



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POST GRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

**ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES
RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LAS ETNIAS
INDÍGENA, MESTIZA Y AFRO QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE
SALUD DE CARPUELA, LA ESPERANZA, SALINAS, SAN ANTONIO,
ZULETA, DEL CANTON IBARRA, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2016.**

**DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DE TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

AUTORES: Dr. Pupiales Carlosama José Pascual.

Dr. Quespaz Cuamacás Carlos Naun.

Dr. Víctor Hugo Mena. Médico Familiar.

Director

Lic. Sandra Moya Herrera. Magister en Salud Pública.

Directora Metodológica.

Quito – Ecuador 2016.

1 Agradecimientos

Un agradecimiento profundo y sincero para todas las personas que marcaron el inicio y ruta de mi vocación; A mi familia que es fuente de energía y motivación, a los docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que en cada momento estuvieron prestos a lograr las metas que me propuse. A los profesionales de Salud de todos los espacios por donde cursamos este espacio de tiempo del posgrado.

Pascual Pupiales.

Un gracias a Dios por permitirnos compartir un pequeño espacio de tiempo en nuestras existencias: con familiares, amigos, compañeros, maestros, y personas que a lo largo del posgrado estuvieron presentes brindándonos un: que te vaya bien, si puedes, te ayudo, o un abrazo de buena suerte.

Un gracias al personal de salud del MSP de las unidades de: Carpuela, La Esperanza, San Antonio, Salinas, Zuleta por brindarnos su ayuda estratégica para realizar nuestro trabajo.

Carlos Quespaz.

2 Tabla de contenido

1	Agradecimientos	ii
2	Tabla de contenido.....	iii
3	Lista de cuadros	vi
4	Lista de gráficos.....	x
5	Resumen	xi
6	Abstract.....	xiii
7	Capítulo I.....	1
7.1	Introducción	1
8	Capítulo II. Revisión Bibliográfica.....	5
8.1	Sexualidad.....	5
8.2	Adolescencia.....	5
8.2.1	Definición sociocultural de la adolescencia.	5
8.2.2	Clasificación de la adolescencia.	6
8.3	Ecuador pluri étnico - pluricultural	7
8.3.1	Adolescencia desde la cosmovisión indígena.	8
8.3.2	Adolescencia desde la cosmovisión afro ecuatoriana. 8	
8.4	Embarazo en adolescentes	9
8.4.1	Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes.	9
8.4.2	Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes.	10
8.5	Factores de riesgo individual en embarazo en adolescentes .	10
8.5.1	Edad.	10
8.5.2	Estado civil.	10
8.5.3	Zona de residencia.	11
8.5.4	Pobreza y situación socio económico.	11
8.5.5	Nivel de educación.	12
8.5.6	Etnia.	12
8.5.7	Ocupación.	12
8.5.8	Menarquia.	13
8.5.9	Edad de inicio de vida sexual activa.	13
8.5.10	Número de parejas sexuales.	13

8.5.11 Motivación para inicio de vida sexual.	14
8.5.12 Número de embarazos.	14
8.5.13 Autoestima	15
8.5.14 Proyecto de vida.	16
8.6 Factores de riesgo familiar para embarazo en adolescentes .	17
8.6.1 Violencia intrafamiliar.	17
8.6.2 Vivir con la presencia de padres.	18
8.6.3 Funcionalidad familiar.	18
8.7 Redes de apoyo	19
8.8 Amparo legal del adolescente en el Ecuador	20
9 Capítulo III. Métodos.....	21
9.1 Justificación	21
9.2 Objetivo general.....	22
9.3 Objetivos específicos	22
9.4 Hipótesis	22
9.5 Tipo de estudio	23
9.6 Población.....	23
9.7 Criterios de inclusión.....	24
9.8 Criterios de exclusión	24
9.9 Procedimientos de recolección de información	24
9.10 Fuentes de información.....	25
9.11 Instrumentos	25
9.12 Implementación de la prueba piloto para la aplicación de instrumento	25
9.13 Plan de análisis de datos.....	26
9.14 Aspectos bioéticos.....	27
9.15 Operacionalización de variables del estudio:.....	28
10 Capítulo IV. Resultados.	34
10.1 Características de la población de estudio	34
10.1.1 Edad.	34
10.1.2 Estado civil.	34
10.1.3 Nivel de instrucción.	35
10.1.4 Zona de residencia.	36
10.1.5 Zona de procedencia.	36
10.1.6 Etnia.	37
10.1.7 Ocupación.	38

10.2	Factores de riesgo	39
10.2.1	Factores de riesgo individual.	39
10.2.2	Factores de riesgo psicológico.	49
10.2.3	Factores de riesgo familiar.	50
10.2.4	Redes de apoyo.	53
10.3	Asociación de variables	57
10.3.1	Factores de socio demográficos.	57
10.3.2	Factores de riesgo individual.	61
10.3.3	Redes de apoyo.	80
11	Capítulo V. Discusión	86
12	Capítulo VI. Conclusiones.....	91
12.1	Recomendaciones	92
12.2	Páginas complementarias.....	94
12.3	Referencias	94
12.4	Anexos.....	99
12.4.1	Anexo 1. Instrumento 1. Formulario de recolección de datos.	99
12.4.2	Anexo 2. Instrumento 2. Recolección de la información de historia clínica.	103
12.4.3	Anexo 3. Instrumento 3. Escala de autoestima de Rosenberg.	105
12.4.4	Anexo 4. Instrumento 4. APGAR familiar.	106
12.4.5	Anexo 5. Instrumento 5. Familiograma.	107
12.4.6	Anexo 6. Instrumento 6. Ecomapa.	108
12.4.7	Anexo 7. Consentimiento informado.	109
12.4.8	Anexo 8. Asentimiento informado.	110
12.4.9	Anexo 9. Recursos	111
12.4.10	Anexo 10. Marco legal.	112

3 Lista de cuadros

Tabla 1. Prevalencia de embarazos en adolescentes según procedencia. Provincia Imbabura 2015 – 2016.....	2
Tabla 2. <i>Prevalencia de embarazos en adolescentes según procedencia de unidad de salud 2015 - 2016.</i>	3
Tabla 3. Variables socio - demográficas de las adolescentes. Nivel individual.	28
Tabla 4. Factores de riesgos Biológicos. Nivel individual.	29
Tabla 5. Factor de riesgo psicológico. Nivel individual.	32
Tabla 6. Factores de riesgos familiares.	32
Tabla 7. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según edad. Septiembre - diciembre. 2016.</i>	34
Tabla 8. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según etnia. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	37
Tabla 9. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según auto identificación. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	38
Tabla 10. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según ocupación. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	38
Tabla 11. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según motivación para inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	40
Tabla 12. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según número de embarazos. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	42
Tabla 13. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según primer control prenatal. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	44
Tabla 14. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según culminación de embarazo. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	44
Tabla 15. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según uso de métodos anticonceptivos. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	45
Tabla 16. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según vínculo con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	45
Tabla 17. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de grupo juvenil de vínculo. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	46
Tabla 18. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según motivación para acudir a la unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	46
Tabla 19. <i>Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según abordaje de sexualidad con padres. Septiembre – diciembre. 2016.</i>	47

Tabla 20. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según padres entienden sexualidad de adolescentes. Septiembre – diciembre. 2016.	47
Tabla 21. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según razón por la que no hablan de sexualidad con padres. Septiembre – diciembre. 2016.	48
Tabla 22. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según proyecto de vida. Septiembre – diciembre. 2016.	48
Tabla 23. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según nivel de autoestima. Septiembre – diciembre. 2016.	49
Tabla 24. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según funcionalidad familiar dado por madre. Septiembre – diciembre. 2016.	50
Tabla 25. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según funcionalidad familiar dado por adolescente. Septiembre – diciembre. 2016.	50
Tabla 26. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipología familiar. Septiembre – diciembre. 2016.	51
Tabla 27. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según límite familiar. Septiembre – diciembre. 2016.	52
Tabla 28. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de relación con padre. Septiembre – diciembre. 2016.	52
Tabla 29. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de relación con madre. Septiembre – diciembre. 2016.	53
Tabla 30. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según edad tipo de contacto con familia. Septiembre – diciembre. 2016.	53
Tabla 31. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con comunidad. Septiembre – diciembre. 2016.	54
Tabla 32. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con trabajo. Septiembre – diciembre. 2016.	54
Tabla 33. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con escuela. Septiembre – diciembre. 2016.	55
Tabla 34. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con iglesia. Septiembre – diciembre. 2016.	55
Tabla 35. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.	56
Tabla 36. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.	56

Tabla 37. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y edad. Septiembre – diciembre. 2016.	57
Tabla 38. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y estado civil. Septiembre – diciembre. 2016.	58
Tabla 39. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y nivel de instrucción. Septiembre – diciembre. 2016.	59
Tabla 40. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y zona de residencia y procedencia. Septiembre – diciembre. 2016.	60
Tabla 41. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y ocupación. Septiembre – diciembre. 2016.	61
Tabla 42. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y menarquia. Septiembre – diciembre. 2016.	62
Tabla 43. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia e inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016.	62
Tabla 44. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y motivación para inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016.	63
Tabla 45. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y número de parejas sexuales. Septiembre – diciembre. 2016.	64
Tabla 46. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y número de embarazos. Septiembre – diciembre. 2016.	65
Tabla 47. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y embarazo deseado. Septiembre – diciembre. 2016.	66
Tabla 48. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y número de controles prenatales. Septiembre – diciembre. 2016.	66
Tabla 49. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y primer control prenatal. Septiembre – diciembre. 2016.	67
Tabla 50. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y culminación de embarazo. Septiembre – diciembre. 2016.	68
Tabla 51. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y uso de métodos anticonceptivos. Septiembre – diciembre. 2016.	69
Tabla 52. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y vínculo con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.	70

Tabla 53. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y motivación para acudir a la unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.....	71
Tabla 54. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y padres que hablan de sexualidad. Septiembre – diciembre. 2016.....	72
Tabla 55. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y padres que entienden sexualidad. Septiembre – diciembre. 2016.....	73
Tabla 56. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y razones por las que no pueden hablar de sexualidad. Septiembre – diciembre. 2016.....	74
Tabla 57. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y nivel de autoestima. Septiembre – diciembre. 2016.	74
Tabla 58. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y funcionalidad familiar según madre. Septiembre – diciembre. 2016.	75
Tabla 59. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y funcionalidad familiar según adolescente. Septiembre – diciembre. 2016.....	76
Tabla 60. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y límite familiar. Septiembre – diciembre. 2016.	77
Tabla 61. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y relación con padre. Septiembre – diciembre. 2016.	77
Tabla 62. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y tipo de relación con madre. Septiembre – diciembre. 2016.	78
Tabla 63. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y tipología familiar. Septiembre – diciembre. 2016.....	79
Tabla 64. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con familia. Septiembre – diciembre. 2016.	80
Tabla 65. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con comunidad. Septiembre – diciembre. 2016.	81
Tabla 66. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con trabajo. Septiembre – diciembre. 2016.	82
Tabla 67. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con escuela. Septiembre – diciembre. 2016.	82
Tabla 68. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con iglesia. Septiembre – diciembre. 2016.	83

Tabla 69. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.	84
Tabla 70. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.	85

4 Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su estado civil. Septiembre – diciembre 2016. (Total 159).....	34
Gráfico 2. Distribución de Embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su nivel de instrucción. Septiembre – diciembre. 2016. (Total 159)	35
Gráfico 3. Distribución de Embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su zona de residencia. Septiembre – diciembre. 2016. (total 159)	36
Gráfico 4. Distribución de Embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su zona de procedencia. Septiembre – diciembre. 2016. (total 159)	37
Gráfico 5. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según menarquia. Septiembre – diciembre. 2016. (total 159).....	39
Gráfico 6. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016. (Total 159)	40
Gráfico 7. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según número de parejas sexuales. Septiembre – diciembre. 2016.	41
Gráfico 8. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según embarazo deseado. Septiembre – diciembre. 2016.	42
Gráfico 9. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según número de controles prenatales. Septiembre – diciembre. 2016.	43

5 Resumen

El presente trabajo trata de identificar los factores de riesgo individuales y familiares relacionados a embarazos en adolescentes de las etnias mestiza, indígena y afro que acuden a los centros Salud Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio y Zuleta. Se consideran poblaciones en riesgo aquellas de estratos socio-económicos bajos, grupos de menor nivel educativo y residencia en áreas rurales, entre otras. Esto justifica plenamente este estudio analítico, descriptivo, de corte transversal, en el que se investigaron los factores de riesgo individuales y de funcionalidad familiar relacionados con el embarazo en adolescentes de las etnias mestiza, indígena y afro del cantón Ibarra, contribuyendo al diseño de estrategias que permitirán a los equipos de salud del primer nivel de atención trabajar por la prevención de esta problemática.

La población de estudio estuvo conformada por 171 adolescentes que estuvieron embarazadas entre enero y noviembre del 2016.

Las variables investigadas fueron biológicas, demográficas, psicosociales y de funcionalidad familiar.

La información se recolectó a través de una encuesta dirigida a las adolescentes, entrevistas a sus familiares y revisión de historias clínicas.

En el análisis de la información se utilizó el programa EPI INFO versión 7 y Excel 2010. Mediante la estadística descriptiva se caracterizó las variables psicosociales y demográficas y con la estadística inferencial se estableció la relación entre los factores de riesgo identificados y el embarazo en adolescentes.

Se encontró asociación (estadísticamente significativa) entre las variables de etnia y edad, nivel de instrucción, zona de residencia y procedencia, número de parejas sexuales, número de controles prenatales, periodo de embarazo en el que fueron captadas para primer control prenatal, vínculo con grupo juvenil, nivel de autoestima, límites familiares, funcionalidad familiar según madre y adolescente, y los diferentes grupos de ayuda (familia, comunidad, trabajo, iglesia, unidad de salud y grupo juvenil), con un nivel de confiabilidad del 95%.

El estudio se desarrolló entre septiembre a diciembre del 2016.

Palabras clave. Embarazo, adolescentes, factores de riesgo familiares e individuales, funcionalidad familiar

6 Abstract

The present work tries to identify the individual and family risk factors related to pregnancies in adolescents of the mestizo, indigenous and Afro ethnic groups who come to the Health Centers Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio and Zuleta. At risk populations are those from low socio-economic strata, lower education groups and residence in rural areas, among others. This fully justifies this analytical, descriptive, cross-sectional study in which individual risk factors and family functionality related to pregnancy were investigated in adolescents of the mestizo, indigenous and Afro ethnic groups of Ibarra canton, contributing to the design of strategies Which will allow health teams of the first level of care to work to prevent this problem.

The study population consisted of 171 adolescents who were pregnant between January and November of 2016.

The variables investigated were biological, demographic, psychosocial and family functionality.

The information was collected through a survey aimed at adolescents, interviews with their relatives and review of medical records.

In the analysis of the information was used the program EPI INFO version 7 and Excel 2010. Descriptive statistics characterized the psychosocial and demographic variables and inferential statistics established the relationship between identified risk factors and pregnancy in adolescents.

We found a statistically significant association between the variables of ethnicity and age, educational level, area of residence and origin, number of sexual partners, number of prenatal controls, pregnancy period in which they were collected for the first prenatal check, (Family, community, work, church, health unit and youth group), with a level of reliability of 95%.

The study was conducted between September and December 2016.

Keywords. Pregnancy, adolescents, family and individual risk factors, family functionality

7 Capítulo I

7.1 Introducción

En el presente trabajo de investigación se plateó como objetivo identificar los factores de riesgo individuales y familiares relacionados a embarazos en adolescentes de las etnias mestiza, indígena y afro que acuden a los centros Salud Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio y Zuleta, entre septiembre a diciembre del 2016, se escogió el tema conociendo que la problemática se mantiene actual y es un tema de abordaje complejo dadas las particularidades de cada etnia o región por lo que se pretendió acercarnos a la realidad de nuestra zona. Para lo cual desarrollamos la bibliografía a continuación:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años caracterizada por el crecimiento y desarrollo donde se incluyen cambios biológicos, principalmente endocrinos y morfológicos como: aparición de caracteres sexuales secundarios, transformación y crecimiento de genitales, aparición de menarquia - espermarca y la capacidad reproductiva. (Blázquez Morales, 2012)

Se plantean varios factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. A nivel individual están: menarquia precoz, baja autoestima, pocas aspiraciones de nivel de educación, uso de drogas, influencia de amistades, y uso inapropiado de métodos anticonceptivos. A nivel familiar: Violencia intrafamiliar, límites familiares permeables, antecedente de madre con embarazo en adolescencia, padre ausente, familias disfuncionales. (González Quiñones, Salamanca Preciado, & Quiroz Rivera, 2012)

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan. (Llerena Espinoza, UTA, 2015). América Latina y el Caribe son dos de las regiones con mayor fecundidad adolescente en el mundo.

En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Ecuador se encuentra en sexta posición con un 21% siendo el primero de América del Sur. (Salinas Mulder, Castro Mantilla, & Fernandez Ovando, Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes, 2014)

A nivel nacional, de acuerdo al último censo del año 2010, se han presentado 122.301 madres adolescentes representando al 3,4 % del total de embarazadas; durante el año 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes, de los cuales el 38,4 % se ubican en la Sierra, el 55,3 % corresponde a la Costa y el 6,3% provienen de la Amazonia. (INEC, 2011)

A nivel del distrito 10D01 y el cantón Ibarra tenemos los siguientes datos de prevalencia:

Tabla 1. Prevalencia de embarazos en adolescentes según procedencia. Provincia Imbabura 2015 – 2016

	2015			2016		
	Población adolescente	Adolescente embarazada	Tasa x 1000	Población adolescente	Adolescente embarazada	Tasa x 1000
Distrito 10D01	23926	869	36,32	24133	876	36,29
Cantón Ibarra	20861	683	32,74	19485	688	35,31

Fuente: RDACAA – Primer control Prenatal 2015 – 2016 / Unidad Distrital de Estadística y Análisis de la Información – Distrito 10D01

Elaborado por: Dr. Pascual Pupiales.

En la tabla N° 1 en el cantón Ibarra, según los datos obtenidos del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatoria (RDACCA) durante el año 2015 se registraron 683 embarazos adolescentes dando una tasa de 32,74 por 1000 y de 688 embarazadas con una tasa de 35,31 por 1000 en el 2016, con un aumento representativo; mientras que en el distrito de salud 10D01 Ibarra – Pimampiro – Urcuqui, la prevalencia de embarazo en adolescentes durante el año 2015 fue de 36,32 por 1000 adolescentes en el año 2015 y de 36,29 por 1000 adolescentes para el año 2016.

Tabla 2. Prevalencia de embarazos en adolescentes según procedencia de unidad de salud 2015 - 2016.

Unidad de salud	2015			2016		
	Población adolescente	Embarazo Adolescente	Tasa x 1000	Población adolescente	Embarazo Adolescente	Tasa x 1000
Carpuela	279	10	35,84	275	5	18,18
Salinas	198	12	60,60	325	10	30,76
Zuleta	373	22	58,98	405	14	34,56
La Esperanza	844	35	41,46	1046	55	52,58
San Antonio	2073	91	43,89	2389	87	36,41

Fuente: RDACAA – Primer control Prenatal 2015 – 2016 / Unidad Distrital de Estadística y Análisis de la Información – Distrito 10D01.

Elaborado por: Dr. Pascual Pupiales.

En la tabla N° 2 se observa que las unidades de salud Salinas, y Zuleta se registran las tasas más altas de embarazo en adolescentes para el año 2015 (60,6 y 58,98 por 1000 adolescentes respectivamente) En el año 2016 es la unidad de salud La Esperanza quien presenta la tasa más alta de embarazos en adolescentes: 52,58 por cada 1000 adolescentes que es superior a las tasas a nivel distrital y cantonal.

Si bien esta información corresponde a las embarazadas que acudieron a los servicios de salud, se conoce que existen adolescentes embarazadas que no acceden a los servicios de salud, información que no está sistematizada y que

genera un importante sub registro de la verdadera problemática a pesar de los grandes esfuerzos que desarrollan los equipos de salud para obtenerla.

Una de las razones por las que se considera el embarazo y la maternidad adolescentes como un problema social es que, la condición de embarazo-maternidad puede impedir o al menos limitar la continuidad escolar de las/los adolescentes, especialmente de las mujeres, y generalmente afectar su proyecto de vida lo que genera problemas de formación profesional e inserción laboral que en el futuro incide en la reproducción de la pobreza, un limitado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, pocas expectativas para su futuro, frustración y desmotivación. (Salinas Mulder, UNICEF, 2014)

Se propuso como hipótesis que la interacción de los factores de riesgo individual y familiar está en relación con una mayor probabilidad de embarazo en adolescentes de las etnias mestiza, indígena y afro. Se realizó un estudio observacional analítico cuantitativo de corte transversal. Se evaluaron variables individuales tales como biológicas, demográficas, psicosociales y de funcionalidad familiar.

