



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. CONSULTORIO R. CENTRO DE  
SALUD PASCUALES. AÑO 2018”.

AUTOR:

ESPÍN SUÁREZ, GINA MARIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL

TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

ARANDA CANOSA, SANNY

GUAYAQUIL – ECUADOR

2018



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el/la Dr.(a) Gina María Espín Suárez, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

---

DRA: SANNY ARANDA CANOSA

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

---

DR: XAVIER LANDÍVAR VARAS



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

YO, Gina María Espín Suárez

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Diseño de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018”, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

---

Gina María Espín Suárez.



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

AUTORIZACIÓN:

Yo, Gina María Espín Suárez.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Diseño de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

EL AUTOR:

---

Gina María Espín Suárez.

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Tesis Dra Gina Espín.docx (D45606753)  
**Submitted:** 12/12/2018 1:35:00 PM  
**Submitted By:** Gina.Espin.S@hotmail.com  
**Significance:** 1 %

### Sources included in the report:

Trabajo Final\_Sociología\_JulioCesar\_SeguraOrtiz.docx (D42755316)  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012)  
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/75/1/Factores%20determinantes%20del%20embarazo%20%20en%20la%20%20adolescencia%20%20en%20Colombia,%20Revisi%C3%B3n%20sistem%C3%A1tica%20de%20la%20literatura.pdf>

### Instances where selected sources appear:

## **1 Agradecimiento**

A Dios, a mis padres, a mi esposo y a mis hijos que me han apoyado durante estos tres años de arduo trabajo sin ellos no lo hubiera podido lograr, a mis tutores, compañeros, amigos y a mis pacientes que de una forma u otra han intervenido para llegar a la meta.

## **2 Dedicatoria**

A Dios quien es el dueño de nuestras vidas y nos da la fortaleza y sabiduría para seguir adelante y ser mejores cada día, a mi padre que desde el cielo me da su bendición y a mi madre que siempre me apoyaron, para cumplir mi metas propuestas, a mi amado esposo y a mis hijos quienes son uno de los pilares fundamentales en mi vida, que me han dado su apoyo en los momentos que más necesitaba.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

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

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**

DIRECTOR DEL POSGRADO

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

**ARANDA CANOSA, SANNY**

COORDINADORA DOCENTE

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

**BATISTA PEREDA, YUBEL**

OPONENTE





UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN



TEMA: "DISEÑO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. CONSULTORIO R. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2018"  
ALUMNO: DRA. GINA MARÍA ESPÍN SUÁREZ  
FECHA:

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

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## 5 ÍNDICE DE CONTENIDOS

|   |      |
|---|------|
| 1 AGRADECIMIENTO .....  | VI   |
| 2 DEDICATORIA .....   | VII  |
| 3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....   | VIII |
| 4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....   | IX   |
| 5 ÍNDICE DE CONTENIDOS.....   | X    |
| 6 ÍNDICE DE TABLAS .....  | XI   |
| 7 ÍNDICE DE ANEXOS.....   | XIII |
| 8 RESUMEN.....  | XIV  |
| 9 ABSTRACT .....  | XIII |
| 10 INTRODUCCIÓN.....  | 2    |
| 11 EL PROBLEMA.....   | 7    |
| 11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....   | 7    |
| 11.2 FORMULACIÓN .....  | 8    |
| 12 OBJETIVOS .....  | 9    |
| 12.1 GENERAL.....   | 9    |
| 12.2 ESPECÍFICOS.....   | 9    |
| 13 MARCO TEÓRICO.....   | 10   |
| 13.1 Adolescencia.....  | 10   |
| 13.2 Etapas de la adolescencia .....  | 10   |
| 13.3 Embarazo en la adolescencia.....   | 12   |
| 13.4 Estadísticas de embarazo adolescente.....  | 13   |
| 13.5 Aspectos contextuales del embarazo en adolescentes en el Ecuador.....                    | 13   |
| 13.6 Factores de riesgo .....   | 14   |
| 13.7 Factores de riesgo asociado al embarazo adolescente.....                                 | 16   |
| 13.8 Consecuencias del embarazo adolescente .....   | 20   |
| 13.9 Consecuencias del embarazo en la adolescencia en Ecuador.....                            | 21   |
| 13.10 Salud sexual y reproductiva.....  | 23   |
| 13.11 Educación en sexualidad .....   | 26   |
| 13.12 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. ....                                  | 26   |
| 14 MÉTODOS.....   | 33   |
| 14.1 Justificación de la elección del método.....   | 34   |
| 14.2 Diseño de la investigación.....  | 34   |
| 14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio..... | 34   |
| 14.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....                                    | 35   |
| 14.2.3 Técnicas de recolección de información. ....   | 36   |
| 14.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....  | 37   |
| 14.3 Variables.....   | 38   |
| 14.3.1.Operacionalización de variables .....  | 38   |
| 15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....   | 42   |
| 16 CONCLUSIONES .....   | 57   |
| 17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....  | 58   |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 59   |

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Distribución de las adolescentes según edad. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....   | 42 |
| Tabla 2. Distribución de las adolescentes según variables sociodemográficas. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....  | 43 |
| Tabla 3. Distribución de las adolescentes según aspectos del ámbito familiar. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....   | 44 |
| Tabla 4. Distribución de las adolescentes según la edad de la menarquia. Consultorio R. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. ....  | 45 |
| Tabla 5. Distribución de las adolescentes según factores de riesgo del embarazo en la adolescencia previo al inicio de la relaciones sexuales. Consultorio R. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. ....  | 46 |
| Tabla 6. Distribución de las adolescentes según el inicio y la edad de inicio de las relaciones sexuales. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....   | 47 |
| Tabla 7. Distribución de las adolescentes según protección de la primera relación sexual, la causa de la primera relación sexual sin protección y la decisión de tener relaciones sexuales. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....             | 48 |
| Tabla 8. Distribución de las adolescentes según relaciones sexuales actuales y el uso de métodos anticonceptivos actuales. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....  | 49 |
| Tabla 9. Distribución de las adolescentes según el conocimiento del concepto de sexualidad y la fuente de información de sexualidad. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....  | 50 |
| Tabla 10. Distribución de las adolescentes según el conocimiento de métodos anticonceptivos y tipo de métodos anticonceptivos que conoce. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....   | 51 |
| Tabla 11. Distribución de las adolescentes según la conducta que asumiría para prevenir un embarazo, el conocimiento de la edad ideal para tener relaciones sexuales y para tener un embarazo adecuado. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. .... | 52 |
| Tabla 12. Distribución de las adolescentes según el conocimiento de las consecuencias del embarazo en la adolescencia y las consecuencias que conocen. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....  | 53 |
| Tabla 13. Distribución de adolescentes según la fuente de información sobre riesgo de embarazo en la adolescencia. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....  | 53 |
| Tabla 14. Distribución de las adolescentes según las técnicas didácticas de las actividades educativas sobre riesgos del embarazo en la adolescencia. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....   | 54 |
| Tabla 15. Distribución de las adolescentes según el lugar para recibir la actividad educativa sobre riesgos del embarazo en la adolescencia. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....  | 55 |
| Tabla 16. Distribución de las adolescentes según la frecuencia para recibir las actividades educativas sobre riesgos de embarazo en adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. ....   | 55 |
| Tabla 17. Distribución de las adolescentes según el tiempo disponible para recibir las   |    |

|   |    |
|---|----|
| actividades educativas sobre riesgos de embarazo en adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.....   | 55 |
| Tabla 18. Distribución de las adolescentes según número de personas para recibir la actividades educativas sobre riesgos de embarazo. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018..... | 56 |

## 7 ÍNDICE DE ANEXOS

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1: Consentimiento informado adolescente.....                               | 66 |
| Anexo 2: Consentimiento informado padre/madre o tutor.....                       | 67 |
| Anexo 3: Cuestionario sobre riesgo de embarazo en adolescentes.....              | 68 |
| Anexo 4: Estrategia educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia ..... | 72 |

## 8 Resumen

**Antecedentes:** El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública según la OMS. En el Ecuador 3.645.167 mujeres son madres y de estas 122.301 son adolescentes. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, incluyó 70 adolescentes femeninas de 10 a 19 años del consultorio R del centro de salud Pascuales, quienes cumplieron los criterios de inclusión previo consentimiento informado de participantes y/o tutores, se utilizó ficha familiar y encuesta para recolectar la información de acuerdo a los objetivos y a las variables. **Resultados:** La edad predominante es 11 años (14,3%), solteras (80%), educación secundaria (55,7%), estudiantes (85,7%). El 48,6% pertenecen a familias medianas y el 38,6% conviven con sus padres. El 55,7% tienen antecedentes de madre con embarazo en adolescencia, 24,3% han tenido relaciones sexuales precoces, el 70,6% no se protegieron. No tienen conocimiento sobre sexualidad el 51,4%, conocen el preservativo el 61,4%, el 55,8% considera el aborto espontáneo como la principal consecuencia del embarazo en adolescencia. **Conclusiones:** En el estudio predominó las adolescentes de 11 años, estado civil soltera, estudiantes y escolaridad secundaria. La mayoría pertenecen a familias medianas, nucleares, bigeneracionales y viven con los padres; entre los factores de riesgo se encuentran los antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia y el inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo los 15 años la edad más frecuente y la mayoría no se protegieron. Las adolescentes tienen poco conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencia del embarazo en la adolescencia. Se identifican los componentes y se diseña estrategia educativa.

**Palabras Clave:** ADOLESCENTE, SEXUALIDAD, EMBARAZO EN ADOLESCENCIA, FACTORES DE RIESGO, ANTICONCEPTIVOS.

## 9 Abstract

**Background:** Adolescent pregnancy is a public health problem according to the WHO. In Ecuador, 3,645,167 women are mothers and of these 122,301 are adolescents. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study included 70 female adolescents from 10 to 19 years old from the R clinic of the Pascuales health center, who met the inclusion criteria with the prior informed consent of participants and / or tutors. survey to collect the information according to the objectives and variables. **Results:** The predominant age is 11 years (14.3%), single women (80%), secondary education (55.7%), students (85.7%). 48.6% belong to medium families and 38.6% live with their parents. 55.7% have a history of mother with pregnancy in adolescence, 24.3% have had early sexual relations, 70.6% have not protected themselves. 51.4% have no knowledge about sexuality, 61.4% know the condom, 55.8% consider spontaneous abortion as the main consequence of pregnancy in adolescence. **Conclusions:** In the study, adolescents aged 11 years, single marital status, students and secondary schooling predominated. The majority belong to medium, nuclear, bi-generational families and live with parents; Among the risk factors are the antecedents of mother with pregnancy in adolescence and the early onset of sexual relations, being 15 years the most frequent age and most were not protected. Adolescents have little knowledge about sexuality, contraceptive methods and the consequences of teenage pregnancy. The components are identified and an educational strategy is designed.

**Keywords:** ADOLESCENT, SEXUALITY, PREGNANCY IN ADOLESCENCE, RISK FACTORS, CONTRACEPTIVES.

## 10 INTRODUCCIÓN

En la adolescencia, el embarazo se ha transformado en una dificultad compleja para las sociedades tanto de las naciones en vías de desarrollo, como para los países desarrollados, debido esto a la iniciación de las actividades sexuales a edades más tempranas, que lo ha convertido en un problema de salud pública calificada así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por su incremento en los últimos años. (1)

Por lo tanto el inicio precoz de las actividades sexuales no siempre se acompaña de la protección adecuada, lo que incrementa la probabilidad de tener un embarazo no deseado, un aborto, o de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. (2)

Datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que alrededor del 19 por ciento de las adolescentes en países en desarrollo llegan a embarazarse antes de los 18 años de edad, 20.000 jóvenes alumbran todos los días en estos países. (3)

La mayor parte de los nacimientos en la adolescencia (el 95%) se dan en países en desarrollo, donde 9 de cada 10 se producen dentro del matrimonio o de una unión estable. De los 7,3 millones de partos anuales en adolescentes menores de 18 años, 1,1 millones se originan en menores de 15 años. (4) En países desarrollados esto también ocurre, pero a una escala mucho menor, Estados Unidos tiene la tasa de natalidad adolescente más alta (30 por cada 1.000 nacimientos), (5) registra 329.772 partos en jóvenes de 15 a 19 años, mientras que Suiza tiene la tasa más baja (4.3 por cada 1.000 nacimientos). (3)

Las tasas más altas del mundo de embarazo en adolescentes, están en Latinoamérica y el Caribe, posteriormente de África subsahariana y el sur de Asia, esto de acuerdo a un estudio realizado por el Banco Mundial. Según la investigación, en 2010 la región registró 72 nacimientos por cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años de edad. A diferencia, en África fueron 108 nacimientos y en el sur de Asia, 73. (6) (7) (8)

La mayoría de países latinoamericanos registran las mayores tasas de fecundidad del



mundo Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Bolivia, Ecuador, con más de 100 alumbramientos por cada 1000 jóvenes de entre 15 y 19 años de edad. Al contrario, Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 alumbramientos por cada 1000 mujeres en el mismo rango etario. (6) (7) (9) (10)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señala que cerca del 30 por ciento de las jóvenes en América Latina han sido madres antes de los 20 años. Nicaragua es el país que encabeza la lista de naciones latinoamericanas con mayores proporciones de maternidad en mujeres en edad de 15 a 19 años, con un porcentaje de 19,9, lo sigue República Dominicana con 19,7% y Ecuador con 17%. A diferencia de Uruguay 9,5%, Costa Rica 11,1% y Perú 11,5%, que registran los porcentajes más bajos de América Latina (11) (12)

Según la Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición 2012 (ENSANUT), en el Ecuador. El 39.2% de las jóvenes de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual. El 7.5% iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años. (6)

Datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2012 indican que en el Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, de este total 30.503 son de la provincia del Guayas, y de estas 15.802 madres adolescentes son de Guayaquil.

Ante esta problemática, presente también en nuestro medio, es necesario considerar que la gestación en la adolescencia no es solo un problema de salud, tiene además implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

Méndez, B. considera que: “el embarazo en la adolescencia es mucho más que un problema de salud; es un problema, ante todo, social, de valores [...] es necesario un gran esfuerzo por parte de todos: madres, padres, educadores, personal sanitario, etc.”. (Méndez, 2003, p.9). (13)

Considerar al embarazo en adolescencia como un problema social, se debe principalmente a que en la mayoría de los casos impide o retrasan el nivel educativo de las niñas afectando así su proyecto de vida, el potencial de obtener ingresos y el goce de sus derechos sexuales y reproductivos. Factores de riesgos individuales, familiares, sociales, la falta de comunicación sobre salud sexual reproductiva, y la violencia sexual aumentan estas estadísticas. (14)

“En el caso de las adolescentes de menos de 18 años, y particularmente las de menos de 15, el embarazo no es una consecuencia de una decisión deliberada. Por el contrario, el embarazo en general es el resultado de la falta de poder de decisión y de situaciones que están fuera del control de la niña.” (3)

En la adolescencia las consecuencias del embarazo representan un factor de riesgo alto de mortalidad materna, fetal y neonatal, condicionada en gran medida por diversos factores biológicos, como la inmadurez física y emocional de la madre. Dar a luz con 19 años o menos puede agravar el riesgo de complicaciones y muertes maternas, las chicas menores de 16 años tienen un riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años de edad, y la tasa de mortalidad de los recién nacidos es un 50% superior.

Sin lugar a dudas, la gestación es uno de los inconvenientes más importantes que viven los adolescentes, es una causa y una consecuencia de las violaciones de sus derechos. El embarazo perjudica las posibilidades que tienen las chicas de poder ejercer sus derechos a la educación, salud y autonomía, que se encuentran garantizados en los tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño. Y al contrario, cuando una chica no puede gozar de sus derechos básicos, como el derecho a la educación, ellas se vuelven más propensas de quedar embarazadas. (3)

En el Ecuador la Ley Orgánica de Salud determina al embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública, esto debido a que principalmente son las condiciones socio culturales las que determinan un aumento considerable en su prevalencia, sucediendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos bajos,

aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública, muchas adolescentes no están preparadas con los conocimientos y valores suficientes para afrontar la sexualidad de manera responsable, por lo que demanda más educación y apoyo por parte de las familias y sociedad para orientar a las niñas a demorar la maternidad hasta que se encuentren preparadas tanto física como psicológicamente.

La educación sexual es una labor de la sociedad en su conjunto, su inicio es desde el nacimiento dentro del grupo familiar y prosigue durante toda la vida, constituye la base del conocimiento, desarrollo y destrezas que habilitan al adolescente a tomar decisiones y ser responsables en temas de salud. (15) (16)

El Centro de Salud Pascuales no está exento a esta problemática, lo que evidencia que el embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud en la comunidad, siendo evidente durante las consultas de medicina familiar. Estadísticas señalan que de 328 mujeres gestantes atendidas, 84 son adolescente (25.6 por ciento). Razón por la que se consideró importante diseñar una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes del consultorio R, en el periodo de enero a junio 2018.

