



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

**ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

**Embarazo en adolescentes y factores de riesgo individuales y
familiares en las instituciones educativas de Ingapirca, 2017-
2018**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Especialista de
Medicina Familiar y Comunitaria**

Autora:

Md. Belén Cristina Bermeo Rojas

Director:

Md. Jose Patricio Beltrán Carreño

Cuenca, Ecuador, 2018

Agradecimiento

A Dios por darme la oportunidad de seguir con mis metas y sueños.

A los docentes del Posgrado de Medicina familiar y Comunitaria, y a mi Director de tesis por su entrega, dedicación y sobre todo experiencia para la elaboración de esta tesis.

Al personal de salud del SSC de Ingapirca que me brindaron su apoyo.

A los docentes, estudiantes y padres de familia de cada una de las unidades educativas de la parroquia de Ingapirca, por permitir realizar el estudio.

Dedicatoria

A mi familia principalmente a mi madre que ha sido mi compañera en toda mi carrera a la cual le debo a más de la vida, el éxito que tengo por ser padre y madre.

A mi hija Ariana que es por la cual lucho cada día.

A mi esposo por ser mi compañero de vida.

RESUMEN

Antecedentes. El embarazo adolescente es un problema de salud pública, multifactorial, afectando a dos de cada tres mujeres adolescentes en el Ecuador.

Objetivo. Determinar la prevalencia y los factores de riesgo que influyen en las mujeres adolescentes de las unidades educativas de la parroquia Ingapirca.

Metodología. Mediante un estudio analítico de corte transversal, se estudió a 142 mujeres adolescentes de 10 a 19 años, de las unidades educativas de la parroquia Ingapirca, 2017-2018

Resultados. El 17,61% presentó embarazo en adolescentes, el 1,41% presentaron actitudes sexuales

desfavorables ($p > 0,05$ IC 0,31-4,18), el 2,11% consumo de alcohol ($p > 0,05$ IC 0,86-6,04), el 4,93% pertenecen a familias monoparentales/padres ausentes/equivalentes familiares ($p > 0,05$ IC 0,73-3,41); el 0,70% tienen conocimientos de sexualidad bajos ($p > 0,05$ IC 0,83-3,65), el 10,56% tienen conocimientos de sexualidad bajo/medio ($p > 0,05$ IC 0,44-1,90); el 17,61% tuvieron relaciones sexuales ($p < 0,05$ IC 0,83-3,65), 4,23% tienen antecedente familiar de embarazo en la adolescencia

($p > 0,05$ IC 0,41-2,22).

Conclusión. La prevalencia del embarazo en adolescentes es alta, y se asoció a factores de riesgo actitudes sexuales desfavorables, el consumo de alcohol, y familias monoparentales/padres ausentes/equivalentes familiares

Palabras claves. Embarazo, adolescente, factores de riesgo

ABSTRACT

Background. Adolescent pregnancy is a multifactorial, public health problem, which affects two out of every three teenage women in Ecuador.

Objective. To determine the prevalence and risk factors that influence adolescent women in the educational units of the Ingapirca.

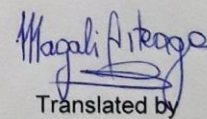
Methodology. This cross-sectional analytical research studied 142 adolescent women aged 10 to 19 from the educational units of Ingapirca, 2017-2018

Results. 17.61% of the population showed teenage pregnancy, 1.41% presented unfavorable sexual attitudes ($p > 0.05$ CI 0.31-4.18), 2.11% showed alcohol consumption ($p > 0.05$ IC 0.86-6.04), 4.93% belonged to single-parent families / absent parents / family equivalents ($p > 0.05$ IC 0.73-3.41); 0.70% revealed little sexuality knowledge ($p > 0.05$ IC 0.83-3.65), 10.56% had little / moderate knowledge about sexuality ($p > 0.05$ IC 0.44-1.90); 17.61% had already had sexual intercourse ($p < 0.05$ CI 0.83-3.65), 4.23% had a family history of teenage pregnancy ($p > 0.05$ IC 0.41-2.22).

Conclusion. The prevalence of pregnancy in adolescents is high, and unfavorable sexual attitudes, alcohol consumption, and single-parent families / absent parents / family equivalents were associated as risk factors.

Keywords. Pregnancy, adolescent, risk factors


Dpto. Idiomas


Translated by

Mg. Magali Arteaga

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	2
1.1	Antecedentes	2
1.2	Planteamiento del problema	4
2.	OBJETIVOS	6
3.	MARCO TEÓRICO.	7
3.1	Bases teóricas.....	7
3.2	Antecedentes	8
4.	HIPÓTESIS	18
5.	METODOLOGÍA UTILIZADA.....	19
5.1	Diseño metodológico.....	19
5.2	Universo y muestra	20
5.3	Delimitación del universo	21
5.4	Instrumentación.....	22
5.4.1	Procedimientos para garantizar aspectos éticos	24
5.4.2	Tabulación y análisis de resultados	24
5.5	Procedimientos	25
6.	RESULTADOS.....	27
7.	DISCUSIÓN.	31
8.	CONCLUSIONES	34
9.	RECOMENDACIONES.....	35
10.	BIBLIOGRAFÍA	36
11.	ANEXOS.	46

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La adolescencia es la etapa decisiva en el ciclo vital de todos los individuos en donde se toma una nueva dirección en cuanto a desarrollo, inician su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su infancia y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse su propio proyecto de vida (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton, 2018) (OMS, 2018).