Las principales dificultades que se presentaron al realizar el estudio fueron: desequilibrio entre las etnias donde se evidenció un mayor número de población con auto identificación mestiza por tanto no se estableció asociación entre esta variable con los factores de riesgo; algunas adolescentes cambiaron de dirección domiciliaria incluso fuera de la provincia; historias clínicas con información incompleta; pese a contar con el apoyo de los Técnicos en Atención Primaria de Salud – TAPS para la ubicación domiciliaria de las adolescentes, los investigadores dedicaron bastante tiempo para ubicarlas.

8 Capítulo II. Revisión Bibliográfica

Para el desarrollo del presente trabajo es importante definir algunos conceptos como:

8.1 Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sexualidad como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida; abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual". (Colomar, 2011)

8.2 Adolescencia

La palabra adolescencia proviene del latín "adolescencia" que significa "joven, adolescente", sin embargo, la palabra se deriva del verbo "adolesco" que es "crecer, desarrollarse, ir en aumento" por lo que la adolescencia es una etapa de crecimiento y de desarrollo, quizá la más crucial en la vida de un individuo. (David & Brazier, 2011). Esta es una de las etapas en la vida de los jóvenes más fascinantes y complejas, una época en que asumen nuevas responsabilidades y experimentan independencia. Se busca su identidad, empiezan a poner en práctica los valores aprendidos desde su primera infancia y para fomentar habilidades hasta llegar a adultos responsables. (UNICEF, 2002)

8.2.1 Definición sociocultural de la adolescencia.

En ciertas sociedades la etapa de adolescencia no solo se presenta como un período etario con sus cambios biológicos sino asociados con otros factores como la unión y el embarazo, que generan un salto a la etapa de adulto. Por lo que una adolescente en unión o si es madre, deja de ser adolescente y asume un rol de

mujer adulta, con el prestigio, los roles y responsabilidades reproductivas y domésticas que ello implica. (Gálvez Z & Rodas M, 2014)

8.2.2 Clasificación de la adolescencia.

Según la OPS/OMS 1995 las etapas de la Adolescencia las divide en 3 etapas:

8.2.2.1 *Adolescencia temprana. (10 a 13 años).*

Caracterizada biológicamente por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y caracteres sexuales secundarios, que conlleva a nivel funcional con la menarquia (R. Issler , 2001). A nivel psicológico el adolescente comienza a perder interés por los padres, inicia amistades con personas del mismo sexo, le preocupa mucho sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, sus impulsos se tornan incontrolables y se genera metas vocacionales muchas veces alejados de la realidad. (Calvopiña Parra, 2013)

8.2.2.2 *Adolescencia media. (14 a 16 años).*

Adolescencia propiamente dicha, es un período en el cual los adolescentes continúan experimentando cambios físicos, mentales, emocionales y sexuales. La mayoría de las niñas ya habrán llegado a su madurez física, y gran parte de ellas habrán llegado al final de la pubertad. (David & Brazier, 2011)

Se sienten invulnerables, por lo que asumen conductas casi siempre de riesgo, se considera edad promedio de inicio de experiencias y vida sexual; se encuentran muy preocupadas por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (Calvopiña Parra, 2013). A nivel psicológico

es una etapa de mayor relación con sus pares, con quienes comparten valores y conflictos con sus padres (R. Issler , 2001).

8.2.2.3 Adolescencia tardía. (17 a 19 años).

En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo con aceptación de su imagen corporal, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual. (David & Brazier, 2011)

En esta etapa se acercan nuevamente a sus padres, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; se desarrolla su propio sistema de valores, metas, vocaciones desde una visión adulta (R. Issler , 2001).

Una vez definidos algunos términos importantes es necesario tomar en cuenta la particularidad del territorio ecuatoriano por las siguientes características:

8.3 Ecuador pluri étnico - pluricultural

Es necesario observar cómo está conformada la población ecuatoriana en cuanto a auto identificación étnica, el Ecuador es un país que presenta gran diversidad étnica y cultural con sus pueblos y nacionalidades, que conservan su lengua, tradiciones, costumbres y algunos sus propios territorios. (Camacho Zambrano, 2014)

8.3.1 Adolescencia desde la cosmovisión indígena.

Dentro del contexto indígena, el hijo no es solo resultado de un proyecto de vida personal, se constituye en fuerza de trabajo para el núcleo familiar y para la sociedad, lo que obliga a un cambio rápido de la etapa de niño a la del adulto. (Cordero , Bustamante, & Guinand, 2006)

El inicio de la sexualidad de los/las adolescentes indígenas comienza, en promedio entre los 13-14 años; la sexualidad genera el ingreso a una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta que no está marcada por rituales especiales, ni definida con contenidos precisos en el marco de la cosmovisión. (Casaus, Hurtado , & Torres , 2010)

Dado que el presente estudio tiene interés en visualizar las diferencias étnicas se analizará la visión afro ecuatoriana.

8.3.2 Adolescencia desde la cosmovisión afro ecuatoriana.

Las adolescentes normalmente tienen relaciones a edades tempranas, 14 años, y su primer embarazo se da en promedio a los 18 años, cabe mencionar que para los afro ecuatorianos, el matrimonio no es una prioridad. El hecho de irse a vivir con una pareja establece un compromiso mutuo de convivencia, relación que está socialmente aceptada. Se supondría también que este compromiso incluye actitudes de responsabilidad, respeto y ayuda mutua. (Gálvez Z & Rodas M, 2014)

A continuación se revisara la problemática del embarazo en adolescentes en la actualidad.

8.4 Embarazo en adolescentes

Embarazo en la adolescencia se define como *“el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”*

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de edad; de estos últimos, 10% se embarazan, lo que equivale a 10% de todos los nacimientos del mundo. (Llerena Espinoza, UTA, 2015)

El embarazo en la adolescencia se relaciona con problemas y riesgos biológicos, psicológicos, socio-económicos y culturales, siendo las adolescentes menores de 15 años con mayor riesgo. (Mora & Hernández, 2015)

8.4.1 Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes.

Para Issler, el comportamiento sexual del hombre es variable y está en relación a ciertas normas culturales y sociales en especial en los adolescentes, es así que en las sociedades represivas se niega la sexualidad considerándola como una área peligrosa, y solo se acepta para fines procreativos y la sexualidad se manifiesta como temor, angustia, y culpabilidad, por lo que fomenta la castidad prematrimonial. En cambio en la sociedad restrictiva, se limita la sexualidad pero se permite cierta libertad al varón y es la sociedad más común en el mundo. En la sociedad permisiva se tolera de manera amplia la sexualidad, se permite relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial, es común en países desarrollados. Y la sociedad alentadora considera al sexo importante y vital para la felicidad

mediante un inicio precoz que favorece a una sana maduración del individuo (R. Issler , 2001).

8.4.2 Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes.

Las madres adolescentes están en relación a los sectores más desprotegidos y sus condiciones en que crecen, así como las características de la adolescencia que alteran su identidad y rol dentro de la sociedad. Se asocian además a figuras masculinas cambiantes, sin un rol de orden y afecto, que limita su confianza y seguridad en el sexo opuesto. Esto conlleva a una búsqueda de afecto sometiéndose a parejas conflictivas, con un despertar sexual precoz, nivel bajo de escolaridad; sin un proyecto de vida adecuado y tienen relaciones sexuales inseguras buscando compensar sus carencias. (R. Issler , 2001)

Por este motivo es importante determinar algunos factores de riesgo que se nombran a continuación.

8.5 Factores de riesgo individual en embarazo en adolescentes

8.5.1 Edad.

El 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre los 12 y 14 años. (INEC, 2011). Son etapas de la vida en las que se esperaría que las mujeres estén estudiando y fortaleciendo su carrera profesional. (Burneo Salazar , Córdova Páez, Gutiérrez, & Ordóñez, 2015)

8.5.2 Estado civil.

En Ecuador el 3% de las/los adolescentes entre 12 y 17 años vive o ha vivido en pareja. De ellos, 1% tiene un compromiso en unión libre y 0,6% se han casado.

Esta cifra se eleva cuando se trata de madres adolescentes con 2% de ellas que vive en unión libre. (Velasco Abad, Alvarez Velasco, Carrera Herrera, & Vásconez Rodríguez, 2014)

Una madre casada tiene mayores posibilidades de haber recibido control prenatal profesional, una atención prenatal más temprana, y obtener un recién nacido de peso normal, en relación a madres que se encuentren en otro estado civil. (Ruiz Linares, E. Romero, & Moreno, 1998)

El embarazo en adolescentes se agrava teniendo en cuenta que una parte importante de adolescentes quedan en condición de madres solteras, ya que no asumen el rol de paternidad de manera adecuada provocando abandono afectivo, económico y social con afectación a la madre y el niño. (Molina , Ferrada, & Pérez, 2004)

8.5.3 Zona de residencia.

Las adolescentes residentes en zona rural, son más propensas a un embarazo. (Llerena Espinoza, UTA, 2015)

8.5.4 Pobreza y situación socio económico.

La pobreza siempre es mayor en el caso de la niñez y adolescencia, porque precisamente los hogares pobres son los que mayor número de niños y niñas tienen. Es así que en la provincia de Imbabura el 45 % de la población pertenece al estrato pobre, el 39 % al vulnerable y el 16 % a la clase media. (Velasco Abad, Alvarez Velasco, Carrera Herrera, & Vásconez Rodríguez, 2014)

8.5.5 Nivel de educación.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de madres adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), en relación con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2008)

De acuerdo al nivel de instrucción el 51,1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23,1% educación media y el 17% educación superior. Las madres que no poseen nivel de instrucción tienen un promedio de 6 hijos, mientras las de Educación media 2,4 hijos. (INEC, 2011). Un embarazo en la etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela, aunque se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que condiciona una maternidad temprana. (Nuñez Urquiza, Hernández Prado, & García Barrios, 2003)

8.5.6 Etnia.

El 5,2% de las madres afro ecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. (INEC, 2011)

8.5.7 Ocupación.

En las características económicas de las madres el 45,3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos sin remuneración, mientras el 42,9% trabaja, de estas últimas el 22,9% se dedica al comercio al por mayor y menor. (INEC, 2011)

8.5.8 Menarquia.

En el estudio de características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, en Colombia demostró que el 6% de las adolescentes embarazadas fueron menores de 15 años, es decir, quedando embarazada o siendo madre tres años más tarde de que ha ocurrido en promedio la menarca. (Sanchez Valencia & Mendoza Tascón, 2013)

Según el estudio en Cuenca la edad más frecuente de la menarquía en la población fue de 9 a 12 años que corresponde al 51,26% (Rionaula Muñoz & Romero Loja, 2014)

8.5.9 Edad de inicio de vida sexual activa.

Según el estudio realizado en La Habana, se nombra que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Se plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19, además el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60 % de estos embarazos ocurre en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. (Valdés Dacal & Essien, 2002)

En Cuenca la mayoría de las adolescentes que participaron en este estudio iniciaron su vida sexual activa entre los 14 y 16 años con un 51,26% (Rionaula Muñoz & Romero Loja, 2014)

8.5.10 Número de parejas sexuales.

En un estudio realizado en Cuba que analizó la primera relación sexual en adolescentes determinó que los adolescentes que iniciaron sus relaciones, antes

de los 15 años, estos habían tenido ya en el momento de la encuesta 1-3 parejas sexuales, mientras que las que comenzaron entre los 15-17 años habían tenido más de 6 compañeros sexuales, y las que comenzaron sus relaciones luego de los 17 años el número de parejas sexuales era significativamente menor (Valdés Dacal & Essien, 2002). En el sexo masculino se encontró casi de forma general menos parejas sexuales que en las mujeres, es decir con mayor promiscuidad en las adolescentes. (Cutie & Laffita, 2005)

8.5.11 Motivación para inicio de vida sexual.

Según un estudio realizado en Chile sobre comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario, el motivo para iniciar actividad sexual fue en (41,4%) por amor, en (28,2%) se dio espontáneamente, en (15,9%) por curiosidad, en (12,9%) fue una decisión conversada y planeada y sólo por retenerlo/a en (1,6%). El sexo femenino reportó el amor en mayor proporción que los varones como la principal motivación para iniciar actividad sexual (42,8%) versus (30,1%), mientras que la categoría se dio espontáneamente y por curiosidad lo reportaron más frecuentemente los varones (Gonzalez & Molina, 2007)

8.5.12 Número de embarazos.

En el estudio de actividad sexual en adolescencia temprana como problema de salud pública en una ciudad colombiana, el 65,3% de las participantes del estudio no habían tenido hijos al momento de la consulta, mientras el 25,9%, 7% y 1,8% habían tenido 1, 2 y ≥ 3 hijos respectivamente. El 48,4%, 66% y 70,9% de los que iniciaron actividad sexual en la adolescencia temprana, media y tardía respectivamente no habían tenido hijos, El 15,9%, 6,9% y 3,8% de las que iniciaron

la actividad sexual en la adolescencia temprana, media y tardía respectivamente, habían tenido 2 hijos, mientras que la multiparidad (≥ 3 hijos) se presentó con más frecuencia en aquellas mujeres que habían iniciado actividad sexual en la adolescencia temprana, comparado con las media y la tardía (6,3%, 1,6% y 0,3% respectivamente) (Mendoza, Arias, & Pedroza, 2012)

8.5.13 Autoestima

La autoestima global como rasgo es estable a lo largo del tiempo y la autoestima fluctúa alrededor de este nivel. La autoestima se encuentra niveles altos en la niñez que disminuyen con la adolescencia y en su curso, teniendo un incremento en la vida adulta y decae en la edad media hasta la etapa de adulto mayor.

En la infancia los niveles se consideran similares en ambos sexos, en la adolescencia los varones presentan autoestima más elevada que las mujeres sin alteración del auto concepto.

La autoestima de los varones adolescentes depende más de logros personales y las mujeres de estas edades se evalúan a sí mismas más en función de la aprobación de los otros.

La adolescencia temprana es un periodo importante en la formación de la autoestima, donde se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma mediante situaciones novedosas y estresantes y su estabilidad emocional que desafían al adolescente.

La disminución así como las fluctuaciones en la autoestima global se encuentran relacionadas a experiencias negativas relacionado a nivel académico o conflictos

con pares, lo cual permite que sean más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos (Rodríguez Naranjo & Caño Gonzales, 2012)

Test de Rosemberg. Entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. La escala fue dirigida en un principio a adolescentes. Los resultados confirman una alta consistencia interna y una satisfactoria fiabilidad temporal. La facilidad de aplicación de esta prueba y sus aceptables características psicométricas constituyen un importante apoyo para su utilización en contextos clínicos. (Rojas Barahona & Zegers, 2009)

8.5.14 Proyecto de vida.

Es la experiencia de vida de una persona, conformada por una secuencia de sucesos diversos que estructuran su ciclo vital, los mismos que son diferentes para cada cultura y forman las bases para asignar roles y tareas en la sociedad, independiente de su organización política y social”

De manera que el proyecto de vida engloba la identidad, que se entiende desde las dimensiones psicológicas y sociales del ser humano.

Para la elaboración del proyecto de vida existe la influencia de:

1. Historia de vida en relación a una realidad socio histórica.
2. La coherencia personal de la integración individual.
3. Las imágenes rectoras de una época determinada.

El proyecto de vida de una persona se construye en los ámbitos de:

1. Somático, relacionado a la integridad física y ofrecer posibilidades para el desarrollo de habilidades motoras y perspectivas intelectuales.

2. Personal: integrando las experiencias, conductas cotidianas; el mundo exterior con el interior, percibiendo los objetos que le rodean y les da significado.
3. Social: personas que comparten un contexto histórico, socio geográfico se vinculan y se integran para sostener un orden social regulatorio de sus acciones confiriendo un sentido de pertenencia. (Almeida, 2010)

Un proyecto de vida debe incluir todos los aspectos de su existencia teniendo en cuenta que es un ser integral que se conforma por diversos elementos complementarios como: el aspecto de su entorno, deportiva donde se incluye la constitución física y el mantener un cuerpo saludable, a nivel familiar que tiene un vínculo consanguíneo, pareja mediante un vínculo romántico y erótico, en lo social o comunitario, recreacional con el esparcimiento, el descanso y la diversión; educativa con los conocimientos, aprendizajes, habilidades y entrenamientos que vamos adquiriendo a lo largo de la vida de manera institucional y que prepare el ámbito laboral, cultural y espiritual.

8.6 Factores de riesgo familiar para embarazo en adolescentes

8.6.1 Violencia intrafamiliar.

En nuestro país, el 42% de violencia grave está relacionada con la falta de cuidados apropiados en sus hogares, seguida por un 25% de los y las adolescentes que sufren de maltrato psicológico y un 18% de maltrato físico. Además un 7% ha sufrido abuso sexual. (Velasco Abad, Alvarez Velasco, Carrera Herrera, & Vásquez Rodríguez, 2014)

En Ecuador el 10,4% de mujeres señala que sufrieron algún tipo de abuso sexual antes de cumplir los 18 años de edad, de los cuales el 45% fue perpetrado por

amigos, enamorados o conocidos y el 37,6% por parientes consanguíneos y políticos. El 40% de niñas y adolescentes que sufrieron este abuso no avisó del hecho o hizo de forma inoportuna. En la mitad de los casos (55,6%), la familia se limitó a tomar medidas para evitar que el hecho se repita, y apenas el 15% optó en denunciar. (Camacho Zambrano, 2014)

8.6.2 Vivir con la presencia de padres.

En este contexto el 7% de los niños, niñas y adolescentes en Ecuador no viven con su padre y madre biológicos. Un 5% de los niños y niñas viven sin su padre ni su madre biológica en sus primeros años. (Velasco Abad, Alvarez Velasco, Carrera Herrera, & Vásconez Rodríguez, 2014)

8.6.3 Funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar es determinante en la conservación de salud o en la aparición de patologías entre sus integrantes, en relación al cumplimiento eficaz de sus funciones. La aparición de un embarazo adolescente requiere de una reestructuración de sus funciones, movilizándolo el sistema en búsqueda del estado de homeostasis. (Rangel, Valerio, Patiño, & García, 2004)

El APGAR familiar es un cuestionario de 5 preguntas que requiere evidenciar el estado funcional de la familia, mediante una escala en la que el entrevistado coloca su opinión, según percepción del funcionamiento de la familia y se manifiesta en el grado de satisfacción de los parámetros de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos. (Alegre Palomino & Suárez Bustamante, 2006)

8.7 Redes de apoyo

Las redes de apoyo social constituyen como factor de protección en el bienestar del adolescente, ya que brinda apoyo emocional, material e informacional, los cuales generan recursos de apoyo valiosos para enfrentar las situaciones de riesgo que se pueden presentar en esta etapa del ciclo de vida.

Es importante que en la adolescencia se incluya los factores que afectan al individuo, al ambiente físico y social que le rodea, también aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas, las circunstancias y ciclo vital individual.

La evidencia menciona que los programas de promoción y prevención en la salud del adolescente deben dirigirse a las redes de apoyo social que el adolescente percibe y recibe debido a que dichas redes ejercen gran influencia sobre sus comportamientos tanto positivo como negativo. (Orcasita Pineda, 2010)

Se considera como expresiones de apoyo de las redes de apoyo el recibir consejo, guía, compañía, ayuda, afecto, el sentirse escuchado y valorado, entre otros. Los jóvenes de residencias incluyen al padre con menor frecuencia en sus redes de apoyo (59% frente al 92%) en relación a los que no están institucionalizados, y sucede algo similar con la madre, donde el 75% de los adolescentes cuentan con su madre como fuente de apoyo (frente al 98%). Además se observa que los familiares, hermanos, profesores y amigos adultos, aparecen con más frecuencia como redes en los adolescentes institucionalizados. (Bravo Arteaga & Fernández del Valle, 2003)

8.8 Amparo legal del adolescente en el Ecuador

Es importante señalar que la legislación ecuatoriana garantiza la protección de derechos para la población en general, en especial para las/los adolescentes, consignados en la Constitución de la República de Ecuador y el Código de la Niñez y la Adolescencia, reconociendo como grupos prioritarios en la atención que se oferta en los servicios de salud. (Ver anexo 10)

9 Capítulo III. Métodos.

9.1 Justificación

En varias fuentes bibliográficas relacionadas con el embarazo en adolescentes, se observa un mayor enfoque en los aspectos biológicos que determinan el embarazo en determinadas poblaciones. Surge el interés por investigar la relación entre los factores psicosociales y familiares en relación al embarazo en adolescentes caracterizando su comportamiento en los diferentes grupos étnicos existentes en el cantón Ibarra. Los distintos enfoques sobre el embarazo en adolescentes, la diversidad de las poblaciones de estudio, los tipos de intervención ejecutada y los resultados disponibles, así como los escasos estudios comparativos, no permiten identificar las intervenciones más eficaces y más adecuadas en términos de costo-efectividad.

