores. (ANEXO 1). Luego de lo expuesto se procedió a la entrega de la encuesta para el llenado de la misma.

### 5.8. Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
EDAD	ENCUESTA
ETNIA	ENCUESTA
OCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	ENCUESTA
NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES	ENCUESTA
INGRESOS ECONÓMICOS FAMILIARES	ENCUESTA
FUENTE DE INFORMACION DE EDUCACIÓN SEXUAL	ENCUESTA
CAUSA DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	ENCUESTA
CONOCIMIENTO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ENCUESTA
UTILIZACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO AL FINALIZAR EMBARAZO	ENCUESTA
ELECCION DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	ENCUESTA
AYUDA FAMILIAR (APGAR)	ENCUESTA
PARTICIPACION FAMILIAR (APGAR)	ENCUESTA
ACEPTACION FAMILIAR (APGAR)	ENCUESTA
AFECTO FAMILIAR (APGAR)	ENCUESTA
TIEMPO FAMILIAR (APGAR)	ENCUESTA
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	ENCUESTA



## 5.9. Técnicas de análisis estadístico

Con la aplicación del instrumento de recogida de la información en el presente estudio la formulación fue la encuesta entregada en físico previa aprobación y firma del consentimiento informado. Los resultados obtenidos 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 utilizó 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.

## 5.10. Variables

### 5.10.1. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
<b>Objetivo específico 1</b>			
<b>Edad</b>	Edad en grupos	10-14 15 a 19	Cuantitativa discreta
<b>Etnia</b>	Auto identificación étnica	Indígena Afroecuatoriana Montubia Mestiza Blanca	Cualitativa nominal
<b>Ocupación del jefe de familia</b>	Ocupación del jefe de familia	Empleados públicos Empleados privados Quehaceres domésticos Jubilados Otro	Cualitativa nominal
<b>Nivel de estudios</b>	Nivel de estudios	Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Bachillerato terminado Universitaria terminada	Cualitativa ordinal
<b>Ingreso económico</b>	Ingreso mensual Número de integrantes de la familia	Adecuado Bajo Muy bajo	Cualitativa ordinal
<b>Objetivo específico 2</b>			

<b>Fuente de información sobre educación sexual</b>	Fuente de información sobre educación sexual	Madre Padre Hermanos	Cualitativa nominal
		Amigos	
<b>Causas por las que tuvieron su</b>	Causas por las que tuvieron su	Curiosidad amistades sentimient	Cualitativa nominal
<b>Conocimiento de Método Anticonceptivo</b>	Conocimiento de Método Anticonceptivo	Si No	Cualitativa nominal
<b>Utilización de método anticonceptivo al</b>	Utilización de método anticonceptivo al	Usaría No usaría No sabe	Cualitativa nominal
<b>Elección de método anticonceptivo a</b>	Elección de método anticonceptivo a	Preservati vos Tabletas	Cualitativa nominal
<b>Objetivo específico 3</b>			
<b>Ayuda Familiar</b>	AYUDA	0: nunca 1: casi nunca 2: algunas veces 3: casi siempre	Cualitativa ordinal
<b>Participación Familiar</b>	PARTICIPACIÓN	0: nunca 1: casi nunca 2: algunas veces 3: casi siempre	Cualitativa ordinal
<b>Aceptación Familiar</b>	ACEPTACIÓN	0: nunca 1: casi nunca 2: algunas veces 3: casi siempre	Cualitativa ordinal
<b>Afecto Familiar</b>	AFECTO	0: nunca 1: casi nunca 2: algunas veces 3: casi siempre	Cualitativa ordinal
<b>Tiempo Familiar</b>	TIEMPO	0: nunca 1: casi nunca 2: algunas veces 3: casi siempre	Cualitativa ordinal
<b>Funcionamiento familiar</b>	Alta satisfacción	18 a 20 buena función familiar	Cualitativa ordinal
	Mediana satisfacción	17 a 14 disfunción leve	
	Baja satisfacción	13 a 10 disfunción moderada	
	Baja satisfacción	9 o menos disfunción severa	

## 6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1 Distribución de adolescentes embarazadas según edad. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

<b>Edad</b>	<b>No</b>	<b>Porcentaje</b>
10-14	16	23%
15-19	54	77%
Total población	70	<b>100%</b>

En base a los resultados, se puede denotar que 77% de las embarazadas adolescentes comprenden las edades entre 15 a 19 años; estos resultados poseen cierta similitud con los hallazgos de Pavón y Torres (37), quienes refieren que el 65% de las participantes de su estudio, tuvieron una edad entre 16 a 18 años; mientras que en el estudio de Chacón y González(38), también se obtuvo que el 80% de las embarazadas tenía una edad de 17 a 19 años. En comparativa con un resultado de una Tesis de Luparello el 90% de las participantes estaban entre las edades de 15 a 19. (56). (62) En el análisis de la Tesis de Cabezas Caicedo predominan en un porcentaje 53.9% entre las edades de 13 a 15 años frente a un 46.1% entre las edades de 16 a 19 años.