El embarazo adolescente es un hecho cada vez más frecuente en nuestro medio, que implica múltiples factores de tipo biológico, familiares, socioeconómicos y culturales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define al embarazo en adolescentes como el estado de gestación en mujeres de 10 a 19 años de edad; al ser un suceso de salud pública está asociado a elevadas tasas de morbi mortalidad tanto en la madre como en el niño; generando impactos socioculturales y psicológicos de manera negativa, a nivel personal, educacional, familiar y finalmente al sector público, ya que las adolescentes al interrumpir sus estudios; adquieren recursos muy limitados para su maternidad; hay mayor incidencia a matrimonios prematuros, mayor multiparidad, aumentando el índice de pobreza y embarazos recurrentes en la adolescencia de una generación a otra, hecho que tiende a perpetuar el aislamiento social de la adolescente y sus hijos (OMS, 2016).

El 11% de todos los nacimientos en el mundo son de adolescentes entre los 15 y 19 años, se estima que 16 millones de adolescentes dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos son en países en vías de desarrollo (OMS, 2016). En EE.UU la tasa de nacimientos en adolescentes para el 2007 fue de 42,5 por 1.000 mujeres de 15 a 19 años. En Medellín – Colombia la prevalencia de embarazo en adolescentes fue del 21,5% y de este el (84,4%) tenía entre 16 y 19 años (Rome, Rybick, & Durant, 1998). En Europa la tasa de nacimientos en adolescentes más alta es de 27/1.000 y corresponde al Reino Unido. En el Perú, según ENDES 2011, el 12,5% de las adolescentes ya es madre entre los 15-19 años (Mendoza & Subiría, 2013).

En nuestro país se registraron 56,128 embarazos en adolescentes en el año 2014 entre las edades de 10 a 19 años, de los cuales 3,85% son de 10 a 14 años y el 96,15% corresponden a edades de 15 a 19 años, con una prevalencia del 17,83% entre las edades de 10 a 14 años, y un 12% con las edades de 15 a 19 años, en comparación con años anteriores desde el 2004 esta cifra ha crecido en un 16%, de los cuales el mayor número de embarazos en adolescentes son de madres que han terminado la primaria en un 12,15% (Matute & Jarrín, 2016); de las cuales el 20% son madres solteras (INEC, 2010). En la provincia del Cañar hubo 2.159 adolescentes embarazadas; según el sistema de RDACCA 2017.

La importancia del embarazo en adolescentes es conocer la existencia de los múltiples factores ya que existen determinantes individuales y familiares (Deptula, Henry, & Schoeny, 2010); y socioeconómicos (Penman-Aguilar, Carter, Snead, & Kourtis, 2013), que influyen de manera directa e indirecta y deterioran la salud de las adolescentes, generando condiciones físicas y mentales desfavorables en los núcleos de familia; y no son abordados de manera integral en la consulta de la adolescente, ni en los procesos de educación en cuanto a salud sexual reproductiva y atención médica preventiva en los grupos de adolescentes y embarazadas; además del derecho que otorga la constitución de vivir una sexualidad saludable siempre y cuando se respete la autonomía en la toma de decisiones de todo adolescente (MIES, 2008) (SEGO, 2014).

Así en Ohio se estableció que el riesgo de embarazo aumentó 1,75 veces por cada pareja que la adolescente tenía (Rome, Rybick, & Durant, 1998). Pero en México se concluyó que el 76.7% de las adolescentes que no estaban embarazadas eran solteras, tenían mayor conocimiento en cuanto a sexualidad y provenían de familias nucleares y funcionales (Ramírez Aranda, y otros, 2013). A lo contrario del municipio en Briceño que el 50% de las adolescentes iniciaron su vida sexual a los 15 años (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2014).

Como hemos podido apreciar el incremento del número de embarazos en adolescentes no solo es un problema de salud pública a nivel de Ecuador, sino a nivel mundial por las múltiples

complicaciones y consecuencias que a futuro pueda acarrear; por lo que el principal objetivo de esta investigación es conocer ¿La prevalencia de embarazos en adolescentes y su relación con los factores de riesgo individuales y familiares en las instituciones educativas de Ingapirca, en el año 2017-2018?.