Con esta investigación se identificó el conocimiento que poseen las adolescentes sobre sexualidad, la información que reciben así como los principales aspectos que inciden en el embarazo, causas y consecuencias, que permitió encaminar a tomar acciones preventivas educativas, informativas, para que con los conocimientos oportunos impartidos por el médico familiar, lleguen a ser capaces de tomar las mejores decisiones, fomentando de tal manera una sexualidad responsable.

Este es un estudio observacional, descriptivo, transversal. La población de estudio son todas las adolescentes , pertenecientes al consultorio R, que firmen el consentimiento informado, además de padres y tutores, no formaran parte de este estudio las adolescentes con discapacidad intelectual que le impida responder la

encuesta a aplicar, con el interés de disminuir el índice de embarazo adolescente, sus riesgos y complicaciones.

En conclusión esta investigación se centró en el tratamiento de esta temática al diseñar una estrategia educativa destinada a mejorar la salud sexual reproductiva que permita encaminar un grupo de acciones preventivas del embarazo en las adolescentes, en el consultorio R del centro de salud Pascuales.

## **11 EL PROBLEMA**

### **11.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

El embarazo en la adolescencia es una condición de salud que se presenta cuando la gestación ocurre en la etapa de la vida de la madre entre los 10 y 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica que esta tenga. (17) (18)

A nivel mundial las cifras indican que el embarazo precoz es un problema común en todas sociedades, a nivel mundial 7.3 millones de niñas se convierten cada año en madres, de las cuales 1.1 millones son menores de 15 años, convirtiéndose en un problema de salud pública por su incremento en los últimos años, calificada así por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En Ecuador la Ley Orgánica de Salud identifica este problema de salud como uno de los de mayor magnitud en el país, determinado en muchos casos por las condiciones socioculturales de las adolescentes y la deficiente educación sexual de estas, lo que ha aumentado considerablemente el número de madres adolescente.

En el gran números de casos el embarazo en la adolescencia constituye, un resultado no esperado durante el proceso reproductivo, cuyas causas pueden depender de factores psicológicos, sociológicos, culturales (19) (20), llevando a una cifra desproporcionada de embarazo no planificados y a otros problemas graves de la salud reproductiva. Esta situación de salud se relaciona de forma directa con la ausencia de oportunidades para el ejercicio de los derechos, el poco desarrollo educativo y laboral, siendo favorecida por las desigualdades socioeconómicas, generacionales y de género.

El embarazo adolescente es una realidad a la que se enfrentan los profesionales de la salud a nivel mundial y del que no escapa la comunidad de Pascuales, el desconocimiento de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva conlleva a incrementar los riesgos del embarazo en esta etapa, incidiendo en su aparición aspectos culturales, socio económicos, étnicos y de educación presentes en la población atendida en este centro de salud.

## **11.2 Formulación**

¿Qué elementos formarían parte de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes del consultorio R del centro de salud Pascuales en el año 2018?

## **12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **12.1 Objetivo General**

Diseñar una estrategia educativa para la prevención del embarazo en las adolescentes, del consultorio R del centro de salud Pascuales en el año 2018.

### **12.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar según variables sociodemográficas y familiares a las adolescentes.
- Identificar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia, presentes en la población de estudio.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencia del embarazo precoz en las adolescentes.
- Identificar los componentes para el diseño de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes.
- Elaborar una estrategia educativa para la prevención del embarazo en adolescentes.

## **13 MARCO TEÓRICO**

### **13.1 Adolescencia**

Tradicionalmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Este periodo de crecimiento y desarrollo viene condicionado por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el paso de la niñez a la adolescencia. (21) (22)

En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social.

Sociológicamente, la adolescencia es “el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma” (Muuss 2003)

“La adolescencia es caracterizada por los rápidos cambios físicos asociados con cambios sociales y psicológicos propias a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que paulatinamente apartan al adolescente de la dependencia de los adultos y obtener independencia. El desarrollo físico se da varios años antes de alcanzar la madurez psicológica y social”. (23)

La adolescencia es sinónimo de crecimiento y desarrollo, constituye también una etapa de riesgos enormes, durante la cual el contexto social y cultural puede tener una influencia determinante. (21) Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, lo que tienen en común es la edad, viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas.

### **13.2 Etapas de la adolescencia**

Son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, los factores biológicos inherentes a esta etapa como el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado con los cambios hormonales de la pubertad y la influencia de múltiples



determinantes sociales y culturales.

“El desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características frecuentes y un patrón progresivo de 3 fases. Cabe destacar que no existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido llamarlas adolescencia temprana, media y tardía”. (21)

Adolescencia temprana: Se inicia con la pubertad y transcurre en los varones entre los 10 y los 13/14 años, mientras en las mujeres entre los 8/10 y los 11/12 años. El cuerpo sufre rápidas transformaciones (cambios biológicos, seguidos por el inicio de los cambios psicológicos) incluyendo el desarrollo sexual.

La adolescencia temprana es un periodo de toma de riesgo y de experimentación con conductas adultas como por ejemplo fumar, con un conocimiento limitada del alcance del riesgo.

Adolescencia media: Caracterizada fundamentalmente por el desarrollo de los cambios psicológicos, seguidos por la culminación de los cambios biológicos y las primeras manifestaciones de cambios sociales. Comprende desde los 14 a los 16 años.

El hecho importante en esta etapa es el distanciamiento afectivo con la familia y la aproximación con adolescentes de su misma edad. Esto implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, y tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres.

Adolescencia tardía: Esta es la última fase de cambio del joven hacia el logro de su identidad y autonomía, se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. Se desarrolla en los varones entre los 15/16 años y los 18-19 años, mientras en las mujeres entre los 14/15 años y los 18-19 años: Caracterizada por el desarrollo de los cambios sociales, acompañados por la continuidad de los cambios psicológicos y ocasionalmente en un reducido número de adolescente el término sus cambios biológicos

La relación de los adolescentes con la familia a veces vuelve a ser importante con

una visión menos crítica y una actitud menos conflictiva con los padres. (24)

La etapa adolescente abarca situaciones diversas, tienen necesidades específicas para lograr un desarrollo pleno y saludable. Cabe señalar que durante este ciclo de cambios biológicos y desarrollo psicosocial, se vuelve indispensable el apoyo familiar para que esta transición se torne favorable en el desarrollo de los adolescentes.

### **13.3 Embarazo en la adolescencia**

Es aquella condición de gestación que se da en la adolescencia, comprende chicas de 10 a 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. (17) (18)

Es un fenómeno causado por múltiples factores, que ocurre en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos. Pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. (3) Se encuentran estrechamente relacionados con los contextos de pobreza y exclusión, la falta de garantías para la práctica de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo.

En el embarazo en la adolescencia, hay que tener en cuenta los cambios psicológicos de las futuras madres, condicionados por su historia de vida, por la relación que mantiene con el progenitor de su niño, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.

Las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son numerosas, y afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, pero especialmente los de estas últimas. Entre las implicaciones más salientes de embarazo adolescente destacan primero los riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a, además de su pareja y su propia familia, incluyendo los riesgos del aborto; los múltiples obstáculos para iniciar o continuar la formación escolar; la precarización del acceso al trabajo, sea este acceso presente o futuro; el riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza; el riesgo de una formación deficiente que se cierne sobre los niños y niñas y en algunos

casos el riesgo de ser víctimas del estigma social que enfrentan las madres adolescentes. (25)

#### **13.4 Estadísticas de embarazo adolescente**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública por su incremento en los últimos años. “Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 indica que la tasa media de natalidad mundial entre las chicas de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 adolescentes, siendo las más altas las del África Subsahariana”. (1)

De acuerdo al informe Estado de la Población Mundial 2017 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) La mayoría de los partos en la adolescencia (el 95%) se dan en países en desarrollo, donde 9 de cada 10 se producen en el seno del matrimonio o de una unión libre. De los 7,3 millones de partos anuales en adolescentes menores de 18 años, 1,1 millones se dan entre niñas menores de 15 años. (4)

Informe de la CEPAL señala que la maternidad en adolescentes está por encima de 20% en América Latina y esta variable se encuentra estrechamente relacionada con la condición económica social de este grupo humano.

De la misma manera, se conoce que el embarazo en adolescentes menores de 15 años tiene severas consecuencias biológicas, a las que habría que agregar las de carácter psicosocial, corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.

#### **13.5 Aspectos contextuales del embarazo en adolescentes en el Ecuador**

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala:

Que en el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y

19 años de edad, representan el 20% del total de la población. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país durante la última década se ha incrementado, siendo la más alta de la región andina y oscila cerca de 100 nacimientos por cada mil mujeres. En el país dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las probabilidades de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación con un 43%, comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). (26)

Según la Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición 2012 (ENSANUT), en el Ecuador. El 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual. El 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años. El 89.9% de adolescentes menores de 15 años tuvieron su primer acto sexual con personas mayores que ellas. De éstas, el 9.1% fue con una persona mayor de 24 años. El 18.3% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido un/a hijo/a. El 7.8% de las mujeres que se embarazaron antes de los 15 años fue con una persona de 30 años o más. El 7.5% de embarazos en adolescentes menores de 15 años termina en aborto. (6)

Datos Censo de Población y Vivienda 2010 publicado por el INEC, indican que en el Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes. Los mayores números de madres adolescentes por provincia se dan en Guayas con 30.503, Pichincha 15.810, Manabí 13.378, Los Ríos 9.288, Esmeralda 6.760, El Oro 5.279, Azuay 4.957.

Las ciudades con mayores números de madres adolescentes se encuentran en primer lugar en Guayaquil con 15.802, Quito 9.074, Machala 1.830, Cuenca 1688 y Ambato con 801 madres adolescentes. (27)

### **13.6 Factores de riesgo**

Durante las últimas décadas, la prevalencia de conductas de riesgo entre la juventud en América Latina y el Caribe ha experimentado niveles preocupantes. Entre las conductas de riesgo inciden la violencia, la drogadicción y las relaciones sexuales sin

protección.

La OMS define que “Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. (28)

Echemendía 2011 en su artículo Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones, cita a Senado J.1999 indica “Un factor de riesgo es cualquier circunstancia o características que se detecta en una persona o grupo de personas asociada con la posibilidad de estar principalmente expuesta a padecer o desarrollar un proceso mórbido. Sus características se encuentran asociadas a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente”. (29)

Es posible que los factores de riesgo no sean la causa directa de comportamientos de riesgo, pero aumentan la probabilidad de que una persona joven los adopte (Mercy y otros, 2002; DHHS, 2001). Por ejemplo, las adolescentes con baja autoestima, influencias sociales negativas y un bajo nivel de dedicación a los estudios, o unas perspectivas de futuro negativas, tienen una mayor probabilidad de incurrir en comportamientos riesgoso.

Los factores que predicen una mayor probabilidad de incurrir en comportamientos de riesgo son múltiples, complejos y provienen de diferentes ámbitos: Entre estos se encuentran las características individuales como personalidad, comportamiento, creencias, desarrollo cognitivo, nivel socioeconómico; familiares (entorno familiar, comportamiento); sociales o de relaciones personales, y las del entorno o medioambiente (disponibilidad de drogas, armas, violencia, pobreza, hacinamiento, migración, desigualdad).

Estos comportamientos persisten por múltiples factores (la pobreza, el desempleo, la dificultad financiera global, el desplazamiento rural/urbana, un sistema educativo frágil y de baja calidad y sistemas judicial y sanitario) son factores macro que dificultan el desarrollo saludable y productivo de los jóvenes, y en la mayoría de los casos están correlacionados. Por ejemplo: las adolescentes que abusan de sustancias

por lo general tienen un bajo interés escolar e incurren en comportamientos sexuales de alto riesgo.

Conociendo los factores de riesgo ayuda a diseñar intervenciones más efectivas para modificar positivamente las conductas de los jóvenes. Incluso cuando no son el desencadenante principal de un comportamiento riesgoso. (30)

### **13.7 Factores de riesgo asociado al embarazo en adolescentes.**

En cuanto a los factores de riesgo relacionados al embarazo en adolescentes, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar de acuerdo a la literatura en 3 categorías, ordenadas en las dimensiones individual, familiar y social. (31)

En la dimensión individual, estos factores constituyen un riesgo de exposición al inicio de las relaciones sexuales, son entre otros, la menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, autoestima baja, pocas aspiraciones educacionales, impulsividad, una mala relación con sus padres, falta de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso inconsistente de métodos anticonceptivos.

La dimensión familiar se detallan como factores de riesgo: estilos violentos en la resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, ausencia de padre y carencias afectivas.

En la dimensión social, uno de los elementos relacionados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo se debe a la erotización en los medios de comunicación, que ha contribuido a una degeneración de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. (32)

Las circunstancias más frecuentes asociado al embarazo adolescente.

Factores predisponentes y asociados al desarrollo del embarazo adolescente. (33)

- Personales

Menarquia temprana.

Actividad sexual precoz.  
Pensamiento mágico.  
Fantasías de infertilidad.  
Tolerancia al miedo a la maternidad adolescente.  
Abandono escolar y/o nivel educativo bajo

- Familiares

Pertenecer a una familia disfuncional.  
Violencia familiar.  
Polémicas entre su sistema de valores y el de sus familias.  
Pérdida del vínculo familiar por migración constante.

- Sociales

Falta o distorsión de la información sexual.  
Aumento del número de adolescentes.  
Predominio de factores socioculturales adversos.  
No considerar el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

- Otros factores determinantes

Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.  
Abuso Sexual  
Violación

En el año 2005 un trabajo realizado logró determinar la influencia de estos grupos de factores de riesgo, destacando la gran importancia de los factores individuales que presentaron una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%. (31)

La menarquia en edades cada vez más precoces es el factor de riesgo que tiene la mayor probabilidad de que se presente un embarazo en la adolescencia, la menarquia temprana concede madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo, actualmente los adolescentes son fértiles a una edad menor. Y están más expuestos al riesgo de embarazo y de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Mientras más precoz ocurra la actividad sexual mayor será el número de parejas sexuales que tengan esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican.

En Latinoamérica, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años de edad. Los mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran en Nicaragua con el 28%, seguido de Honduras con 26%, República Dominicana 25%, Guatemala y El Salvador con el 24%, Ecuador tiene 21% y Bolivia y Colombia 20% (UNFPA, 2013). De acuerdo al informe del Banco Mundial año 2012 casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 estados del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas

Las claves para explicar la alta fecundidad adolescente en un contexto moderno según Rodríguez (2008), podrían resumirse en términos de:

A) La reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a los adolescentes como sujetos sexualmente activos, porque debido a esta negación se restringe su acceso a medios anticonceptivos, conocimientos y prácticas sexuales seguras.

B) La desigualdad, que acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para los más pobres. (14)

Si analizamos las altas tasas de embarazo en las adolescentes que afronta nuestro país, dos de cada tres chicas entre 15 y 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La posibilidad de ser madre en esta etapa asciende entre las jóvenes pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección

El 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado su vida sexual activa. La edad de la primera relación sexual es de 18,4 años, siendo menor en afro ecuatorianas.

La principal fuente de información en temas de sexualidad es la escuela y el colegio.

El 67,7% de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones de no usarlo son: no esperaba tener relaciones sexuales, no conocía los métodos y no pudo conseguirlos.

El 7,5% de embarazos termina en abortos en menores de 15 años.

El 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar. (6)

Es importante señalar en relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural,



la influencia que tienen los medios de comunicación sobre la población adolescente, estos tienen una gran cantidad de mensajes con estímulos sexuales.

La evidencia empírica señala que entre los factores de riesgo asociados a la maternidad precoz se hallan las características del hogar de la adolescente: el ingreso económico de sus progenitores, los niveles de educación y la condición de pobreza dentro del hogar. Pero también existen factores contextuales relevantes, como es el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, principalmente, a la garantía del ejercicio de sus derechos.

Igualmente, el embarazo y la maternidad adolescentes se ven influenciados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja.

Sin embargo, se ha demostrado que aun en condiciones de pobreza, asistir a la escuela y las oportunidades de trabajar para el grupo etario de más de 15 años, son un factor protector contra el embarazo, por lo que pueden ser considerados como uno de los principales medios de prevención. El mayor nivel de escolaridad está asociada con el retraso de la edad a la primera relación sexual, al matrimonio y al primer embarazo, con ideales de tener una familia pequeña y planificada y al uso de métodos anticonceptivos.