**Tabla 2 Distribución de adolescentes embarazadas según etnia. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Etnia	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Mestiza	15	93.7%	39	72.2%	54	77%
Afroecuatoriana	1	6.3%	4	7.4%	5	7%
Montubia	0	0	4	7.4%	4	6%
Blanca	0	0	4	7.4%	4	6%
Indígena	0	0	3	5.6%	3	4%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Al responder el instrumento de recolección de datos (encuesta) la mayoría de adolescentes embarazadas (77%) se auto identificaron como mestizas; resultados que poseen cierta semejanza con los hallazgos de Chacón y González(38), quienes indicaron que el 90% de las gestantes eran de etnia mestiza; mientras que en la investigación de Rodríguez(39), el 85% de las participantes eran de etnia mestiza. Por otro lado Rodríguez Bravo el 24% de las embarazadas adolescentes entre las edades de 10 a 19 años se auto identificaron como indígenas (58). En un estudio de Peña el 100% de las embarazadas se autoidentificaron como etnia mestiza. (64)

**Tabla 3 Distribución de adolescentes embarazadas según ocupación del jefe de familia. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Ocupación	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Empleado público /privado	10	62.5%	42	77.8%	52	<b>80%</b>
Quehaceres domésticos	5	31.2%	9	16.2%	14	16%
Jubilado	1	6.3%	3	5.6%	4	4%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

La ocupación que mayor porcentaje obtuvo en la encuesta donde se preguntó a la adolescente embarazada que cargo desempeñaba el jefe de familia o representante indicaron que son empleados públicos o privados (80%)M así mismo a través de la observación de Díaz( 40), se describe que el 60% de las embarazadas señalaron que el jefe del hogar era empleado, mientras que Otero y Méndez (51), señalaron que el 52% de las participantes, indicaron que los jefes del hogar eran empleados privados. Gaviria en una tesis del 2010 con un porcentaje de 62% correspondió que si trabaja ya sea empleado público o privado (66).

**Tabla 4 Distribución de adolescentes embarazadas según nivel de estudios . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Escolaridad	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Primaria terminada	16	100%	6	31.4%	22	32%
Secundaria terminada	0	0	17	57.4%	17	24%
Bachillerato	0	0	31	11.2%	31	44%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

De las 70 adolescentes embarazadas el mayor porcentaje alcanzado es del 44% han cumplido el bachillerato y por ende se graduaron, mientras que un 32% sólo llegaron a terminar la primaria; y, un 24% llegaron a terminar la secundaria; hallazgos que se asemejan a los resultados de Vásquez(41), quien indica que el 65% de las embarazadas solo alcanzó el nivel de bachillerato, mientras que Negrín y Fernández(50), señalaron que el 51% habían culminado el nivel educativo secundario. En comparación con la Tesis de Luparello el 39% presentó la primaria incompleta. (56). En un estudio de Delgado y Martínez. el 95.1% terminaron la primaria, el 4.8% terminaron la secundaria. (65).

**Tabla 5 Distribución de adolescentes embarazadas según ingreso económico familiar . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Ingreso económico	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Adecuado	12	75%	38	71%	50	73%
Bajo	4	25%	16	29%	20	27%
Total	16	<b>100%</b>	54	<b>100%</b>	70	<b>100%</b>

En la presente tabla 5 las adolescentes embarazadas indicaron en su mayoría que el ingreso económico en su hogar era adecuado con un total de 73%; mientras que en un 27% con un ingreso económico bajo; estos resultados se contrastan con el resultado de Pérez (42), quien indica que el 56% de las adolescentes tenía un ingreso económico familiar adecuado, mientras que Rojas(49), indica que el 63% tenía un nivel socioeconómico bajo. En cambio, Montoya señala que el 62% de las embarazadas adolescentes contestaron que el ingreso económico en su familia era bajo. (59). Por otro lado en la tesis de Cabezas Caicedo (62), el porcentaje de adolescentes embarazadas donde el 46.2% declaró que sus ingresos económicos eran bajos, un 30% expreso que el ingreso económico correspondió a la categoría media.

**Tabla 6 Distribución de adolescentes embarazadas según fuente de información de educación sexual. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Información educación sexual	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Amigos	10	62.5%	23	42.5%	33	49%
Hermanos	2	12.5%	15	27.7%	17	24%
Madre	1	6.3%	10	18.5%	11	16%
Padre	3	18.7%	6	11.3%	9	11%
Total	16	<b>100%</b>	54	<b>100%</b>	70	<b>100%</b>

Los resultados de la tabla 6 indicaron que la fuente de información sobre educación sexual recibida en los cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria lo conocieron en un 49% por medio de Amigos; un 24% por medio de hermanos, un 16% por la Madre; un 11% por el Padre, dejando entrever que tienen más confianza con sus Amigos que con sus Familiares cercanos. Lo cual se asemeja al estudio de Electra(43), indica que el 60% de las adolescentes reciben información por parte de sus amigas, mientras que Negrín y Fernández(50), señala que el 75% reciben información de amistades. En comparativa con la tesis de Luparello el 61% de las adolescentes embarazadas manifestó no haber recibido educación sexual de ningún tipo. (56). En un estudio de Vera y Peña, el 41% de las embarazadas adolescentes refirieron que recibieron que la información de educación sexual la recibieron por parte de amigos, el 26% por parte de familiares.(67)



**Tabla 7 Distribución de adolescentes embarazadas según causas de la primera relación sexual. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Causas de la primera educación sexual	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Sentimientos	9	56.2%	36	66.6%	45	65%
Amistades	5	31.2%	10	18.5%	15	20%
Curiosidad	2	12.6%	8	14.9%	10	15%
Total	16	100%	54	100%	70	100%

El mayor porcentaje alcanzado entre las adolescentes evaluadas al ser preguntadas cuál fue su primera causa para saber sobre educación sexual fueron o primaron los “sentimientos” en un 65%, mientras que por “amistad” fue en un 20% y en un 15% fue por curiosidad; esto posee similitud con el estudio de Electra(43), quien identifica que el 90% de las adolescentes, tuvieron su primera educación sexual por sentimientos, mientras que Otero y Méndez (51), indica también que el 51% de las adolescentes fue por sentimiento. Por otro lado, Peña en su estudio en las adolescentes las causas de las relaciones sexuales se obtuvieron un 33% lo hizo por sentimientos, 18% por amistad, 27% por curiosidad. (63)

**Tabla 8 Distribución de adolescentes embarazadas según conocimiento sobre métodos anticonceptivos . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Conocimiento de métodos anticonceptivos	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Si	12	75%	42	77.8%	54	86%
No	4	25%	12	22.2%	16	14%
Total	16	<b>100%</b>	54	<b>100%</b>	70	<b>100%</b>