La investigación de (Dávila & Pacheco, 2016) realizada en la parroquia de Ingapirca, obtuvo una prevalencia del 17% de embarazos en adolescentes, pero el estudio se limitó a una sola unidad educativa de la parroquia y como factores de riesgo: la migración y los conocimientos en sexualidad, por lo que es importante que se conozca los demás factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes tanto en el ámbito individual como es el inicio de relaciones sexuales, conocimientos de salud sexual y reproductiva, actitudes sexuales, el consumo de alcohol; a nivel familiar como son las pautas repetitivas de tener el antecedente de embarazo en adolescente dentro del núcleo familiar y el tipo de familia de la adolescente, aplicándose un formulario de recolección de datos realizado por la autora, así como Test para ver el riesgo de consumo de alcohol (AUDIT), conocimientos de salud sexual y reproductiva, actitudes sexuales y nivel de estratificación socioeconómico, mediante un análisis descriptivo transversal.

1.2 Planteamiento del problema

El embarazo adolescente es un problema de salud pública que tiene un gran impacto negativo en el desarrollo físico, psicológico, familiar y socioeconómico de la madre adolescente (Dickinson, 2017), interrumpiendo muchas veces sus sueños, metas e ideales, ya que no hay un correcto asesoramiento en cuanto a educación de métodos anticonceptivos y sexualidad saludable (Quintero & Rojas, 2015). Con el presente estudio se podrá ejecutar en intervenciones futuras; estrategias de prevención destinadas a adolescentes que aún no han sido madres, además de ofrecer el apoyo adecuado a las adolescentes que ya están embarazadas, beneficiando el vínculo madre e hijo, con un correcto asesoramiento al uso de método anticonceptivos y sexualidad saludable, además de la reinserción educativa y/o laboral de la madre adolescente, si el caso lo amerita.

Ya que en Ecuador pese al sistema de salud de implementar estrategias para una mejor planificación familiar y el uso correcto de métodos anticonceptivos, así como la implementación de dispensadores de preservativos, esto no ha sido suficiente para disminuir la prevalencia de embarazos en las adolescentes (MSP, 2014), pues no hay una correcta conexión de redes de apoyo con el Ministerio de Educación para la debida educación sexual en los adolescentes, existen muchos mitos con respecto al tema; dentro de la consulta integral del adolescente no hay una adecuada continuidad entre médico y paciente, el adolescente no tiene la suficiente confianza de tratar temas de sexualidad con el médico y en muchas ocasiones no se da un abordaje integral; debido al desconocimiento de los factores de riesgo que influyen (García & González, 2018).

Por lo que se investigará ¿Cuál es la prevalencia y la relación que existe entre los diferentes factores de riesgo que influyen en el embarazo en mujeres adolescentes de las diferentes unidades educativas de la parroquia de Ingapirca, 2017 - 2018?.

2. OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes y su relación con los factores de riesgo individuales y familiares en las instituciones educativas de la parroquia Ingapirca durante el año lectivo 2017 - 2018.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de adolescentes según variables demográficas y socioeconómicas.
- Determinar la prevalencia de embarazo en adolescentes, en las unidades educativas de la parroquia de Ingapirca, durante el año lectivo 2017-2018.
- Determinar la prevalencia de los factores de riesgo individuales (conocimiento de salud sexual y reproductiva, actitudes sexuales, consumo de alcohol, edad de inicio de relaciones sexuales), familiares (pautas repetitivas, tipo de familia).
- Establecer la relación entre el embarazo en adolescentes y los factores de riesgos individuales, familiares.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 Bases teóricas

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, constituyendo en el nivel de Atención Primaria de Salud uno de los pilares para la prevención del mismo (Ngum Chi Watts, Liamputtong, & Mcmichael, 2015), pues no solo afecta a la adolescente sino a todo su entorno (familiar, social y psicológico) (Sámano, 2017) ya que es un período entre la niñez y la adultez en donde hay varios cambios físicos, psicológicos, sociales, que incluye relaciones de interacción social, trastornos psicosociales y de personalidad. A pesar de los programas establecidos por el Sistema Nacional de Salud, las cifras de madres adolescentes siguen en aumento, mucho de ello depende de los conocimientos que tengan en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar, el inicio temprano de las relaciones sexuales (Finer & Philbin, 2013), pero el tema abarca algo más profundo, ya que existen otros factores asociados que no han sido abarcados en la mayoría de estudios o solo lo han hecho de manera parcial como son los factores familiares que incluyen pautas repetitivas dentro del núcleo familiar de otro embarazo adolescente, tipo de familia, pues en la actualidad muchos padres laboran o han migrado al exterior por lo que no pueden estar pendientes de sus hijos y se encuentran más propensos a no solo un embarazo precoz sino a contraer infecciones de transmisión sexual y otras complicaciones como una malnutrición, cuadros hipertensivos, alteraciones placentarias que pone en peligro la muerte de la adolescente. (Gálvez Espinosa, Rodríguez Arévalo, & Rodríguez Sánchez, 2016).