En el Ecuador los sondeos nacionales han demostrado cómo la escuela y el trabajo pueden prevenir el embarazo en la adolescencia. “Así, del total de las jóvenes ecuatorianas de 15 a 24 años que tuvieron su primer embarazo, casi la mitad (45%) no estudiaba ni trabajaba al momento de embarazarse, 24% sólo estudiaba y 25% solo trabajaba” (Gamboa, 2013: 5). (34)

La evidencia señala que tener un plan de vida a largo plazo, respaldado en un proyecto que considere el estudio, trabajo u ocupación diaria en casa y fuera de ella, las redes de apoyo, son factores preventivos y protectores del embarazo adolescente; al contrario, el no tener y realizar actividades sustantivas dignas para la persona y la sociedad, conlleva a la aceptación de la maternidad y la paternidad como una salida a la falta de oportunidades y expectativas de vida.

De esta forma todos estos factores influyen en aspectos del desarrollo de los adolescentes, de su personalidad, la capacidad de aprendizaje, concentración, persistencia, motivación, prevención al riesgo, factores que determinarán a su vez el éxito escolar y profesional del individuo. (30)

### **13.8 Consecuencias del embarazo adolescente**

En los últimos años ha disminuido la edad en que los jóvenes inician su actividad sexual y de esta manera ha aumentado de forma alarmante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Implicando en este grupo etario una serie de consecuencias que de manera simple se agrupan en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales. (31)

Desde el punto de vista biológico el comienzo temprano de las actividades sexuales, y con ello el embarazo en la adolescencia, trae consigo consecuencias como el incremento de las probabilidades de enfermedades y de muerte de madres e hijos causados por el estado gestacional, entre los más frecuentes resultados se encuentran los trastornos psicológicos, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial, niños con bajo peso al nacer o con enfermedades provocadas por una formación precoz en el vientre de la madre no adulta (Rodríguez, 2013).

La investigación, que por años se ha desarrollado sobre este fenómeno, ha demostrado cómo “muchas de las jóvenes entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, terminaron su gestación con el aborto” (Evans, 2007: 5). Asimismo, el inicio adelantado de relaciones sexuales y el poco conocimiento sobre salud sexual por parte de los jóvenes contribuyen a un aumento en la frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), que pueden conducir a resultados perjudiciales sobre la fertilidad y la salud en general.

Desde la perspectiva psicológica y social en el adolescente se pueden producir trastornos mentales irreparables como la baja autoestima, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de promiscuidad y hacinamiento, sentirse frustrados por no poder realizar actividades propias de su edad; ello determina no solo una atención irresponsable al pequeño y

deficiente sino la confusión de sus sentimientos respecto al hijo (Valdivieso, 2013).

Otra consecuencia del embarazo en la adolescencia es el abandono de los estudios, con la limitación de la oportunidad educacional se forma una situación económica desfavorable, o en el mejor de los casos se comienza a trabajar sin la debida preparación cultural, técnica y profesional; por lo general solo se tiene acceso a trabajos que poco reportan desde el punto de vista espiritual o económico, llevando también al adolescente a sentimientos de frustración profesional. (34)

El factor económico constituye otra de las variables que genera el embarazo adolescente, pues muchas jóvenes de comunidades pobres y marginadas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, ven la maternidad como una vía de escape a la miseria. Sin embargo, paradójicamente se ha demostrado que la maternidad en las jóvenes aumenta la posibilidad de continuar siendo pobres, de un 16 a un 28% (Arredondo, 1999:28).

Actualmente se reconoce mucho más rotundamente que los determinantes del embarazo juvenil tienen más que ver con factores estructurales sociales, económicos y culturales, que van mucho más allá del ámbito de predominio del sector de la salud. De igual manera, el impacto del embarazo en las niñas trasciende el ámbito de la salud con resultados negativos para su escolarización, su inserción social y laboral, que además afectan su potencial de desarrollo, de autonomía, de participación y de ciudadanía. Por lo tanto se considera al embarazo en adolescentes como un problema social complejo, que debe abordarse desde la óptica de los derechos humanos, y cuya respuesta debe implicar a todos los sectores de un país. (35)

### **13.9 Consecuencias del embarazo en la adolescencia en Ecuador**

Las trascendencias que tiene el embarazo en las adolescentes son de distinta índole. El primer aspecto que se ve afectado es el de la salud de los jóvenes que directamente se relacionan con esta problemática. Ocurrido el embarazo, las jóvenes hacen mínimo uso de los controles prenatales y atención institucional del parto, lo que reduce la posibilidad de una maternidad responsable, comienza a ponerse en riesgo no solo la vida de la joven madre sino de la criatura.

Luego de un estudio realizado en el país, Anda y Castellanos (2014:14) aseguran que:

Cuando una adolescente queda embarazada o tiene un hijo, su salud, su educación, su potencial de obtener ingresos y todo su futuro llega a estar en peligro, y quedar atrapada en una vida ahondada en la pobreza. El efecto que padece la madre adolescente suele ser transmitido a su hijo.

Embarazarse en la adolescencia es un factor de riesgo para embarazos subsecuentes y para infecciones de transmisión sexual, por lo general resulta más frecuente en mujeres que en varones, es aquí donde se demuestra la desigualdad de género en la región.

En el caso de la mortalidad infantil existen evidencias claras respecto a que ésta se asocia al embarazo en la adolescencia. La tasa de mortalidad infantil es mayor en las jóvenes que en el resto de los grupos etarios. En el caso de la mortalidad post-neonatal y en la niñez, lamentablemente viene con los mismos resultados (Rodríguez, 2013).

Otra de las implicaciones del embarazo adolescente en Ecuador son las que tiene que ver con los casos de aborto inducido. Este es frecuente entre mujeres jóvenes no unidas matrimonialmente que no planeaban sus embarazos. Según ENSANUT (MSP, 2013: 3), “en el país el 10% de las adolescentes entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, expresaron que este terminó en aborto. Sin embargo, la cifra resulta más baja en los otros grupos de edad”.

La pobreza se presenta como causa y consecuencia del embarazo adolescente, al igual que la falta de educación. Los resultados de ENEMDU (INEC, 2012) revelan que una adolescente que pertenece a alguno de los quintiles de ingresos más bajos tiene entre 2,4 y 2,9 veces más probabilidad de quedar embarazada que una adolescente de nivel socioeconómico alto. Además, una adolescente cuya educación solo llega a haber completado la primaria tiene entre 6,3 y 12,9 veces más probabilidad de quedar embarazada que una adolescente con educación superior.

Respecto a las consecuencias, se encontró, entre otras, que una mujer que ha tenido un embarazo en la adolescencia tiene 1,3 veces más probabilidad de estar en el quintil económico más bajo y alcanza casi dos años menos de educación que una mujer de similares características que no tuvo esa experiencia. Estos efectos, en diferentes magnitudes, se pueden transmitir también a los hijos.

Las evidencias exponen que el embarazo y la fecundidad en las jóvenes es un problema tanto a nivel individual como social y económico, lo cual resulta evidente en las estrechas opciones de trabajo en las cuales invierten los mejores años de su vida las personas que experimentaron el embarazo. (34)

### **13.10 Salud sexual y reproductiva**

Según la OMS (36) “La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad”.

Dentro del marco de la salud la OMS define la salud reproductiva como los mecanismos que aborda la procreación y el funcionamiento de los aparatos reproductores en las distintas etapas de la vida. Implica además la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, y la libertad de tener hijos cuando los desee, supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud y que permitan a las adolescentes a tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano. (37)

No cabe duda que el embarazo es un problema de suma importancia en la vida de las adolescentes y sus consecuencias numerosas, un reflejo de esta situación lo constituye la persistencia de las tasas de embarazo no deseado en esa etapa del ciclo vital, debido en gran parte al poco o nada de comprensión sobre salud sexual y reproductiva. Una mala salud sexual y reproductiva es el factor que más favorece a la carga de enfermedad entre personas jóvenes es por ende un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes; el tipo de socialización de la sexualidad y cómo se vivencia puede ser decisivo para sus trayectorias de vida.

En muchos países, existen leyes que contribuyen a limitar la discusión pública sobre sexualidad o el comportamiento sexual, por ejemplo, en temas relacionados con la anticoncepción, el aborto y la diversidad sexual.

Las familias desempeñan una función vital en la formación de nuestra comprensión respecto de nuestra identidad sexual y social. Para ello deben ser capaces de conversar acerca de los aspectos físicos y comportamentales de la sexualidad con sus hijos. Por su parte, los adolescentes deben recibir una buena información y adquirir los conocimientos y habilidades que les permitirán tomar decisiones responsables sobre sexualidad, relaciones interpersonales y prevención del VIH y otras ITS. (38)

Actualmente, son muy pocos los adolescentes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual, volviéndolos potencialmente vulnerables frente a la coerción, al abuso y explotación sexual, al embarazo no deseado y a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.

La prevención y la atención al embarazo adolescente (15 a 19 años) desde la óptica de los derechos humanos y dentro del marco de la SSR debe ser un eje transversal de todas las políticas públicas que afectan a adolescentes y jóvenes, además de constituir componentes prioritarios en las políticas sectoriales de salud y educación. Y, sobre todas las cosas, se necesitan políticas de largo plazo y amplio alcance que contrarresten los efectos de la pobreza y la falta de oportunidades para el desarrollo pleno de la adolescencia, en particular de las mujeres jóvenes

En México la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en base a experiencia internacional referente a estrategias de intervenciones indican que la efectividad en la prevención del embarazo en adolescentes pueden clasificarse en:

- 1) Educación integral en sexualidad en escuelas o en colaboración con las escuelas.
- 2) Servicios y clínicas amigas de los y las adolescentes.
- 3) Insumos adecuados y eficaces para la anticoncepción entre adolescentes.
- 4) Intervenciones basadas en medios de comunicación.
- 5) Políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral. (38)

Evidencia de la efectividad de este tipo estrategias es por ejemplo:

La Iniciativa Presidencial para la prevención del Embarazo en Adolescente de los Estados Unidos: se basa en financiar organizaciones comunitarias, gubernamentales o escuelas para que implementen intervenciones basadas en evidencia con efectividad demostrada. Esta estrategia se considera un modelo a seguir por haber logrado reducir la tasa de fecundidad adolescente de 47.7 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2000 a 26.6 en 2013. La tasa de reducción ha aumentado paulatinamente, el descenso en un solo año (2012 a 2013) fue de 10 por ciento.

Perú: el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes involucra a los ministerios de salud, de la mujer, de educación, de justicia y del trabajo. El plan establece que estas instituciones deben coordinarse para llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia en los ámbitos que competen a cada institución. Una fortaleza del programa es que está planteado a largo plazo (2012–2021) y se espera que dé continuidad a intervenciones exitosas.

En Ecuador el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 – 2021 (PNSSSR), promueve el respeto de los Derechos Humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, la inclusión y la igualdad. Articula aspectos de la gestión del Sistema Nacional de Salud, para lograr recursos y procesos sistemáticos de producción y actualización del conocimiento sobre este tema; al mismo tiempo que desarrolla estrategias que logren modificar indicadores de Salud Sexual y Salud Reproductiva que son prioritarios para el país. (6)

En conclusión una educación con derechos sexuales y reproductivos debe ser garantizada por los estados y ser abordada en todas sus dimensiones, en conjunto con la sociedad, para así poder desarrollar colectivamente una cultura de corresponsabilidad en el ejercicio de los adolescentes. El nivel de intervención determina la magnitud del impacto, por lo que debe darse prioridad a intervenciones estructurales y en el nivel comunitario.

Por estos motivos, una las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible

relacionado con la salud (ODS 3) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se basa en garantizar, antes de 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos también los de planificación familiar, información, educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. (39)

### **13.11 Educación en sexualidad**

Según la UNESCO “La educación sexual se ha definido como una orientación culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que orienta sobre el sexo y las relaciones a través del uso de información, realista y sin juicios de valor. Una educación en sexualidad brinda a los adolescentes la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y puedan desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos”. (40)

Por su parte, la sexualidad es definida por el Proyecto de Educación Sexual del Ministerio de Educación (2003), como: Una manifestación psicológica rectora de la personalidad, que tiene como núcleo el sentimiento y la conciencia de la propia masculinidad, feminidad o ambivalencia. Esta interviene en la regulación directa o indirecta de todas las manifestaciones comportamentales del ser humano y como manifestación de la personalidad, es un fenómeno complejo de carácter biopsicosocial del ser humano.

Por lo tanto educar en la sexualidad para la prevención del embarazo precoz implica que el adolescente asuma una actitud consciente y responsable del acto que realice, en la que prevalezca su determinación, sus criterios, sus valoraciones y sobre todo su autocontrol y autoestima.

Al decir de Molina, Torrivilla, Irsia y Sánchez, (2011), la educación de la sexualidad constituye un proceso formativo, dinámico y permanente, que promueve el desarrollo integral del ser humano, al mismo tiempo que contribuye al desarrollo social de su comunidad. Los trabajos investigativos antes mencionados y otros, como los correspondientes a Roa, (2012), Castellanos y González, (2014), González y Castellanos, (2014) realizados en el contexto cubano en los últimos tiempos, sobre el



tema de educación de la sexualidad, han demostrado que las problemáticas del embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes y el abandono de estudios continúan siendo problemas aún no resueltos.

En la comunidad del centro de salud Pascuales es indudable la escasa educación sobre sexualidad por parte de las adolescentes, se evidencia que de 328 mujeres gestantes atendidas, 84 son adolescente (25.6 por ciento) lo que justifica la construcción de un modelo educativo y preventivo del embarazo precoz, a través de un programa de intervención educativa.

El modelo educativo se puede definir como: Conjunto de factores en interacción dialéctica que deben ser contemplados en el diseño del sistema de influencias educativas a que un ciudadano de una sociedad dada en un momento histórico preciso debe ser sometido, para que con un margen de eficiencia, salga formado con un determinado perfil, que de hecho significa ideal de hombre concretado en una personalidad, donde además de rasgos típicos y comunes a todos los miembros de esta sociedad en cuestión, de cabida al desarrollo de su individualidad y potencialidades. (Valera, 2000, p. 33)

Los especialistas de la UNICEF, Ardila y Arango (2014: 12-15) sintetizan en varias líneas de trabajo cómo deben llevarse a cabo los programas de prevención del embarazo en la adolescencia, para los cuales:

1. Se requiere el diagnóstico y socialización de la situación del embarazo en adolescentes con el propósito de promover e impulsar el desarrollo de las acciones de prevención de este fenómeno por parte de todos los actores de la comunidad.
2. Identificar las principales organizaciones que trabajan con adolescentes en sus áreas de influencia para facilitar el desarrollo de las acciones de promoción dirigidos a esos jóvenes.
3. Promover estrategias de desarrollo local para adolescentes que los ayuden a evitar el embarazo y otros comportamientos riesgosos, y para garantizar que cuentan con habilidades y competencias para la construcción de su ciudadanía y la toma de

decisiones responsables con su salud.

4. Impulsar programas en donde la comunidad sea gestora y protagonista con la colaboración de instituciones gubernamentales, ONG, familia, adolescentes y jóvenes.

En el caso específico de la prevención del embarazo adolescente, existen diversos principios guías generales que pueden incidir positivamente en la prevención del embarazo, los cuales deberían ser considerados como piezas que se potencian entre sí:

Apuntar a una sexualidad sana en el contexto del desarrollo adolescente, incluyendo aproximaciones intergeneracionales, para reformular positivamente la sexualidad y entregar información factual libre de mensajes con carga de vergüenza, culpa o temor.

Promover normas de género más equitativas, trabajando tanto desde perspectivas masculinas como femeninas.

Promover los derechos de jóvenes incluyendo los derechos reproductivos y humanos y sus derechos como usuarios de servicios de salud.

Considerar los aspectos culturales locales en el diseño e implementación de programas y acciones tendientes a reducir el embarazo adolescente.

Reflejar y respetar los diferentes valores y prácticas de las comunidades; esto considera la inclusión de una perspectiva multicultural.

Se ha comprobado que los programas intervención educativa brindan información correcta y completa sobre salud sexual y salud reproductiva dan lugar a una conducta más sana y mejores resultados, ayudando a niñas, niños y adolescente a protegerse de los embarazos no deseados, a defender sus derechos, aprender a cuestionar modelos nocivos de masculinidad, feminidad y a proteger a sí mismos y a sus parejas de las infecciones de transmisión sexual. (15) (16) (20) (41) El diseño de la estrategia educativa conduce a fomentar el pensamiento responsable sobre salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

Diversos estudios demuestran que un programa efectivo debe tener la capacidad de

reducir la información incorrecta, aumentar el conocimiento y manejo de información correcta, clarificar y consolidar valores y actitudes positivas, fortalecer las competencias necesarias para tomar decisiones fundamentadas y la capacidad de actuar en función de ellas. Mejorar las percepciones acerca de los grupos de pares y las normas sociales. Aumentar y mejorar la comunicación con padres, madres y otros adultos de confianza.