En la tabla 8 se expresan por conocimientos anticonceptivos que tuvieron previamente de su embarazo fue del 86% (54 adolescentes) y sólo un 14% (16 adolescentes) no sabían sobre los métodos anticonceptivos. Menckes(44) indica que el 60% de las adolescentes no tiene un amplio conocimiento sobre los métodos anticonceptivos; mientras que Negrín y Fernández(50), señala que el 55% de las adolescentes desconocen sobre los métodos anticonceptivos. Así mismo en la investigación de Montoya el 100% de las adolescentes respondieron que si conocían de métodos anticonceptivos previo a su embarazo. (59). En comparación con una investigación de Herrera también obtuvo un porcentaje alto del 92.6% que si conocían métodos anticonceptivos. (63)

**Tabla 9 Distribución de adolescentes embarazadas según utilización de método anticonceptivo. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Utilización de método anticonceptivo	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Usaría	7	70%	48	80%	55	79%
No sabe	3	30%	12	20%	15	21%
Total	10	<b>100%</b>	60	<b>100%</b>	70	<b>100%</b>

Los resultados de la Tabla 9 expresan que en un 79% (55 adolescentes) decidieron y usaron algún método anticonceptivo al finalizar su embarazo para tener nuevamente relaciones sexuales, mientras que en un 21% aún estaban con la ignorancia de saber qué método utilizar. Menckes(44) por su parte señala que el 65% de las adolescentes no hace uso de los métodos anticonceptivos, mientras que Rojas(49), señala que el 80% de las adolescentes no utiliza ningún método de protección. Con respecto a la tesis de Cabezas Caicedo (62), las adolescentes embarazadas indicaron que un 84.2% si utilizarían un método anticonceptivo al finalizar su embarazo. Herrera indico que el 81% de las adolescentes embarazadas afirmaron que si utilizarían método anticonceptivo. (63)

**Tabla 10 Distribución de adolescentes embarazadas según elección de método anticonceptivo. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Método anticonceptivo	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Tabletas o píldoras	8	50%	23	43%	31	45%
Inyectables mensuales o trimestrales	7	43.7%	19	35%	26	37%
Implante subdérmico	1	6.3%	6	11%	7	10%
Preservativo o condón	0	0	3	5.5%	3	4%
Método del ritmo	0	0	3	5.5%	3	4%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Los resultados de la Tabla 10 arrojaron que al elegir el método anticonceptivo más utilizado fue en un 45% las píldoras preservativas;. Esto se contrasta con los hallazgos de Mejía(45), quien indica que el 80% de las adolescentes prefieren utilizar el preservativo masculino, mientras que Rodríguez y otros(52), afirman que el 60% de las adolescentes hace uso de los preservativos.

En un estudio de González en adolescentes de 14 a 17 años el método anticonceptivo con mayor frecuencia 37% fue el preservativo. (57). Por otro lado Herrrea indico que el 62% de las adolescentes embarazadas usarían preservativos, 13% píldoras, 9% inyecciones mensuales. (63)

**Tabla 11 Distribución de adolescentes embarazadas según ayuda familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Ayuda de familia	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Casi siempre	19	74%	35	80%	54	77%
Algunas veces	5	19%	2	4%	7	11%
Casi nunca	2	7%	7	16%	9	12%
Total	26	<b>100%</b>	44	<b>100%</b>	70	<b>100%</b>

La Tabla 11 donde se evalúa el funcionamiento en la Ayuda Familiar, las evaluadas expresaron en un 77% casi siempre lo tuvieron; mientras que el 11% algunas veces; y, que casi nunca en un 12%, factor importante para trabajar en este aspecto. Esto se asemeja a los hallazgos de Villamarín(46), quien indica que solo el 60% de las adolescentes recibieron ayuda familiar, mientras que Zapata(48), señala que el 45% recibió ayuda por parte de su familia. Por otro lado en un estudio de Aguiar el 42.5% respondieron que algunas veces tenían ayuda por parte de su familia y solo un 7% afirmo que casi siempre tenían apoyo familiar.(61). Rangel et al, en un estudio presentó en la categoría ayuda de familia el 62% respondieron “casi siempre”, 34% algunas veces, 4% casi nunca.(68)

**Tabla 12 Distribución de adolescentes embarazadas según participación familiar . Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Participación familiar	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Casi siempre	10	63%	31	58%	41	59%
Algunas veces	5	31%	23	42%	28	40%
Casi nunca	1	6%	0	0%	1	1%
Total	16	<b>100%</b>	54	<b>100%</b>	70	<b>100%</b>

En cuanto a Participación familiar, las evaluadas indicaron en un 59% casi siempre la tuvieron, en un 40% sólo algunas veces; y, un 1% casi nunca. Esto se asemeja a los hallazgos de Villamarín(46), quien indica que solo el 55% de las adolescentes siempre tuvieron participación por parte de su familia, mientras que Rodríguez y otros(52), indican que el 60% de las adolescentes, recibieron la participación de sus familiares. Con respecto al estudio de Guapizaca y Pintado el resultado en cuanto a participación familiar obtuvo el 52% de la población total de 50 adolescentes embarazadas. (60)

Rangel et al, en un estudio presentó en la categoría participación de familia el 63% respondieron “casi siempre”, 30% algunas veces, 7% casi nunca. (68)

**Tabla 13 Distribución de adolescentes embarazadas según aceptación familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Aceptación familiar	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Casi siempre	6	38%	27	50%	33	47%
Algunas veces	10	62%	21	39%	31	45%
Casi nunca	0	0	6	11%	6	8%
Total	16	100%	54	100%	70	100%