Uno de factores importantes dentro del embarazo en adolescentes es el consumo de alcohol y drogas, pues el/la adolescente al no tener el apoyo de sus padres o el debido control y si a esto se suma la libre accesibilidad, genera mayor riesgo a tener un embarazo en la adolescencia (Siqueira & Smith, 2015). Sin dejar de lado el nivel socioeconómico bajo y la baja autoestima. (González Solano & González Solano, 2012).

Las tareas para la prevención del embarazo en adolescentes son la búsqueda de la identidad, que la adolescente tenga el asesoramiento adecuado en cuanto a sexualidad saludable, en donde pueda entender que tiene derechos y se respeta su autonomía como adolescente, liberándose de mitos y tabúes que solo empeoran la cifras de embarazos. El impacto del embarazo es biopsicosocial que se traduce a deserción escolar, carencia de madurez para atender a su hijo, hogares disfuncionales y desestructurados, enfermedades de transmisión sexual, problemas económicos, baja autoestima (Gaete, 2015).

3.2 Antecedentes

En el 2011 según datos de la UNICEF más de mil trescientos millones de adolescentes existen en el mundo, de los cuales casi el 50% tienen un nivel socioeconómico bajo, viviendo en extrema pobreza el 12,5% (UNICEF, 2011).

Según la Organización Mundial de Salud la adolescencia se define como; el ciclo de vida que se comprende desde los 10 hasta los 19 años de edad en donde la persona va obteniendo madurez reproductiva, experimenta cambios psicológicos y sociales, pasa de la etapa de la niñez a la adultez para finalmente fortalecer su independencia (OMS, 2016).

Se nota cambios en el crecimiento físico y morfológico del o la adolescente, constituyéndose un grupo de edad vulnerable, con problemas psicológicos y conductuales propios de la edad (Congote Arango, Vélez García, Restrepo Orrego, Cubides Munévar, & Cifuentes Borrero, 2012).

A nivel mundial se han realizado estudios los cuales han expuesto la prevalencia y los factores asociados al embarazo adolescente, como lo es el caso de Vietnam, en donde se observó que la prevalencia fue de 4%, en donde la experiencia de violencia doméstica, y el debut sexual temprano se correlacionaron positivamente con mayores probabilidades de embarazo adolescente, de igual

manera en un reporte realizado en Uganda la incidencia fue de 4 por cada 10 adolescentes, los factores que se encontraron asociados fueron el nivel educativo, edad de inicio de anticonceptivos, número de hermanos sexualmente activos y hermanas que hayan quedado embarazadas. (Akanbi , Afolabi , & Aremu, 2016).

El embarazo en adolescentes es un problema mundial que ha afectado a lo largo de los años tanto a países en vías de desarrollo como a los desarrollados (Pinto e Silva & Garanhani Surita, 2017), en donde la prevalencia del embarazo coincide en dos regiones de America Latina, como es Colombia en donde se identificó una prevalencia del 21,9% (Hernández-Ávila, Barrera-Rodríguez, & Castañeda-Porras, 2017); así como la realizada en la parroquia de Ingapirca del 17% (Dávila & Pacheco, 2016), la edad media de las madres adolescentes en estado de gestación es de 17,4 años según (Hernández-Ávila, Barrera-Rodríguez, & Castañeda-Porras, 2017), de igual manera se expuso que el ser soltera fue un factor asociado a la presencia de embarazo. En México, en un área rural se destacó que las principales causas asociadas al embarazo fueron: ausencia parental, baja escolaridad e ingresos económicos. (Jiménez-González, Granados-Cosme, & Rosales-Flores, 2017).

Ecuador no se escapa dicha problemática por lo cual se reporta un estudio realizado en la ciudad de Manta, el cual expone que las principales causas del embarazo adolescente según una entrevista a familiares y pacientes fueron la falta de educación sexual, inadecuada comunicación familiar, influencia de los medios de comunicación, malas compañías y curiosidad por parte del o la adolescente; de igual manera en un análisis realizado en la ciudad de Guayaquil se evidenció que la edad más frecuentemente afectada fue la de 15 a 17 años, en su mayor proporción estas se encontraron en una unión libre con el papá del producto de la gestación y los factores predisponentes fueron problemas familiares, maltrato familiar, falta de educación sexual, abuso sexual y pobreza (Rodríguez Aquino, 2013).