El hecho de ‘ser sexual’ es una parte importante de la vida de las adolescentes ya que no sólo constituye una fuente de placer y bienestar sino, además, una forma de expresar amor y afecto o de comenzar una familia.

No obstante, también puede tener efectos negativos para la salud y en el ámbito social. Independientemente de si la adolescente elija practicar una vida sexual activa o no, la educación en sexualidad prevalece la adquisición y el fortalecimiento de valores como reciprocidad, igualdad, responsabilidad y respeto, prerequisites para relaciones sociales y sexuales.

### **13.12 Planificación familiar y métodos anticonceptivos.**

La Planificación familiar es la información sobre los medios y métodos que permiten a los individuos a decidir libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos. (42) (43) Esto incluye una amplia gama de anticonceptivos incluyendo la píldora, implantes, dispositivos intrauterinos, los procedimientos quirúrgicos que limitan métodos de fertilidad y de barrera tales como condones y métodos no invasivos, tales como el método del ritmo y la abstinencia, contiene también información sobre el embarazo voluntario, así como sobre el tratamiento de la infertilidad.

Cifras de la OMS indican que unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. (43) En países de ingresos bajos, la falta de anticonceptivos deja expuestas a 6 de cada 10 mujeres a embarazos no deseados.

En Ecuador el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 señala que dos de cada tres mujeres de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. El 39% de esa población ya ha iniciado su vida sexual.

En base a estas cifras es necesaria la Planificación familiar, pues promueve el bienestar de las mujeres, de sus familias y comunidades, para garantizar la salud de las personas. (44)

Dando como beneficio:

- Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres.
- Reducción de la mortalidad infantil
- Poder de decisión y una mejor educación
- Prevención de la infección por el VIH y el SIDA
- Disminución del embarazo de adolescentes
- Menor crecimiento de la población

Los métodos anticonceptivos impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres de edad fértiles que mantienen relaciones sexuales. La mayoría de métodos anticonceptivos están destinados para las mujeres, existiendo diversos tipos a elegir, con diferentes mecanismos de actuación y vías de administración. Para los hombres sólo el preservativo masculino y la vasectomía son los métodos a utilizar. A nivel mundial, el uso de los anticonceptivos modernos ha aumentado, de un 54% en 1990 a un 57,4% en el 2015.

Los métodos anticonceptivos, como los preservativos masculinos y femeninos, previenen el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, y eliminan muchos de los riesgos asociados para la salud. Sin embargo, muchos adolescentes siguen sin tener acceso a métodos anticonceptivos, información y servicios, a pesar de los compromisos internacionales para eliminar las barreras en la planificación de la familia.(3)

No existe un método anticonceptivo 100% seguro, pero los considerados como eficaces ofrecen una protección anticonceptiva muy alta. Según la OMS, el método más eficaz es el DIU, con una eficacia del 99%, la única condición es que se implante entre los cinco días siguientes de haber mantenido relaciones sexuales, además, puede ser utilizado como método permanente de anticoncepción.

La elección anticonceptiva debe involucrar a la pareja junto con el asesoramiento médico y valorarse por su eficacia, seguridad, reversibilidad, la complejidad de uso y el precio.

**Eficacia:** Tiene que ver con la capacidad que brinda un método anticonceptivo para impedir la gestación.

**Seguridad:** que brinda un método anticonceptivo para alterar de manera positiva o negativamente el estado de salud de las mujeres o de amenazar su vida.

**Reversibilidad:** tiene que ver con la recuperación de la capacidad reproductiva tras interrumpir el uso de un método anticonceptivo determinado.

**Complicación complejidad de uso:** Relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del cuerpo y habilidades manuales.

**Precio:** Considerar previo a su indicación los costos del método y la accesibilidad a los mismos especialmente por los adolescentes.

Los métodos anticonceptivos de acuerdo a la OMS son: Métodos modernos y Métodos tradicionales. (43)

#### Métodos Modernos

**Anticonceptivos orales.** Estos evitan la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación). Su contenido es de dos hormonas (estrógeno y progestágeno)

**Implantes.** Son cápsulas tipo cilíndricas flexibles pequeñas que se colocan debajo de la piel del brazo de las mujeres, estos contienen únicamente progestágeno, lo que hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, impidiendo que los espermatozoides y el óvulo se unan previniendo la ovulación.

**Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación.** Son anticonceptivos que se aplican mensualmente por vía intramuscular, estos contienen hormonas de estrógeno y progestágeno que impide la liberación de óvulos.

**Progestágeno en forma inyectable.** El uso de este anticonceptivo es por vía intramuscular o bajo la piel cada 2 o 3 meses. Cuando se lo deja de utilizar, la fecundidad tarda en reaparecer entre 1 y 4 meses.

**Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado.** Estos liberan de forma continua dos hormonas, una de estrógeno y una de progestina a

través de la piel, el parche y el anillo vaginal prestan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales.

Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel. Este tipo de dispositivo tiene forma de T que al insertarse en el útero libera pequeñas cantidades de levonorgestrel.

Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. Son dispositivos que contienen un asa o cubierta de cobre (daña los espermatozoides impidiendo que se junte con el óvulo) que se inserta en el útero.

Condón masculino. Son cubiertas que envuelve el pene cuando esta erecto, formando de esta manera una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.

Condón femenino. Están hechos de material plástico transparente, son finos y suaves que se adapta de forma holgada a la vagina impidiendo que los espermatozoides y el óvulo se junten.

Esterilización masculina (vasectomía). Es un método de anticoncepción permanente mediante operación quirúrgica, se bloquean o cortan los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos, impidiendo que haya espermatozoides en el semen eyaculado.

Esterilización femenina (salpingectomía). Método de Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio (ligaduras de las trompas).

Método de la amenorrea del amamantamiento. Este es un método de anticoncepción temporal usado en los primeros seis meses por las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar. Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación).

Píldoras anticonceptivas de emergencia. Son pastillas anticonceptivas de acetato de ulipristal de 30 mg, o de levonorgestrel de 1.5 mg, que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección, estas retrasan la ovulación, no altera el embarazo si este ya se ha producido.

Método de la temperatura basal corporal. Este método consiste en que la mujer debe registrar su temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de temperatura 0,2°C a 0,5°C.

Método de días fijos. Este método consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual, no se debe tener relaciones sexuales durante los días más fértiles.

Método de los dos días. Consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical, si hay secreciones, tipo, color y consistencia. Es método es difícil de aplicar si la mujer presenta algún tipo de infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical.

Método sintotérmico. Este método consiste en determinar los períodos fértiles, las mujeres deben prestar atención a los cambios en el moco cervical su textura, transparencia, temperatura corporal y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento).

#### Métodos tradicionales

Método del calendario o método del ritmo. Consiste en observar el ciclo menstrual durante 6 meses, restar 18 de la duración del ciclo más corto (primer día fértil estimado) y restar 11 de la duración del ciclo más largo (último día fértil estimado). Se impide el embarazo evitando el coito sin protección durante el posible primer día fértil y el posible último día fértil, bien absteniéndose o utilizando un preservativo.

Marcha atrás (coitus interruptus). Es uno de los métodos menos eficaces de anticoncepción, consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, asegurándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos.

Todos los métodos anticonceptivos pueden ser usados de manera segura por los adolescentes, Sus necesidades dependerán de cada situación particular.

## **14 MÉTODOS**

### **14.1 Justificación de la elección del método**

La investigación se realizó en el año 2018 en el consultorio R de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. El nivel investigativo del estudio fue descriptivo (dado que se describen parámetros del tema objeto de estudio de la población), de tipo observacional y no existió intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos investigados, de corte transversal porque las variables fueron medidas en una sola ocasión, prospectivo porque la fuente de información fue primaria y de carácter descriptivo por ser univariado, con una variable de estudio (variable de interés).

### **14.2 Diseño de la investigación**

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

Se incluyó en el estudio 70 adolescentes de 10 a 19 años del sexo femenino, pertenecientes al consultorio R de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales perteneciente al cantón Guayaquil, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Todas las adolescentes entre 10 y 17 años cuyos padres o tutores firmen el consentimiento informado y las adolescentes de 18 a 19 años que declaren estar de acuerdo en participar en el estudio, a través de la firma por ellas mismas del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Adolescentes de 10 a 17 años cuyos padres o tutor presente una discapacidad intelectual que no le permita dar el consentimiento para que su hija o tutorada participe en la investigación; adolescentes de 10 a 19 años con discapacidad intelectual que le impida responder la encuesta.



Adolescentes que en más de una ocasión de ser citada o visitado para el llenado del cuestionario, no acudan o no se encuentren en su domicilio.

#### **14.2.2 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de padres o tutores y adolescentes para participar en la investigación (Anexo 1) (Anexo 2).

La recolección de datos se realizó en el período correspondiente de enero a junio del 2018 a través de una encuesta tipo test (Anexo 3), diseñada por la autora de la investigación a partir de la revisión documental de instrumentos para evaluar el tema de estudio. En el proceso de construcción se confeccionó una primera versión del instrumento el cual fue evaluado por expertos especialistas en Bioestadística y Medicina Familiar.

Se utilizaron los criterios de Moriyama para la evaluación y se fijó como punto de corte para considerar aceptado los ítems un 70%, posteriormente fue sometido a una prueba piloto en la que participaron adolescentes pertenecientes a la población del posgrado del centro de salud Pascuales con similares características de la población de estudio.

La versión final del cuestionario quedo conformada por 25 preguntas en total, divididas en cuatro componentes:

Componente I: las que corresponden con los factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia se incluyen en las preguntas de la 1 a la 7.

Componente II: Las que corresponden a los conocimientos que tienen las adolescentes sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencias del embarazo en esta etapa de la vida, que incluyen las preguntas de la 8 a la 15

Componente III: Las preguntas que corresponden a las prácticas sexuales de las adolescentes, que incluyen las preguntas de la 16 a la 20.

Componente IV: Los aspectos dirigidos a los elementos con los que se elaborará la estrategia, que incluyen de la pregunta 21 a la 25.

El instrumento fue aplicado por la autora de la investigación en el consultorio R del centro de salud Pascuales y en los domicilios, en caso de que no asistieran por algún impedimento a la cita prevista, en todos los casos se garantizó la privacidad entre la encuestada y la investigadora en la aplicación del cuestionario. Además se revisaron las fichas familiares de las participantes.

### 14.2.3 Técnicas de recolección de información.

#### Técnicas empleadas para recolectar la información

| Variable  | Tipo de técnica             |
|---|-----------------------------|
| Edad  | Documental(Ficha familiar)  |
| Estado civil  | Documental(Ficha familiar)  |
| Escolaridad   | Documental(Ficha familiar)  |
| Ocupación   | Documental (Ficha familiar) |
| Clasificación de la familia por tamaño  | Documental (Ficha familiar) |
| Clasificación de la familia por ontogénesis   | Documental (Ficha familiar) |
| Clasificación de la familia por generación  | Documental (Ficha familiar) |
| Convivencia   | Documental(Ficha familiar)  |
| Factores de riesgo del embarazo en la adolescencia previo al inicio de las relaciones sexuales. | Encuesta                    |
| Edad de inicio de las relaciones sexuales   | Encuesta                    |
| Primera relación sexual protegida   | Encuesta                    |
| Causas de tener relaciones sexuales sin protección  | Encuesta                    |
| Decisión de tener relaciones sexuales por primera vez   | Encuesta                    |
| Relaciones sexuales actuales  | Encuesta                    |
| Métodos anticonceptivos que usa actualmente   | Encuesta                    |
| Conocimiento sobre sexualidad   | Encuesta                    |
| Fuente de información sobre sexualidad.   | Encuesta                    |
| Conocimientos sobre métodos anticonceptivos   | Encuesta                    |
| Conducta que asumiría para prevenir un embarazo.  | Encuesta                    |
| Conocimiento de la edad ideal para tener  | Encuesta                    |

|   |          |
|---|----------|
| relaciones sexuales   |          |
| Conocimiento de la edad ideal para tener un embarazo adecuado     | Encuesta |
| Conocimientos sobre consecuencias del embarazo en la adolescencia | Encuesta |
| Fuentes de información de riesgo de embarazo en adolescencia.     | Encuesta |
| Técnicas didácticas para las actividades educativas               | Encuesta |
| Lugar para recibir las actividades educativas                     | Encuesta |
| Frecuencia para recibir las actividades educativas                | Encuesta |
| Disponibilidad de tiempo para recibir las actividades educativas  | Encuesta |
| Número de personas por actividades educativas                     | Encuesta |

#### **14.2.4 Técnicas de análisis estadístico**

El procesamiento de la información se realizará en una computadora hp intel core i5, utilizando Windows 10, se ingresarán los datos en programa Excel. Las variables se codificarán y exportarán al programa estadístico SPSS versión 22 para analizar, procesar y elaborar tablas y gráficos de presentación

Por ser el estudio descriptivo los resultados de variables categóricas y numéricas se presentarán en números absolutos y porcentajes.

### 14.3 Variables

#### 14.3.1 Operacionalización de variables

| Variable   | Indicador   | Valor final   | Tipo de Escala                |
|--|---|---|-------------------------------|
| Edad   | Años cumplidos  | Años  | Numérica discreta             |
| Estado civil   | Condición social relacionada con la pareja  | Soltera<br>Casada<br>Unión estable  | Catagórica ordinal            |
| Escolaridad  | Ultimo nivel escolar aprobado   | Ninguno<br>Primaria<br>Secundaria<br>Bachiller  | Catagórica ordinal            |
| Ocupación  | Actividad laboral que desempeñan  | Estudiante<br>Ama de casa<br>Trabaja  | Catagórica nominal            |
| Clasificación de la familia por tamaño   | Según número de integrantes   | Pequeña<br>Mediana<br>Grande  | Catagórica ordinal            |
| Clasificación de la familia por ontogénesis  | Según la ontogénesis  | Nuclear<br>Extensa<br>Ampliada<br>Monoparental  | Catagórica ordinal            |
| Clasificación de la familia según generación   | Según generaciones que la compongan   | Unigeracional<br>Bigeneracional<br>Trigeneracional  | Catagórica ordinal            |
| Convivencia  | Persona con quien vive en casa  | Padre<br>Madre<br>Hermanos<br>Abuelos<br>Tíos<br>Sobrino<br>Madrasta<br>Padraastro<br>Hermanastra<br>Pareja<br>Otras personas | Catagórica nominal politómica |
| Factores riesgo del embarazo en la adolescencia previos al inicio de las relaciones sexuales | Menarquia temprana<br>Consumo de alcohol u otras drogas<br>Falta de comunicación familiar<br>Permisividad de los padres | Presente<br>No presente   | Catagórica nominal dicotómica |

|   |  |  |                               |
|---|--|--|-------------------------------|
|   | Presencia de violencia en el hogar<br>Antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia<br>Abandono escolar o nivel educativo bajo |  |                               |
| Edad de inicio de las relaciones sexuales             | Años cumplidos de inicio de las relaciones sexuales  | Años   | Numérica discreta             |
| Primera relación sexual protegida                     | Protección durante su primera relación sexual  | Si<br>No   | Catagórica nominal dicotómica |
| Causas de tener relaciones sexuales sin protección    | Causas de tener relaciones sexuales sin protección   | No lo creí necesario<br>Fue encuentro no planeado<br>Mi pareja no lo aceptó<br>No conocía ningún método anticonceptivo   | Catagórica nominal politómica |
| Decisión de tener relaciones sexuales por primera vez | Decisión de tener relaciones sexuales por primera vez  | Curiosidad<br>Estabas muy enamorada<br>Temor a perder a tu pareja<br>Tu novio te obligó a tener relaciones<br>Te obligaron a tener relaciones sexuales<br>Por sugerencias de amigas<br>Otras | Catagórica nominal politómica |
| Relaciones sexuales actuales                          | Relaciones sexuales actuales   | Si<br>NO   | Catagórica nominal dicotómica |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
| Métodos anticonceptivos que usa actualmente                   | Tipo de método anticonceptivo que usa   | Uso del condón<br>Método del ritmo<br>Anticoncepción hormonal (pastilla o inyecciones)<br>Píldora de emergencia<br>DIU<br>Intradérmico<br>Coito interrumpido. | Categoría nominal politómica |
| Conocimiento sobre sexualidad                                 | Concepto de sexualidad  | Conoce<br>No conoce   | Categoría nominal dicotómica |
| Fuente de información sobre sexualidad                        | Tipo de fuente de información que utiliza para conocer sobre sexualidad                           | Padres<br>Amigos<br>Hermano<br>Personal de salud.<br>Colegio. Radio<br>Televisión.<br>Internet.   | Categoría nominal politómica |
| Conocimiento sobre métodos anticonceptivos                    | Preservativos<br>Anticonceptivos orales o inyectables<br>DIU<br>Intradérmico<br>Método del ritmo. | Conoce<br>No conoce   | Categoría nominal dicotómica |
| Conducta que asumiría para prevenir un embarazo               | Conducta que asumiría para prevenir un embarazo   | No tener relaciones sexuales<br>Tener relaciones sexuales protegida   | Categoría nominal dicotómica |
| Conocimiento de la edad ideal para tener relaciones sexuales  | Edad ideal para que una mujer tenga relaciones sexuales   | Menor 20 años<br>20 años o más  | Numérica discreta            |
| Conocimiento de la edad ideal para tener un embarazo adecuado | Edad ideal para que una mujer tenga un embarazo adecuado  | Menor 20 años<br>20 años o más  | Numérica discreta            |

|   |  |   |                               |
|---|--|---|-------------------------------|
| Conocimientos sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia | Trastornos psicológicos, Abortos espontáneos, Anemia, Infecciones urinarias, Amenaza de parto pre término, Hipertensión arterial, Niños con bajo peso al nacer , Abandono escolar. | Conoce<br>No conoce   | Catagórica nominal            |
| Fuentes de información sobre riesgo del embarazo en adolescencia      | Tipo de fuente por la que accedió a la información   | Escuela o colegio, Televisión o radio, Amigos, Mamá, Papá, familiares, Personal del centro de salud, otros. | Catagórica nominal politómica |
| Técnicas didácticas para las actividades educativas.                  | Técnicas didácticas para las actividades educativas.   | Charlas<br>Videos documentales<br>Discusión grupal<br>Otros   | Catagórica nominal politómica |
| Lugar para recibir las actividades educativas                         | Lugar para recibir las actividades educativas  | Centro de salud<br>Escuela o colegio<br>Domicilio<br>Otros  | Catagórica nominal politómica |
| Frecuencia para recibir las actividades educativas                    | Frecuencia para recibir las actividades educativas   | Una vez a la semana<br>Cada dos semanas<br>Una vez al mes   | Catagórica nominal politómica |
| Disponibilidad de tiempo para recibir las actividades educativas      | Tiempo de que dispone para recibir las actividades educativas  | 15 minutos<br>30 minutos<br>1 hora  | Catagórica nominal politómica |
| Número de personas por actividades educativas                         | Número de personas por Actividades educativas  | Solo<br>Grupo de 5 a 10<br>Grupo de 11 a 15   | Catagórica nominal politómica |