Se necesita información del contexto local sobre patrones, tendencias y circunstancias del embarazo en adolescentes menores de 18 años a fin de establecer y definir los objetivos de las intervenciones, formular políticas locales y comprender de manera más profunda las causas y consecuencias, complejas y multidimensionales, que sobrepasan la esfera de la niña o adolescente embarazada y promoviendo abordajes integrales y multisectoriales de la problemática.

El presente trabajo de investigación se busca generar nuevas propuestas que mejoren de accesibilidad de las adolescentes a los servicios de salud; promover un diálogo intercultural en el abordaje y concepción de embarazo en adolescentes de acuerdo a los grupos étnicos investigados procurando contribuir a un trabajo intersectorial e interinstitucional eficiente que busque alianzas estratégicas en beneficio de la prevención del embarazo en adolescentes.

9.2 Objetivo general

Identificar los factores de riesgo individuales y familiares relacionados a embarazos en adolescentes de las etnias mestiza, indígena y afro que acuden a los centros Salud Carpuela, La Esperanza, Salinas, San Antonio y Zuleta, septiembre a diciembre del 2016.

9.3 Objetivos específicos

- Describir los factores de riesgo individual que están relacionados con el embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro.
- Relacionar los factores demográficos y psicosociales y el embarazo en adolescentes de las etnias indígena, mestiza y afro.
- Identificar la relación existente entre la tipología familiar, funcionalidad familiar, comunicación y formas de relacionamiento familiar padres – adolescentes embarazadas de las etnias mestiza, indígena y afro.
- Explorar el nivel de autoestima en las adolescentes y la relación con el embarazo en la población de estudio.

9.4 Hipótesis

Hipótesis de investigación.

La interacción de los factores de riesgo individual y familiar está en relación con una mayor probabilidad de embarazo en adolescentes de las etnias mestiza, indígena y afro.

9.5 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional analítico cuantitativo de corte transversal, entre septiembre y diciembre del 2016.

9.6 Población

La población de estudio la conformaron 159 adolescentes de 10 a 19 años quienes estuvieron embarazadas entre enero y noviembre de 2016; auto identificadas en las etnias indígena, mestiza y afro quienes acudieron a los servicios de salud de las parroquias Ambuqui, Salinas, La Esperanza y San Antonio, todas unidades del Cantón Ibarra.

Se trabajó con toda la población de estudio considerando su tamaño, todas las etnias fueron investigadas.

Las principales dificultades presentadas al realizar el estudio fueron:

- Desequilibrio entre las etnias; se evidenció un mayor número de población con auto identificación mestiza por tanto no se estableció asociación entre esta variable con los factores de riesgo.
- Algunas adolescentes cambiaron de dirección domiciliaria incluso fuera de la provincia, doce adolescentes no fueron ubicadas.
- Historias clínicas con información incompleta.
- Pese a contar con el apoyo de los Técnicos en Atención Primaria de Salud – TAPS para la ubicación domiciliaria de las adolescentes, los investigadores dedicaron bastante tiempo para ubicarlas.

9.7 Criterios de inclusión

Se incluyeron a todas las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acudieron a las unidades de salud de Zuleta, La Esperanza, Carpuela, Salinas y San Antonio; quienes estuvieron embarazadas.

9.8 Criterios de exclusión

No se excluyeron a ninguna adolescente; 12 adolescentes embarazadas que no se les localizaron por cambio de domicilio no fueron parte del presente estudio.

9.9 Procedimientos de recolección de información

Se realizaron:

1. Acercamiento y coordinación con líderes y profesionales de las unidades de salud para desarrollo y ejecución de la investigación.
2. Revisión del sistema de información de los centros de salud del Distrito 10D01.
3. Se identificó a las adolescentes embarazadas que acudieron a las unidades de salud.
4. Se recopiló la información mediante la revisión de las historias clínicas de las adolescentes embarazadas atendidas en los centro de salud seleccionados a través del instrumento de recolección de datos.
5. Se aplicó la encuesta previa información sobre la investigación, sus objetivos y su consentimiento informado.
6. Se realizó visita domiciliaria a todas las adolescentes, donde se les aplicó los instrumentos de evaluación.

9.10 Fuentes de información

Para la realización de este estudio se emplearon fuente primaria de investigación como es la encuesta y revisión de historias clínicas.

9.11 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para identificar factores de riesgo individuales y de funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes y sus madres fueron:

- Encuesta (Formulario de recolección de datos). Anexo 1.
- Formulario de recolección de información de historia clínica. Anexo 2.
- APGAR. Anexo 3
- Escala de autoestima de Rosemberg. Anexo 4
- Familiograma. Anexo 5.
- Ecomapa. Anexo 6.

9.12 Implementación de la prueba piloto para la aplicación de instrumento

Con el objetivo de validar el instrumento de recolección de datos, se seleccionaron 19 adolescentes embarazadas que acudieron al control prenatal a los centros de salud Otavalo y San Pablo, unidades que tienen población de diferentes etnias; se buscó equilibrio entre las etnias para obtener información fiable. Esta prueba fue de utilidad para verificar la claridad de las preguntas formuladas, el tiempo empleado en la aplicación del instrumento.

Los resultados de esta prueba piloto permitieron reformular preguntas, determinar que el instrumento debía ser auto llenado por las adolescentes promoviendo su confianza y un sentimiento de libertad con las respuestas; se determinó también

que el tiempo requerido para el auto llenado es de 10 a 15 minutos lo cual facilitó la organización del tiempo de las adolescentes.

En la pregunta N° 18 que hace referencia al interés de las encuestadas para acudir a la unidad de salud, el 78,9% incorporó como respuesta el control de embarazo; en la pregunta 19 literal 3, se incorporaron respuestas de opción múltiple con: “No los entenderían, No tengo confianza, Siento temor al castigo, Siento vergüenza”. Las preguntas N° 20 y 21 presentaron dificultades para el 100% de adolescentes participantes en la prueba piloto, el concepto “proyecto de vida” formulado como pregunta abierta dejó un margen muy amplio de respuestas por lo que se decidió organizar respuestas de opción múltiple. Estas evidencias permitieron modificar el instrumento.

9.13 Plan de análisis de datos

La información recolectada se digitalizó en una base de datos utilizando el programa EPI INFO versión 7, se realizó análisis mediante EPI INFO 7 y Excel 2010.

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar las variables socio demográficas de las adolescentes participantes del estudio.

Se utilizó estadística inferencial con medidas de asociación que permitieron determinar la relación entre factores de riesgo y embarazo en adolescentes. Se evaluó si la asociación es estadísticamente significativa a través de la prueba del Chi cuadrado y valor de P.

Los cálculos estadísticos se realizaron con un nivel de confianza del 95%, una proporción estimada de la población objeto de estudio en la que se presume tiene

una característica determinada y que corresponde al 0,50; un grado de precisión deseada del 0,05.

9.14 Aspectos bioéticos

En este trabajo de investigación se consideró el principio de autonomía, manteniendo el consentimiento informado con los padres de las adolescentes y asentimiento informado con cada adolescente, garantizando la confidencialidad de la información, respetando la intimidad y privacidad de las adolescentes y sus familias. Como principio de beneficencia en prevención de daños, los beneficios que se esperan sean visualizados por las adolescentes para que en el futuro eviten otros embarazos. Al tratarse de adolescentes fue necesario el consentimiento de los padres, al mismo tiempo el asentimiento de las mismas que fueron parte del presente trabajo. En el principio de no maleficencia, no se emplearon procedimientos que puedan generar daño, el estudio no represento riesgos para las adolescentes o sus familias.

Con el principio de justicia, no se pudo completar el estudio con muestras equitativas.

9.15 Operacionalización de variables del estudio:

Tabla 3. Variables socio - demográficas de las adolescentes. Nivel individual.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TECNICA	INSTRUMENTO	FUENTE
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha en años cumplidos		Porcentaje de mujeres que se ubican en adolescencia temprana, media y tardía	Intervalo 10 – 13 14 – 16 17 – 19	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Estado civil	Situación civil de la embarazada, en que se encuentra una persona física en relación con otra al momento de realizar la encuesta		Porcentaje de mujeres que se ubican como Soltera, casada,	Nominal Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados en años terminados		Porcentaje de adolescentes con instrucción ninguna, instrucción primaria, secundaria y superior	Ordinal Ninguna Primaria Secundaria Superior	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Residencia	Lugar donde radica una persona		Porcentaje de adolescentes con residencia en el sector urbano y rural	Nominal Urbano Rural	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Procedencia	Lugar de donde procede una persona		Porcentaje de adolescentes con procedencia del sector urbano y rural	Nominal Urbano Rural	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Etnia	Pueblo o nación, origen común de tipo racial, nacional, tribal, religioso, lingüístico o cultura	Auto identificación étnica Nacionalidad	Porcentaje de adolescentes identificados como indígena, mestizo y afro ecuatoriano Porcentaje de adolescentes identificados con las	Nominal Indígena, Mestizo, Afro ecuatoriano, Desconoce o no sabe. Achuar, Awa, Cofán, Chachi, Epera, Waorani, Kichwa, Secoya, Shuar, Siona, Tsáchila, Shiwiar, Zapara,	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente

		Pueblo	nacionalidades existentes. Porcentaje de adolescentes identificados con los pueblos existentes	Andoa Pasto, Natabuela, Otavalo, Karanki, Cayambi, Kitu kara, Panzaleo, Chibuleo, Salasaca, Kisapincha, Tomabela, Waranka, Puruha, Kañari, Saraguru, Paltas, Manta, Huancavilca			
Ocupación	Sinónimo de trabajo, labor o quehacer.		Porcentaje de adolescentes que se ubica en cada una de las escalas ocupacionales	Nominal - Empleada u obrera del estado, Empleado u obrero privado, Patrona, Jornalera, Socia, Empleada doméstica, Ama de casa, Cuenta propia, Estudiante, Trabajadora no remunerado	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente

Tabla 4. Factores de riesgos Biológicos. Nivel individual.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TECNICA	INSTRUMENTO	FUENTE
Menarquia	Aparición de la primera menstruación normal de 12 a 15 años		Porcentaje de adolescentes con menarquia precoz, normal y tardía	Ordinal Precoz < 12 años Normal 12-15 años Tardía > 15 años	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Inicio de vida sexual	Inicio del contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.		Porcentaje de adolescentes con inicio de vida sexual antes de 12 años, entre 12 – 15 y después de 15 años	Ordinal Antes de 12 años Entre 12 – 15 años Después de 15 años	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Motivación en inicio de relaciones sexuales	Aquello que empuja al individuo provocando comportamientos adaptados al inicio de relaciones sexuales		Porcentaje de adolescentes que iniciaron las relaciones sexuales por estar enamorada, porque las amigas lo	Nominal Estaba enamorada Las amigas lo habían hecho Por probar Me sentía sola Necesitaba afecto	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Adolescente

			habían hecho, por probar.	Quería embarazarme Me engañaron Me obligaron			
Parejas sexuales	Persona con la que podemos tener un encuentro erótico, ya sean besos, relación sexual, sin que haya un vínculo afectivo		Porcentaje de adolescentes que tienen 1, 2 3 parejas o más.	Ordinal 1 2 3 o mas	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Número de embarazos	Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto en adolescente		Porcentaje de adolescentes según número de embarazos	Ordinal 1 2 3 o mas	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Embarazo no deseado	Embarazo sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre o postcoitales adecuados		Porcentaje de adolescentes con embarazo deseado o no deseado	Nominal Embarazo deseado Embarazo no deseado	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Oportunidad en la captación de las adolescentes embarazadas para su primer control prenatal	Recogida, reconocimiento, análisis y comprensión de toda la anamnesis de la gestante que se debe realizar desde la primera sospecha o indicio de embarazo		Porcentaje de adolescentes embarazadas con captación precoz; Porcentaje de adolescentes embarazadas con captación intermedia; Porcentaje de adolescentes embarazadas con captación tardía	Intervalo Captación precoz antes de 12,6 semanas de gestación. Captación intermedia entre 13 - 23,6 semanas de gestación. Captación Tardía después de 24 semanas de gestación	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica
Control prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.		Porcentaje de adolescentes embarazadas con menor de 5 controles, de 5 – 9 y mayor a 9	Ordinal Menor 5 5 – 9 Mayor 9	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente

Culminación del embarazo	Finalización de la etapa de embarazo		Porcentaje de adolescentes que continua embarazada, o finalizó su embarazo en aborto, óbito fetal, parto normal o cesárea	Nominal Continua embarazada Óbito fetal Aborto Parto normal Cesárea	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Uso métodos anticonceptivos	Protección necesaria contra los embarazos no deseados al momento de tener relaciones sexuales.		Porcentaje de adolescentes que usaba algún método anticonceptivo	Nominal Si No	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Historia clínica, adolescente
Grupo de autoayuda	Grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico		Porcentaje de adolescentes que pertenece o no a un grupo de autoayuda en relación fines deportivos, musical, religioso, educativo o de salud	Nominal Si No No conozco que exista ¿De qué tipo? Deportivo Musical Religioso Educativo De Salud	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Adolescente
Asistencia a la unidad de salud	Motivación o razón por la que acuden a un centro de salud		Porcentaje de adolescentes que acuden a la unidad por enfermedad, para consejería sobre salud sexual y reproductiva, para consejería para elaboración de proyecto de vida o participar en actividades preventivas para adolescentes o no asiste	Nominal Por enfermedad Para consejería en salud sexual y reproductiva Para consejería sobre elaboración de un proyecto de vida juvenil Por participar en actividades preventivas para adolescentes. No asisto	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Adolescente
Proyecto de vida	Conjunto de actividades coordinadas e interrelacionadas que buscan cumplir con un objetivo específico para su propia existencia	Sobre la elaboración de un proyecto de vida juvenil	Porcentaje de adolescentes que elaboran un proyecto de vida juvenil	Nominal Seguir con mi novio Casarme Seguir viviendo con mis padres Independizarme y vivir con	Encuesta selección opción múltiple	Encuesta	Adolescente

				mi pareja Conseguir un trabajo Quedarme como ama de casa Continuar con mis estudios No puedo estudiar Trabajar para tener dinero y luego estudiar			
--	--	--	--	--	--	--	--

Tabla 5. Factor de riesgo psicológico. Nivel individual.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TECNICA	INSTRUMENTO	FUENTE
Autoestima adolescente	Valoración positiva o negativa que una persona hace de sí misma en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias acerca de sí propia	Autoimagen Auto aceptación	Porcentaje de adolescentes con autoestima elevada, con autoestima media, con autoestima baja	Ordinal Elevada 30 - 40 Media 26 – 29. Baja Menor 25.	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Adolescente

Tabla 6. Factores de riesgos familiares.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TECNICA	INSTRUMENTO	FUENTE
Funcionalidad familiar	mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver problemas dentro del hogar considerados determinantes en la interrelación familiar	Adaptación Participación Crecimiento Afecto Resolución	Porcentaje de adolescentes que viven en una familia normal; con disfunción leve, con disfunción moderada, con disfunción severa	Ordinal Normal: 17-20 Disfunción leve: 16-13 Disfunción moderada: 12-10 Disfunción severa: menor o igual a 9	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Paciente y padre o madre
Limite familiar	Reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Se encierra el grupo familiar	Participación familiar	Porcentaje de adolescentes con limite familiar rígido, flexible o permeable	Nominal Rígidos Flexible Permeable	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Paciente
Relación con padres	Interacción entre padre e hijos. Se dibuja línea entre los miembros con saetas en los extremos		Porcentaje de adolescentes con relación distante, conflictiva, buena y sobre involucramiento	Nominal Distante Conflictiva Buena Sobre involucramiento	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Paciente

Comunicación efectiva y afectiva con padres	Intercambio de información entre dos o más personas, que puede ser verbal, o para verbal.	Sobre sexualidad	Porcentaje de adolescentes que se comunican con los padres en relación a su sexualidad.	Nominal: Sí No Puedo hablar con mi padre/madre sobre sexualidad de una manera abierta. Mi padre/madre trata de entender mi punto de vista sobre mi sexualidad. Hay temas sobre mi sexualidad que no puedo hablar con mi padre/madre porque: no los entenderían, no tengo confianza, siento temor al castigo, siento vergüenza	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Adolescente
Tipología familiar	Caracterización de la organización familiar en un contexto específico	Composición Desarrollo Demografía Integración	Porcentaje de adolescentes cuya origen familiar es Nuclear completa e incompleta, Extensa, Ampliada, Reconstituida, Moderna, Tradicional, Urbana, Rural, Integrada, Semi integrada, Desintegrada	Nominal Nuclear completa e incompleta Extensa Ampliada Reconstituida Moderna Tradicional Urbana / Rural Integrada Semi integrada Desintegrada	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Paciente
Redes de apoyo (Ecomapa)	Conjunto de personas o grupos que ejercen una función recíproca entre si		Porcentaje de adolescentes que tiene contacto con red de apoyo fuerte, débil o estresante.	Nominal / Contacto fuerte, débil o estresante (Familia, comunidad, trabajo, iglesia, escuela, salud, grupos juveniles)	Encuesta estructurada y entrevista	Encuesta	Paciente

10 Capítulo IV. Resultados.

10.1 Características de la población de estudio

10.1.1 Edad.

Tabla 7. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según edad. Septiembre -.diciembre. 2016.

Edad	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
12	1	0,63	0,63
14	1	0,63	1,26
15	16	10,06	11,32
16	16	10,06	21,38
17	28	17,61	38,99
18	43	27,04	66,04
19	54	33,96	100,00
Total	159	100,00	100,00

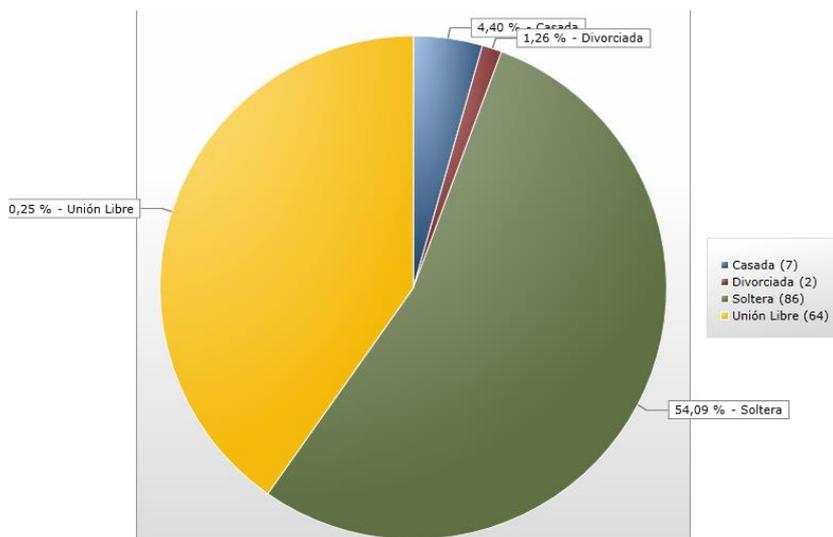
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a la edad de las embarazadas se encontró el mayor porcentaje en la adolescencia tardía (78,61%) comprendida en la edad de 17 a 19 años, en la adolescencia media de 13 a 16 años (20,75%), y en adolescentes tempranas (0,63%).