La adolescencia según la Organización mundial de salud se clasifica en tres etapas:

- **Adolescencia Temprana (comprendida entre los 10 a 13 años).** Fisiológicamente es la etapa en donde la adolescente experimenta cambios corporales, funcionales y psicológicos, empezando a perder la cercanía con los padres, e iniciando nuevos lazos de amistad con grupos que pueden ser de su misma o distinta edad y género; empiezan a desarrollar habilidades cognitivas, se preocupan de su apariencia física, cambian continuamente de carácter tornándose más irritables al no poder controlar sus impulsos, en algunas ocasiones se plantean un proyecto de vida.
- **Adolescencia Media (comprendida entre los 14 a 16 años).** Aquí generalmente se ha completado su desarrollo físico, dentro de la parte social empiezan a relacionarse con personas de su mismo o similar estatus, se sienten seguros e intocables, generando conductas de riesgo y conflictos con sus padres; así mismo empiezan a desarrollar sus propios valores y la preocupación por su apariencia física es más intensa buscando atraer al género opuesto, por lo que es la edad en donde también inician su vida sexual.
- **Adolescencia Tardía (comprendida entre los 17 a 19 años).** El desarrollo físico se ha completado, psicológicamente son más maduros, empiezan a crear un proyecto de vida claro, dando prioridad a las relaciones íntimas, acercándose de nuevo a sus padres, desarrollando nuevas metas y valores, el círculo de amistades ya no es tan prioritario (OMS, 2016).

Debido a las transiciones que sucede durante la adolescencia, es importante conocer cada una de sus etapas para poder aclarar y comprender las actitudes que toman los adolescentes y aún más las que se encuentran en etapa de gestación; teniendo pleno conocimiento que *“La adolescente en estado de gestación se comportará de acuerdo al momento de vida en el que se encuentre, sin que esto signifique que va madurar más rápido”* (OMS, 2018; Restrepo Martínez, Trujillo Numa, Restrepo Bernal, Torres de Galvis, & Sierra, 2017).

Embarazo Adolescente

“Cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años dan a luz cada año.” (OMS, 2018).

A cualquier edad el hecho de estar en estado de gestación, establece un cambio importante a nivel biológico, psicológico y social, aún más en la etapa de la adolescencia, ya que como hemos discutido anteriormente es un grupo vulnerable, expuesto a varias conductas de riesgo que pueden afectar tanto a la madre como al hijo y establecerse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. (Restrepo, et al, 2017)).

Los cambios físicos del proceso de cambio de niña a mujer adulta empiezan en la pubertad, el hecho de que está, durante la adolescencia sea capaz de reproducirse sexualmente, no indica que esta física y psicológicamente preparada para un embarazo precoz, presentándose varias complicaciones negativas como: el impacto sobre la salud y el desarrollo del niño y el desarrollo personal de la madre adolescente (Mora Cancino & Hernández Valencia, 2015).

Aunque la maternidad precoz pertenece a la historia femenina desde siempre, la aparición de un embarazo suele formar parte de situaciones accidentales relacionadas con prácticas de riesgo en los adolescentes. ((Congote Arango, Vélez García, Restrepo Orrego, Cubides Munévar, & Cifuentes Borrero, 2012); (Gálvez Espinosa, Rodríguez Arévalo, & Rodríguez Sánchez, 2016)).

El embarazo de una adolescente, cuanto más joven es, suele descubrirse de forma tardía, por varios motivos: desconocimiento, miedo de hablar de ello, ansiedad respecto al seguimiento médico, miedo de ser obligada a abortar. Todo ello coincide para retrasar el reconocimiento y por tanto el seguimiento de la gestación, convirtiéndose en una gestación de alto riesgo que compromete la vida materna como la del neonato, en los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y económicos de la adolescente y su familia (OMS, (2018); Congote Arango, Vélez García, Restrepo Orrego, Cubides Munévar, & Cifuentes Borrero, (2012)).

Epidemiología

A nivel Mundial 16 millones de las adolescentes entre los 15 a 19 años de edad, y un millón de adolescentes menores de 15 años son madres cada año, presentándose con una prevalencia del 95% de los nacimientos en países en desarrollo, sin que las cifras liberen a los países desarrollados ya que como Estados Unidos y Reino Unido presentan altos porcentajes de embarazos en adolescentes (OMS, 2018).

El total de nacimientos de madres adolescentes entre 15 y 19 años oscilan a un 18% a nivel de América Latina y el Caribe; de estos el 35% y el 52% correspondientemente son no deseados. En Colombia en el 2005, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) presentó un aumento en la prevalencia de embarazos en adolescente con respecto al año 2000 en donde la prevalencia era del 19% y subió al 21% cinco años después, habiendo una ligera disminución en el 2010 con una prevalencia del 19,5%, demostrando que 1 de cada 5 adolescentes de 15 a 19 años ha estado por lo menos una vez embarazada (Congote Arango, Vélez García, Restrepo Orrego, Cubides Munévar, & Cifuentes Borrero, 2012)

Tasas de embarazo en adolescentes

En Francia; la tasa de embarazos se encuentra en el 24% y solo el 33% de estos llega a término, en Estados Unidos va entre las edades de 15 a 19 años. En España en el 2010 la tasa de embarazos es de 2,2/1000 a los 15 años y 20,7/1000 a los 19 años (Palomino Pérez, Pérez Suárez, Cabrero Hernández, De la Cruz Benito, & Cañedo, 2018).