## 15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSION

En las tablas de la uno a la tres se muestran los resultados que responden al objetivo número uno, relacionados con las variables sociodemográficas y familiares.

**Tabla 1: Distribución de las adolescentes según edad. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| Edad (años) | Nº        | %           |
|-------------|-----------|-------------|
| 10          | 8         | 11,4        |
| 11          | <b>10</b> | <b>14,3</b> |
| 12          | 7         | 10,0        |
| 13          | 6         | 8,6         |
| 14          | <b>9</b>  | <b>12,9</b> |
| 15          | 8         | 11,4        |
| 16          | 8         | 11,4        |
| 17          | 4         | 5,7         |
| 18          | 6         | 8,6         |
| 19          | 4         | 5,7         |
| Total       | 70        | 100         |

Fuente: Ficha familiar

Dentro de las variables sociodemográficos se observó que de las 70 adolescentes encuestadas la edad que predominó fue de 11 años con 10 adolescentes (14,3 %), seguida del grupo de 14 años con 12,9% que corresponde a 9 adolescentes y el grupo de 15 y 16 años con el 11,4% (8 adolescentes) cada uno. Tabla 1.

Del total de población 31 adolescentes que corresponden al 44,3% están en etapa temprana de la adolescencia seguida de 25 adolescentes que corresponden al 35,7% están en la etapa media de la adolescencia.

Estos datos son similares con el Análisis Situacional Integral de Salud del centro de salud Pascuales del 2017 (45) predominó 11 años de edad con el 17,7%. En comparación con lo expuesto en el estudio realizado en Pinar del Rio Cuba en el 2012 por Quinteros (20), los resultados varían, donde el mayor porcentaje se



encuentra en el rango de 14 - 16 años (55,6%), lo cual no concuerda con este estudio.

**Tabla 2: Distribución de las adolescentes según variables sociodemográficas. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Variable sociodemográfica</b> |             |             |
|----------------------------------|-------------|-------------|
|                                  | <b>N=70</b> |             |
| <b>Estado civil</b>              | <b>Nº</b>   | <b>%</b>    |
| Soltera                          | <b>56</b>   | <b>80</b>   |
| Casada                           | 1           | 1,4         |
| Unión estable                    | 13          | 18,6        |
| <b>Escolaridad</b>               |             |             |
| Ninguna                          | 1           | 1,4         |
| Primaria                         | 24          | 34,3        |
| Secundaria                       | <b>39</b>   | <b>55,7</b> |
| Bachiller                        | 6           | 8,6         |
| <b>Ocupación</b>                 |             |             |
| Estudiante                       | <b>60</b>   | <b>85,7</b> |
| Ama de casa                      | 10          | 14,3        |

Fuente: Ficha familiar

En otras variables sociodemográficas, se identificó según su estado civil 56 son solteras (80%) y 18,6% que corresponde a 13 adolescentes refirieron unión libre. De acuerdo a la escolaridad de las adolescentes encuestadas, el 55,7% corresponde a la secundaria con 39 adolescentes seguida de primaria con 34,3% con 24 adolescentes. Según su ocupación 60 adolescente (85,7%) indicaron estar el estudiando y 10 son amas de casa (14,3%). Tabla 2.

Estos resultados tienen similitud con en el estudio realizado por Robin Sánchez (46) en el centro de salud Pascuales en el año 2016, donde el 61,4% son solteras y el 58,6% estudiantes. A diferencia el 98,1% son solteras y el 53,5% tienen escolaridad primaria según Barceló R, Navarro E. (63) en Barranquilla (Colombia) en el año 2013.

**Tabla 3: Distribución de las adolescentes según aspectos del ámbito familiar. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Ámbito familiar</b>           |           |             |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Familia según tamaño</b>      | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
| N = 70                           |           |             |
| Pequeña                          | 7         | 10          |
| Mediana                          | <b>34</b> | <b>48,6</b> |
| Grande                           | 29        | 41,4        |
| <b>Familia según ontogénesis</b> |           |             |
| Nuclear                          | <b>32</b> | <b>45,7</b> |
| Extensa                          | 27        | 38,6        |
| Ampliada                         | 11        | 15,7        |
| <b>Familia según generación</b>  |           |             |
| Unigeneracional                  | 2         | 2,9         |
| Bigeneracional                   | <b>39</b> | <b>55,7</b> |
| Trigeneracional                  | 29        | 41,4        |
| <b>Convivencia</b>               |           |             |
| Padres                           | <b>27</b> | <b>38,6</b> |
| Madre                            | <b>24</b> | <b>34,3</b> |
| Padre                            | 4         | 5,7         |
| Abuelos                          | 1         | 1,4         |
| Padrastro                        | 1         | 1,4         |
| Pareja                           | 12        | 17,2        |
| Otras personas                   | 1         | 1,4         |

Fuente: Ficha familiar

De las 70 adolescentes incluidas en el estudio, de acuerdo ámbito familiar se encontró que el tamaño de familia que predominó fue la mediana con 34 familias (48,6%), la grande se ubicó con 29 familia (41,4%), mientras que con 7 (10%) corresponde a familia pequeña. Según la ontogénesis predominan las familias nucleares 32 (45,7%) y la familia extensa con 27 (38,6%). Según la generación predominan la bigeneracional con 39 (55,7%) seguida la trigeneracional con 29 (41,4%). De acuerdo con la convivencia 27 adolescentes encuestadas viven con los padres (38,6%), seguido de 24 adolescentes que viven con madre (34,3%). Tabla 3.

Estos resultados son similares a los encontrados en el Análisis Situacional Integral de

Salud del centro de salud Pascuales en el 2017 (45), además con los estudios expuestos por Robin Sánchez (46) en igual centro de salud en el año 2016, en el que el 44,2 % y el 48,5% pertenecen a familias medianas y nucleares respectivamente (46) y por Mejía (48) universidad Juan corporas en el año 2015 en el que el 54,6% pertenecen a familias nucleares.

**Tabla 4: Distribución de las adolescentes según el inicio y la edad de la menarquia. Consultorio R. Centro de Salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Inicio de la menarquia</b>     |           |             |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| <b>N= 70</b>                      | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
| Si                                | <b>48</b> | <b>68,6</b> |
| No                                | 22        | 31,4        |
| <b>Edad de la menarquia N= 48</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
| 9                                 | 1         | 2,1         |
| 10                                | 5         | 10,4        |
| 11                                | 5         | 10,4        |
| 12                                | <b>23</b> | <b>47,9</b> |
| 13                                | 9         | 18,7        |
| 14                                | 2         | 4,2         |
| 15                                | 3         | 6,3         |

Fuente: Encuesta

En la población de estudio, 48 adolescentes ya habían presentado la menarquia que corresponden al 68,6%, mientras que 22 adolescentes aún no la presentaban con el 31,4%. Al analizar la edad en que ocurrió la menarquia en las 48 adolescentes que la habían tenido, predominó la aparición a los 12 años con 23 adolescentes correspondiendo al 47,9%, mientras que las adolescentes que la tuvieron a los 10 años o menos fueron seis que corresponde al 12,5% (Tabla 4).

Los factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia responden al objetivo 2 y se representan en las tablas cinco, seis, siete y ocho.

**Tabla 5: Distribución de las adolescentes según factores de riesgo del embarazo en la adolescencia previos al inicio de las relaciones sexuales Consultorio R. Centro de Salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Factores de riesgos previos al inicio de las relaciones sexuales</b> |                 |             |                    |          |
|---|-----------------|-------------|--------------------|----------|
|   | <b>Presente</b> |             | <b>No presente</b> |          |
|   | <b>Nº</b>       | <b>%</b>    | <b>Nº</b>          | <b>%</b> |
| Menarquia temprana  | 6               | 8,5         | 64                 | 91,5     |
| Consumo de alcohol o drogas   | 6               | 8,6         | 64                 | 91,4     |
| Falta de comunicación familiar  | 5               | 7,1         | 65                 | 92,9     |
| Permisividad de los padres  | 16              | 22,9        | 54                 | 77,1     |
| Violencia familiar  | 3               | 4,3         | 67                 | 95,7     |
| Abandono escolar o nivel educativo bajo                                 | 10              | 14,3        | 60                 | 85,7     |
| Antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia.                  | <b>39</b>       | <b>55,7</b> | 31                 | 44,3     |

Fuente: Encuesta

Los factores de riesgo relacionados con el embarazo en la adolescencia previo al inicio de las relaciones sexuales existente en la población de estudio, predominan los antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia 39 con el 55,7%, seguida por la permisividad 16 con el 22,9%. Tabla 5.

En comparación con el estudio de Doblado y Cols (58) en Cuba en el 2010 y con el estudio realizado en Chile en el 2013 por Electra González (49), estos también mantienen un alto porcentaje (60,9%) (41,9%) respectivamente. A diferencia con expuesto por León (31), en Chile en el 2008 predominan los factores individuales con el 71,6%.

**Tabla 6: Distribución de las adolescentes según el inicio y la edad de inicio de las relaciones sexuales. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Inicio de las relaciones sexuales</b><br><b>N=70</b>          | <b>N°</b> | <b>%</b>     |
|--|-----------|--------------|
| No   | <b>54</b> | <b>75,7%</b> |
| Si   | 17        | 24,3%        |
| <b>Edad de inicio de las relaciones sexuales</b><br><b>N= 17</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>     |
| 13   | 2         | 11,8         |
| 14   | 3         | 17,6         |
| 15   | <b>7</b>  | <b>41,2</b>  |
| 16   | 3         | 17,6         |
| 17   | 1         | 5,9          |
| 18   | 1         | 5,9          |
| Total  | 17        | 100          |

Fuente: Encuesta

De las 70 adolescentes de la población de estudio 53 adolescentes no han iniciado la actividad sexual que corresponde al 75,7% y 17 adolescentes han iniciado su actividad sexual que corresponde al 24,3%. En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales predominó los 15 años con el 41,2%/con 7 adolescentes. Tabla 6.

En comparación con el estudio realizado por Mayteé Vaillant Correoso (50) en Cuba 2012, el 61,6 % comenzaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Según la Encuesta Nacional de Salud, Salud Reproductiva y Nutrición 2012 (ENSANUT) en Ecuador (6), el 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual, el 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y el 30.1% antes de los 18 años. Resultados del estudio de Doblado y Cols (58) en Cuba en el 2010, el 40,6% de las adolescentes tuvieron sus primeras relaciones sexuales a los 15 años. Dichos estudios tienen concordancia con este estudio.

**Tabla 7: Distribución de las adolescentes según protección de la primera relación sexual, la causa de la primera relación sexual sin protección y la decisión de tener relaciones sexuales. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Protección de la primera relación sexual</b><br>N=17            | Nº        | %           |
|--|-----------|-------------|
| Si   | 5         | 29,4        |
| No   | <b>12</b> | <b>70,6</b> |
| <b>Causas de la primera relación sexual sin protección</b><br>N=12 |           |             |
| No lo creí necesario   | <b>4</b>  | <b>33,3</b> |
| Fue un encuentro no planeado                                       | 3         | 25          |
| Mi pareja no lo aceptó   | 1         | 8,4         |
| No conocía ningún método anticonceptivo                            | <b>4</b>  | <b>33,3</b> |
| <b>Decisión de tener relaciones sexuales</b><br>N=17               |           |             |
| Curiosidad   | 5         | 29,4        |
| Estaba enamorada   | <b>12</b> | <b>70,6</b> |

Fuente: Encuesta

Según la protección de la primera relación sexual la mayoría de las adolescentes no se protegieron con el 70,6% (12 adolescentes) y 29,4% (5 adolescentes) sí se protegieron. La causa que predominó fue no lo creí necesario y no conocía ningún método anticonceptivo 33,3% (4 adolescentes) cada una. En cuanto a la decisión de tener relaciones sexuales predominó con 70,6% (12 adolescentes) estaba muy enamorada. Tabla 7.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 – 2021 (6), el 67,7% de mujeres de 15 a 24 años no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones del no uso son: no esperaba tener relaciones sexuales, no conocía los métodos y no pudo conseguirlos. Según estudio de Cano (59) en Cuba 2013, el 86 % no emplearon ningún método anticonceptivo. Los resultados de estos estudios evidenciaron coincidencias con los factores mencionados.

A diferencia del estudio de García Macías (56) en Latacunga 2016, la causa que predominó con el 43,8% en la primera relación sin protección refiere haber sido un

encuentro no planeado.

**Tabla 8: Distribución de las adolescentes según relaciones sexuales actuales y método anticonceptivo que utiliza. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Relaciones sexuales actuales</b>            | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| <b>N=17</b>                                    |           |             |
| Si   | <b>14</b> | <b>82,3</b> |
| No   | 3         | 17,7        |
| <b>Uso de métodos anticonceptivos actuales</b> |           |             |
| Preservativo                                   | 1         | 5,9         |
| Método del ritmo                               | 1         | 5,9         |
| Anticonceptivos orales o inyectables           | <b>9</b>  | <b>53</b>   |
| Intradérmicos                                  | 2         | 11,7        |
| Ninguno  | <b>4</b>  | <b>23,5</b> |

Fuente: Encuesta

Entre las adolescentes que tienen actualmente relaciones sexuales predomina 14 con el 82,3% y de éstas 9 (53%) utilizan actualmente anticonceptivo Orales o inyectables seguida del 23,5% (4 adolescente) no utilizan ningún métodos anticonceptivos. Tabla 8.

En el estudio realizado en México en el 2015 por Sánchez Meneses (51) señala que el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado con el 65,2% y el 13,6% corresponden a los anticonceptivos orales y en el estudio de Castillo Chálen (55) en Pascuales 2016, el método anticonceptivo utilizado actualmente es el condón con el 76,5%. Como se puede observar estos datos no coinciden con este estudio.

En el estudio realizado en Chile en el 2013 por Parra Villarroel (52), éstas cifras varían donde el mayor porcentaje corresponde a los anticonceptivos orales con el 56% seguido del preservativo con el 41%. Estos datos son similares con este estudio.

En las tablas de la nueve a la trece se muestran los resultados que responden al objetivo tres relacionados con variables de conocimientos de sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencias del embarazo en la adolescencia.