10.1.2 Estado civil.

Gráfico 1. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su estado civil. Septiembre – diciembre 2016. (Total 159)

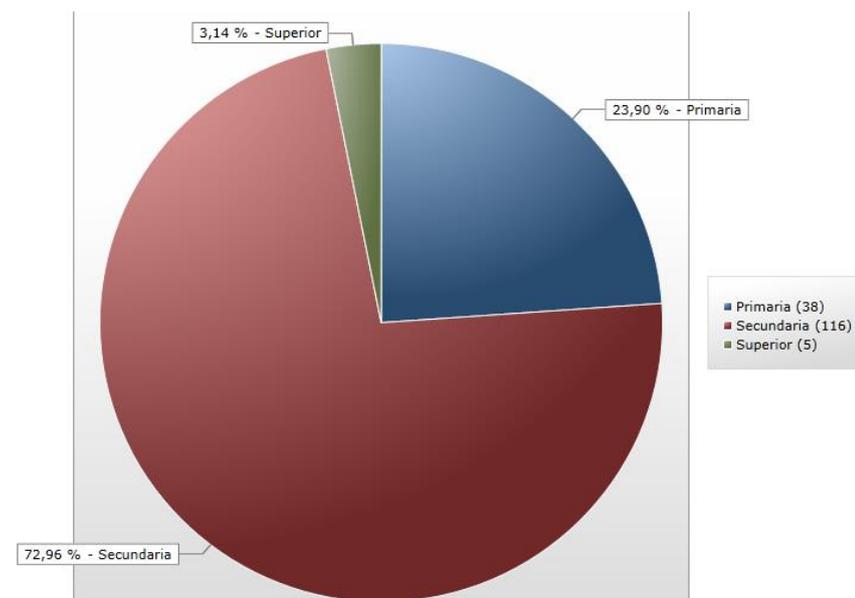


Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Con respecto al estado civil al momento del embarazo se observó que la mayoría de adolescentes se encontraron solteras (54.09%) con un significativo grupo en unión libre, (40.25) y un mínimo porcentaje casadas (4.4%) y divorciadas (1.26%). El 44,65% vive o vivió con su pareja.

10.1.3 Nivel de instrucción.

Gráfico 2. Distribución de Embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su nivel de instrucción. Septiembre – diciembre. 2016. (Total 159)

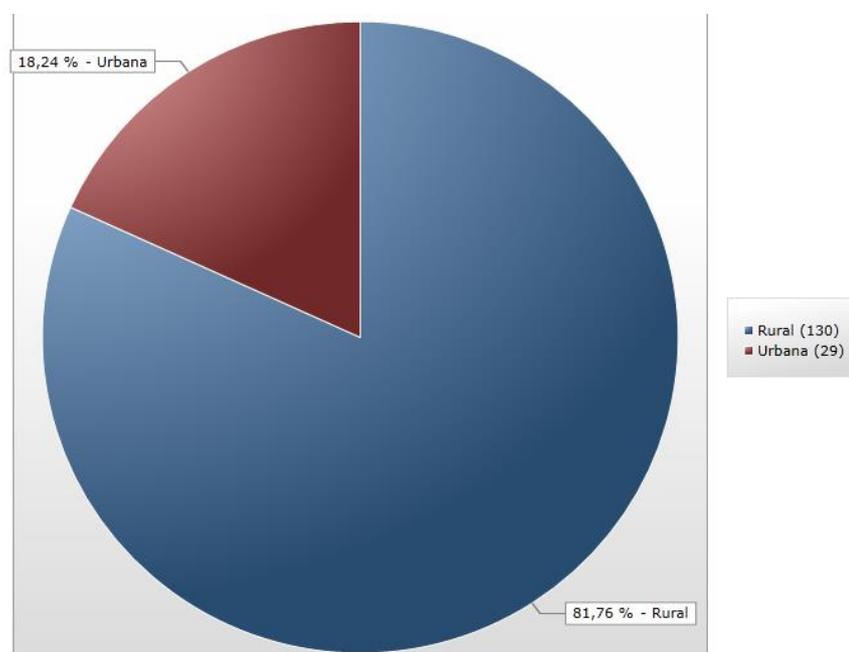


Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación al nivel de instrucción se observó que el mayor porcentaje de adolescentes (73,42%) curso la secundaria, cabe mencionar que un menor porcentaje (23,42%) se quedó con la primaria, quizá probablemente el embarazo fue una de las causalidades para este acontecimiento, y mínimo porcentaje que cursa un nivel superior (3,16%).

10.1.4 Zona de residencia.

Gráfico 3. *Distribución de Embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su zona de residencia. Septiembre – diciembre. 2016. (total 159)*

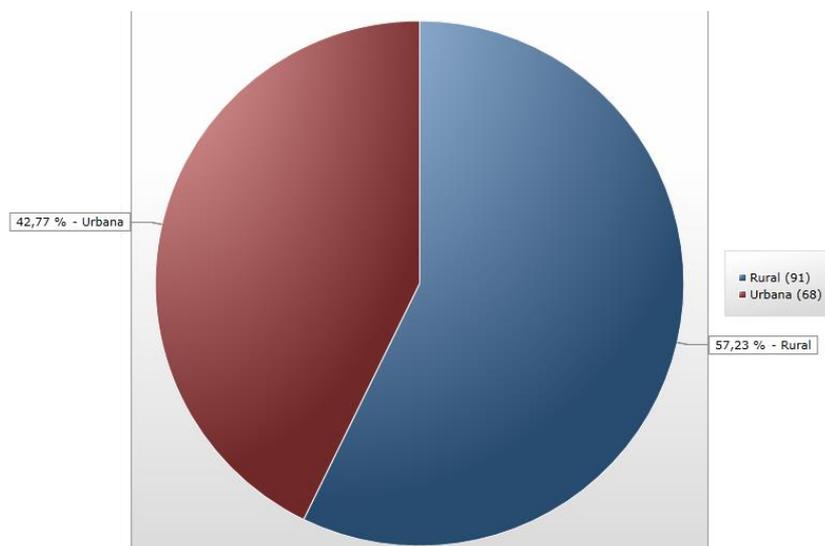


Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Con relación a la residencia y las adolescentes embarazadas, la mayoría de embarazadas viven en una zona rural (81,76%) en relación a la urbana (18,24%), aspecto que es importante tener en cuenta desde el punto de vista de accesibilidad, para que la atención a embarazadas sea garantizada en su totalidad.

10.1.5 Zona de procedencia.

Gráfico 4. Distribución de Embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según su zona de procedencia. Septiembre – diciembre. 2016. (total 159)



Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los resultados se observó que si bien el mayor porcentaje (57,23%) son de procedencia rural, no es tan alejado de las adolescentes cuya procedencia es urbana (42.77%).

10.1.6 Etnia.

Tabla 8. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según etnia. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Afro ecuatoriana	14	8,81	8,81
Indígena	56	35,22	44,03
Mestiza	89	55,97	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Si bien el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes es en mestizas (55,97%) en relación a la etnia indígena (35,22%) y afrodescendientes (8,81%); cabe mencionar que la población adolescente en Carpuela y Salinas afrodescendiente del 2016 fue en número de 600, adolescentes indígenas de La

Esperanza y Zuleta que fue en número de 1451, y de San Antonio fue en número de 2389.

10.1.6.1 Auto identificación.

Tabla 9. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según auto identificación. Septiembre – diciembre. 2016.

Auto identificación	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Awa	2	3,57	3,57
Desconoce	31	55,36	58,93
Kichwa	23	41,07	100,00
Total	56	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los datos recopilados el 35,22% del total de las adolescentes se considera indígena; de ellos el 55,36% de las indígenas desconoce su pertenencia de nacionalidad y pueblo. El 41,07% se considera Kichwa, y un 3,57% del pueblo Awa, lo que nos permite pensar que las adolescentes no disponen de información adecuada que permita la valoración de sus raíces étnico-culturales y su identidad.

10.1.7 Ocupación.

Tabla 10. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según ocupación. Septiembre – diciembre. 2016.

Ocupación	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ama de casa	96	60,38	60,38
Cuenta Propia	2	1,26	61,64
Empleada u obrera privada	1	0,63	62,26
Empleada doméstica	2	1,26	63,52
Estudiante	57	35,85	99,37
Jornalera	1	0,63	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Basado en la información recolectada, se evidencio que el mayor porcentaje (60,38%) se ocupa como ama de casa, seguido del 35,85% que se encontraba como estudiante, con apenas 3,78% donde su ocupación genera remuneración por su trabajo. (Tabla 10)

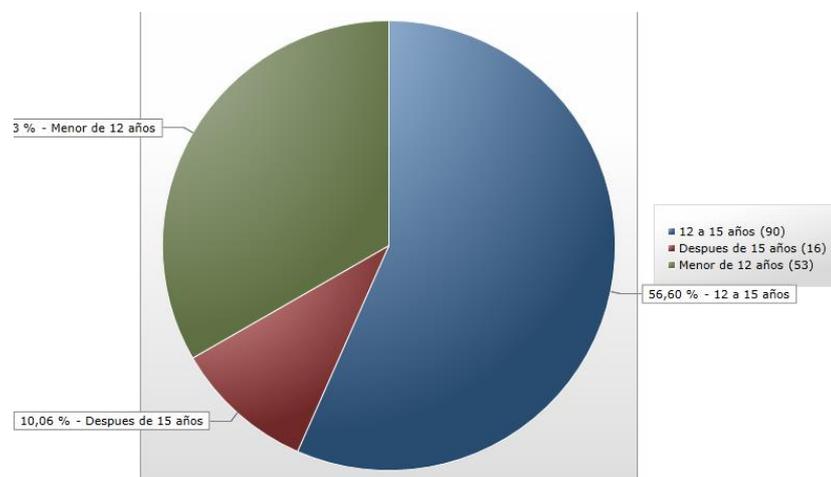
10.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo encontrados en la población de adolescentes embarazadas, se agruparon en: Individuales o biológicos, psicológicos y familiares.

10.2.1 Factores de riesgo individual.

10.2.1.1 Menarquia.

Gráfico 5. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según menarquia. Septiembre – diciembre. 2016. (total 159)

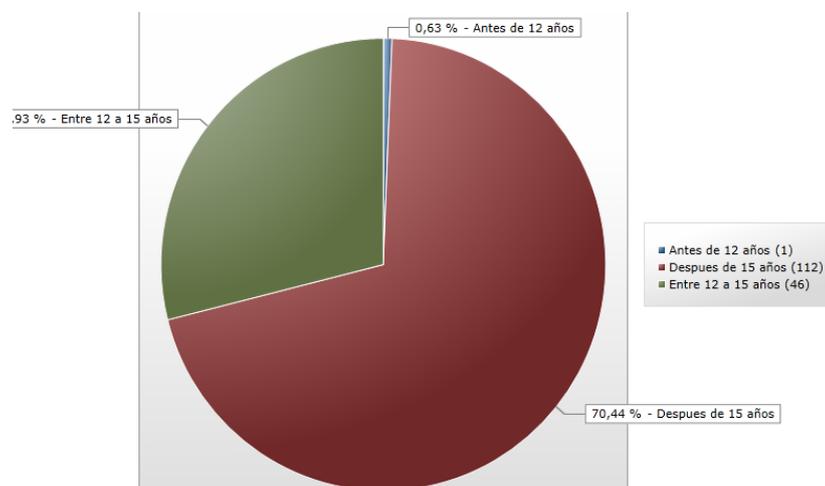


Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Se destacó que el mayor porcentaje de adolescentes presento menarquia entre 12 a 15 años (56,60%), así como una menarquia precoz antes de 12 años(33,33%), y tardía en un 10,06%. (Gráfico 5)

10.2.1.2 Inicio de vida sexual.

Gráfico 6. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016. (Total 159)



Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Con relación al inicio de la vida sexual, gráfico 6, según los datos recolectados podemos apreciar que iniciaron la vida sexual después de 15 años en mayor porcentaje (70,44%), en menor porcentaje (28,93%) entre 12 a 15 años, y un mínimo porcentaje (0,63%) de manera precoz es decir antes de los 12 años.

10.2.1.3 Motivación para inicio de vida sexual.

Tabla 11. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según motivación para inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016.

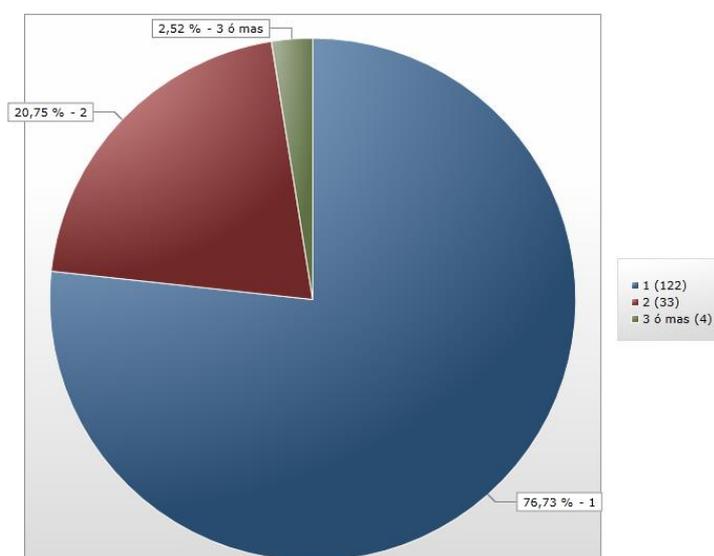
Motivación para inicio de vida sexual	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estaba enamorada	126	79,25	79,25
Me engañaron	4	2,52	81,76
Me obligaron	2	1,26	83,02
Me sentía sola	5	3,14	86,16
Por probar	14	8,81	94,97
Quería embarazarme	8	5,03	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Con relación a la motivación para el inicio de relaciones sexuales el mayor porcentaje (79,25%) consideró que lo hizo por estar enamorada, en menor porcentaje lo considero por probar (8,81%), refirió que quería embarazarse (5,03%), por sentirse solas (3,14%); en otros porcentajes mínimos son por engaño (2,52%), el que le obligaron (1,26%), que pudiere traer connotación médico legal. (Tabla 11).

10.2.1.4 Número de parejas sexuales.

Gráfico 7. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según número de parejas sexuales. Septiembre – diciembre. 2016.



Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La mayoría de adolescentes (76,73%) informo haber tenido una sola pareja, sin embargo un número de ellas (20,75%) refiere haber tenido 2 parejas y un grupo mínimo (2,52%) ya tiene más de tres parejas cabe resaltar la importancia de los datos por el alto riesgo de infecciones de transmisión sexual que son más frecuentes a estas edades.(Gráfico 7).

10.2.1.5 Número de embarazos.

Tabla 12. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según número de embarazos. Septiembre – diciembre. 2016.

Número de embarazos	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	145	91,19	91,19
2	13	8,18	99,37
3 o mas	1	0,63	100,00
Total	159	100,00	100,00

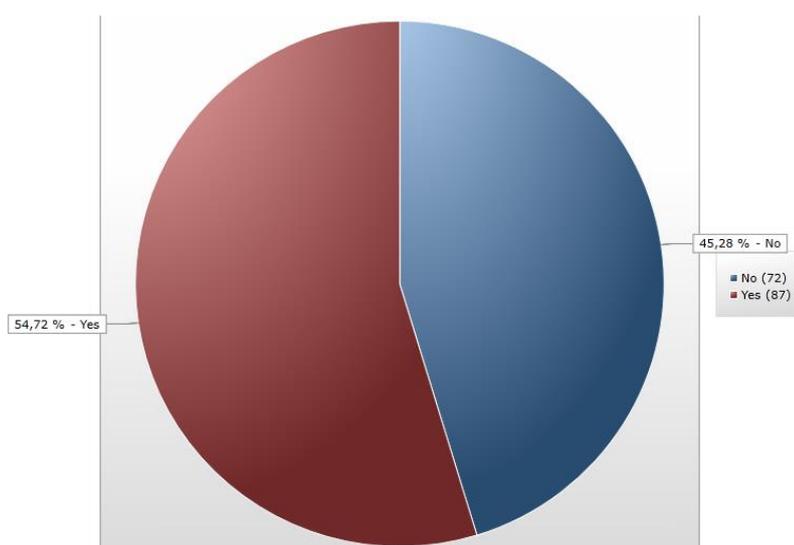
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación al número de embarazos (Tabla 12) se observó que (91,19%) solo ha tenido un embarazo, sin embargo (8,18%) ya ha tenido 2 embarazos y un (0,63%) 3 o más embarazos, es de importancia esta información puesto el alto riesgo de morbilidad que se presenta en el grupo de adolescentes.

10.2.1.6 Embarazo deseado.

Gráfico 8. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según embarazo deseado. Septiembre – diciembre. 2016.



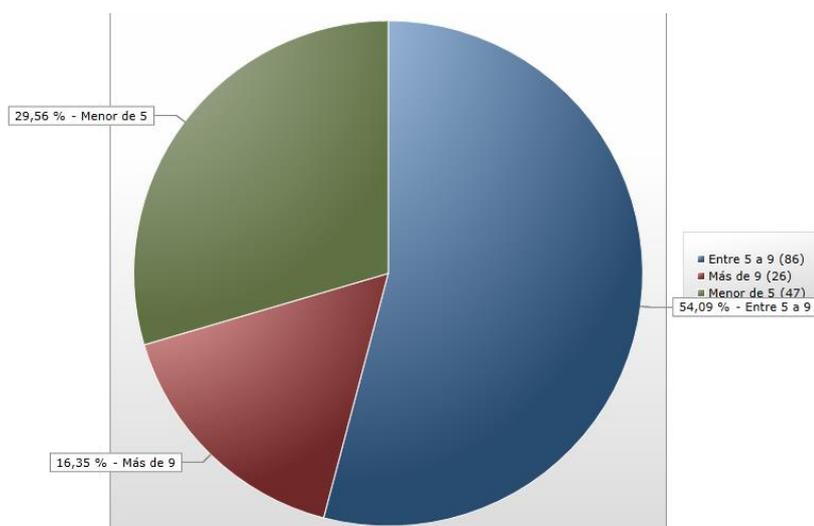
Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los resultados que se visualizan en el gráfico 8, se encontró que la mayoría (54,72%) de las adolescentes reportó como su embarazo deseado, que puede tener relación a su proyecto de vida; a aunque el 45,28% mencionó que no lo deseaba.

10.2.1.7 Número de controles prenatales.

Gráfico 9. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP según número de controles prenatales. Septiembre – diciembre. 2016.



Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación al número de controles prenatales, los resultados de las encuestas reportan que la mayoría (54,09%) acudió a controles prenatales entre 5 a 9 ocasiones cumpliendo con las normativas establecidas, aunque tenemos que el 29,56% lo ha hecho menos de 5 veces, que puede estar en relación a que continúa con su periodo gestacional o tiene relación a una captación media o tardía de su embarazo. Es importante mencionar que en un 16,35% se ha visto que ha superado a los 9 controles prenatales, que demuestra un control prenatal óptimo dado la situación de embarazo adolescente.

10.2.1.8 Captación del embarazo.

Tabla 13. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según primer control prenatal. Septiembre – diciembre. 2016.

Primer control prenatal	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Antes de 12,6 semanas	79	49,69	49,69
Entre 13 y 23,6 semanas	68	42,77	92,46
Después de 24 semanas	12	7,55	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a la captación de embarazo encontramos que no se evidencio mayor diferencia entre captación precoz (49,69%) frente a captación intermedia (42,77%), pero si hay que tener en cuenta que el 7,55% lo hizo de manera tardía y el mismo puede aumentar el riesgo del embarazo o estar en relación a la oferta o situación particular de los servicios de salud.

10.2.1.9 Culminación del embarazo.

Tabla 14. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según culminación de embarazo. Septiembre – diciembre. 2016.

Culminación de embarazo	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aborto	2	1,26	1,26
Cesárea	20	12,58	13,84
Continua gestación	46	28,93	42,77
Parto normal	91	57,23	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a la culminación del embarazo, (Tabla 14) la mayoría tuvo un parto normal (57,23%), continua con la gestación el 28,93%, pero el 13,84% reporto que termino en cesárea o aborto lo que implica que hubo un aumento de riesgos en el embarazo.

10.2.1.10 *Uso de métodos anticonceptivos previos al embarazo.*

Tabla 15. *Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según uso de métodos anticonceptivos. Septiembre – diciembre. 2016.*

Uso métodos anticonceptivos	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	127	79,87	79,87
Si	32	20,12	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En la tabla 15, se reporta el resultado de si las adolescentes usaba algún método anticonceptivo pre gestacional, donde se evidencio que la mayoría (79,87%) no lo usaba, llama la atención que el 20,12% si lo hacía, lo que permite considerar que lo hacían de manera inadecuada.

10.2.1.11 *Vínculo con grupos juveniles.*

Tabla 16. *Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según vínculo con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.*

Vínculo con grupo juvenil	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Desconoce existencia	5	3,14	3,14
No	141	88,68	91,82
Si	13	8,18	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Relacionado a vínculo con grupos juveniles, (Tabla 16) los datos recopilados reportaron que en su mayoría (88,68%) no acudían a ninguno; mientras que apenas el 8,18% de las adolescentes lo hacían lo que nos debe permitir en replantear el mecanismo de trabajo y acercamiento con los/las adolescentes.