La Tabla 13 al evaluar la aceptación familiar, en su mayoría 47% (33) casi siempre se dio; en un 45% (31) lo calificaron como “algunas veces” y un 8%(6) casi nunca. Factor importante que afecta en cierto modo la siquis de la adolescente. Esto se asemeja a los hallazgos de Rodríguez (47), indica que el 60% de las adolescentes recibieron aceptación por parte de sus familiares, mientras que Otero y Méndez (51), señala que solo el 40% recibieron aceptación por parte de su familia. Aguiar señala que el 35% de las adolescentes embarazadas afirmaron que casi siempre recibían aceptación familiar, 32.5% muy rara vez, 32.5 algunas veces. (61)

Rangel et al, en un estudio presentó en la categoría aceptación de familia el 47% respondieron “casi siempre”, 39% algunas veces, 14% casi nunca. (68)

**Tabla 14 Distribución de adolescentes embarazadas según afecto familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Afecto familiar	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Casi siempre	8	50%	25	46%	33	48%
Algunas veces	8	50%	25	46%	33	48%
Casi nunca	0	0	4	8%	4	4%
Total	16	100%	54	100%	70	100%

En cuanto a los resultados obtenidos en la Tabla 14, correspondiente al Afecto Familiar que las evaluadas hayan sentido, se muestra con un 48% de “casi siempre”, que igualmente en un 48% “algunas veces”; mientras que un 4% “casi nunca” sintieron el afecto familiar. Factor importante y decisivo para una adolescente embarazada y que debe trabajarse un poco más a nivel familiar. Rodríguez (47), indica que el 60% de las adolescentes siempre recibe afecto por parte de sus familiares, mientras que Rodríguez y otros (52), indican que solo el 30% recibieron afecto por parte de su familia. Guapizaca y Pintado indicaron que el 54% de las adolescentes embarazadas respondieron que siempre reciben afecto de sus familiares. (60)

Cabral et al, en una tesis presentaron en la categoría afecto de familia el 71,8% respondieron “casi siempre”, 21.8% algunas veces, 6,25% casi nunca. (69)



**Tabla 15 Distribución de adolescentes embarazadas según tiempo familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

Tiempo familiar	10-14		15-19		Total	Total %
	No.	%	No.	%		
Algunas veces	11	68%	23	43%	34	50%
Casi siempre	5	32%	26	48%	31	43%
Casi nunca	0	0	5	9%	5	7%
Total	16	100%	54	100%	70	100%

En cuanto al Tiempo Familiar que las embarazadas obtuvieron de sus Familias, el mayor porcentaje fue del 50%, mientras que un 43% fue catalogado como “casi siempre”, mientras que un 7% como “casi nunca; esto se contrasta con los hallazgos de Díaz (40), quien señala que el 35% pasan tiempo con su familia, mientras que Otero y Méndez(51), indica que el 40% de las adolescentes, pasa mayor tiempo con su familia. En comparativa con un estudio de Aguiar encontramos que el porcentaje más alto 55% correspondió a “algunas veces”, 32.5% “casi nunca”, 12.5% “casi siempre”. (61)

Cabral et al, en una tesis presentaron en la categoría tiempo de familia el 56.2,8% respondieron “casi siempre”, 34.3% algunas veces. (69)

**Tabla 16 Distribución de adolescentes embarazadas según funcionamiento familiar. Centro de salud Bastión Popular tipo C. Año 2021.**

<b>Funcionamiento Familiar</b>	<b>Total</b>	<b>Total %</b>
Buena función familiar	23	33%
Disfunción leve	20	29%
Disfunción moderada	16	23%
Disfunción severa	11	15%
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

La tabla 16 expresa los resultados obtenidos referente al funcionamiento familiar, evidenciándose que una parte de las embarazadas presenta una buena función familiar; por otra parte, se observa grupos que presentan disfunción severa (15%) y moderada (23%); por otra parte, Zapata(48), indica a través de sus resultados que el 65% de las adolescentes, tuvo una disfunción moderada del funcionamiento familiar, mientras que en el estudio de Castro y otros(53), indican que el 45% de las adolescentes presentó una disfunción leve del funcionamiento familiar. En otro estudio de Guapizaca y Pintado indican que el 34% siendo este el ultimo el porcentaje más alto dio como resultado a una muy buena función familiar, el 10% indico que la relación tenia disfunción leve. (60). Por otro lado Delgado y Martínez, en su investigación se demostró

que el 73.1% de las adolescentes obtuvieron el resultado de “buena función familiar”, 13.4% disfunción leve, 10.9% moderada, severa 2.6%. (65)

## CONCLUSIONES

En la presente investigación, en el **primer objetivo** se evidenció que en el elemento que corresponde a variables sociodemográficas, las adolescentes embarazadas de la comunidad que aceptaron participar en la encuesta, la mayoría comprendió entre las edades de 15 a 19 años, la raza mestiza obtuvo el mayor porcentaje, el nivel de estudios de las adolescentes predominó el bachillerato terminado, también consideraron que el ingreso económico en sus viviendas era adecuado, provienen de familias donde el jefe de hogar en los porcentajes más altos lo obtuvieron los que trabajan como empleados públicos o privados.

En cuanto la salida al **objetivo específico 2** la mayoría respondió a que su primera relación fue por motivos sentimentales, además que también tienen conocimiento de métodos anticonceptivos, casi todas desean utilizar algún método anticonceptivo al finalizar su embarazo.