El embarazo adolescente se ve influenciada por factores socioeconómicos especialmente, en países en vías de desarrollo se ha demostrado una tasa de fecundidad en esta etapa de la vida elevada, así como en los estratos sociales bajos, siendo importante realizar un diagnóstico de los determinantes sociales e inequidades en la población que pueda ser intervenidos para disminuir su incidencia. En el Ecuador la tasa de embarazo adolescente se encuentra que por cada 1.000 niñas de 12 a 14 años, 9 son mamás y el 17.2 % de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto

es 172 de cada 1.000 adolescentes según el Censo de Población y Vivienda, INEC 2010 (INEC, 2010).

Proporción de embarazos en adolescentes

En Francia, esta cifra ha descendido de forma considerable entre 1976 y 1992, pues ha pasado del 3,6 al 1%; desde hace 10 años se mantiene alrededor del 0,85% y en 1997 se registraron 6.356 nacimientos en madres de 18 años o menores, de los que 954 correspondieron a madres menores de 16 años (Seince, Pharisien, & Uzan, 2008).

En Estados Unidos, se estima que la tasa de embarazos es del 13% respecto al número total de nacimientos, es decir cerca de 500.000 nacimientos en las madres de 11 a 19 años, por el año de 1995 más de 1.200 nacimientos provenían de madres de 11 a 15 años.

En el Ecuador de los 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres y de estas 122.301 son adolescentes de 12 y 19 años, frente a 105.405 madres del 2001, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010).

Factores de riesgo para embarazo adolescente

El embarazo en la adolescencia es de etiología multifactorial, no hay una causa única, sino que diversos factores de índole biológico y psicosocial, enmarcados e iniciados con la pubertad, además de factores familiares que pueden incrementar o reducir la probabilidad de embarazo. El embarazo adolescente constituye una crisis paranormativa en el ciclo vital individual como en el familiar, y proporcionan un reto personal ya que debe lidiar con todos los cambios intrínsecos de la adolescencia, añadidos a la gestación y al desempeño del rol como madre (Langille, 2007).

Factores personales

Estos factores describen las condiciones personales que pueden intervenir en el embarazo adolescente como la menarquía precoz, inicio precoz de las relaciones sexuales, inadecuada

concepción de salud sexual y reproductiva como los métodos anticonceptivos, anhelos académicos bajos, apego a las creencias y tabúes y la falta de planificación familiar.

- **Menarquía temprana.** se ha observado un inicio cada vez más temprano de la menarquía, situación que otorga madurez reproductiva, cuando aún no maneja las situaciones de riesgo y en muchos de los casos puede ser víctimas de abusos sexuales que predisponen a un embarazo temprano.
- **Inicio precoz de relaciones sexuales e inadecuada educación sobre salud sexual y reproductiva de la adolescente.** La manifestación del ciclo menstrual en la mujer y las primeras manifestaciones de esperma en el varón condicionan la aptitud para la procreación visto desde el punto de vista biológico, conjuntamente con la atracción sexual y el despertar amoroso. Según la literatura la adolescente que inicia relaciones sexuales a temprana edad, tiene mayor probabilidad de quedar embarazada, tomando en cuenta que algunos de los factores que influyen en la decisión de la adolescente es por influencia de la pareja o amigos (Vargas Pérez, 2018).

La influencia de pares, los tabúes y la falta de información sobre salud sexual y reproductiva que por lo general tienen los adolescentes conlleva a la toma de decisiones apresuradas y en muchos de los casos por presión del grupo para el inicio más temprano de las relaciones sexuales, factor que se agrava en familias con nivel socioeconómico y educativo bajo (Sarker, Sheikh, Mahumud, & Sultana, 2018). Sin embargo este hecho es muy importante en la toma de decisiones así como el aspecto socio-cultural que tenga la adolescente en cuanto a la percepción de salud sexual y reproductiva, ya que muchas adolescentes que se quedan embarazadas toman la idea de manera relativa y no asumen las verdaderas consecuencias que esto atrae hacia el futuro (Álvarez Nieto, Pastor Moreno, Linares Abad, Serrano Martos, & Rodríguez Olalla, 2012).

- **Nivel educativo.** Se ha comprobado en varios estudios que muestra mayor es el conocimiento de los adolescentes y sobre todo en temas de salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, conciencia de embarazos tempranos no deseados presentan un inicio de actividad sexual más tardío de forma segura, para cumplir con su plan de vida a futuro, en los adolescentes

con un nivel bajo de educación, sin conocimiento de sexualidad o métodos anticonceptivos predispone a un embarazo precoz (Cluet de Rodríguez, Rossell-Pineda, Álvarez de Acosta, & Rojas Quintero, 2013).