10.2.1.11.1 *Tipo de grupo juvenil de vinculación.*

Tabla 17. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de grupo juvenil de vínculo. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de grupo juvenil	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Deportivo	3	23,08	23,08
Educativo	3	23,08	46,15
Musical	2	15,38	61,54
Religioso	3	23,08	84,62
Salud	2	15,38	100,00
Total	13	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a tipo de grupo juvenil que se vinculan del 8,18% del total de adolescentes que lo hacían, en el 23,08% lo hacen a grupos de carácter deportivo, educativo y religioso; con salud se vinculan en apenas 15,38%.

10.2.1.12 Motivación para acudir a la unidad.

Tabla 18. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según motivación para acudir a la unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.

Motivación para acudir a la unidad	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Actividades preventivas en adolescentes	8	5,03	5,03
Consejería en elaboración de proyecto de vida	3	1,89	6,92
Consejería en salud sexual y reproductiva	9	5,66	12,58
Control de embarazo	87	54,72	67,30
No asiste	10	6,29	73,58
Por enfermedad	42	26,42	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

De acuerdo a los datos obtenidos, se encontró que las adolescentes embarazadas la mayoría (54,72%) acuden a la unidad de salud solo por control de embarazo, (26,42%) lo hace por enfermedad y llama la atención que el 6,29% no asiste a pesar de ser registradas en las unidades de salud con al menos un control, lo que

evidencia que las unidades de salud no es considera como un espacio de prevención sino solo de tratamiento.

10.2.1.13 Adolescentes que pueden hablar de sexualidad con padres de manera abierta.

Tabla 19. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según abordaje de sexualidad con padres. Septiembre – diciembre. 2016.

Abordaje de sexualidad con padres	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	70	44,03	44,03
Si	89	55,97	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz

En la tabla 19, se reporta los resultados en relación a si las adolescentes pueden hablar de sexualidad con sus padres, existiendo un porcentaje (55,97%) de mayoría que si lo hace de forma abierta. Mientras que el 44,03% no lo hace evidenciándose que la sexualidad sigue considerada como un tabú.

10.2.1.14 Padres que tratan de entender punto de vista de sexualidad de las adolescentes.

Tabla 20. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según padres entienden sexualidad de adolescentes. Septiembre – diciembre. 2016.

Padres que entienden punto sexualidad de adolescentes.	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	70	44,03	44,03
Si	89	55,97	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Los resultados en relación a si los padres tratan de entender el punto de vista de sexualidad de las adolescentes, menciona que la mayoría (55,97%) si lo hace;

aunque en número similar al hecho de hablar de sexualidad no trata de entender la sexualidad de las hijas.

10.2.1.15 Razones por las que no se puede hablar de sexualidad con padres.

Tabla 21. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según razón por la que no hablan de sexualidad con padres. Septiembre – diciembre. 2016.

Razones por las que no hablan de sexualidad con padres	Número	Porcentaje
No los entenderían	25	15,72
No tengo confianza	39	24,53
Siento temor al castigo	11	6,92
Siento vergüenza	93	58,49
Total	159	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Dentro de las razones por las que las adolescentes no pueden hablar de sexualidad con los padres, los resultados de la encuesta nos reportaron que la causa principal es porque sienten vergüenza (58,49%), seguido de un 24,53% que no tiene confianza, llama la atención el 6,92% que no lo hace por temor a castigo, hecho que refleja que el tema de la sexualidad en la adolescencia todavía es abordada de forma adecuada a nivel de las familias.

10.2.1.16 Proyecto de vida.

Tabla 22. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según proyecto de vida. Septiembre – diciembre. 2016.

Proyecto de vida	Número	Porcentaje
Seguir con mi novio	14	8,81
Casarme	10	6,29
Seguir viviendo con padres	11	6,92
Independizarme y vivir con mi pareja	45	28,30
Conseguir un trabajo	40	25,16

Quedarme como ama de casa	2	1,26
Continuar con mis estudios	85	53,46
No puede estudiar	1	0,63
Trabajar para luego estudiar	34	21,38
Total	159	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Relacionado al proyecto de vida de las adolescentes, Tabla 22, la mayoría (53,46%) piensa en continuar con sus estudios, en menor porcentaje (28,30%) piensa en independizarse con su pareja que sería más a nivel afectivo y familiar, así como (25,16%) más bien se inclina a lo laboral como conseguir un empleo. Con un porcentaje mínimo tenemos que piense quedarse como ama de casa (1,26%) o no pueda estudiar (0,63%). Lo que muestra que las adolescentes dentro de su proyecto de vida priman la parte educativa, seguida de la afectiva con la pareja, luego estaría los padres y la parte económica.

10.2.2 Factores de riesgo psicológico.

10.2.2.1 Nivel de autoestima.

Tabla 23. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según nivel de autoestima. Septiembre – diciembre. 2016.

Nivel de autoestima	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	5	3,14	3,14
Media	42	26,42	29,56
Elevada	112	70,44	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Relacionado a autoestima, los datos recopilados reportan que la mayoría tiene un autoestima elevado (70,44%), y con un autoestima media con 26,42% y bajo con 3,14%, dando un 29,56% que si tiene una afectación a su autoestima.

10.2.3 Factores de riesgo familiar.

10.2.3.1 Funcionalidad familiar según madre de adolescente.

Tabla 24. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según funcionalidad familiar dado por madre. Septiembre – diciembre. 2016.

Funcionalidad familiar según madre	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	98	61,64	61,64
Disfunción leve	43	27,04	88,68
Disfunción moderada	13	8,18	96,86
Disfunción severa	5	3,14	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En base a los datos recolectados, se muestra que la funcionalidad familiar considerada por las madres de las adolescentes, como normal en su mayoría (61,64%); pero es de considerar que se encontró con 11,32% entre disfunción moderada y disfunción severa, que estaría en relación a riesgo para embarazos en las adolescentes.

10.2.3.2 Funcionalidad familiar según adolescente.

Tabla 25. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según funcionalidad familiar dado por adolescente. Septiembre – diciembre. 2016.

Funcionalidad familiar según adolescente	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	112	70,44	70,44
Disfunción leve	25	15,72	86,16
Disfunción moderada	20	12,58	98,74
Disfunción severa	2	1,26	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La funcionalidad familiar en relación a consideración de adolescentes, mostro como normal (70,44%), encontrándose además en 13,84% con disfunción severa y moderada, en los casos siendo superiores a lo que consideran las madres.

10.2.3.3 Tipología familiar.

Tabla 26. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipología familiar. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipología familiar	Número	Porcentaje
Nuclear completa	111	69,81
Nuclear incompleta	38	23,90
Extensa	72	45,28
Ampliada	3	1,89
Reconstituida	16	10,06
Moderna	62	38,99
Tradicional	97	61,01
Integrada	85	53,46
Semi integrada	45	28,30
Desintegrada	29	18,24
Total	159	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a la tipología familiar, tabla 26, los resultados muestran como núcleo familiar en su mayoría como familia nuclear completa (69,81%), aunque también se encontró en un 45,28% como familia extensa. Familia tradicional en el 61,01% frente a moderna en 38,99%, lo que evidenciaría que en su mayoría las madres se encuentran en los domicilios y están de cerca de las hijas. En relación a la integridad, el 53,46% se consideró integrada pero llama la atención del 18,24% de familias desintegradas.

10.2.3.4 Límites familiares.

Tabla 27. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según límite familiar. Septiembre – diciembre. 2016.

Límite familiar	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Flexible	121	76,10	76,10
Permeable	13	8,18	84,28
Rígido	25	15,72	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a los límites familiares, tabla 27, muestra que en su mayoría (76,10%) presenta límites flexibles, pero es importante tener en cuenta que el 23,28% de las familias son exageradamente permisivos o en su defecto rígidos.

10.2.3.5 Relación con padres.

10.2.3.5.1 Relación padre.

Tabla 28. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de relación con padre. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de relación con padre	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	56	35,22	35,22
Conflictiva	30	18,87	54,09
Distante	59	37,11	91,2
Sobre involucramiento	14	8,81	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a los datos de la encuesta se evidencia que el 35,22% de las adolescentes tiene una relación buena con sus padres que sería lo óptimo, aunque encontramos relaciones inadecuadas con son conflictivas en el 18,87%, distantes en el 37,11%, y de sobreprotección en el 8,81%; lo que nos presenta que en su mayoría las adolescentes mantienen inadecuada relación con su padre.

10.2.3.5.2 Relación con madre.

Tabla 29. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de relación con madre. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de relación con madre	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Buena	116	72,96	72,96
Conflictiva	12	7,55	80,51
Distante	12	7,55	88,06
Sobre involucramiento	19	11,95	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a la relación con su madre mencionaron es su mayoría (72,96%) tener una relación buena, en menor porcentaje de 11,95% como madres sobreprotectoras, y relación conflictiva o distante con 7,55% de cada una. Esto indica que las adolescentes mantienen mejor relación con madres que los padres.

10.2.4 Redes de apoyo.

10.2.4.1 Familia.

Tabla 30. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según edad tipo de contacto con familia. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con familia	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	21	13,21	13,21
Contacto estresante	3	1,89	15,1
Contacto fuerte	135	84,91	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Como redes de apoyo, la mayoría (84,91%) considera como una red de apoyo fuerte para las adolescentes, aunque en 15,1% no lo considera como una red de apoyo sino como parte de conflicto.

10.2.4.2 Comunidad.

Tabla 31. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con comunidad. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con comunidad	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	64	40,25	40,25
Contacto estresante	26	16,35	56,6
Contacto fuerte	69	43,40	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La comunidad es vista en el 43,40% como red de apoyo fuerte, pero el 40,25% lo considera débil, con un 16,35% donde la comunidad es más bien fuente de conflicto. Aspecto que genera inquietud ya que se consideraba a la comunidad como una red fuerte que tenía influencia en la vida de sus miembros.

10.2.4.3 Trabajo.

Tabla 32. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con trabajo. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con trabajo	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	17	10,69	10,69
Contacto estresante	100	62,89	73,58
Contacto fuerte	42	26,42	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Al trabajo en este aspecto considerado como actividad remunerada, para la mayoría de las adolescentes es una red estresante 62,89%, en menor porcentaje del 26,42% lo considera fuerte; que está en relación a los factores que influyen en su condición de adolescente y embarazada.

10.2.4.4 Escuela.

Tabla 33. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con escuela. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con escuela	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	73	45,91	45,91
Contacto estresante	42	26,42	72,33
Contacto fuerte	44	27,67	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La escuela o el estudio para 45,91% de las adolescentes es una red de apoyo débil, y más bien es estresante para el 26,42% de las adolescentes, de ahí que no es una buena red de apoyo para trabajo con adolescentes. Solo el 27,67% de las adolescentes refiere que tiene un buen contacto con la educación.

10.2.4.5 Iglesia.

Tabla 34. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con iglesia. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con iglesia	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	61	38,36	38,36
Contacto estresante	43	27,04	65,4
Contacto fuerte	55	34,59	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los datos de la encuesta, los resultados muestran que la iglesia en su mayoría sea por débil (38,36%) o estresante (27,04%), no lo considera como una red de apoyo adecuada para trabajo con los adolescentes, aunque el 34,59% lo considere una red de apoyo fuerte.

10.2.4.6 Unidad de salud.

Tabla 35. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con unidad de salud	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	13	8,18	8,18
Contacto estresante	14	8,81	16,99
Contacto fuerte	132	83,02	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La unidad de salud, que en nuestro caso nos involucra, para el 83,02% de las adolescentes es vista como una red de apoyo fuerte, hecho que nos debe permitir conservar y fortalecer nuestro trabajo con las mismas. Aunque el 16,99% de las adolescentes no lo mire de esta forma.

10.2.4.7 Grupo juvenil.

Tabla 36. Distribución de embarazadas adolescentes que acuden a unidades del MSP según tipo de contacto con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.

Tipo de contacto con grupo juvenil	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto débil	89	55,97	55,97
Contacto estresante	65	40,88	96,85
Contacto fuerte	5	3,14	100,00
Total	159	100,00	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Al grupo juvenil, apenas el 3,14% de las adolescentes lo considera como una red de apoyo fuerte, mientras que para el resto es una red débil (55,97%) o más bien generadora de conflictos (40,88%), esto debe permitirnos replantear métodos de trabajo con las adolescentes.

10.3 Asociación de variables

10.3.1 Factores de socio demográficos.

10.3.1.1 Análisis de información entre etnia y edad.

Tabla 37. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y edad. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	EDAD							Total
	12	14	15	16	17	18	19	
Afro ecuatoriana	1	1	2	2	1	4	3	14
Porcentaje	7,14	7,14	14,29	14,29	7,14	28,57	21,43	100,00
Indígena	0	0	3	5	13	12	23	56
Porcentaje	0,00	0,00	5,36	8,93	23,21	21,43	41,07	100,00
Mestiza	0	0	11	9	14	27	28	89
Porcentaje	0,00	0,00	12,36	10,11	15,73	30,34	31,46	100,00
TOTAL	1	1	16	16	28	43	54	159
Porcentaje	0,63	0,63	10,06	10,06	17,61	27,04	33,96	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los datos obtenidos, se encontró que la mayoría las adolescentes embarazadas se encontraron en la adolescencia tardía (17 a 19 años), con 57,14% de las adolescentes afro ecuatorianas, 85,71% en caso de las indígenas, y en las mestizas el 77,53%. Es interesante resaltar que en la etnia indígena las mujeres se embarazan más tarde que se podría considerar como un factor protector. Se encontró un porcentaje mínimo (0,63%) de embarazadas en la adolescencia temprana es decir de 10 a 13 años. Valor de Chi cuadrado 3,66, con valor de $p = 0,01$, que existe una proporción estadísticamente significativa en la población de estudio con un 95% de confiabilidad.

10.3.1.2 Análisis de información entre etnia y estado civil.

Tabla 38. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y estado civil. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	ESTADO CIVIL				
	Casada	Divorciada	Soltera	Unión Libre	Total
Afro ecuatoriana	0	0	10	4	14
Porcentaje	0,00	0,00	71,43	28,57	100,00
Indígena	5	0	22	29	56
Porcentaje	8,93	0,00	39,29	51,79	100,00
Mestiza	2	2	54	31	89
Porcentaje	2,25	2,25	60,67	34,83	100,00
TOTAL	7	2	86	64	159
Porcentaje	4,40	1,26	54,09	40,25	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto al estado civil, se encontró que en las adolescentes indígenas el estado de unión libre predomina con un 51,79%; así como el de casada con 8,93%, lo que estaría en relación a que las adolescentes indígenas se encuentran con su pareja; el estado de divorciada se encontró mayor en las adolescentes mestizas con el 2,25% y solteras con el 71,43% en las adolescentes afro ecuatorianas. En sentido general predominan las solteras con un 54,09% frente a las 40,25% de adolescentes en unión libre y 4,40% de embarazadas casada. Lo que evidencia conflictos a nivel de las familias en formación en el caso de las adolescentes de nuestro estudio. La relación entre etnia y estado civil no es estadísticamente significativa porque $p = 0,09$ con un Chi Cuadrado de 2,09 y un 95% de nivel de confianza.

10.3.1.3 Análisis de la información entre etnia y nivel de instrucción.

Tabla 39. *Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y nivel de instrucción. Septiembre – diciembre. 2016.*

Etnia	NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
	Primaria	Secundaria	Superior	Total
Afro ecuatoriana	3	11	0	14
Porcentaje	21,42	78,57	0,00	100,00
Indígena	25	29	2	56
Porcentaje	44,64	51,79	3,57	100,00
Mestiza	10	76	3	89
Porcentaje	11,24	85,39	3,37	100,00
TOTAL	38	116	5	159
Porcentaje	23,89	72,95	3,14	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

De acuerdo a los datos obtenidos se encontró que en relación al nivel de instrucción alcanzado como primaria están las adolescentes indígenas con el 44,64%, el nivel secundario lo alcanzan las adolescentes mestizas en el 85,39% y nivel superior casi a la par entre indígenas (3,57%) y mestizas (3,37%). Lo que significaría que las adolescentes indígenas son las que se quedan con más bajo nivel de instrucción. Es importante mencionar que se observó que en la etnia afro no se encontró que tienen acceso a nivel de estudio superior, además del total el 23,89% solo quedo con nivel primario de educación. Chi cuadrado 21,52, $P = 0,0002$, que expresa que existe proporción estadísticamente significativa con 95% de confiabilidad.

10.3.1.4 Análisis de la información entre etnia y zona de residencia y procedencia.

Tabla 40. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y zona de residencia y procedencia. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Residencia			Procedencia		
	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total
Afro ecuatoriana	14	0	14	14	0	14
Porcentaje	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00	100,00
Indígena	51	5	56	51	5	56
Porcentaje	91,07	8,93	100,00	91,07	8,93	100,00
Mestiza	65	24	89	26	63	89
Porcentaje	73,03	26,97	100,00	29,21	70,79	100,00
TOTAL	130	29	159	91	68	159
Porcentaje	81,76	18,24	100,00	57,23	42,77	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación al nivel de residencia se encontró que tanto en afro ecuatorianas (100%), indígenas (91,07%) y mestizos (73,03%) son de área rural. Valor de chi cuadrado 0,030, P 0,015, donde existe proporción estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad. Siendo en cuanto a la procedencia similar para las adolescentes afro ecuatorianas e indígenas solo cambiando para las mestizas que en su mayoría proceden de área urbana (70,79%). Valor de chi cuadrado 0,030, P 0,015, donde existe proporción estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad. Valor de chi cuadrado 59, P = 1,4E-13, donde existe proporción estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.1.5 Análisis de la información entre etnia y la ocupación.

Tabla 41. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y ocupación. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	OCUPACION						
	Ama de casa	Cuenta Propia	Empleada obrera privada	Empleada doméstica	Estudiante	Jornalera	Total
Afro ecuatoriana	8	0	0	0	6	0	14
Porcentaje	57,14	0,00	0,00	0,00	42,86	0,00	100,00
Indígena	43	1	0	1	11	0	56
Porcentaje	76,79	1,79	0,00	1,79	19,64	0,00	100,00
Mestiza	45	1	1	1	40	1	89
Porcentaje	50,56	1,12	1,12	1,12	44,94	1,12	100,00
TOTAL	96	2	1	2	57	1	159
Porcentaje	60,38	1,26	0,63	1,26	35,85	0,63	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a la ocupación para las adolescentes afro ecuatorianas en su mayoría (57,14%) son amas de casa, así como las adolescentes indígenas (76,79%) y las adolescentes mestizas (50,56%). Es importante aclarar que se tomó como ama de casa la actividad doméstica que no tiene remuneración económica alguna. Seguido de ocupación de estudiantes con el 42,86% de las afro ecuatorianas, indígenas el 19,64% y mestizas 44,94%. Lo que se traduce que son más amas de casa las adolescentes indígenas y estudiantes las mestizas. Valor de chi cuadrado 7,66, $P = 0,33$, donde no existe proporción estadísticamente significativa, con un nivel de confianza de 95%.

10.3.2 Factores de riesgo individual.

10.3.2.1 Análisis de información entre etnia y menarquia.

Tabla 42. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y menarquia. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	EDAD DE MENARQUIA			Total
	Menor de 12 años	12 a 15 años	Después de 15 años	
Afro ecuatoriana	5	9	0	14
Porcentaje	35,71	64,29	0,00	100,00
Indígena	18	29	9	56
Porcentaje	32,14	51,79	16,07	100,00
Mestiza	30	52	7	89
Porcentaje	33,71	58,43	7,87	100,00
TOTAL	53	90	16	159
Porcentaje	33,33	56,60	10,06	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a edad de menarquia, se encontró de manera precoz (35,71%) y normal (64,29%) en las adolescentes afro ecuatorianas; siendo tardías (16,07%) en adolescentes indígenas. En general la menarquia en su mayoría (56,6%) se encontró en la edad de 12 a 15 años. Chi cuadrado 3,84, $P = 0,57$, no existe proporción estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.2 Análisis de la información entre etnia y el inicio de vida sexual.