Para finalizar, el **objetivo específico 3** en el funcionamiento familiar las adolescentes embarazadas tuvieron una buena percepción acerca de su entorno familiar, de tal modo el mayor porcentaje lo obtuvo el resultado buena función familiar, concluyendo que la población de estudio de 70 embarazadas adolescentes, manifestó sentir ayuda familiar, también las adolescentes respondieron positivamente de la relación que llevan con los familiares con quienes conviven, sintiéndose aceptadas, donde participan, reciben el

afecto por parte de su familia; pero que hay que poner mayor atención a las que no obtuvieron apoyo positivo y trabajar los centros familiares y comunitarios estos factores que aún son un tanto negativos para adolescentes embarazadas, ya que en su mente queda su historial vivido.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A, Abanto-Bojorquez D, Soto-Tarazona A. Infección del tracto urinario y amenaza de parto pretérmino en gestantes adolescentes de un hospital Peruano. Rev Fac Med Humana. julio de 2020;20(3):419-24.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. 2018 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
3. UNFPA. América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo [Internet]. UNFPA América Latina y el Caribe. 2018 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
4. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. 217d. C.;278.
5. Sánchez Díaz ED, Blanco Rincón YJ, Morales Jiménez V, Suarez Sandoval LK. Caracterización poblacional desde los determinantes sociales de la salud en la Localidad de Suba, Bogotá D.C. 2021 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.juanncorpas.edu.co/handle/001/113>
6. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Informativo: El Embarazo en Adolescentes. 2015;13.
7. Congreso Nacional del Ecuador. Código de la niñez y adolescencia. 2014;114.
8. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS | América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es)
9. Merchán A. Psicología de la adolescencia, desarrollo adulto y

envejecimiento: propuesta curricular. 203d. C. [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: [https://www.academia.edu/33925230/PSICOLOG%C3%8DA\\_DE\\_LA\\_ADOLESCENCIA\\_DESARROLLO\\_ADULTO\\_Y\\_ENVEJECIMIENTO\\_PROPOSTA\\_CURRICULAR](https://www.academia.edu/33925230/PSICOLOG%C3%8DA_DE_LA_ADOLESCENCIA_DESARROLLO_ADULTO_Y_ENVEJECIMIENTO_PROPOSTA_CURRICULAR)

10. Alonso Serna DK. Desarrollo biopsicosocial desde el enfoque de Erikson. 18 de noviembre de 2020 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/19664>
11. González V, Orcasita LT, Carrillo JP, Palma-García DM. Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* enero de 2017;15(1):419-30.
12. Arias MJF, Sanabria VM. La educación para la salud en la adolescencia temprana para afrontar los cambios físicos y emocionales. *Rev Enferm Actual En Costa Rica.* 2018;(Extra 1 (Edición Especial)):9.
13. Mamani Espinoza MS, Tintaya Condori P (Tutor). Concepción sobre la sexualidad en adolescentes que estudian en colegios religiosos del distrito 6 de la ciudad de El Alto [Internet] [Thesis]. 2019 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/19675>
14. Escobar Zamudio DM. La reproducción humana: una estrategia de enseñanza para estudiantes de grado quinto de la básica primaria [Internet] [Trabajo de grado - Maestría]. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2017.; 2017 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://bdigital.uexternado.edu.co/handle/001/1109>
15. Benaiges JV, Forte MV. Características de la Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adolescentes [Internet] [Thesis]. 2018 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/723>
16. Calero Yera E, Rodríguez Roura S, Trumbull Jorlen A. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades Médicas.* 2017;17(3):577-92.
17. Jiménez Acosta VC. Habilidades sociales en adolescentes con problemas del comportamiento en el Colegio Municipal “Nueve de

- Octubre". 2018 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/14950>
18. Landazabal MG. La educación emocional en la infancia y la adolescencia. *Particip Educ.* 2018;5(8):105-28.
  19. Marquez M, Gaeta M. Desarrollo de competencias emocionales en pre-adolescentes: el papel de padres y docentes. *Rev Electrónica Interuniv Form Profr.* 12 de abril de 2017;20:221.
  20. Sanchez J, Hidalgo V, Lopez I, Lorence B, Menedez S. Análisis Del Apoyo Social En La Adolescencia. *Int J Dev Educ Psychol.* 2006;2(1):191-200.
  21. Venegas M, Valles BN, Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Pediatría Aten Primaria.* septiembre de 2019;21(83):e109-19.
  22. UNICEF. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador [Internet]. 2020 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/informes/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-ecuador>
  23. Chisag Caiza AA. El rol de la familia como factor determinante en el comportamiento estudiantil de las y los alumnos del octavo año de educación general básica de la Unidad Educativa Francisco Flor-Gustavo Egüez de la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua. 25 de septiembre de 2014 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/8137>
  24. Zurro AM, Solà GJ i. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes [Internet]. Elsevier España; 2018 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=728313>
  25. Martinez EA, Montero GI. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Rev Espac* [Internet]. 10 de diciembre de 2020 [citado 16 de octubre de 2021];41(47). Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/20414701.html>
  26. Llanos ES, Miniet AML. Factores que influyen en el embarazo de adolescentes. *FACSALUD-UNEMI.* 12 de junio de 2019;3(4):36-42.

27. Delgado Rodríguez ES, Ortega Carulo D, Arriaga Tapia MY, Delgado Rodríguez ES, Ortega Carulo D, Arriaga Tapia MY. Representaciones sociales sobre el embarazo adolescente entre adolescentes escolares de la localidad de Colotlán, Jalisco, México. Rev Noved En Poblac. junio de 2020;16(31):18-30.
28. Triviño-Ibarra CP, Acosta-Castro FE, Veintimilla-Cedeño JB. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. Dominio Las Cienc. 10 de diciembre de 2019;5(2):554-71.
29. Organización Mundial de la Salud. Adolescent pregnancy [Internet]. 2020 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
30. Roa S. El país con la tasa más alta de embarazo adolescente podría quedarse sin presupuesto para prevenirlo. GK [Internet]. 2019 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://gk.city/2019/12/09/prevencion-embarazo-adolescente-ecuador-presupuesto/>
31. Ministerio de Salud Pública. Memorias de las jornadas de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. 2018;78.
32. Velastegui R. Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. 2017;28.
33. Ministerio de Salud Pública. Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. 2018;35.
34. Marín Gómez PE, Solís Verdugo CE. Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas entre 10 y 20 años en el Centro de Salud del cantón Chordeleg del año 2019. 2020 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9657>
35. Barrozo M, Pressiani G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. 2019; Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf)
36. Toncel Y. Características Psicosociales De Adolescentes Embarazadas Atendidas En Una IPS En La Ciudad De Santa Marta. 2015;82.
37. Pavón-Paladinez DE, Contento-Torres JM, Romero-Encalada ID. Actuación de enfermería y complicaciones asociadas al embarazo



adolescente en un hospital de El Oro. Polo Conoc. 15 de agosto de 2020;5(8):653.