- **Conocimiento de métodos de planificación familiar.** El conocimiento del adecuado uso de métodos de planificación familiar contribuye a evitar embarazos no deseados, de aquí radica la importancia del aprendizaje adecuado de estos antes de iniciar con una vida sexualmente activa, por lo general en la etapa de la adolescencia se toma decisiones apresuradas que condicionan la falta de uso de estos predisponiendo al embarazo precoz (Bastos Brito, Scoppetta Sampaio, Quadro Souza , & Rezende Requião, 2018).
- **Consumo de alcohol u otras drogas.** El 62% de adolescentes reconocen haber tomado bebidas alcohólicas por lo menos una vez, la primera vez que se embriagaron tenían 13 años de edad promedio, la cuarta parte declaró haber fumado en el último mes y 5% consumió más de 20 cigarrillos en los 30 días anteriores, estudios realizados por el CONSEP demuestran que el 12% de adolescentes consume drogas y su uso comienza cada vez a edades mas tempranas. Además las adolescentes que inician el consumo de alcohol o drogas, es probable la iniciación de las relaciones sexuales en el año posterior. (Burneo Salazar, Córdova Páez, José Gutiérrez, & Ordoñez, 2015).
- **La autoestima.** Se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima se relaciona con trastornos psiquiátricos, conductas de auto-lesión o comportamiento sexual de riesgo que predisponga a un embarazo no planificado en la adolescencia (Holguín M., y otros, 2013).
- **Otros factores.** Que se han asociado a embarazo adolescente son deserción escolar y la falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos.

Factores familiares

Se reconoce que la familia se considera el elemento básico y funcional de la sociedad y la crianza de los hijos es un espejo viviente de lo que sucede en dicho núcleo. En la vida familiar el adolescente debe responder a ciertas y determinadas exigencias en función del desarrollo de su personalidad y de su porvenir, teniendo un papel fundamental los padres. De no establecerse una adecuada comunicación entre los diferentes miembros de la familia surgen conflictos y contradicciones, dados fundamentalmente por los diferentes tipos de personalidad y de relaciones interpersonales no bien establecidas hacia el interior de ese núcleo familiar.

El ser hija de madres adolescentes es un factor predisponente que aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia, ya que provienen de familias donde el embarazo en la adolescencia es una tradición a cumplir y no un problema de salud. Otros estudios señalan que la ausencia de uno de los padres y el desempeño incorrecto de los roles por estos padres o tutores que en ocasiones custodian al adolescente también constituyen factores predisponentes que agrandan el riesgo de embarazo en la adolescencia, debido a que estos olvidan sus obligaciones específicas de padres y consideran que los adolescentes no necesitan de ellos y que son estos los que tienen que ser capaces de resolver sus propias dificultades (García & González, 2018).

La funcionalidad, dinámica y estructura familiar son factores relevantes en la crianza del adolescente, que condicionan la personalidad y la conducta del mismo. La carencia de charlas sobre sexualidad puede ocasionar que el adolescente busque información de otras fuentes, en muchas ocasiones compañeros que pueden estar igualmente desinformados y por lo tanto generar conductas de riesgo. La falta de confianza en los padres por violencia, puede promover que la adolescente abandone el hogar y busque una salida fácil como el embarazarse de su pareja (Domínguez Domínguez, 2011).

Las pautas generacionales o repetitivas intervienen desde un punto de vista sociocultural y psicológico, por ejemplo, es más propenso el embarazo adolescente en hijas de madres que padecieron la misma situación. Esto depende plenamente de la funcionalidad familiar, es decir, si todos cumplen sus roles, por lo tanto es necesario que los padres promuevan un ambiente de comunicación, afecto, confianza y amor, por lo contrario, la adolescente puede buscar estos

sentimientos en su primera pareja y aumentar el riesgo de embarazo adolescente (González A., Molina G, Montero V, & Martínez N, 2013).

En ocasiones, las estructuras familiares donde la madre depende de una actividad económica que impide compartir tiempo de calidad con sus hijos, genera conflictos en la adolescente que puede conllevar al inicio precoz de las relaciones sexuales, debido a que no es guiada de forma adecuada o no tienen menos autoridad porque no comparten experiencias y vivencias junto a ella. Esto se relaciona también en estructuras familiares con número elevado de hijos, donde puede disminuir el tiempo de calidad con alguno debido al cumplimiento del rol de padre en otros, agotándose los recursos familiares. Por último, toda crisis normativa o no normativa que no es superada de forma adecuada durante el ciclo vital familiar aumenta el riesgo de conductas sexuales inadecuadas como el divorcio de los padres (González A., Molina G, Montero V, & Martínez N, 2013).

Pautas repetitivas de un embarazo en adolescente en la familia. La mayoría de embarazos en adolescente se repiten en la familia generalmente la madre anteriormente también ha presentado un embarazo en adolescente. (Mora, Ocampo Serna, & Salvador Peña, 2013).