Tabla 43. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia e inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	INICIO DE VIDA SEXUAL			Total
	Antes de 12 años	Entre 12 a 15 años	Después de 15 años	
Afro ecuatoriana	0	7	7	14
Porcentaje	0,00	50,00	50,00	100,00
Indígena	0	10	46	56
Porcentaje	0,00	17,86	82,14	100,00
Mestiza	1	29	59	89
Porcentaje	1,12	32,58	66,29	100,00
TOTAL	1	46	112	159
Porcentaje	0,63	28,93	70,44	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos. / Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

De los datos obtenidos en relación a inicio de vida sexual, coinciden que en su mayoría tanto en las adolescentes indígenas (82,14%) y mestizas (66,29%) inicio después de los 15 años; solo las adolescentes afro ecuatorianas empezaron entre 12 a 15 años (50%) y después de 15 años (50%). Lo que implica que en su mayoría el inicio de vida sexual es de manera tardía. Valor de Chi cuadrado 1,16, P = 0,11, no existe proporción estadísticamente significativa, con un nivel de confianza 95%.

10.3.2.3 Análisis de la información entre etnia y motivación de inicio de vida sexual.

Tabla 44. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y motivación para inicio de vida sexual. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	MOTIVACION PARA INICIO DE VIDA SEXUAL						Total
	Estaba enamorada	Me engañaron	Me obligaron	Me sentía sola	Por probar	Quería embarazarme	
Afro ecuatoriana	12	0	1	0	1	0	14
Porcentaje	85,71	0,00	7,14	0,00	7,14	0,00	100,00
Indígena	45	4	0	0	3	4	56
Porcentaje	80,36	7,14	0,00	0,00	5,36	7,14	100,00
Mestiza	69	0	1	5	10	4	89
Porcentaje	77,53	0,00	1,12	5,62	11,24	4,49	100,00
TOTAL	126	4	2	5	14	8	159
Porcentaje	79,25	2,52	1,26	3,14	8,81	5,03	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Se encontró según los resultados como motivación para inicio de vida sexual en su mayoría como el hecho de estar enamorada, para las adolescentes afro ecuatorianas (85,71%), las indígenas (80,36%) y mestizas (77,53%). Llama la atención que en el caso de las mestizas sea por probar con el 11,24% y en las indígenas sean porque le engañaron y quería embarazarse con el 7,14%. Valor de

Chi cuadrado 6,82, $P = 0,26$, donde no existe relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.4 Análisis de la información entre etnia y número de parejas sexuales.

Tabla 45. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y número de parejas sexuales. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Número de parejas sexuales			
	1	2	3 o mas	Total
Afro ecuatoriana	9	3	2	14
Porcentaje	64,29	21,43	14,29	100,00
Indígena	50	6	0	56
Porcentaje	89,29	10,71	0,00	100,00
Mestiza	63	24	2	89
Porcentaje	70,79	26,97	2,25	100,00
TOTAL	122	33	4	159
Porcentaje	76,73	20,75	2,52	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

De los resultados obtenidos se encontró que predomina con una pareja sexual las adolescentes indígenas en el 89,29%, con 2 parejas sexuales las mestizas (26,97%) y 3 o más parejas las afro ecuatorianas (14,29%). Siendo importante resaltar que entre las 3 etnias la mayoría el 76,73% solo ha tenido una pareja. Chi cuadrado 0,25, $P = 0,007$, donde existe proporción estadísticamente significativa, con nivel de confianza del 95%.

10.3.2.5 Análisis de la información entre etnia y número de embarazos.

Tabla 46. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y número de embarazos. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Número de embarazos			Total
	1	2	3 o mas	
Afro ecuatoriana	14	0	0	14
Porcentaje	100,00	0,00	0,00	100,00
Indígena	50	5	1	56
Porcentaje	89,29	8,93	1,79	100,00
Mestiza	81	8	0	89
Porcentaje	91,01	8,99	0,00	100,00
TOTAL	145	13	1	159
Porcentaje	91,19	8,18	0,63	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a número de embarazos, los resultados mostraron que tanto para afro ecuatorianas (100%), indígenas (89,29%) y mestizas (91,01%) fue su primer embarazo; en porcentaje menor como segundo embarazo para las adolescentes indígenas (8,93%) y mestizas (8,99%). Parece indicar que las adolescentes afro ecuatorianas se cuidan más ante un nuevo embarazo y las indígenas no lo hacen el 10,72% que tienen el segundo hasta tercer embarazo. En total existe 8,81 % de adolescentes que tienen un embarazo sucesivo que puede aumentar los riesgos. Chi cuadrado 6,52, $P = 0,83$, sin proporción estadísticamente significativa, con el 95% de confiabilidad.

10.3.2.6 Análisis de la información entre etnia y embarazo deseado.

Tabla 47. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y embarazo deseado. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Embarazo deseado		
	No	Si	Total
Afro ecuatoriana	7	7	14
Porcentaje	50,00	50,00	100,00
Indígena	18	38	56
Porcentaje	32,14	67,86	100,00
Mestiza	47	42	89
Porcentaje	52,81	47,19	100,00
TOTAL	72	87	159
Porcentaje	45,28	54,72	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los resultados obtenidos, el embarazo deseado predomina en las adolescentes indígenas (67,86%), así como en el general con el 54,72%. Esto podría estar en relación a que el embarazo se constituye como parte del proyecto de vida. Chi cuadrado 0.15, $P = 0.002$, donde existe proporción estadísticamente significativa, con 95% de nivel de confianza.

10.3.2.7 Análisis de información entre etnia y número de controles prenatales.

Tabla 48. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y número de controles prenatales. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Número de controles prenatales			Total
	Menor de 5	Entre 5 a 9	Más de 9	
Afro ecuatoriana	6	8	0	14
Porcentaje	42,86	57,14	0,00	100,00
Indígena	26	24	6	56
Porcentaje	46,43	42,86	10,71	100,00
Mestiza	15	54	20	89
Porcentaje	16,85	60,67	22,47	100,00
TOTAL	47	86	26	159
Porcentaje	29,56	54,09	16,35	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación al número de controles prenatales, los resultados mostraron que las que menos acuden son las adolescentes indígenas (46,43%) con menos de 5 controles, mientras que las que más acuden con más de 9 controles son mestizas (22,47%). En las 3 etnias en promedio tienen entre 5 a 9 controles cumpliendo con las normativas de salud en embarazadas. Chi cuadrado 0,15, $P = 0,002$, donde existe proporción estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.8 Análisis de la información entre etnia y primer control prenatal.

Tabla 49. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y primer control prenatal. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Captación del embarazo			Total
	Antes 12,6 semanas	Entre 13 - 23,6 semanas	Después 24 semanas	
Afro ecuatoriana	10	4	0	14
Porcentaje	71,43	28,57	0,00	100,00
Indígena	13	32	11	56
Porcentaje	23,21	57,14	19,64	100,00
Mestiza	56	32	1	89
Porcentaje	62,92	35,96	1,12	100,00
TOTAL	79	68	12	159
Porcentaje	49,69	42,77	7,55	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la captación precoz del embarazo se dio en adolescentes afro ecuatorianas (71,43%) y mestizas (62,82%), mientras que de manera tardía se presentó en las indígenas (19,64%). Chi cuadrado 0,0035, $P = 1,56E-06$, con relación de proporción estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.9 Análisis de la información entre etnia y culminación de embarazo.

Tabla 50. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y culminación de embarazo. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Culminación del embarazo				
	Aborto	Cesárea	Continua gestación	Parto normal	Total
Afro ecuatoriana	0	3	5	6	14
Porcentaje	0,00	21,43	35,71	42,86	100,00
Indígena	2	4	15	35	56
Porcentaje	3,57	7,14	26,79	62,50	100,00
Mestiza	0	13	26	50	89
Porcentaje	0,00	14,61	29,21	56,18	100,00
TOTAL	2	20	46	91	159
Porcentaje	1,26	12,58	28,93	57,23	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La culminación del embarazo se mostró según los datos de la encuesta que se dio el parto normal en afro ecuatorianas (42,86%), indígenas 62,50%, y mestizas 56,18%. Continúa con la gestación en las afro ecuatorianas el 35,71%, indígena 26,79% y mestizas 29,21%. Llama la atención que se presentó el aborto solo en indígenas con el 3,57% que estaría en relación a mayor riesgo en el embarazo de las mismas. Chi cuadrado 4,77, $P = 0,42$, donde no existe relación de proporción estadísticamente significativa, con nivel de confiabilidad de 95%.

10.3.2.10 Análisis de la información entre etnia y uso de métodos anticonceptivos.

Tabla 51. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y uso de métodos anticonceptivos. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Uso de métodos anticonceptivos		
	No	Si	Total
Afro ecuatoriana	11	3	14
Porcentaje	78,57	21,43	100,00
Indígena	42	14	56
Porcentaje	75,00	25,00	100,00
Mestiza	74	15	89
Porcentaje	83,14	16,85	100,00
TOTAL	127	32	159
Porcentaje	79,87	20,12	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

El uso de métodos anticonceptivos previos al embarazo, según los resultados, se presentó en las adolescentes indígenas (25%) seguidas de afro ecuatorianas (21,43%). Mientras que no lo usaban las mestizas (83,14%) seguidas de las afro ecuatorianas (78,57%). Esto refleja que son más las adolescentes que no usaban, pero es necesario tener en cuenta que si hubo un buen porcentaje (20,12) que lo hacían que sería importante conocer el motivo del fracaso del método aspecto a tener en cuenta en futuras intervenciones. Chi cuadrado 1,338, $P = 0,48$, donde no existe relación proporción estadísticamente significativa, con nivel de confiabilidad de 95%.

10.3.2.11 Análisis de la información entre etnia y vinculación con grupo juvenil.

Tabla 52. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y vínculo con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Vínculo con grupo juvenil			
	Desconoce existencia	No	Si	Total
Afro ecuatoriana	0	13	1	14
Porcentaje	0,00	92,86	7,14	100,00
Indígena	4	41	11	56
Porcentaje	7,14	73,21	19,64	100,00
Mestiza	1	87	1	89
Porcentaje	1,12	97,75	1,12	100,00
TOTAL	5	141	13	159
Porcentaje	3,14	88,68	8,18	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación con vínculo con grupo juvenil, los resultados mostraron que apenas el 19,64% de las adolescentes indígenas pertenecieron a algún grupo, siendo este el principal, mientras que su gran mayoría el 88,68% nunca lo hizo o el 3,14% desconocía la existencia de grupos juveniles. Lo que muestra que en la realidad para este grupo de adolescentes no hubo alguna relación con un grupo de pares como autoayuda. Chi cuadrado 0,053, $P = 0,00034$, donde existe relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.12 Análisis de información entre etnia y motivación para acudir a la unidad de salud.

Tabla 53. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y motivación para acudir a la unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Motivación para acudir a la unidad						
	Actividades preventivas en adolescentes	Consejería en elaboración de proyecto de vida	Consejería en salud sexual y reproductiva	Control de embarazo	No asiste	Por enfermedad	Total
Afro ecuatoriana	0	0	2	8	1	3	14
Porcentaje	0,00	0,00	14,29	57,14	7,14	21,43	100
Indígena	6	0	1	34	4	11	56
Porcentaje	10,71	0,00	1,79	60,71	7,14	19,64	100
Mestiza	2	3	6	45	5	28	89
Porcentaje	2,25	3,37	6,74	50,56	5,62	31,46	100
TOTAL	8	3	9	87	10	42	159
Porcentaje	5,03	1,89	5,66	54,72	6,29	26,42	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La motivación para acudir a la unidad de salud, los resultados reportan que por control de embarazo es de 57,14% en afro ecuatorianas, indígenas 60,71% y mestizas 50,56%. Seguido de por enfermedad afro ecuatorianas 21,43%, indígenas 19,64% y mestizas 31,46%. Lo que nos muestra que la unidad de salud no es visualizada por la adolescente como un espacio de prevención sino más bien para el 81,14% acudió por un requerimiento específico como control de embarazo o enfermedad. Chi cuadrado 14,3095.

10.3.2.13 Análisis de la información entre etnia y padres que hablan de sexualidad.

Tabla 54. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y padres que hablan de sexualidad. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Padres que hablan de sexualidad de manera abierta		
	No	Si	Total
Afro ecuatoriana	9	5	14
Porcentaje	64,29	35,71	100,00
Indígena	24	32	56
Porcentaje	42,86	57,14	100,00
Mestiza	37	52	89
Porcentaje	41,57	58,43	100,00
TOTAL	70	89	159
Porcentaje	44,03	55,97	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a si los padres hablan de sexualidad de manera abierta con las adolescentes, se reporta que en las indígenas es en un 57,14% y mestizas 58,43%, en las afro ecuatorianas no se habla en un 64,29%. Evidenciado que es un aspecto que se debe enfocar con mayor énfasis en temas de asesoramiento en las adolescentes y sus padres. Chi cuadrado 0,64, $P = 0,275$, donde no existe relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.14 Análisis de la información entre etnia y padres que entienden la sexualidad de hijas.

Tabla 55. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y padres que entienden sexualidad. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Padres que tratan de entender sexualidad de hijas		
	No	Si	Total
Afro ecuatoriana	8	6	14
Porcentaje	57,14	42,86	100,00
Indígena	23	33	56
Porcentaje	41,07	58,93	100,00
Mestiza	39	50	89
Porcentaje	43,82	56,18	100,00
TOTAL	70	89	159
Porcentaje	44,03	55,97	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según los resultados de los datos recopilados los padres tratan de entender los puntos de vista de sexualidad de las adolescentes en caso de las afro ecuatorianas en 42,86%, indígenas el 58,93% y mestizas el 56,18%; en total el 44,03% de los padres no lo hace lo que refleja que la sexualidad es un punto importante a desarrollar con los mismos en la salud de las adolescentes. Chi cuadrado 1,62, $P = 0,55$, no se encuentra relación de proporción estadísticamente significativo, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.15 Análisis de la información entre etnia y razones por las que no pueden hablar de sexualidad.

Tabla 56. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y razones por las que no pueden hablar de sexualidad. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Razones por las que no pueden hablar de sexualidad				Total
	No entenderían	No tengo confianza	Siento temor al castigo	Siento vergüenza	
Afro ecuatoriana	1	5	1	11	14
Porcentaje	7,14	35,71	7,14	78,57	100,00
Indígena	12	13	5	27	56
Porcentaje	21,43	23,21	8,93	48,21	100,00
Mestiza	12	21	5	55	89
Porcentaje	13,48	23,60	5,62	61,80	100,00
TOTAL	25	39	11	93	159
Porcentaje	15,72	24,53	6,92	58,49	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Las razones por las que no pueden hablar de sexualidad con los padres se encontraron que es por vergüenza en primer lugar para las afro ecuatorianas (78,57%), indígenas (48,21%) y mestizas (61,80%). Siendo en segundo lugar el no tener confianza en similares condiciones para las 3 etnias.

10.3.2.16 Análisis de la información entre etnia y autoestima.

Tabla 57. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y nivel de autoestima. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Nivel de autoestima			Total
	Baja	Media	Elevada	
Afro ecuatoriana	2	3	9	14
Porcentaje	14,29	21,43	64,29	100,00
Indígena	3	8	45	56
Porcentaje	5,36	14,29	80,36	100,00
Mestiza	0	31	58	89
Porcentaje	0,00	34,83	65,17	100,00
TOTAL	5	42	112	159
Porcentaje	3,14	26,42	70,44	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos. / Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Los resultados reportaron un autoestima elevado para adolescentes afro ecuatorianas (64,29%), indígenas (80,36%) y mestizas (65,17%), también es importante tener en cuenta que se encontró autoestima media en afro ecuatorianas con 21,43% y mestizas 34,83%, y autoestima baja en afro ecuatorianas con 14,29%. Chi cuadrado 0,29, $P = 0,010$, donde existe relación proporcional estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.17 *Análisis de información entre etnia y funcionalidad familiar según la madre.*

Tabla 58. *Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y funcionalidad familiar según madre. Septiembre – diciembre. 2016.*

Etnia	Funcionalidad familiar según madre				Total
	Normal	Disfunción leve	Disfunción moderada	Disfunción severa	
Afro ecuatoriana	7	2	4	1	14
Porcentaje	50,00	14,29	28,57	7,14	100,00
Indígena	32	23	0	1	56
Porcentaje	57,14	41,07	0,00	1,79	100,00
Mestiza	59	18	9	3	89
Porcentaje	66,29	20,22	10,11	3,37	100,00
TOTAL	98	43	13	5	159
Porcentaje	61,64	27,04	8,18	3,14	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Según las madres de las adolescentes se reportaron una funcionalidad normal para las afro ecuatorianas (50%), indígenas 57,14% y mestizas 66,29%. Aunque es relevante considerar que en las afro ecuatorianas se reportaron disfunción moderada en 28,57%, y disfunción leve para indígenas (41,07%) y mestizas (20,22%). En total se encontró el 38,36% de madres que consideraron a su familia con algún grado de disfunción. Chi cuadrado 1,006, $P = 0,014$, donde existe relación estadísticamente significativa, con una confiabilidad de 95%.

10.3.2.18 Análisis de información entre etnia y funcionalidad familiar según adolescentes.

Tabla 59. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y funcionalidad familiar según adolescente. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Funcionalidad familiar según adolescente				Total
	Normal	Disfunción leve	Disfunción moderada	Disfunción severa	
Afro ecuatoriana	7	2	3	2	14
Porcentaje	50,00	14,29	21,43	14,29	100,00
Indígena	45	8	3	0	56
Porcentaje	80,36	14,29	5,36	0,00	100,00
Mestiza	60	15	14	0	89
Porcentaje	67,42	16,85	15,73	0,00	100,00
TOTAL	112	25	20	2	159
Porcentaje	70,44	15,72	12,58	1,26	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En relación a los datos obtenidos para las adolescentes, la funcionalidad familiar fue valorada como buena en su mayoría, afro ecuatorianas (50%), indígenas (80,36%) y mestizas (67,42%). Aunque se reportaron disfunción leve en mestizas (16,85%) y moderada en afro ecuatorianas (21,43%). En sentido general los resultados mostraron que el 29,56% de las adolescentes visualiza a su familia como disfuncional siendo este menor a lo que consideraron las madres. Chi cuadrado 26,50, $P = 0,0003$, con relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad, probabilidad 0,0002.

10.3.2.19 Análisis de la información entre etnia y límite familiar.

Tabla 60. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y límite familiar. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Límite familiar			
	Flexible	Permeable	Rígido	Total
Afro ecuatoriana	13	0	1	14
Porcentaje	92,86	0,00	7,14	100,00
Indígena	33	8	15	56
Porcentaje	58,93	14,29	26,79	100,00
Mestiza	75	5	9	89
Porcentaje	84,27	5,62	10,11	100,00
TOTAL	121	13	25	159
Porcentaje	76,10	8,18	15,72	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos. / Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a los límites familiares los resultados reportaron como flexibles para afro ecuatorianas (92,86%), indígenas (58,93%) y mestizas (84,27%); así mismo con límites rígidos (26,79%) y permeables (14,29%) en las adolescentes indígenas como los predominantes. Chi cuadrado 0,28, P = 0,009, donde existe relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.20 Análisis de la información entre etnia y tipo de relación con el padre.

Tabla 61. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y relación con padre. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Tipo de relación del padre con adolescente				
	Buena	Conflictiva	Distante	Sobre involucramiento	Total
Afro ecuatoriana	8	1	4	1	14
Porcentaje	57,14	7,14	28,57	7,14	100,00
Indígena	14	9	32	1	56
Porcentaje	25,00	16,07	57,14	1,79	100,00
Mestiza	34	20	23	12	89
Porcentaje	38,20	22,47	25,84	13,48	100,00
TOTAL	56	30	59	14	159
Porcentaje	35,22	18,87	37,11	8,81	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos. / Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La relación con el padre para las afro ecuatorianas se consideró como buena (57,14%) distante (28,57%); para las indígenas distante (57,14%), buena (25%) y para las mestizas buena (38,20%) y distante (25,84%). En total los resultados mostraron que el 64,79% de las adolescentes no tiene buena relación con su padre. Chi cuadrado 0,51, $P = 0,0023$, con relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.2.21 **Análisis de la información entre etnia y tipo de relación con madre.**

Tabla 62. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y tipo de relación con madre. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Tipo de relación con la madre de adolescente				Total
	Buena	Conflictiva	Distante	Sobre involucramiento	
Afro ecuatoriana	10	2	0	2	14
Porcentaje	71,43	14,29	0,00	14,29	100,00
Indígena	44	1	8	3	56
Porcentaje	78,57	1,79	14,29	5,36	100,00
Mestiza	62	9	4	14	89
Porcentaje	69,66	10,11	4,49	15,73	100,00
TOTAL	116	12	12	19	159
Porcentaje	72,96	7,55	7,55	11,95	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Los resultados de la encuesta relacionada al tipo de relación existente entre madre y adolescente reportaron que en su mayoría tiene una buena relación en afro ecuatorianas (71,43%), indígenas (78,57%) y mestizas (69,66) siendo la madre una fuente importante de soporte de las adolescentes. Es importante tener en cuenta que en las mestizas hay una sobre protección en 15,73%. Del total el 27,05% de las adolescentes no tiene buena relación con su madre. Chi cuadrado 1,764, $P = 0,06$,

donde no existe relación estadísticamente significativa, con una confiabilidad de 95%.