38. Chacon M, González Á. Repositorio Digital: Análisis de los factores que inciden en el embarazo adolescente en el Ecuador, 2014 [Internet]. 2020 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21899>
39. Rodríguez Yáñez RS. Análisis de resultados de las estrategias relacionadas con el embarazo adolescente en el Ecuador periodo 1987-2016. 2019 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17664>
40. Díaz Montes CE (Investigador). Caracterización de familias con adolescentes gestantes adscritas al programa maternidad segura de la ESE Cartagena de Indias. Primer semestre 2015 [Internet] [thesis]. Universidad de Cartagena; 2015 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11227/2651>
41. Vasquez W, Sempértegui P, Guamán A. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital Luis F. Martínez. Cañar 2017. Rev Fac Cienc Médicas Univ Cuenca [Internet]. 2020 [citado 16 de octubre de 2021];38(3). Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2872>
42. Pérez Arrobo GA. Determinantes del embarazo adolescente en Ecuador en el periodo 2011-2013. 2016 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/11039>
43. González A E, Molina G T, Luttgés D C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015;80(1):24-32.
44. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México [Internet]. 2003 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252003000100011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000100011)
45. Mejía L, Trujillo J, Hernández P, Aguilar L, Cárdenas J. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de gestantes adolescentes y sus

- parejas. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2019 [citado 16 de octubre de 2021];35(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/897>
46. Villamarín Naranjo SF. “Estudio comparativo de las relaciones sexuales de riesgo y su incidencia en embarazos precoces en adolescentes que acuden al subcentro de salud de cunchibamba y al hospital provincial docente ambato”. 9 de julio de 2013 [citado 16 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/4382>
47. Rodríguez Gualteros P, Díaz Ortiz I, González Bonilla SD. Factores familiares, educativos y económicos que afectan a las adolescentes en embarazo entre las edades de 13 a 17 años, que asisten a control prenatal en el Hospital San Antonio municipio de Chia. [Internet] [Thesis]. reponame:Colecciones Digitales Uniminuto. Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2014 [citado 16 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/3470>
48. Zapata Conislla Luzmery. RELACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Código Orcid: 0000-0002-7096-3510. Universidad Norbert Wiener, Escuela Académico Profesional de Obstetricia. 2021 [citado 16 de febrero de 2022]; Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5103/T061\\_77207892\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5103/T061_77207892_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
49. Rojas Huamán Estrella Beels, “Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018”. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1816>. Tesis.
50. Negrín S & Fernández Montequín Zoila. en su estudio de “Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial”. Rev Ciencias Médicas vol.23 no.1 Pinar del Río ene.-feb. 2019. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río, Cuba. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-)

31942019000100119

51. Otero González Katherine & Méndez Sánchez Carolina. Identificación y Análisis de Factores de Riesgo Asociados al Embarazo Adolescente. Universidad de La Sabana. Chía – Cundinamarca. 2017. Disponible en: <https://1library.co/document/yj7p6jmy-identificacion-analisis-factores-riesgo-asociados-embarazo-adolescente.html>.
52. Rodríguez R. Niurka, Cala Bayeux, Ángela, Rodríguez Rodríguez Alberto, Acosta Ortíz María, Guerra Rodríguez Dalila. Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Inf Cient. 2016; 95(6):922-930. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. Disponible en: <https://1library.co/document/oz1xjp3q-factores-de-riesgo-asociados-al-embarazo-en-adolescencia.html>
53. Castro Fernández Elicet, López López, Lewis. Relación entre el funcionamiento familiar y embarazo en las adolescentes usuarias del Hospital San Jerónimo de Montería, Córdoba-Argentina. 2017. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/943>.
54. Vasquez Bustos WP, Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital “Luis F Martínez” - Cañar 2017. [Tesis de posgrado]. Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. 2021. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32265/1/TESIS.pdf>
55. Andrango Collantes, M. (2016). Análisis de la situación de las adolescentes con embarazos tempranos en el entorno sociofamiliar y educativo. Caso Colegio Fernández Madrid. Periodo escolar 2014-2015. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito-Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10572>
56. Luparello, RC. Embarazo adolescente no planificado y determinantes de la salud presentes en adolescentes embarazadas registrados en el Hospital Municipal Dr. Pascual A. Tirro de la comunidad de Hernando, durante el año 2010. [tesis posgrado]. Córdoba-Argentina. Universidad

Nacional de Córdoba. 2014. Disponible en:  
[http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello\\_rosalia\\_cecilia.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/luparello_rosalia_cecilia.pdf)