**Tabla 9: Distribución de las adolescentes según el conocimiento del concepto de sexualidad y la fuente de información de sexualidad. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Concepto sexualidad</b>                        | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| <b>N=70</b>                                       |           |             |
| Conoce  | 34        | 48,6        |
| No conoce   | <b>36</b> | <b>51,4</b> |
| <b>Fuente de información de sexualidad N = 34</b> |           |             |
| Padres  | <b>15</b> | <b>44,1</b> |
| Amigos  | 6         | 17,6        |
| Hermanos  | 3         | 8,8         |
| Personal de salud                                 | 2         | 5,8         |
| Libros  | 7         | 20,5        |
| Colegio   | <b>14</b> | <b>41,1</b> |
| Televisión  | 3         | 8,8         |
| Internet  | 4         | 11,7        |

Fuente: Encuesta

En lo referente a los conocimientos que tiene las adolescentes, se observó que 36 (51,4%) no conocen el concepto de sexualidad y 34 (48,6%) conoce. Cuya fuente de información proviene de los padres con 15 (44,1%) seguida del colegio con 14 (41,1%). Tabla 9.

En el estudio realizado en Pascuales 2016 por Terán Manzaba (54), el 71,8% no tienen conocimientos sobre sexualidad lo mismo ocurre con el 62,5% según García Macías (56) en Latacunga 2016. Lo cual tiene concordancia con este estudio.

Según Rengifo (62) en Colombia en el 2012, el 90,5 % de las adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información de los cuales los adolescentes han recibido su conocimiento es por parte de los padres el 67,5 %, seguido de los profesores 13,5 %. Lo cual tiene similitud con este estudio.

En comparación con estudio de Barrozo y Pressiani (53) en Argentina en el 2011, el 49,20%, han recibido la información de establecimientos educativos y el 18% en su seno familiar. El 69,9% reciben mayor información del sexualidad del colegio seguido por los padres de familia (padre, madre, o ambos) en un 39,8% según estudio Del Pozo (60) en Loja 2011. Lo cual no coincide con este estudio.



Mientras en el estudio de Robin Sánchez (46), el 52,9% refiere que se habla abiertamente sobre sexualidad en la familia y el estudio de Terán Manzaba (54), las fuentes más utilizadas fueron la familia y el colegio con el 48.52% cada una. Los cuales tienen similitud con este estudio.

**Tabla 10: Distribución de las adolescentes según el conocimiento métodos anticonceptivos y tipo de métodos anticonceptivos que conoce. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018**

| <b>Conocimientos de método anticonceptivo<br/>N=70</b>  | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| Conoce  | <b>43</b> | <b>61,4</b> |
| No conoce   | 27        | 38,6        |
| <b>Tipos de métodos anticonceptivos que conoce N=43</b> |           |             |
| Preservativos   | <b>38</b> | <b>88,3</b> |
| Anticonceptivos orales o inyectables                    | 6         | 13,9        |
| Abstinencia   | 1         | 2,3         |

Fuente: Encuesta

Según el conocimiento de métodos anticonceptivos 43 adolescentes conocen algún tipo de método anticonceptivo que corresponden al 61,4% y 27 adolescente no conocen que corresponden al 38,6%. Los métodos anticonceptivo que más conocen las adolescentes, es el preservativo con el 88,3% (38), seguido de anticonceptivos orales o inyectables con el 13,9%(6). Tabla 10.

Según datos de ENSANUT 2012 (6), el 79.5% de mujeres de 12 a 14 años tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, comparado con el 98% de mujeres entre 15 y 49 años.

El método anticonceptivo más conocido por los adolescentes fue el condón masculino con el 74.5%, según estudio de Castillo Chálen (55) y el 90% según estudio Del Pozo (60). Los cuales concuerdan con este estudio.

**Tabla 11: Distribución de las adolescentes según la conducta que asumiría para prevenir un embarazo, conocimientos de la edad ideal para tener relaciones sexuales y para tener un embarazo adecuado. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Conducta que asumiría para prevenir un embarazo</b><br>N=70       | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| No tener relaciones sexuales   | 30        | 42,9        |
| Tener relaciones sexuales protegidas                                 | <b>40</b> | <b>57,1</b> |
| <b>Conocimientos de la edad ideal para tener relaciones sexuales</b> |           |             |
| <20 años   | 20        | 28,6        |
| 20 años o más  | <b>50</b> | <b>71,4</b> |
| <b>Conocimiento de la edad ideal para tener un embarazo adecuado</b> |           |             |
| < 20 años  | 3         | 4,3         |
| 20 años o más  | <b>67</b> | <b>95,7</b> |

Fuente: Encuesta

En cuanto a la conducta que asumiría para prevenir el embarazo el 57,1%(40 adolescentes) escogieron tener relaciones con protección y el 42,9% (30 adolescentes) no tener relaciones sexuales. Según el conocimiento de la edad ideal para tener relaciones sexuales 50 adolescentes (71,4%) contestaron más de 20 años seguida de 20(28,6%) respondieron que menos de 20 años. En relación a la edad ideal para tener un embarazo adecuado el 95,7% (67 adolescentes) contestaron más de 20 años seguida del 4,3% (3 adolescentes) menos de 20 años. Tabla 11.

En comparación con estudio de Mendoza Tascón (54) en Chile 2016, entre los adolescentes de 15-17 años, 77% de la reducción del riesgo de embarazos, es atribuida al uso de anticonceptivos y 23% a la abstinencia sexual. Lo cual concuerda con este estudio.

Según estudio de Terán Manzaba (54), el 93,5% y el 76,9% reconocieron como edad adecuada para un embarazo saludable y para tener relaciones sexuales más de 20 años respectivamente. Lo cual concuerda con este estudio.

**Tabla 12: Distribución de las adolescentes según el conocimiento de las consecuencias del embarazo en la adolescencia y las consecuencias que conocen. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Conocimiento de las consecuencias del embarazo en la adolescencia</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| <b>N=70</b>  |           |             |
| Conoce   | <b>43</b> | <b>61,4</b> |
| No conoce  | 27        | 38,6        |
| <b>Consecuencias del embarazo en la adolescencia (N=43)</b>              |           |             |
| Abortos espontáneos  | <b>24</b> | <b>55,8</b> |
| Abandono escolar   | <b>23</b> | <b>53,5</b> |
| Niños con bajo peso  | 16        | 37,2        |
| Amenaza de parto pre términos  | 11        | 25,6        |
| Trastorno psicológico  | 9         | 20,9        |
| Anemia   | 6         | 13,9        |

Fuente: Encuesta

Sobre el conocimiento de las consecuencias del embarazo en la adolescencia el 61,4% (43 adolescentes) conoce y el 38,6% (27 adolescentes) no conoce y entre las que conocen el 55,8 (24 adolescentes) corresponden a abortos espontáneos seguida con abandono escolar con el 53,5% (23).Tabla 12.

**Tabla 13: Distribución de las adolescentes según la fuente de información sobre riesgo de embarazo en la adolescencia. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Fuente de información de riesgo de embarazo</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|--|-----------|----------|
| Escuela o colegio                                  | 43        | 61,4     |
| Televisión o radio                                 | 7         | 10,0     |
| Mamá   | 8         | 11,4     |
| Familiares   | 4         | 5,7      |
| Personal médico de centro de salud                 | 6         | 8,6      |
| Otros  | 2         | 2,9      |
| Total  | 70        | 100,0    |

Fuente: Encuesta

La fuente de información sobre riesgo de embarazo en la adolescencia que

predominaron fue la escuela o colegio con el 61,4% (43 adolescentes) seguida de mamá 11,4% (8 adolescentes). Tabla 13.

Según ENSANUT (MSP, 2013: 3), “en el país el 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que este terminó en aborto. Lo cual concuerda con este estudio.

En cuanto a los problemas secundarios que se derivan de un embarazo en la adolescencia, para las adolescentes las preocupaciones fueron los problemas de salud (53,6%), ausentismo escolar o retiro de sus estudios (10,6%) y problemas familiares (9,3%), según estudio Sánchez Valencia (61) en Colombia 2013.

El 59% de embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios según Mendoza Tascón (57) en Chile 2016.

Los componentes para la elaboración de la estrategia educativa responden al objetivo 4 y se representan en las tablas 14, 15, 16, 17 y 18

**Tabla 14: Distribución de las adolescentes según técnicas didácticas para las actividades educativas sobre riesgos del embarazo en la adolescencia. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Técnicas didácticas para las actividades educativas</b> | <b>N°</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| Charlas  | <b>53</b> | <b>75,7</b> |
| Videos   | 9         | 12,9        |
| Discusión grupal   | 8         | 11,4        |
| Total  | 70        | 100         |

Fuente: Encuesta

Las técnicas didácticas que predominaron fueron las charlas con el 75,7% (53 adolescentes) seguidas de videos con el 12,9% (9 adolescentes). Tabla 14.

**Tabla 15: Distribución de las adolescentes según el lugar para recibir las actividades educativas sobre riesgos del embarazo en la adolescencia. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Lugar para recibir las actividades educativas</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| Centro de salud                                      | <b>26</b> | <b>37,1</b> |
| Escuela o colegio                                    | <b>26</b> | <b>37,1</b> |
| Domicilio  | 18        | 25,8        |
| Total  | 70        | 100         |

Fuente: Encuesta

Sobre el lugar para recibir las actividades educativas que predominaron fueron el centro de salud y escuela o colegio con el 37,1% (26 adolescentes) cada uno respectivamente. Tabla 15.

**Tabla 16: Frecuencia para recibir las actividades educativas sobre riesgos de embarazo en adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Frecuencia para recibir la actividades educativas</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| Una vez a la semana                                      | <b>31</b> | <b>44,3</b> |
| Cada 15 días   | 16        | 22,9        |
| Una vez al mes   | 23        | 32,9        |
| Total  | 70        | 100         |

Fuente: Encuesta

La frecuencia para recibir las actividades educativas que predominaron fueron una vez a la semana con el 44,3%(31 adolescentes) seguida una vez al mes con el 32,9%(23 adolescentes).Tabla 16.

**Tabla 17: Tiempo disponible para las actividades educativas sobre riesgos de embarazo en adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Tiempo disponible para recibir las actividades educativas</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--|-----------|-------------|
| 15 minutos   | 20        | 28,6        |
| 30 minutos   | 18        | 25,7        |
| 1 hora   | <b>32</b> | <b>45,7</b> |
| Total  | 70        | 100         |

Fuente: Encuesta

En la tabla 17 se muestra el tiempo disponible para recibir las actividades educativas, predominando 1 hora con el 45,7%(32 adolescentes) seguida de 15 minutos con el

28,6% (20 adolescentes)

**Tabla 18: Distribución de adolescentes según número de personas con quien desearía recibir las actividades educativas. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018.**

| <b>Número de personas para recibir las actividades educativas</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------|-------------|
| Sola  | 21        | 30          |
| Grupo de 5 a 10 personas  | 20        | 28,6        |
| Grupo de 11 a 15 personas   | <b>29</b> | <b>41,4</b> |
| Total   | 70        | 100         |

Fuente: Encuesta

En cuanto al número de personas con quien le gustaría recibir las actividades educativas se identificó que un 41,4%(29 adolescentes) lo desea en grupo de 11 a 15 personas, 30 % (21 adolescentes) solo y en grupo de 5 a 10 personas 28,6%(20 adolescentes). Tabla 18.

## 16 CONCLUSIONES

En el estudio predominó el grupo de adolescentes de 11 años, el estado civil soltera, las de ocupación estudiantes y la escolaridad secundaria. La mayoría pertenecen a familias medianas, nucleares, bigeneracionales y viven con los padres.

Entre los factores de riesgo para que ocurra el embarazo presentes en las adolescentes previamente del inicio de las relaciones sexuales, se encontró en mayor número los antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia. Otros factores de riesgo encontrados fueron el inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo los 15 años la edad más frecuente. Además la mayoría de las adolescentes manifestaron que la primera relación sexual se realizó sin ningún tipo de protección.

Las adolescentes incluidas en la investigación mostraron pocos conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Se identificaron los componentes que permitieron diseñar la estrategia educativa, considerando los temas de interés y los elementos para la planificación de ésta, recogidos en la investigación.

## **17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación puede tener aspectos negativos, debido a que la encuesta tiene preguntas sensibles que al ser contestada, estas no reflejen la veracidad de la realidad que viven o actúan las adolescentes.



## 18 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Online].; Septiembre 2014 [cited 2017 Octubre 29. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Notas de Población N° 103, Palma Cabrera Y. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 29. Available from: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40813/1/S1600764\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40813/1/S1600764_es.pdf).
3. UNFPA. El Estado de la Población Mundial 2013. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 30. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>.
4. UNFPA. Estado de la Población Mundial 2017. [Online].; 2017 [cited 2017 Octubre 31. Available from: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_ES\\_SWOP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf).
5. Repositorio Digital Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Fecundidad adolescente en los países Desarrollados. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 30. Available from: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38770/S1500642\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38770/S1500642_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
6. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador. [Online].; 2017 [cited 2017 Octubre 31. Available from: <http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>.
7. Banco Mundial. Pesantez G. Artículo Cada vez más jóvenes latinoamericanas llegan a los quince años con un embarazo. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 31. Available from: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/12/26/embarazo-adolescente-en-latinoamerica>.
8. Azevedo, Joao Pedro; Favara, Marta; Haddock, Sarah E.; Lopez-Calva, Luis F.; Muller, Miriam; Perova, Elizaveta. 2013. Embarazo adolescente resumen. Washington, DC: World Bank Group.. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 31. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16978/831670WP0SPANIOBox0382076B00PUBLIC0.pdf?sequence=8&isAllowed=y>.
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2016 (LC/PUB.2017/2-P), Santiago. [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 4. Available from: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40972/4/S1601037\\_mu.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40972/4/S1601037_mu.pdf).
10. Salud, Salud Reproductiva y Nutrición. Instituto Nacional de Estadísticas y

- Censo. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre 4. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/ENSANUT\\_TOMOII.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_TOMOII.pdf).
11. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina. Introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. CEPAL. Santiago de Chile. 105 p. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre 4. Available from: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/S2014262\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36853/S2014262_es.pdf?sequence=1).
  12. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN LA SUBREGIÓN ANDINA. [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 4. Available from: [http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/diagnostico\\_ea\\_andina\\_al\\_29\\_03\\_17nmn-ilovepdf-compressed\\_0.pdf](http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/diagnostico_ea_andina_al_29_03_17nmn-ilovepdf-compressed_0.pdf).
  13. Méndez B. 2003.El embarazo adolescente. Revista OBSTARE, n. 8. Barcelona. España.
  14. Vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente. UNICEF. [Online].; 2014 [cited 2017 Noviembre 5. Available from: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4520&tipo=documento>.
  15. Rodríguez Cabrera Aida, Sanabria Ramos Giselda, Contreras Palú Maria Elena, Perdomo Cáceres Belkis. Educational strategy on sexual and reproductive health promotion aimed at adolescents and university young people. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Nov 11] ; 39( 1 ): 161-174. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es).
  16. Olivera Carmentas Carmen, Bestard Aranda Ana Mary, Fell Guerra Lázara, Brizuela Pérez Susana, Bujardón Mendoza Alberto. Educative strategy on healthy sexuality in teenagers. Rev Hum Med [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Nov 11] ; 14( 3 ): 629-645. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202014000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000300005&lng=es).
  17. Díaz Angélica, Sanhueza R Pablo, Yaksic B Nicole. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2002 [citado 2017 Nov 08] ; 67( 6 ): 481-487. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600009>.
  18. Oliveros Catá Y, Díaz Bess Y, Peña Novellas Y, Oliveros Catá Y. Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 2017 Nov 8];96(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/296>
  19. Rodríguez Rodríguez N, Cala Bayeux Á, Nápoles Pérez J, Milán Arenado Y, Aguilar Tito M. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Rev

- Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 2017 Nov 8];96(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/27>
20. Quintero Paredes Pedro Pablo, Castillo Rocubert Niurka, Roba Lazo Bárbara del Carmen, Padrón González Odalis, Hernández Hierrezuelo María Elena. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Nov 08] ; 16( 1 ): 132-145. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100015&lng=es)
  21. Gaete Verónica. Adolescent psychosocial development. Rev. chil. pediatri. [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Nov 12] ; 86( 6 ): 436-443. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es).
  22. OMS | Desarrollo en la adolescencia. [Online]. [cited 2017 Noviembre 12. Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/).
  23. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. [Online].; 2011 [cited 2017 Noviembre 12. Available from: <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>.
  24. EMBARAZO ADOLESCENTE. [Online].; 2009 [cited 2017 Noviembre 12. Available from: <https://trabajosocialudla.files.wordpress.com/2009/11/embarazo-adolescente.pdf>.
  25. “Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregion Andina” / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue / Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes – Lima: ORAS – CONHU. [Online].; 2009 [cited 2017 Noviembre 14. Available from: <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20diagnostico%20del%20Embarazo%20Adolescentes%202009.pdf>.
  26. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescente en Ecuador. [Online].; 2008. [cited 2017 Noviembre 14. Available from: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>.
  27. TOTAL DE MADRES SEGÚN EDADES POR PROVINCIAS. [Online]. [cited 2017 Noviembre 14. Available from: [http://especiales.elcomercio.com/2013/05/retrato\\_madre/pdf/estadisticas.pdf](http://especiales.elcomercio.com/2013/05/retrato_madre/pdf/estadisticas.pdf).
  28. OMS/ Factores de Riesgo. [Online]. [cited 2017 Noviembre 15. Available from: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
  29. Echemendía Tocabens Belkis. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 Dic [citado 2017 Nov 17] ; 49( 3 ): 470-481. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300014&lng=es).