10.3.2.22 **Análisis de información entre etnia y tipología familiar.**

Tabla 63. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y tipología familiar. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Tipología familiar										
	Nuclear completa	Nuclear incompleta	Extensa	Reconstituida	Ampliada	Tradicional	Moderna	Integrada	Semi integrada	Desintegrada	Total
Afro ecuatoriana	8	6	0	7	0	6	8	8	4	2	14
Porcentaje	57,1	42,8	0,0	50,0	0,0	42,8	57,1	57,1	28,5	14,2	100
Indígena	41	12	40	2	2	43	13	23	26	7	56
Porcentaje	73,2	21,4	71,4	3,5	3,5	76,7	23,2	41,0	46,4	12,5	100
Mestiza	62	20	32	7	1	48	41	54	15	20	89
Porcentaje	69,6	22,4	35,9	7,8	1,1	53,9	46,0	60,6	16,8	22,4	100
TOTAL	111	38	72	16	3	97	62	85	45	29	159
Porcentaje	69,8	23,9	45,2	10,0	1,8	61,0	38,9	53,4	28,3	18,2	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, tabla 63, se encontró en la tipología familiar para afro ecuatorianas con predominio de familia nuclear completa (57,1%), moderna e integrada (57,1%). En cuanto a las adolescentes indígenas se encontró que predomina familia nuclear completa (73,2%), extensa (71,4%), tradicional (76,7%) y semi integrada (46,4%). En relación a las mestizas reportaron como nuclear completa (69,6%), tradicional (53,9%) e integrada (60,6%).

10.3.3 Redes de apoyo.

10.3.3.1 Análisis de información entre etnia y familia como red de apoyo.

Tabla 64. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con familia. Septiembre – diciembre. 2016.

	Familia como red de apoyo			
Etnia	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	Total
Afro ecuatoriana	2	2	10	14
Porcentaje	14,29	14,29	71,43	100,00
Indígena	12	1	43	56
Porcentaje	21,43	1,79	76,79	100,00
Mestiza	7	0	82	89
Porcentaje	7,87	0,00	92,13	100,00
TOTAL	21	3	135	159
Porcentaje	13,21	1,89	84,91	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Los resultados reportaron que la familia es considerada como red de apoyo fuerte para afro ecuatorianas (71,43%), indígenas (76,79%) y mestizas (92,13%). Aunque para las adolescentes indígenas es una red débil en un 21,43% y para las afro ecuatorianas estresante en el 14,29%, lo que permite visualizar conflictos en la familia de las adolescentes indígenas y afro ecuatorianas. Del total se encontró que el 15,1% de las adolescentes no considera a la familia como una red de apoyo lo cual puede estar en relación a conflictos o crisis dada la situación del embarazo en adolescentes. Chi cuadrado 0,1134, $P = 0,0015$, donde existe relación estadísticamente significativa, con una confiabilidad de 95%.

10.3.3.2 Análisis de información entre etnia y comunidad como red de apoyo.

Tabla 65. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con comunidad. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Comunidad como red de apoyo			Total
	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	
Afro ecuatoriana	3	2	9	14
Porcentaje	21,43	14,29	64,29	100,00
Indígena	24	16	16	56
Porcentaje	42,86	28,57	28,57	100,00
Mestiza	37	8	44	89
Porcentaje	41,57	8,99	49,44	100,00
TOTAL	64	26	69	159
Porcentaje	40,25	16,35	43,40	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La comunidad es considerada como una red de apoyo fuerte para las adolescentes afro ecuatorianas (64,29%) y mestizas (49,44%) pero para las indígenas es un contacto débil en 42,86% y estresante 28,57%, lo que muestra que la comunidad no es una red de apoyo importante para las indígenas, aspecto que es importante tener en cuenta en el trabajo ya que se considera que en la etnia indígena la comunidad tiene un papel relevante. En sentido general el 56,6% de las adolescentes no visualiza a la comunidad como un ente de apoyo. Chi cuadrado 0,2268, P = 0,0059, con existencia de relación estadísticamente significativa, con un nivel de confiabilidad 95%.

10.3.3.3 Análisis de información entre etnia y trabajo como red de apoyo.

Tabla 66. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con trabajo. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Trabajo como red de apoyo			Total
	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	
Afro ecuatoriana	4	5	5	14
Porcentaje	28,57	35,71	35,71	100,00
Indígena	3	48	5	56
Porcentaje	5,36	85,71	8,93	100,00
Mestiza	10	47	32	89
Porcentaje	11,24	52,81	35,96	100,00
TOTAL	17	100	42	159
Porcentaje	10,69	62,89	26,42	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Los resultados reportaron que el trabajo es considerado como red de apoyo estresante para indígenas (85,71%) y mestizas (52,81%), solo para adolescentes mestizas es una red de apoyo fuerte en 35,96%. En sentido general el trabajo no es un apoyo para el 73,58% de las adolescentes. Chi cuadrado 0,028, $P = 0,0001$, donde existe relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.3.4 Análisis de información entre etnia y escuela como red de apoyo.

Tabla 67. Análisis estadístico bivariado embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con escuela. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Escuela como red de apoyo			Total
	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	
Afro ecuatoriana	7	1	6	14
Porcentaje	50,00	7,14	42,86	100,00
Indígena	15	29	12	56
Porcentaje	26,79	51,79	21,43	100,00
Mestiza	51	12	26	89
Porcentaje	57,30	13,48	29,21	100,00
TOTAL	73	42	44	159
Porcentaje	45,91	26,42	27,67	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos. / Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

En cuanto a la escuela o educación, se encontró cómo contacto débil para adolescentes afro ecuatorianas (50%) y mestizas (57,3%) y para las indígenas es más bien un contacto estresante (51,79%). Lo consideran contacto fuerte las adolescentes afro ecuatorianas en 42,86% y mestizas en 29,21%. Se evidencio que la escuela no es una red de apoyo importante en el 72,33% de las adolescentes. Chi cuadrado 0,005, $P = 4,23E-06$, con relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.3.5 Análisis de información entre etnia e iglesia como red de apoyo.

Tabla 68. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con iglesia. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Iglesia como red de apoyo			Total
	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	
Afro ecuatoriana	8	0	6	14
Porcentaje	57,14	0,00	42,86	100,00
Indígena	10	26	20	56
Porcentaje	17,86	46,43	35,71	100,00
Mestiza	43	17	29	89
Porcentaje	48,31	19,10	32,58	100,00
TOTAL	61	43	55	159
Porcentaje	38,36	27,04	34,59	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz

De acuerdo a los resultados obtenidos la iglesia es considerada como contacto fuerte en mayor porcentaje del 42,86% para las afro ecuatorianas, como estresante para las indígenas en 46,73% y débil para afro ecuatorianas en 57,14%. Lo que muestra que la iglesia no es una red de apoyo adecuada para el trabajo con adolescentes en el 65,4%. Chi cuadrado 0,064, $P = 0,0005$, donde existe relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.3.6 Análisis de información entre etnia y unidad de salud como red de apoyo.

Tabla 69. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con unidad de salud. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Unidad de salud como red de apoyo			
	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	Total
Afro ecuatoriana	0	1	13	14
Porcentaje	0,00	7,14	92,86	100,00
Indígena	8	11	37	56
Porcentaje	14,29	19,64	66,07	100,00
Mestiza	5	2	82	89
Porcentaje	5,62	2,25	92,13	100,00
TOTAL	13	14	132	159
Porcentaje	8,18	8,81	83,02	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

La unidad de salud de salud fue considerada como una red de apoyo fuerte para las afro ecuatorianas (92,86%), indígenas (66,07%) y mestizas (92,13%); aunque para las indígenas es una red de apoyo estresante en 19,64% y débil en 14,29% aspecto a considerar que las unidades de salud en contacto con adolescentes indígenas deben tener en cuenta este aspecto. En general el 16,99% de las adolescentes no visualiza a la unidad de salud como un apoyo. Chi cuadrado 0,098, $P = 0,0011$, con existencia de relación estadísticamente significativa, con 95% de confiabilidad.

10.3.3.7 Análisis de información entre etnia y grupo juvenil como red de apoyo.

Tabla 70. Análisis estadístico bivariado de embarazadas adolescentes que acuden a las unidades del MSP, entre etnia y contacto con grupo juvenil. Septiembre – diciembre. 2016.

Etnia	Grupo juvenil como red de apoyo			Total
	Contacto débil	Contacto estresante	Contacto fuerte	
Afro ecuatoriana	13	0	1	14
Porcentaje	92,86	0,00	7,14	100,00
Indígena	13	39	4	56
Porcentaje	23,21	69,64	7,14	100,00
Mestiza	63	26	0	89
Porcentaje	70,79	29,21	0,00	100,00
TOTAL	89	65	5	159
Porcentaje	55,97	40,88	3,14	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Dr. Pupiales / Dr. Quespaz.

Los resultados de las encuestas, reportaron que las adolescentes embarazadas lo consideran al grupo de jóvenes como un contacto fuerte en apenas 7,14% en afro ecuatorianas e indígenas y la mayoría como un débil contacto para afro ecuatorianas con 92,86% y mestizas 70,79%; para las indígenas fue un contacto estresante en 69,64%. Esto indica que como red de apoyo los grupos juveniles no son vistos de tal forma en el 96,85% de las adolescentes. Chi cuadrado 0,0017, $P = 3,60E-07$, donde existe relación estadísticamente significativa, con confiabilidad del 95%.

11 Capítulo V. Discusión

Encontramos una prevalencia de embarazo de 35,31 y 36,29 por 1000 habitantes a nivel cantón Ibarra y de Distrito 10D01 respectivamente.

Los resultados muestran que la mayoría de adolescentes de las tres etnias tuvieron un mayor porcentaje de embarazo en las edades comprendidas entre los 15 a los 19 años con 78,61%, relacionados a las cifras nacionales 44,1% , sin embargo es de resaltar que los embarazos más tempranos es en afrodescendientes en relación a las otras etnias. (INEC, 2011). En cuanto a la etnia se encontró el 55,97% en mestizas e indígenas 35,22% frente al 5,2% en afro ecuatorianas (INEC, 2011)

Según el estado civil encontramos que la mayoría (54,09%) de las adolescentes se encuentran como solteras, el 44,65% vive o vivió con su pareja en comparación al 3% de adolescentes que ha vivido con pareja (Velasco Abad, Alvarez Velasco, Carrera Herrera, & Vásquez Rodríguez, 2014).

En el nivel de educación se visualizó que la mayoría (72,95%) alcanzo el nivel secundario de educación, frente 51,1% de básica, 23,1% media (INEC, 2011) incluso con posibilidades de retomar sus estudios lo que contradice al hecho de abandono escolar que se plantean (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2008).

Según la procedencia se evidencia que no existe una diferencia significativa ya que el resultado reporta una procedencia rural de 57,23%, en cuanto a la residencia si es evidente ya que la mayoría (81,76%) lo son de zona rural que corresponde a los datos revisados. (Llerena Espinoza, UTA, 2015)

Relacionado a la ocupación se encontró que el 60,38% se dedica a ser ama de casa con tareas domésticas sin reconocimiento económico lo que conlleva a

limitaciones en nivel de aspiración económica, de superación personal, que está en relación al 45,3%. (INEC, 2011)

En cuanto a la menarquia los resultados mostraron que el 56,60% lo tuvo entre 12 a 15 años, alejándose del riesgo manifestado por menarquia precoz con 51,26% planteado (Rionaula Muñoz & Romero Loja, 2014).

Se encontró que el inicio de la vida sexual estuvo después de los 15 años (70,44%) en la mayoría de las adolescentes, por lo que se aleja también del riesgo considerado como inicio precoz de la vida sexual, frente a 51,26% que empezó entre 14 a 16 años (Rionaula Muñoz & Romero Loja, 2014), si es importante notar que un segundo grupo importante inicia su vida sexual (a partir de los doce años) de forma temprana.

En cuanto a la motivación de inicio de vida sexual es de notar que en su mayoría (79,25%) y en las tres etnias manifestó porque estaba enamorada correlacionándose con 42,8% en Chile (Electra González A, 2007) .

En relación al número de parejas sexuales se encontró que la mayoría (76,73%) ha tenido solo una pareja sexual, en relación al estudio de Cuba donde las adolescentes que empezaron su vida sexual entre 15 a 17 años tenían más de 6 parejas sexuales (Valdés Dacal & Essien, 2002), así como lo fue según el número de embarazos siendo el primero en 91,19% de las encuestadas.

Relacionado a si el embarazo fue deseado no se encontró una diferencia significativa, siendo el 54,72% que si lo deseaba, llama la atención que en caso de las adolescentes indígenas en cambio la mayoría (67,86%) lo deseaba lo que tiene relación con su cosmovisión de mujer y fertilidad.

Es importante conocer como es la atención a la adolescente embarazada por lo que se encontró que la mayoría (54,09%) alcanzó entre 5 a 9 nuevo controles

cumpliendo con las normativas del ministerio de salud pública del Ecuador. Al mismo tiempo es importante visualizar la captación del embarazo, los resultados mostraron que lo hacen antes de las 12 semanas, que sería oportuno, el 49,69%, pero llama la atención que el 7,55% lo hace de manera tardía es decir después de las 24 semanas de edad gestacional, lo cual podría suponer los riesgos del embarazo. Los resultados demostraron que en su mayoría (57,23%) en embarazo termina en parto normal.

Un aspecto que es relevante, es en cuanto al uso de métodos anticonceptivos preconceptionales, donde los resultados reflejan que en su mayoría (79,87%) no lo hacía, sabiendo que es un aspecto importante en el trabajo de promoción y prevención en la salud de los adolescentes que no se está cumpliendo.

Tomando en cuenta que dentro de los programas nacionales, las unidades de salud deberían ser las promotoras de la consejería en salud sexual y reproductiva, se observó en el estudio que solo el 14,29% de afrodescendientes, el 1,79% de indígenas, y el 6,74%, manifestaron haber acudido por ese motivo, siendo un mínimo porcentaje y en su mayoría (54,72%) lo hace por control de embarazo solamente.

En el aspecto de promoción se ha considerado, una herramienta útil al grupo de adolescentes, pero los resultados reportan que el 88,68% de las adolescentes encuestadas no acude a los mismos, lo que debería permitir replantear y buscar nuevas alternativas de trabajo y acercamiento con las adolescentes.

En relación al tema de sexualidad dentro de la familia el 55,97% de las adolescentes si habla del tema con sus padres así como les entienden en su punto de vista de la sexualidad. Pero en cuanto a las razones para no hablar de sexualidad manifestaron sentir vergüenza en su mayoría en el abordaje de la sexualidad (58,49%) lo que podríamos decir que serían bastante vulnerables en respecto a una información adecuada de lo que significa una sexualidad

responsable y además que sigue siendo un tema de manejo cerrado dentro de los hogares

Se encontró la prevalencia del autoestima elevado (70,44%), que no se relaciona a las literaturas observadas, donde se habla como factor la autoestima bajo. Cabe resaltar que tiene bastante correlación el nivel de autoestima con la funcionalidad familiar que fue valorada por la adolescente (70,44%) como normal así como funcionalidad valorada por la madre como normal en 61,64%.

Dentro de límites familiares se encontró que la mayoría lo considera como límite flexible (76,10%), que no tiene relación a otros estudios donde se menciona como riesgos los límites patológicos.

En cuanto a la relación familiar existente las adolescentes manifestaron que existe una similitud en la relación con el padre entre buena (35,22%) y distante (37,11%) siendo bajos; lo que difiere de la relación con la madre siendo esta buena en el 72,96%, esto implicaría que se debe reforzar el trabajo con los padres en guías anticipatorias a fin de mejorar la relación.

Las características de acuerdo a la tipología de familia, se evidencio en su mayoría como familias nuclear completa (69,8%), tradicional (61%), integrada 53,4%, lo que nos permite visualizar que el embarazo en adolescentes aunque en menor porcentaje depende de familias consideradas como desequilibradas, por lo que nuestra actividad debería estar relacionado a fomentar familias optimas como protección a embarazos en adolescentes.

En relación a las redes de apoyo, es importante considerar las que las adolescentes consideran como contacto fuerte como son el caso de familia (84,91%), comunidad (43,40%), Unidad de Salud (83,02%) e Iglesia (34,59%). Como contacto débil lo son comunidad (40,25%), Escuela (45,91%), iglesia (38,36%) y grupo juvenil (55,97%). Es necesario tener en cuenta que al trabajo el 62,89% de las encuestadas manifiesta como un contacto estresante.

Se encontraron asociación (estadísticamente significativa) entre las variables de etnia y edad, nivel de instrucción, zona de residencia y procedencia, número de parejas sexuales, número de control prenatal, captación en primer control prenatal, vínculo con grupo juvenil, nivel de autoestima, límites familiares, funcionalidad familiar según madre y adolescente, y los diferentes grupos de ayuda (familia, comunidad, trabajo, iglesia, unidad de salud y grupo juvenil), con un nivel de confiabilidad del 95%.

12 Capítulo VI. Conclusiones

Tomando en cuenta los resultados de nuestra investigación podemos concluir que:

- Respecto al inicio de la vida sexual así como la menarquia y por ende los embarazos según los resultados mostraron que lo hacen antes de los 12 años aunque en menor porcentaje, lo que orienta que el trabajo preventivo de salud sexual y reproductiva debería de abordarse de manera precoz.
- Dentro del área de nuestro estudio se encontró una predominancia de embarazos en la etnia indígena, siendo estos en su mayoría deseados, con procedencia y residencia rural en su mayoría.
- En cuanto al nivel de instrucción existe un porcentaje importante que alcanza la primaria con riesgos de no continuar sus estudios, así como en la ocupación son muy pocas adolescentes que se dedican a actividades que tienen remuneración económica o familiar.
- A nivel familiar de las adolescentes del presente estudio, es un porcentaje mínimo que alcanza el matrimonio, o se encuentra con su pareja en unión libre; así como se encontró que en un porcentaje considerable la existencia de disfunción familiar en sus diferentes categorías; del mismo modo se evidencia que no existe una buena relación con el padre y con la madre en menor porcentaje que tienen inadecuada relación. No se encontró diferencia importante en cuanto a tipología de la familia. Es importante considerar que si existe una relación aunque en menor porcentaje los límites familiares abiertos o cerrados.
- En cuanto a redes de apoyo, se considera como fuertes a la familia y unidad de salud, y no se consideran como tal a los grupos de autoayuda, la iglesia, la educación, aspectos a tener en cuenta en el futuro. En relación a la unidad de salud en bajo porcentaje es considerado como parte de

actividades preventivas sino más bien de enfermedad o condición que requiere de su atención como es el embarazo, el mismo hecho hace que una cantidad importante de adolescentes no use de métodos anticonceptivos, si está embarazada tenga una captación tardía y no cumpla con el adecuado número de controles prenatales.

- Se demostró que a pesar de las actividades realizadas por las unidades de salud en cuanto a salud sexual y reproductiva persiste el miedo, la desconfianza y una inadecuada comunicación intrafamiliar sobre estos temas.

Finalmente es importante mencionar que se evidenció la interacción de los diferentes factores de riesgo sea individuales biológicos, psicológicos y familiares en el embarazo de las adolescentes que fueron parte de nuestro estudio.

12.1 Recomendaciones

- No generalizar el embarazo en adolescentes, sino más bien particularizar a cada situación individual, familiar y social; conociendo el contexto de manera integral, ubicando al adolescente como parte de un sistema bio – psico – social.
- Fortalecer el trabajo articulado entre los diferentes actores locales a fin de sumar esfuerzos, quizá no en el fin de disminuir los embarazos pero que los mismos sea de manera responsable y no generen crisis no normativas en el sistema familiar y social; mediante asesoría precoz, oportuna y adecuada en paternidad responsable así como riesgos de enfermedades de transmisión sexual a los adolescentes, padres, educadores, etc.

- Mantener y reforzar en las unidades de salud el trabajo en grupos de autoayuda con adolescentes, aunque es adecuado replantear y buscar nuevas formas y metodologías de acercamiento a las jóvenes no institucionalizadas y sus familias, a fin de generar conductas apropiadas en prevención y promoción a nivel individual y familiar en sus diferentes etapas del ciclo vital.
- En las unidades de salud, a través de los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), se debería fomentar un trabajo preventivo, integral, continuo, multidisciplinario en función de las realidades las adolescentes y sus familias en sus diferentes etapas del ciclo vital individual y familiar, a través de consejería y asesoría generando nuevos estilos de vida.