57. González A. Diseño e Implementación de Estrategias de Promoción de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años a partir del Análisis de las Percepciones Culturales sobre la Anticoncepción. [tesis posgrado]. Quito-Ecuador. Universidad de San Francisco de Quito. 2011. Disponible en:  
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/480/1/99802.pdf>
58. Rodríguez Bravo, JV. Análisis socio-económico del embarazo adolescente en Ecuador en los años 2006 y 2014. [tesis pregrado]. Quito. Escuela Politécnica Nacional. 2017 Disponible en:  
<https://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/18749/1/CD-8139.pdf>
59. Montoya Blanco, JD. “Causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la maternidad precoz” . [tesis pregrado]. Nezahualcóyotl-Mexico. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO. 2013. Disponible en:  
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66641/2013%2C%20MONTOYA%2CEMBARAZO-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
60. Guapizaca M, Pintado P. “EL EMBARAZO PRECOZ Y SUS IMPACTOS EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR Y ENTORNO FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES DE LOS COLEGIOS SANTA MARIANA DE JESUS CIUDAD DE CUENCA, MANUEL J. CALLE” . [Tesis de pregrado]. Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca. 2008. Disponible en:  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2323/1/tps575.pdf>
61. Aguiar M. “Relación entre el embarazo adolescente y el funcionamiento familiar ”. [Tesis de pregrado]. Argentina. Universidad Empresarial Siglo 21. 2008. Disponible en:  
[https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12462/Relaci%C3%B3n\\_entre\\_el\\_embarazo\\_adolescente\\_y\\_el\\_funcionamiento\\_f.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12462/Relaci%C3%B3n_entre_el_embarazo_adolescente_y_el_funcionamiento_f.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

62. Cabezas Caicedo, AG. "CAUSAS DE REINCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD, ATENDIDAS EN LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR DE MARZO 2016 A JUNIO DE 2016". [Tesis de pregrado]. Quito-Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13286/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. Herrera Lozada, AE. "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA RELACIONADAS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N.2 DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO MARZO - AGOSTO 2014." [Tesis de pregrado]. Ambato-Ecuador. Universidad Técnica de Ambato. 2014. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26491/2/Herrera%20Lozada%20C%20Alexandra%20Elizabeth%20.pdf>
64. Peña Cadena, FE. "EMBARAZO PRECOZ EN LAS ADOLESCENTES DEL CENTRO DE FORMACION ARTESANAL FISCAL HUAQUILLAS EN EL PERIODO 2012". [Tesis de pregrado]. Machala-Ecuador. Universidad de Machala. 2014. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/2193/1/CD00244-TESIS.pdf>
65. Delgado R, Martínez M . Aspectos epidemiológicos sobre adolescentes embarazadas en un área del municipio El Salvador, Guantánamo. Revista Información Científica. [Internet]. 2017. [Consultado 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/279/3313>
66. Gaviria AM. COMPORTAMIENTOS PSICOSOCIALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ENTRE LOS 12 Y LOS 17 AÑOS DE EDAD QUE FUERON ATIENDIDAS EN EL HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA DEL MUNICIPIO DE CAUCASIA - ANTIOQUIA, DURANTE EL AÑO 2009. [Tesis de pregrado]. Medellín-Colombia. Cooperación Universitaria Minuto de Dios. 2010. Disponible en:

[https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/3275/1/TTS\\_GaviriaGomezAdrianaMarcela\\_2010.pdf](https://repository.uniminuto.edu/jspui/bitstream/10656/3275/1/TTS_GaviriaGomezAdrianaMarcela_2010.pdf)

67. Vera Chifla DF, Peña Torres IK. Incidencia de la Educación Sexual como medida de prevención DE EMBARAZOS en las adolescentes de entre 12 a 14 años de edad de la Unidad Educativa Milagro. [Tesis de pregrado]. Milagro-Ecuador. UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO. 2019.  
Disponible en:  
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5389/1/INCIDENCIA%20DE%20LA%20EDUCACI%C3%93N%20SEXUAL..pdf>
68. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. . Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Revista Facultad de Medicina UNAM. [Internet]. 2004. [Citado 1 de noviembre de 2021]. Disponible en:  
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-1/RFM47107.pdf>
69. Cabral Etchart L, Diaz Aguirre A. et al. PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES QUE SE ATIENDEN EN TRES CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO. Universidad de la República. [Tesis de pregrado]. Montevideo-Uruguay. 2012.  
Disponible en:  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/2393>

## ANEXOS

### ANEXO 1 ENCUESTA

ENCUESTA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR TIPO C

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>		<b>N.º DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>EDAD</b>		<b>NACIONALIDAD</b>	<b>N.º DE TELEFONO</b>
<b>DIRECCIÓN</b>			<b>FECHA DE ENTREVISTA</b>

2. Auto identificación étnica

- a.  Indígena
- b.  Afroecuatoriana
- c.  Montubia
- d.  Mestiza
- e.  Blanca

3. ¿Cuál es su ocupación del jefe de familia donde usted vive?

- a.  Empleados públicos/ Empleados privados
- b.  Quehaceres Domésticos
- c.  Jubilado
- d.  Otro

4. ¿Cuál es su nivel de estudios?

- a.  primaria sin terminar
- b.  primaria terminada
- c.  secundaria terminada
- d.  bachillerato
- e.  universidad terminada

5. ¿Cuál considera Ud. que es el ingreso económico en su hogar?

- a.  Adecuado
- b.  Bajo
- c.  Muy bajo

6. ¿De quién ha recibido charlas de educación sexual?



- a. ( ) Madre
- b. ( ) Padre
- c. ( ) Hermanos
- d. ( ) Amigos

7. ¿Causas por la que tuvo su primera relación sexual?

- a. ( ) Curiosidad.
- b. ( ) amistades.
- c. ( ) sentimientos.

8. ¿Conoce usted de métodos anticonceptivos?

- a. ( ) si
- b. ( ) no

9. ¿Usaría un método anticonceptivo después de finalizar este embarazo?

- a. ( ) usaría.
- b. ( ) no usaría.
- c. ( ) no sabe

10. ¿Cuál es el método anticonceptivo que utilizara al finalizar el embarazo?