30. Vivo S, Saric D, Muñoz R. Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. [Online].; 2013 [cited 2017 Noviembre 16. Available from: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/3756/esp%20GUIA%20MEDICION%20COMPORTAMIENTOS%20JOVENES.pdf>.
31. LEÓN, Paula, MINASSIAN, Matías, BORGÑO, Rafael & BUSTAMANTE, Fran-cisco. 2008. "Embarazo adolescente". Revista Pediatría Electrónica. Vol. 5, nº 51, p.42-51. [citado 2017 Nov 17] Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num1/pdf/EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf>
32. Baeza W Bernardita, Póo F Ana María, Vásquez P Olga, Muñoz N Sergio, Vallejos V Carlos. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA NOVENA REGIÓN. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2007 [citado 2017 Nov 18] ; 72( 2 ): 76-81. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>.
33. LOREDO-ABDALÁ, Arturo et al. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, [S.l.], v. 55, n. 2, p. 223-229, abr. 2017. ISSN 2448-5667.. [Online]. [cited 2017 Noviembre 19. Available from: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/1379/1982](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1379/1982).
34. OLALLA PA. Estrategias de prevención del embarazo adolescente en Ecuador para mitigar las consecuencias sociales y económicas, período 2010 – 2014. [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 19. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/123456789/13013/Disertaci%C3%B3n%20Completa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
35. PLANEA "Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes"/BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Family Care International (FCI) 2011. [citado 2017 Nov 24] Disponible en: [http://familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL\\_web.pdf](http://familycareintl.org/UserFiles/File/BP%20FINAL_web.pdf)
36. OMS/ Salud Sexual. [citado 2017 Nov 24] Disponible en: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
37. OMS/ Salud Reproductiva. [citado 2017 Nov 24] Disponible en: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/)
38. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2014. [citado 2017 Nov 24] Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA\\_0215.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf)
39. Organización Mundial de la Salud (OMS)/Objetivos de Desarrollo Sostenible: Objetivo 3. [citado 2017 Nov 24] Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

40. UNESCO/Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud; 2012. [citado 2017 Nov 24] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf>
41. Gómez Suárez Rogelio Tomás, Díaz Álvarez Mabel, Sainz Rivero Ermo Reinier, Gómez Ibarra Katuska, Machado Rodríguez Rafael. Educative actions aimed at adolescents regarding sexuality aspects. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 2017 Nov 27] ; 41( 1 ): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100006&lng=es).
42. UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 12. Available from: <https://www.unfpa.org/es/planificaci%C3%B3n-familiar>.
43. OMS. Planificación Familiar. [Online].; 2018 [cited 2018 Marzo 6. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
44. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición [Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd edition]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [cited 2018 Marzo 12]: Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>
45. Ministerio de Salud Pública. Centro de Salud Pascuales. Análisis Situacional Integral de la Salud. Medicina Familiar. 2017.
46. Robin Sánchez, Ángela Alexandra/ Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes. Consultorio 19. Centro de Salud Pascuales. 2015 - 2016. . [citado 2018 Mayo 27] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7405>
47. Ferreira Salazar Cynthia, García García Karina/ Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras/INEC 2010. [citado 2018 Mayo 27] Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres\\_y\\_Hombres\\_del\\_Ecuador\\_en\\_Cifras\\_III.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf)
48. Mejía-G. M, Teherán-V. A, Serrano-P. M, Andrews-R. L, Panesso-P. P, Cadavid V, Barrera M. Asociación entre características sociodemográficas, estructura familiar y embarazo en adolescentes. Revista Cuarzo [revista en Internet]. 2015 Dec 15; [citado 2018 May 27]; 21(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/39>
49. González A Electra, Molina G Temístocles, Montero V Adela, Martínez Vania. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2018 Mayo 28] ; 78( 1 ): 4-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000100002>.

50. Vaillant Correoso Mayteé, Dandicourt Thomas Caridad, Mackensie Soria Yolaydys. Adolescent Pregnancy Prevention. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Jun 02] ; 28( 2 ): 125-135. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es).
51. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam. [Internet]. 2015;22(2):35-38. Disponible en: [http://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/viewFile/47989/43109](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/47989/43109)
52. Parra Villarroel Jaime, Domínguez Placencia Jerónimo, Maturana Rosales José, Pérez Villegas Ruth, Carrasco Portiño Mercedes. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Salud colectiva [Internet]. 2013 Dic [citado 2018 Jun 02] ; 9( 3 ): 391-400. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652013000300009&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300009&lng=es).
53. Barroso, M., y Pressiani, G. (2011). Embarazo adolescente entre 12 y 19 años.[citado 2018 Octubre 7] Disponible en:[http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5989/barrozomariela.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozomariela.pdf)
54. Terán Manzaba, Gloria Margarita/ “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Unidad educativa Voluntad DEI. Pascuales julio 2015 a junio 2016”. [citado 2018 Octubre 6] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7406>
55. Castillo Chálen, Ana Magdalena/Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescente de la Unidad Educativa Antártica. Pascuales. Enero a julio 2016.. [citado 2018 Octubre 7] Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7386>
56. García Macías, Carmina Alexandra/ “Conocimientos sobre sexualidad y su influencia en el embarazo de adolescentes. EU 23. Latacunga. 2015-2016”.. [citado 2018 Octubre 7] Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24197/1/Garc%C3%ADa%20Mac%C3%ADas%20Carmina%20Alexandra.pdf>
57. Mendoza Tascón Luis Alfonso, Claros Benítez Diana Isabel, Peñaranda Ospina Claudia Bibiana. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Oct 10] ; 81( 3 ): 243-253. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S071775262016000300012>.
58. Doblado Donis Norma Isaura, De la Rosa Batista Idania, Junco Manrique Ana. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Sep [citado 2018 Oct 13] ; 36( 3 ): 409-421. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011&lng=es).
59. Cano J, Pérez M, Codina R. Sexualidad responsable en adolescentes residentes del reparto “Micro 3 Abel Santamaría” en la ciudad de Santiago de Cuba. Codajic [Internet]. 2013 [citado 13 de Octubre del 2018]. Disponible en:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/67%20-%20Sexualidad%20responsable%20en%20adolescentes.pdf>

60. Del Pozo G. Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en Los/las estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Eloy Alfaro de la ciudad de Cariamanga periodo 2010 – 2011 [tesis doctoral]. Loja. Universidad Nacional de Loja; 2011. [citado 13 de Octubre del 2018]. Disponible en:<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6619>
61. Sánchez Valencia Yessica Alexandra, Mendoza Tascón Luis Alfonso, Grisales López Mónica Beatriz, Ceballos Molina Leidy Yohanna, Bustamente Farfan Johanna Catalina, Castañeda Edgar Muriel et al . Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2018 Oct 17] ; 78( 4 ): 269-281. Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400005>.
62. Rengifo R, Córdoba A, Serrano M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. salud pública. Colombia [serie en internet]. Agosto 2012 [citado 14 de Octubre 2018]; 14 (4): 558-569. Disponible desde:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642012000400002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642012000400002)
63. Barceló R, Navarro E. Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad. Salud [Internet]. 2013 [citado el 14 de Octubre del 2018]; 29(2): 298-314. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012055522013000200015&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522013000200015&lng=en)

## Anexo 1

### Consentimiento informado adolescente

Yo \_\_\_\_\_ con C.I: \_\_\_\_\_ recibí de la Dra. \_\_\_\_\_ la explicación de que los datos que a continuación ofreceré se utilizarán para conocer los factores de riesgo del embarazo en los adolescentes.

La doctora me ha informado que los datos que ofrezca no serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato de mi persona de las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesta a participar en la entrevista requerida en la investigación por parte de la investigadora, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las investigaciones que considere necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Dra. Gina María Espín Suárez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, en el consultorio R del Centro de Salud Pascuales.

Se me ha informado que si considero que necesito más información sobre el tema puedo acercarme al Centro de Salud de Pascuales ya que en el Ministerio de Salud Pública existe un programa para los adolescentes.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Nombre y Apellido de la autora: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_



## Anexo 2

### Consentimiento informado padre/madre o tutor

Yo \_\_\_\_\_ con C.I: \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor de la \_\_\_\_\_ recibí de la Dra. \_\_\_\_\_ la explicación de que los datos que a continuación ofreceré se utilizarán para conocer los factores de riesgo del embarazo en los adolescentes.

La doctora me ha informado que los datos que ofrezca no serán revelados a otros miembros de mi familia u otras personas y se mantendrá el anonimato de mi persona de las publicaciones que resulten de esta investigación.

Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectara mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.

Estoy dispuesta a participar en la entrevista requerida en la investigación por parte de la investigadora, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria.

He realizado todas las investigaciones que considere necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a:

Dra. Gina María Espín Suárez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, en el consultorio R del Centro de Salud Pascuales.

Se me ha informado que si considero que necesito más información sobre el tema puedo acercarme al Centro de Salud de Pascuales ya que en el Ministerio de Salud Pública existe un programa para los adolescentes.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Nombre y Apellido de la autora: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ C.I \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido padre o tutor de la paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### Cuestionario sobre riesgo de embarazo en adolescentes

La información que usted brindará en este documento es confidencial y con su participación nos permitirá buscar factores de riesgos para diseñar una estrategia educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Esta encuesta es anónima, no es necesario que anote su nombre.

Gracias por su colaboración.

Instrucciones: llenar los espacios blancos con letra clara y marque con una X en el casillero de cada opción.

#### A. RIESGOS:

1. Ya experimentaste tu primera regla:

Si ( ) NO ( )

Si tu respuesta es sí ¿cuánto años tenías cuando viste tu primera regla?-----

2. Consumes o has consumido sustancias como alcohol o drogas:

Si ( ) No ( )

Si tu respuesta es sí ¿Cuál?-----

3. ¿Mantienes una buena comunicación con tú familia?

Si ( ) No ( )

4. Tus padres te permiten salir sola con tus amigos:

Si ( ) NO ( )

5. Existe algún tipo de violencia en tu casa:

Si ( ) No ( )

En caso de existir señala que tipo verbal ( ) física ( ) psicológica ( ) sexual ( )

6. Existe muestra de afecto en tu familia:

Si ( ) No ( )

7. Edad de tu mamá cuando tuvo su primer hijo.

\_\_\_\_\_

#### B. CONOCIMIENTOS:

8. ¿Qué entiende por sexualidad?

Relaciones sexuales entre hombre y mujer ( )

Enfermedades de transmisión sexual ( )

Como se viven los papeles de madre y padre ( )

Relaciones afectivas en la pareja ( )

Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo ( )

Desconoce ( )

9. La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre sexualidad es por:

Padres ( ) Amigos ( ) Hermanos ( )

Personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) ( )

Libros ( ) Colegio ( ) Radio ( ) Televisión ( ) Internet ( )

10. ¿Conoce algún método anticonceptivo?

Si ( ) No ( )

En caso de contestar que sí. ¿Cuál conoces?-----

11. ¿Qué conducta asumiría usted para prevenir un embarazo?

No tener relaciones sexuales ( ) Tener relaciones sexuales con protección ( )

12. ¿Cuál crees que es la edad ideal para tener relaciones sexuales?

-----

13. ¿Cuál crees que es la edad ideal para que una mujer pueda tener un embarazo adecuado?

-----

14. Conoces las consecuencias del embarazo en la adolescencia:

Si ( ) No ( )

En caso de contestar sí. Marca con x las que consideres:

Trastornos psicológicos ( ) Abortos espontáneos ( ) Anemia ( ) Infecciones urinarias

( ) Amenaza de parto pre término ( ) Hipertensión arterial ( )

Niños con bajo peso al nacer ( ) Abandono escolar ( )

15. ¿De dónde recibe Ud. Información sobre los riesgos del embarazo? Pueden ser varias opciones.

De la escuela o colegio ( ) Televisión o radio ( ) Los amigos ( ) La mamá ( )  
El Papá ( ) Familiares ( ) Personal médico del centro de salud( ) Otros ( )

C. PRACTICAS:

15. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales?

1 Si ( ) 2 No ( )

En caso de que haya contestado que sí. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

16. ¿Utilizó algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual?

Si ( ) No ( )

Si tu respuesta es NO, por qué causa no lo utilizaste:

No lo creí necesario ( ) Fue un encuentro no planeado ( )

Mi pareja no lo acepto. ( ) No conocía ningún método anticonceptivo ( )

17. ¿Por qué decidiste tener relaciones sexuales por primera vez?

Curiosidad ( ) Estabas muy enamorada ( ) Temor a perder a tu pareja ( )

Tu novio te obligo a tener relaciones ( ) Te obligaron a tener relaciones sexuales ( )  
) Por sugerencias de amigas ( )

Otra causa:.....

18. ¿Mantiene relaciones sexuales actualmente?

1 Si ( ) 2 No ( )

19. ¿Utiliza algún método anticonceptivo actualmente?

1 Si ( ) 2 No ( )

En caso de contestar sí. ¿Cuál utiliza? \_\_\_\_\_

D) ASPECTOS DIRIGIDOS A LOS COMPONENTES DE LA ESTRATEGÍA

20. Le gustaría recibir información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia a través de:

Charlas ( ) Videos ( ) Discusión grupal ( ) Otros ( ) ¿cuál?-----

21. ¿En qué lugar le gustaría recibir la información?

Centro de salud ( ) Escuela o colegio ( ) Domicilio ( )

Otro lugar ¿Cuál?-----

22. ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información sobre los riesgos del embarazo en la adolescencia?

Una vez a la semana ( ) Cada 15 días ( ) Una vez al mes ( )

23. ¿Qué tiempo le gustaría que dure la sesión para brindarle información sobre riesgo del embarazo en la adolescencia?

15 minutos ( ) 30 minutos ( ) 1 hora ( )

24. ¿Con qué número de personas desearía usted recibir la información?

Sola ( ) Grupo de 5 a 10 personas ( ) Grupos de 11 a 15 personas ( )

## **Anexo 4**

### **ESTRATEGIA EDUCATIVA**

**1. Título de la estrategia:** “Disfruta tu adolescencia, aún no es tiempo de ser madre”.

#### **2. Datos informativos**

Institución ejecutora: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Población beneficiada: Pascuales

Provincia: Guayas

Cantón: Guayaquil

Parroquia: Pascuales

Beneficiarios: Adolescentes (10 a 19 años) femeninas del consultorio R.

Autora: Dra. Gina María Espín Suárez.

Equipo técnico responsable:

Dra. Gina María Espín Suárez (Estudiante de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria).

Dra. Sanny Aranda Canosa (Tutor de tesis).

Ayudantes: Equipo Atención Integral de Salud, Técnico Atención Primaria de Salud y líderes comunitarios.

Frecuencias: 1 hora semanal.

Tiempo estimado: 1 meses.

#### **3. Justificación de la propuesta**

Esta estrategia se ha revelado necesaria debido a la frecuencia con que se presenta el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la madre y el producto. Este es un problema de salud complejo de solucionar por los sistemas sanitarios y los gobiernos, tanto de los países en vías de desarrollo como para los desarrollados.

El inicio de la actividad sexual a edades tempranas, es la causa más frecuente de embarazos en adolescentes según varios estudios, convirtiéndolo en un problema de salud pública calificada así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) teniendo en cuenta su incremento en los últimos años.

Este problema es considerado un factor de riesgo alto para la mortalidad materna, fetal y/o neonatal, agravada en gran medida por factores biológicos como puede ser la inmadurez física y emocional de la madre. Las consecuencias del embarazo en la adolescencia pueden ser negativas tanto para la salud física, como la psicológica y social de las adolescentes, afectando considerablemente su futuro y proyecto de vida.

Está demostrado el escaso conocimiento que tienen las adolescentes sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencias del embarazo en esta etapa de la vida, muchas jóvenes no están preparadas para afrontar la sexualidad de manera responsable, por lo que requieren mayor educación y apoyo de las familias, del sistema de salud y la sociedad. Es fundamental desde etapas tempranas educar a las niñas en estos temas y contribuir a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas tanto física como psicológicamente.