12.2 Páginas complementarias

12.3 Referencias

- Adolescencia, J. C. (SEPTIEMBRE de 2013). *Pediatría Atención Primaria*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013004400116
- Adolescenciab, C. R. (SEPTIEMBRE de 2013). *PEDIATRIA ATENCION PRIMARIA*. Recuperado el 15 de DICIEMBRE de 2016, de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- Alegre Palomino, Y., & Suárez Bustamante, M. (2006). *RAMPA*. Obtenido de <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>
- Almeida, A. B. (2010). *Universidad industrial Santander*. Obtenido de <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/9342/2/133716.pdf>
- Ana Cristina Mafla. (2008). Recuperado el 2014 de marzo de 2016, de Colombia Médica: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/549/940>
- Artiles Visbal, L. (2007). Recuperado el 30 de Noviembre de 2015, de Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu08307.htm
- Asamblea Constituyente. (2008). Recuperado el 13 de Abril de 2016, de Constitución de la República del Ecuador: http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Baeza W, B., Póo, A. M., Vásquez P, O., Muñoz N, S., & Vallejos V, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(2).
- Basile, H. (s.f.). Recuperado el 12 de Abril de 2016, de Identidades Urbanas Juveniles: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/identidades.pdf>
- Blázquez Morales, M. S. (1 de Diciembre de 2012). *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
- Bravo Arteaga, A., & Fernández del Valle, J. (25 de Octubre de 2003). *Psicothema*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/1035.pdf>
- Burneo Salazar, C., Córdova Páez, A., Gutiérrez, M., & Ordóñez, A. (2015). *Embarazo adolescente en el marco de la estrategia nacional intersectorial de planificación (ENIPLA) 2014 y el plan nacional del fortalecimiento de la familia*. Recuperado el 11 de

- Abril de 2016, de Desarrollo social:
<http://montecristivive.com/wp-content/uploads/2008/07/SEXUALIDAD-ADOLESCENTE-PDF.pdf>
- Calvopiña Parra, A. D. (5 de Julio de 2013). Recuperado el 12 de abril de 2016, de Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE-0007-70.pdf>
- Camacho Zambrano, G. (20 de Abril de 2014). *UNICEF*. Obtenido de La violación de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de resultados de la encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres:
http://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf
- Casaus, M., Hurtado, A., & Torres, C. (2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Salud Sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú:
<http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/11/Salud-Sexual-y-Reproductiva-VIH-en-Adolescentes-Indigenas.pdf>
- Colomar, M. (27 de Octubre de 2011). *Flacso Andes*. Recuperado el 11 de Abril de 2016, de Por servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes:
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/3882/7/TFLACSO-2012MC.pdf>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2014). Recuperado el 13 de Abril de 2016, de Código de la Niñez y Adolescencia: <http://www.igualdad.gob.ec/docman/biblioteca-lotaip/1252--44/file.html>
- Cordero, B., Bustamante, J. P., & Guinand, M. (2006). *UNICEF*. Obtenido de Nacionalidades y pueblos indígenas y políticas interculturales en Ecuador: Una mirada desde la Educación:
http://www.unicef.org/ecuador/nacionalidades_y_pueblos_indigenas_web%281%29.pdf
- cultura, R. d. (2011). *Ministerio de cultura republica de colombia*. Recuperado el 17 de enero de 2017, de www.mincultura.gov.co/areas/...de.../Prevencion%20Embarazo%20Amazonas.pdf
- Cutie, J., & Laffita, A. (2005). *Revista chilena de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art04.pdf>
- David, A., & Brazier, C. (Febrero de 2011). *UNICEF*. Recuperado el 11 de Abril de 2016, de Adolescencia una época de oportunidades:
http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Diz, J. I. (2013). Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de Pediatría integral: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros->

- anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/
Electra González Aa, T. M. (octubre de 2007). *Revista médica de Chile*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001000005
- Fuentes Oliva, R. (2009). *Iniciativa Regional de Salud de Población Joven Indígena en países seleccionados de América Latina*. Informe final, Guatemala.
- Gálvez Z, P., & Rodas M, R. (15 de Noviembre de 2014). *Instituto de Estudios Políticos para América Latina*. Obtenido de Identidad, género y derechos económicos, sociales y culturales en las comunidades afrodescendientes: <http://www.aecid.ec/ecuador/wp-content/uploads/2015/01/IEPALA-DESC-afrodescendientes.pdf>
- González Quiñones, J., Salamanca Preciado, J., & Quiroz Rivera, R. (Junio de 2012). Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 402 - 414.
- Gonzalez, E., & Molina, T. (octubre de 2007). *Revista médica de Chile*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n10/art05.pdf>
- INEC. (2011). Recuperado el 12 de Abril de 2016, de Características de las madres en el Ecuador: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495
- José Ramón Cutié S.1, A. L. (2005). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200004
- León , P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista pediatría electrónica*, 5(1).
- Llerena Espinoza, G. (Marzo de 2015). *UTA*. Obtenido de <http:repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9248/1/Llerena%20Espinoza,%20Gloria%20Andrea.pdf>
- Llerena Espinoza, G. (Enero de 2015). *UTA*. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9248/1/Llerena%20Espinoza,%20Gloria%20Andrea.pdf>
- Lora Rocha, O., Castro Mantilla, M. D., & Salinas Mulder, S. (2009). *Situación del embarazo en la adolescencia en la sub región andina* (1 ed.). Lima.
- Mendoza, L., Arias, M., & Pedroza, M. (2012). *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Recuperado el 8 de diciembre de 2016, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n4/art06.pdf>
- Mideros Morales, R. (s.f.). Recuperado el 30 de Noviembre de 2015, de Sexualidad y embarazo en adolescentes de Quito:

- <http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/File/sexualidad%20y%20embarazo%20raul%20mideros.pdf>.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2008). Recuperado el 13 de Abril de 2016, de Dirección de Juventud:
<http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
- Molina , M., Ferrada, C., & Pérez, R. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica Chile*, 65 - 70 .
- Mora, A. M., & Hernández, M. (2015). *Embarazo en la adolescencia*. Obtenido de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
- Nuñez Urquiza, R. M., Hernández Prado, B., & García Barrios, C. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos postparto. *Revista de Salud Pública México*, 45(1), 92 - 102.
- OMS. (2016). Recuperado el 14 de marzo de 2016, de Salud en los adolescentes:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Orcasita Pineda, L. T. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología Avances de la disciplina*, 69 - 82.
- Oyarce, A. M., Ribotta, B., & Pedrero, M. (Octubre de 2010). Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integración cultural. *Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas en salud*, 5. Recuperado el 2015
- Padrón Arredondo , G. (Enero - Marzo de 2005). Embarazo en adolescentes. Estudio sociodemográfico de 218 pacientes . *Revista Médica del Hospital General de México*, 68(1).
- Pública, M. d. (2014). Salud de adolescentes. Guía de supervisión.
- R. Issler , J. (2001). Embarazo en la adolescencia . *Revista de posgrado de la Cátedra Via Medicina* , 11 - 23.
- Rangel , J. L., Valerio, L., Patiño, J., & Garcia , M. (2004). Funcionalidad Familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 5.
- Rionaula Muñoz, M., & Romero Loja, K. (2014). *Universidad de Cuenca*. Obtenido de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20973/1/TESIS.pdf.pdf>
- Rodríguez Naranjo, C., & Caño Gonzales, A. (2012). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Málaga: Facultad de psicología. Universidad de Málaga.
- Rojas Barahona, C., & Zegers, B. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación en Jóvenes, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 791 - 800.

- Ruiz Linares, J., E. Romero, G., & Moreno, H. (1998). Factores de Riesgo de salud Materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(2), 7.
- Salas, B., Yépez, E., & Torres, W. (04 de Agosto de 2008). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf
- Salinas Mulder, S. (1 de Diciembre de 2014). *UNICEF*. Obtenido de [https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)
- Salinas Mulder, S., Castro Mantilla, M. D., & Fernandez Ovando, C. (2014). *Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes*. UNICEF. Panama: UNICEF.
- Sanchez Valencia, Y., & Mendoza Tascón, L. (2013). *Revista Chilena de obstetricia y ginecologia*. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n4/art05.pdf>
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública México*, 39(2).
- Tenorio Ambrossi, R. (2004). *La intimidad desnuda. sexualidad y cultura indígena* (2 ed.). Quito: ABYA-YALA.
- UNICEF. (febrero de 2002). *Adolescencia. una etapa fundamental*. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- Uyaguari Caguana, D. C., & Valdiviezo Zhunio, R. M. (2014). *Temores y sentimientos relacionados con proceso de embarazoy parto en adolescentes que acuden al sub centro de salud Virgen del Milagro*. Recuperado el 12 de Abril de 2016, de Características de las madres en el Ecuador: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23228/1/TESIS.pdf>
- Valdés Dacal, S., & Essien, J. (MAYO de 2002). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Recuperado el 8 de DICIEMBRE de 2016, de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n2/gin04202.pdf>
- Velasco Abad, M., Alvarez Velasco, S., Carrera Herrera, G., & Vásconez Rodríguez, A. (2014). *UNICEF*. Obtenido de La niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo: avances y brechas en el ejercicio de derechos: http://www.unicef.org/ecuador/NA_EcuadorContemporaneo_ultima_version.pdf
- Vidal, S. (04 de Agosto de 2016). *Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética*. Obtenido de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/aspectos_eticos_de_la_investigacion_en_seres_humanos1.pdf

12.4 Anexos

12.4.1 Anexo 1. Instrumento 1. Formulario de recolección de datos.



**Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Facultad de Medicina.
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.**

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LAS ETNIAS INDÍGENA, MESTIZA Y AFRO QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE CARPUELA, LA ESPERANZA, SALINAS, SAN ANTONIO, ZULETA, DEL CANTÓN IBARRA, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.

Código _____

FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACION.

Instructivo: Le asignaremos un código. A continuación usted encontrará tres hojas de preguntas, usted debe responder con toda confianza y veracidad. Existen preguntas de opción múltiple en las que puede seleccionar más de una respuesta

De antemano agradecemos su colaboración.

1. ¿Cuántos años tiene usted?

2. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera Casada Divorciada Unión Libre Viuda

3. ¿Usted se considera?

Indígena Mestiza Afro ecuatoriana Desconoce o no sabe

Si se considera Indígena:

¿Cuál es su nacionalidad?: _____ ¿Y su pueblo? _____

Desconoce

4. ¿Dónde vive usted?

Zona urbana Zona rural

5. ¿Dónde nació usted?

Zona urbana Zona rural

6. ¿Hasta qué nivel estudió usted?

Analfabeta Primaria Secundaria Universidad

7. ¿Cuál es su ocupación?

Empleado público Empleado privado Estudiante Trabaja Ama de casa Patrona Jornalero Cuenta propia Estudiante Socio
Empleada doméstica Trabajadora no remunerado

8. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

Antes de 12 años Entre 12 -15 años Después de 15 años

9. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

Antes de 12 años Entre 12 -15 años Después de 15 años

10. ¿Cuál fue el motivo para iniciar con las relaciones sexuales?

Estaba enamorada Las amigas lo habían hecho Por probar
Me sentía sola Necesitaba afecto Quería embarazarme
Me engañaron Me obligaron

11. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

1 2 3 o mas

12. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

1 2 3 o mas

13. ¿Su último embarazo fue deseado?

Deseado No deseado

14. ¿Cuántos controles prenatales tuvo en su embarazo?

Menor de 5 De 5 a 9 Más de 9

15. ¿En qué termino su embarazo?

Continúa embarazada Aborto Óbito fetal
 Parto normal Cesárea

16. ¿Usted o su pareja usaban algún método anticonceptivo para evitar este embarazo?

Sí No

17. ¿Usted asiste o participa en un grupo juvenil?

Sí No No conozco que exista
 ¿De qué tipo? Deportivo Musical Religioso
 Educativo De Salud

18. ¿Cuál es la razón por la que Usted acude a la unidad de salud?

Por enfermedad Para consejería en salud sexual y reproductiva
 Para consejería sobre elaboración de un proyecto de vida juvenil
 Por participar en actividades preventivas para adolescentes.
 Por control de embarazo
 No asisto

19. ¿En relación a comunicación con su padre?

Puedo hablar con mi padre/madre sobre sexualidad de una manera abierta. Sí
 No

Mi padre/madre trata de entender mi punto de vista sobre mi sexualidad. Sí
 No

Hay temas sobre mi sexualidad que no puedo hablar con mi padre/madre porque:

No los entenderían No tengo confianza Siento
 temor al castigo siento vergüenza

20. Mis proyectos o sueños para el futuro son:

- Seguir con mi novio
- Casarme
- Seguir viviendo con mis padres
- Independizarme y vivir con mi pareja
- Conseguir un trabajo
- Quedarme como ama de casa
- Continuar con mis estudios
- No puedo estudiar
- Trabajar para tener dinero y luego estudiar
- Ninguno

Número de Embarazos											
Numero Parejas sexuales											
Edad gestacional de primer control prenatal											
Numero Controles prenatales											

Instrumento elaborado en base a Estándar e indicador de proceso: control prenatal. Componente normativo materno neonatal (Salas , Yépez , & Torres, 2008)

12.4.3 Anexo 3. Instrumento 3. Escala de autoestima de Rosemberg.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
FACULTAD DE MEDICINA.
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LAS ETNIAS INDÍGENA, MESTIZA Y AFRO QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE CARPUELA, LA ESPERANZA, SALINAS, SAN ANTONIO, ZULETA, DEL CANTÓN IBARRA, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.

A. Muy de acuerdo.

B. De acuerdo.

C. En desacuerdo.

D. Muy desacuerdo.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
5. En general estoy satisfecho de mí mismo				
6. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona				
TOTAL				

12.4.4 Anexo 4. Instrumento 4. APGAR familiar.



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
FACULTAD DE MEDICINA.
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LAS ETNIAS INDÍGENA, MESTIZA Y AFRO QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE CARPUELA, LA ESPERANZA, SALINAS, SAN ANTONIO, ZULETA, DEL CANTÓN IBARRA, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN A PADRES Y ADOLESCENTES.

Código_____

APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: 1. El tiempo para estar juntos 2. Los espacios en la casa 3. El dinero					

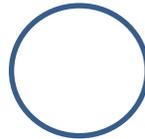
12.4.5 Anexo 5. Instrumento 5. Familiograma.



**Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Facultad de Medicina.
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Código _____

Unidad de Salud: _____ Fecha: _____ Responsable: _____
FAMILIOGRAMA.



DIAGNOSTICO FAMILIAR.

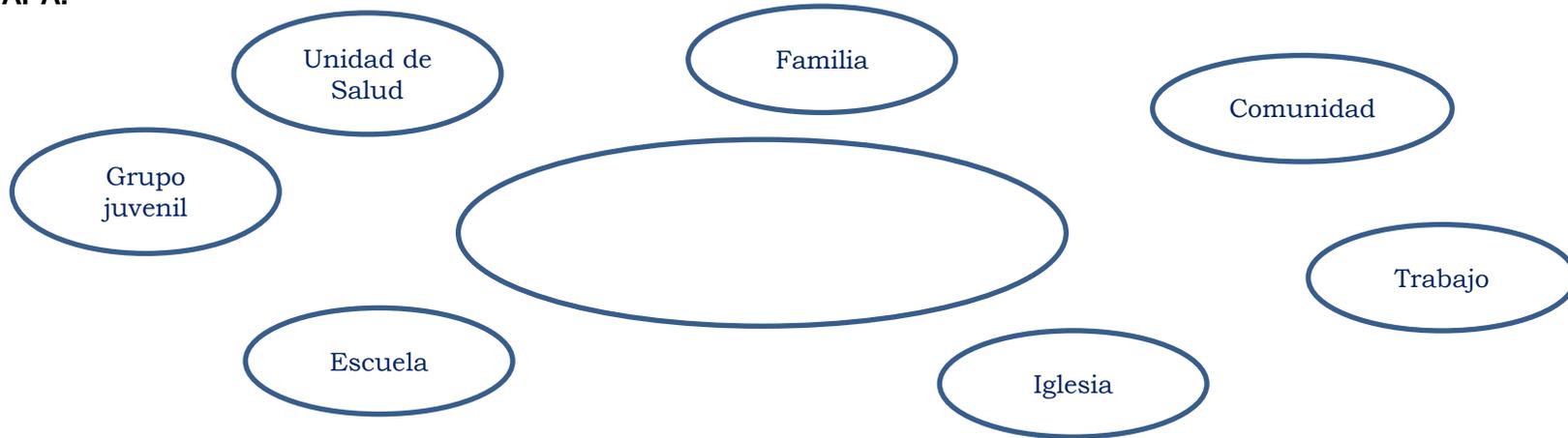


12.4.6 Anexo 6. Instrumento 6. Ecomapa.

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Facultad de Medicina.
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Código _____

Unidad de Salud: _____ **Fecha:** _____ **Responsable:** _____
ECOMAPA.





12.4.7 Anexo 7. Consentimiento informado.

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Facultad de Medicina.
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Documento de consentimiento informado para padres de adolescentes.

Parte II. FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO.

He sido invitado a participar en la investigación de ***ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LAS ETNIAS INDÍGENA, MESTIZA Y AFRO QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE CARPUELA, LA ESPERANZA, SALINAS, SAN ANTONIO, ZULETA, DEL CANTON IBARRA, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.*** Entiendo que me realizarán una encuesta y una entrevista familiar. He sido informada de los riesgos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que puede ser fácilmente contactado usando el nombre que me han dado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del representante _____

Firma del representante _____

Fecha (día/mes/año) _____



12.4.8 Anexo 8. Asentimiento informado.

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Facultad de Medicina.
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.**

Documento de asentimiento informado para adolescentes embarazadas.

Parte II. FORMULARIO DEL ASENTIMIENTO.

He sido invitado a participar en la investigación de ***ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LAS ETNIAS INDÍGENA, MESTIZA Y AFRO QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE SALUD DE CARPUELA, LA ESPERANZA, SALINAS, SAN ANTONIO, ZULETA, DEL CANTON IBARRA, SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DEL 2016.*** Entiendo que me realizarán una encuesta. He sido informada de los riesgos. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de los investigadores que puede ser fácilmente contactado usando el nombre que me han dado.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha (día/mes/año) _____

12.4.9 Anexo 9. Recursos

Humanos:

- **Autores.** Dr. José Pascual Pupiales, Dr. Carlos Naun Quespaz
- **Colaboradores.** Personal de salud que labora en las unidades de Zuleta, La Esperanza, San Antonio, Salinas y Carpuela.

Materiales:

- **Equipos:** Computadoras.
- **Insumos para recolección y procesamiento de datos:**

Paquete estadístico y Software del EPI Info versión 7, Excel 2010, formularios impresos, papel bond, esferos, carpetas, borradores, instructivos de llenado, transporte.

Insumos para recolección y procesamiento de datos.

Presupuesto.

RUBRO	TOTAL (DOLARES)
GASTOS CORRIENTES	
GASTOS EN PERSONAL (digitadores)	200.00
Bienes y servicios de consumo (Test, impresiones, papelería)	432.00
Otros gastos corrientes (movilización, refrigerios, peajes)	365.00
Materiales de oficina.	38,50
Prueba piloto	75,00
TOTAL GENERAL	1110,50

12.4.10 Anexo 10. Marco legal.

12.4.10.1 Constitución de la república del Ecuador.

Art. 32. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” (Asamblea Constituyente, 2008)

Art. 11.- “Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades”. (Asamblea Constituyente, 2008)

Art. 35.- “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.” (Asamblea Constituyente, 2008)

Art. 39.- El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación.” (Asamblea Constituyente, 2008)

Art. 45.- “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social...” (Asamblea Constituyente, 2008)

Art. 46.- 4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones. (Asamblea Constituyente, 2008)

12.4.10.2 Código de la niñez y la adolescencia. (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2014)

Art. 6.- “Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud,

discapacidad o diversidad cultural”. (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2014)

Art. 7.-“Niños, niñas y adolescentes, indígenas y afro ecuatorianos.- La ley reconoce y garantiza el derecho de los niños, niñas y adolescentes de nacionalidades indígenas y afro ecuatorianos, a desarrollarse de acuerdo a su cultura y en un marco de interculturalidad”. (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, 2014)

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.