Señale uno

- a. ( ) preservativo o condón
- b. ( ) tabletas o píldoras
- c. ( ) inyectables mensuales o trimestrales
- d. ( ) implantes subdérmicos.
- e. ( ) método del ritmo

## 11.- FUNCION FAMILIAR

<b>FUNCIÓN</b>	<b>Nunca (0 puntos)</b>	<b>Casi Nunca (1 puntos)</b>	<b>Algunas veces (2 puntos)</b>	<b>Casi siempre (3 puntos)</b>	<b>Siempre (4 puntos)</b>
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

## **ANEXOS 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Guayaquil, 2021

YO -----CON CI ----- PREVIAMENTE HE MANTENIDO UN DIALOGO CON LA DRA ANA ORELLANA CERON, DONDE ME INDICA QUE REALIZARÁ UN ESTUDIO ACERCA DE "CARACTERIZACIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LOS CUATRO CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR EN EL AÑO 2021" DONDE HE SIDO INFORMADA/O SOBRE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS A CONTESTAR, LOS BENEFICIOS EN CUANTO A CHARLAS DE ASESORAMIENTO FUTURAS QUE RECIBIRÉ, CABE RECALCAR QUE ACEPTO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE A CONTRIBUIR EN EL ESTUDIO ANTES MENCIONADO, EL LAPSO DE TIEMPO A CUMPLIR CON LAS PREGUNTAS DEMORARÁ UNA HORA APROXIMADAMENTE, NO SERÉ PERJUDICADA/O DE NINGUNA MANERA POR LA INFORMACIÓN A REVELAR, TAMPOCO RECIBIRÉ NINGUN TIPO DE REUMUNERACIÓN ECONÓMICA POR MI PARTICIPACIÓN; TODO LO CONCERNIENTE A LA INFORMACIÓN FACILITADA A LA DRA ANA ORELLANA CERON SE MANTENDRA DE CARÁCTER CONFIDENCIAL, EL CONOCIMIENTO QUE SE OBTENGA AL FINALIZAR EL ESTUDIO SE COMPARTIRA EN PRIMERA INSTANCIA CONMIGO ANTES DE QUE SE HAGA PÚBLICO, MI PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACION SERA CONCLUIDA EN CUALQUIER MOMENTO SI ASI LO REQUIERO; RECIBIRÉ UNA COPIA DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO; CUALQUIER DUDA POSTERIOR PUEDO COMUNICARME CON LA DRA VIA EMAIL, O ACERCANDOME AL CENTRO DE SALUD TIPO C DONDE LABORA LA DRA ACTUALMENTE.

PARTICIPANTE:

CEDULA DE IDENTIDAD:

MD ANA ORELLANA C

INVESTIGADOR/A:

CEDULA DE IDENTIDAD: 0926079922

REPRESENTANTE LEGAL:

CEDULA DE IDENTIDAD:

BASTION POPULAR TIPO C

DIRECCION: BLOQUE 1B MANZANA 500 SOLAR 1 consultorio Polifuncional 2

Horario de Lunes a Viernes 7am- 4:30pm

EMAIL: [melissa\\_am20@hotmail.com](mailto:melissa_am20@hotmail.com), [ana.orellana02@cu.ucsg.edu.ec](mailto:ana.orellana02@cu.ucsg.edu.ec)



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Ana Melissa Orellana Cerón** con C.C: # **0926079922**, autora del trabajo de titulación: **Caracterización del embarazo en la adolescencia en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. 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, a los 1 días del mes de diciembre del año 2021.

f. \_\_\_\_\_

**Ana Melissa Orellana Cerón**

**C.C: 0926079922**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACION

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	<b>Caracterización del embarazo en la adolescencia en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bastión Popular Tipo C. Año 2021</b>		
<b>AUTOR</b>	<b>Ana Melissa Orellana Cerón</b>		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	<b>Huacón Castro, Norma Del Rocío</b>		
<b>INSTITUCION:</b>	<b>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil</b>		
<b>FACULTAD:</b>	<b>Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud</b>		
<b>CARRERA:</b>	<b>Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria</b>		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	<b>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria</b>		
<b>FECHA DE PUBLICACION:</b>	<b>1 diciembre del 2021</b>	<b>No. DE PAGINAS:</b>	<b>67</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria y Ciencias de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Embarazo, adolescente, familia, factores de riesgo.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El embarazo en edades tempranas se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, que afecta a la familia en gran medida como célula fundamental de la sociedad. Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal por medio de una encuesta a embarazadas adolescentes que se atendieron en el Centro de Salud Bastión Popular tipo C en el año 2021, luego se formuló una encuesta como instrumento de recolección de datos, que contiene variables socio demográficas, así como también variables de estudio de Apgar familiar, los datos obtenidos son presentados en forma de tablas. Resultados: El 77% comprende a adolescentes de edad entre 15 a 19 años mientras que 10 a 14 años el 23%, como etnia 77% corresponde a mestiza el estudios perteneciente a bachillerato el 44%, los padres mantienen trabajo público y privado un 80%, el ingreso económico es adecuado, en lo que corresponde a fuente de información que tiene por medio de los amigos 49%, conocimiento de métodos anticonceptivos el 86%, mientras que la disposición para el uso de anticonceptivos el 79% con los métodos más conocidos como las pastillas, condón e inyecciones. En lo que respecta al funcionamiento de la familia-afecto familiar el 47% consideran que siempre lo tienen, así mismo el tiempo de familia el 48%. Conclusiones: en el APGAR familiar la adaptación tiene una aceptación del 36% en la participación el 29% lo que se considera que si existe apoyo familiar para los adolescentes el afecto el 18%. Los aspectos en que se encontraron menor porcentaje alteración fue el de crecimiento 11%.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 99 687 7885	<b>E-mail:</b> anaorellanaac17@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCION (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b>		
	<b>Teléfono:</b>		
	<b>E-mail:</b>		
<b>SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACION:</b>			
<b>DIRECCION URL (tesis en la web):</b>			