El centro de salud Pascuales no está exento a esta problemática, evidenciándose el embarazo en la adolescencia como un problema de salud de la comunidad, siendo evidente durante el Análisis de la Situación Integral de Salud realizado por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, así como las atenciones brindadas por este. Las estadísticas señalan que de 328 mujeres gestantes atendidas durante un mes, 84 son adolescentes (25.6 %), razón por la que se consideró importante diseñar una estrategia educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia en el consultorio R, en el año 2018.

#### **4. Objetivos:**

Objetivo general

Elevar el conocimiento sobre factores de riesgo y consecuencias del embarazo precoz por medio de una estrategia educativa, a las adolescentes pertenecientes al

consultorio R del centro de salud Pascuales.

Objetivos específicos.

Describir la adolescencia, sus etapas y características.

Detallar los factores de riesgos para el embarazo en la adolescencia.

Identificar las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Describir los métodos anticonceptivos, sus características, indicaciones y contraindicaciones.

Principales aportaciones de la estrategia:

La estrategia prioriza acciones preventivas y de detección de factores de riesgos del embarazo en la adolescencia como vía para disminuir la morbimortalidad materno fetal y neonatal.

Realizar actividades dirigidas a las adolescentes, para que eleven los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y de esta forma retrasen la maternidad hasta que estén preparadas físicas y emocionalmente.

Lograr que los adolescentes conozcan los métodos anticonceptivos, tipos características, indicaciones y contraindicaciones.

## **5. Fundamentación teórica:**

La idea de promoción de salud inicia a emprenderse por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, en la declaración de Alma Ata, donde se reconoce adecuadamente la visión de cuidados primarios de salud, como disposición para el mejoramiento de la salud, adoptando el propósito de salud para todos. (1)

Consecutivamente en 1986, en Ottawa, Canadá, la OMS lleva a cabo la primera conferencia internacional, donde se precisa que promoción de salud es facilitar a los pueblos, los medios necesarios para mejorar su salud, y efectuar un mayor control



sobre esta. Para obtener un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (2)

La Carta de Ottawa 1986 y otras conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge los principios que incorporan la Educación para la Salud a la Promoción de la Salud como una de sus estrategias básicas junto a comunicación social y a otras medidas políticas, técnicas, económicas, de acción social, etc. (2)

Según Pérez y colaboradores se entiende por Educación para la salud el instrumento básico tanto para la prevención de determinadas enfermedades como para su curación y/o rehabilitación, y como una herramienta indiscutible de promoción de salud. (3) Existen diferentes enfoques y modelos de educación, salud y educación para la salud que se han ido planteando en los últimos decenios y se opta por integrar algunos de ellos (4)

La salud es considerada un derecho humano fundamental y recurso para la vida diaria, entendida y considerada en un sentido amplio, integral, biopsicosocial.

Las personas son actores de su propia salud y de su propia vida, el empoderamiento personal y social debe ser un propósito mediante el cual los individuos, grupos y comunidades obtienen mayor control sobre las decisiones y acciones que influyen positiva o negativamente en su salud.

En el embarazo en la adolescencia influyen considerablemente algunas circunstancias de vida y del entorno en las que este grupo se desempeña. Los modelos y valores socioculturales, las condiciones de vida, los estilos de vida que marcan los recursos personales de cada uno, la biología humana, los servicios relacionados con la salud y redes sociales de apoyo pueden ser condicionantes de la situación de salud de las adolescentes, sus familias, grupos y comunidades.

La promoción de salud es una herramienta que facilita a las personas los medios para mejorar su salud y adoptar estilos de vida saludables. Con el fin de lograr un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social, los individuos y las comunidades

deben poder identificar y satisfacer sus necesidades básicas y su capacidad de cambiar y adaptarse al entorno. (4)

Además de todo lo descrito anteriormente relacionado con la influencia de las conductas personales y de los grupos en una adecuada educación para la salud, debe tenerse en consideración otros elementos tales como: la construcción de políticas públicas saludables, la creación de entornos o ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación social, el desarrollo de habilidades personales para el fomento de la salud y la reorientación de los servicios de salud. (5)

Para lograr sus objetivos la promoción de salud utiliza, entre otros elementos, tres importantes herramientas: (6)

1. La información. Ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad. Incluye la motivación de estos hacia la adopción de disposiciones favorables a la salud y refuerza el papel de los representantes del sector salud como asesores en este proceso.

2. Educación para la salud. Proporciona la enseñanza a través de experiencias, tanto formales como informales, que contribuyen al logro de conocimientos, actitudes y prácticas sustentadas sobre valores. Esto ayuda al individuo a adoptar y tomar decisiones adecuadas para su salud y su bienestar.

3. Comunicación social en salud. Es un proceso en el que se realizan y comunican mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades. La comunicación puede también servir para generar actitudes positivas y hábitos saludables. Estos instrumentos están estrechamente relacionados entre sí y se complementan unas con otras.

Las personas pueden decidir conductas que contribuyan a elevar el nivel de salud y prevenir daños y enfermedades, para esto primeramente deben tener conocimientos sobre las acciones a desarrollar para alcanzar un buen estado de salud, sobre todo

identificar los diferentes factores de riesgos que inciden en la aparición del problema que le permitan realizar las mejores conductas con su salud.

## **6. Metodología**

La estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población adolescente femenina de 10 a 19 años de edad, perteneciente al consultorio R de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales. En este estudio se incluyeron diferentes variables como la identificación de los factores de riesgos existentes en las adolescentes, los conocimientos que tuvieron las adolescentes de la población de estudio sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencias del embarazo en esta etapa de la vida.

Esta investigación permitió el diseño de la presente estrategia educativa dirigida a la población de estudio que estuvo integrada por 70 adolescentes.

Para realizar las actividades planificadas en la estrategia educativa se distribuirá el total de las adolescentes en cuatro grupos de 15 personas y un grupo de 10 personas

El programa se impartirá en cinco encuentros para cada grupo, con una duración de 1 hora semanal, durante un período cinco semanas. Se desarrollarán en el centro de salud Pascuales e incluirá actividades de apertura y clausura.

Se realizó una elección minuciosa de los aspectos del tema a dar, los cuales se establecieron según los conocimientos específicos identificados en la población sobre la que se procedió, así como la bibliografía consultada.

Los medios de enseñanza que se emplearán serán: pizarra, computadora, infocus y otros materiales, para propiciar la mejor comprensión y asimilación de los contenidos del programa educativo.

Técnicas educativas:

La estrategia tiene establecidos distintos métodos y actividades pedagógicas según

los encuentros. Se utilizarán varias técnicas educativas como charlas, lluvias de ideas, videos y discusiones grupales. Posterior a cada sesión se realizará retroalimentación de lo aprendido.

## **7. Desarrollo de la estrategia:**

### **Primer encuentro**

Tema: Introducción al programa educativo. Concepto de adolescencia, etapas y características.

Objetivos:

1. Socializar entre las adolescentes participantes de la estrategia.
2. Describir las características del programa y sus objetivos.
3. Describir la adolescencia, sus etapas y características.

Actividades:

Introducción: Presentación de cada participante a través de la técnica: “Presentación Cruzada”, que consiste en intercambiar información de pareja durante 3 ó 4min. Luego cada miembro de cada pareja presenta al otro. Se explicaran concepto, etapas y características de la adolescencia.

Actividad Principal: mediante lluvia de ideas de las participantes se llegará a la definición, etapas y características de la adolescencia. Posteriormente se pedirá que presenten sus dudas con respecto al tema, las que serán aclaradas por el grupo con el apoyo del moderador.

Cierre: se aplicó la técnica: “Tingo tingo tango”, que consiste en situar a las participantes en un círculo. Se pasan de mano en mano una pelota de izquierda a derecha, mientras la expositora canta las palabras que cuando dice tango y coincide con una participante, aquella responderá preguntas del tema expuesto. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

1. Tiempo: 1 hora
2. Métodos de enseñanza: Conferencia
3. Medios: humanos, computadora, infocus , pelota y material impreso.

### **Segundo encuentro.**

Tema: Factores de riesgos para el embarazo en la adolescencia.

Objetivos:

Detallar los factores de riesgos para el embarazo en la adolescencia.

#### **Actividades:**

Introducción: Se realizaran tres preguntas de control relacionada con el tema anterior.

Actividad Principal: se inicia el encuentro con una conferencia sobre los factores de riesgo; luego a través de la técnica participativa Lluvia de ideas se le solicita a las adolescentes que mencionaran los factores de riesgo, los cuales se escribirán en la pizarra. Al finalizar la autora expondrá cual sería el más importante para las adolescentes.

Cierre: se indicará a las adolescentes que expongan aquellos que se consideren los principales factores.

Tiempo: 1 hora.

Métodos de enseñanza: conferencia.

Medios: Humanos, computadora, infocus, pizarra y marcadores.

### **Tercer encuentro.**

Tema: Consecuencias del embarazo en la adolescencia.

Objetivo:

Identificar las consecuencias del embarazo en la adolescencia.

#### **Actividades:**

Introducción: para lograr la motivación en este encuentro, se escogerán a algunas de las participantes que de forma voluntaria quisiera exponer lo aprendido en el encuentro anterior.

Actividad Principal: Se realiza una conferencia sobre las consecuencias del embarazo en la adolescencia, posteriormente, se les mostrará un vídeo.

Se divide el grupo en dos equipos que se identifican por nombres escogidos por las participantes. Posteriormente se escoge al azar a un miembro de cada equipo, que a través de la mímica ilustra alguna consecuencia a sus equipos respectivos. Gana el grupo que mayores aciertos tenga.

Cierre: Al finalizar la autora destaca las consecuencias del embarazo en la adolescencia más frecuentes. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Métodos de enseñanza: conferencia audiovisual.

Medios: Humanos, computadora, infocus y Vídeos.

#### **Cuarto encuentro.**

Tema: Métodos anticonceptivos, sus características, indicaciones y contraindicaciones.

Objetivo:

Describir los métodos anticonceptivos, sus características, ventajas y desventajas.

#### **Actividades**

Introducción: Breve resumen de la actividad anterior

Actividad principal: se realizará una conferencia sobre los métodos anticonceptivo, características, ventajas y desventajas. Se divide en dos grupos para que dialoguen sobre los métodos anticonceptivos aprendidos. Posteriormente se realiza una exposición de una representante de cada grupo para hacer un debate del tema en el que se involucra a todas las participantes.

Cierre: Se aplicará una técnica de “La Papa Caliente”, se forma un círculo y se entrega a una de las participantes un preservativo inflado en la mano, el cual tiene en su interior una pregunta sobre el tema de referencia, se pedirá que lo circularan al ritmo de la música.

Al detenerse el sonido quien tenga el preservativo debe explotarlo, leer la pregunta en voz alta y darle respuesta, si no fue la correcta se corrige en el grupo y se entrega otro preservativo a las participantes, prolongándose el juego hasta que se terminen las preguntas. Se precisa cuándo sería el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Medios de enseñanza: Conferencia.

Medios: Humanos, computadora, infocus, preservativos, grabadora, marcadores, materiales de oficina.

### **Quinto encuentro.**

#### **Tema: Conclusiones.**

Objetivos:

1. Confirmación del conocimiento adquirido a través de un test.

Actividades:

Introducción: Se realizarán preguntas del tema anterior.

Actividad Fundamental: se aplicará la encuesta donde se les pedirá a las adolescentes que no pongan su nombre.

Cierre: Opinión de las adolescentes sobre los aspectos positivos y negativos que le ofreció esta intervención educativa.

Tiempo: 1 hora.

Métodos de enseñanza: Taller

Medios: humanos y material impreso.

Recursos: Computadora, Infocus, materiales impresos.

## **8. PRESUPUESTO**

Los recursos que van a ser necesarios para llevar nuestras sesiones son:

Recursos Humanos: Médica (o) que se encargará de las sesiones del programa.

Recursos Materiales:

Sala del centro de salud que disponga de un ordenador, un proyector, una pizarra y aproximadamente unas 15 sillas.

Folios y bolígrafos.

Cartel del programa.

Cuestionarios.

Video

Recursos financieros:

Este programa será financiado en su totalidad por el médico.

## **9. CONCLUSIONES**

Para mejorar la salud a nivel individual y comunitario es necesaria la utilización de recursos didácticos que facilite la comprensión de los temas explicados. De esta forma habrá una respuesta favorable para que las adolescentes retrasen la maternidad hasta que estén preparadas físicamente y emocionalmente.

## **10. RECOMENDACIONES**

Utilizar la estrategia educativa de manera periódica a la población, para elevar los conocimientos sobre los factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia.



## Revisión bibliográfica:

1. OPS. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2015 agosto 10]. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004).
2. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 1978 [cited 2016 Septiembre 11]. Available from: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
3. Diaz B, Perez. Generalidades de la educacion para la salud. [Online].; 2012 [cited 2016 septiembre 2016]. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28\\_3\\_12/mgi09312.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_3_12/mgi09312.htm).
4. Perez Jarauta M, Echauri Oscodi M. Manual de educación para la salud. informe. Navarra: Instituto de Salud Pública; 2006. Report No.: Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/ronlyres/049B3858-F993-4B2F-9E332002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>.
5. Giraldo Osorio A, Toro Rosero Y, Macías Ladino M. La promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos saludables. Hacia la promoción de salud. 2010 junio; 15(1).
6. Choque Larrauri R. Comunicacion y educación para la promoción de salud. Informe. Lima;; 2006. Report No.: Disponible en:<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Espín Suárez, Gina MARÍA**, con C.C: # **0914370119** autor/a del trabajo de titulación: **Diseño de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018** previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **17 de diciembre de 2018**

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

Nombre: **Espín Suárez, Gina María**

C.C: **0914370119**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

|   |   |                                  |              |
|---|---|----------------------------------|--------------|
| TEMA Y SUBTEMA:   | Diseño de una estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes. Consultorio R. Centro de salud Pascuales. Año 2018. |                                  |              |
| AUTOR(ES)   | Gina María Espín Suárez   |                                  |              |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES)   | Sanny Aranda Canosa   |                                  |              |
| INSTITUCIÓN:  | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil   |                                  |              |
| FACULTAD:   | Sistema de posgrado   |                                  |              |
| CARRERA:  | Especialización en Medicina Familiar y Comunitario  |                                  |              |
| TÍTULO OBTENIDO:  | Especialista en Medicina Familiar y Comunitario   |                                  |              |
| FECHA DE PUBLICACIÓN:   | 17 de diciembre del 2018  | No. DE PÁGINAS:                  | (85 páginas) |
| ÁREAS TEMÁTICAS:  | Medicina Familiar y Comunitaria. Salud Pública  |                                  |              |
| PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:   | Adolescente, sexualidad, embarazo en adolescencia, factores de riesgo, anticonceptivos.   |                                  |              |
| <b>RESUMEN/ABSTRACT</b>   |   |                                  |              |
| <p><b>Antecedentes:</b> El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública según la OMS. En el Ecuador 3.645.167 mujeres son madres y de estas 122.301 son adolescentes. <b>Materiales y Métodos:</b> Estudio observacional, descriptivo, transversal, incluyó 70 adolescentes femeninas del consultorio R del centro de salud Pascuales, quienes cumplieron los criterios de inclusión previo consentimiento informado, se utilizó ficha familiar y encuesta para recolectar la información de acuerdo a los objetivos y a las variables. <b>Resultados:</b> La edad predominante es 11 años (14,3%), solteras (80%), educación secundaria (55,7%), estudiantes (85,7%). El 48,6% pertenecen a familias medianas y el 38,6% conviven con sus padres. El 55,7% tienen antecedentes de madre con embarazo en adolescencia, 24,3% han tenido relaciones sexuales precoces, el 70,6% no se protegieron. No tienen conocimiento sobre sexualidad el 51,4%. <b>Conclusiones:</b> En el estudio predominó las adolescentes de 11 años, soltera, estudiantes y escolaridad secundaria. La mayoría pertenecen a familias medianas, nucleares, bigeneracionales y viven con los padres; entre los factores de riesgo se encuentran los antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia y el inicio precoz de las relaciones sexuales, siendo los 15 años la edad más frecuente. Tienen poco conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y consecuencia del embarazo en la adolescencia. Se identifican los componentes y se diseña estrategia educativa.</p> |   |                                  |              |
| ADJUNTO PDF:  | <input checked="" type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> NO      |              |
| CONTACTO CON AUTORES:   | Teléfono: 0999459315-2474349  | E-mail: gina.espin.s@hotmail.com |              |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::  | Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas   |                                  |              |
|   | Teléfono: 043804600   |                                  |              |
|   | E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec.  |                                  |              |
| <b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>   |   |                                  |              |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos):  |   |                                  |              |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN:   |   |                                  |              |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web):  |   |                                  |              |