Factores socioeconómicos

El perfil sociodemográfico de las adolescentes desempeña un papel en esta problemática sobretodo en la zona rural donde residen, en donde el embarazo es más frecuente en comparación con otros sectores mejor acomodados de la sociedad donde las expectativas de educación y de empleo son mejores.

Con respecto a la condición socioeconómica y demográfica en Ecuador menciona (Mogrovejo, 2011) que un 30% de las adolescentes que se encuentran en un quintil inferior de pobreza son madres, así mismo analiza que las tasas de fecundidad que son más altas en zonas rurales en comparación con las zonas urbanas.

Es así que las mujeres con menos recursos económicos tienen menos probabilidades de tener un servicio de salud adecuado que las mujeres que tienen un nivel socioeconómico alto, ya que pueden disponer de atención médica, es por eso la importancia de implementar sistemas de salud pública adecuados y con un correcto asesoramiento en cuanto a las necesidades de la madre adolescente o la adolescente que no este embarazada pero necesite asesoramiento en cuanto a sexualidad saludable, sin importar si tiene recursos económicos o viva en zonas rurales o urbanas, considerando que la zona rural es la mas vulnerable (Shahabuddin, Delvaux, Abouchadi, Sarker, & De Brouwere, 2015).

4. HIPÓTESIS

- La prevalencia del embarazo en adolescentes es superior al 17% y está relacionada con factores individuales y familiares en las instituciones educativas de la parroquia Ingapirca (Dávila & Pacheco, 2016).

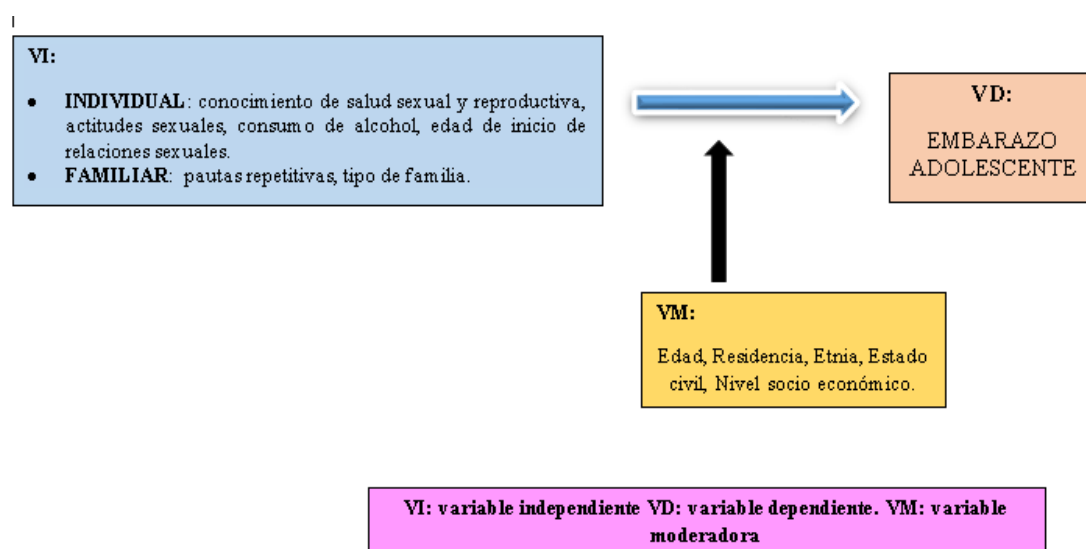
5. METODOLOGÍA UTILIZADA

5.1 Diseño metodológico

La presente investigación se realizó mediante un estudio analítico transversal buscando la prevalencia del embarazo en adolescentes mujeres, para determinar cuáles son los principales factores de riesgo que influyen para la mujeres adolescentes desde los 10 hasta los 19 años mantengan relaciones sexuales sin protección y como consecuencia queden embarazadas.

Especificación de variables.

Gráfico N° 1. Matriz de relación de variables. 2018



Elaborado por: La autora

Anexo N° 8 : Matriz de operacionalidad de variables.

Diseño utilizado

Para cumplir los objetivos del presente estudio dentro del plan de análisis se realizó un diseño cuantitativo de estadística descriptiva y de relación de variables, en el cual se pudo identificar la prevalencia de embarazo en adolescentes y su relación con factores asociados, en la parroquia de Ingapirca ubicada en el cantón Cañar, a 20 km del este, dentro de los Andes ecuatorianos, de acuerdo al plan territorial de salud.

En el análisis estadístico de los datos, se clasificaron las variables según sus naturaleza en cualitativas y cuantitativas; donde se utilizó las frecuencias relativas (porcentajes) y las medidas de tendencia central y dispersión (medias y desviación estándar), respectivamente, para describirlas. La prueba de hipótesis se realizó mediante tablas de 2x2 y se calculó el estadístico chi cuadrado de Pearson, así como la razón de prevalencia con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Los datos fueron transcritos inicialmente en el programa Microsoft Excel, de donde fueron migrados como base de datos al programa estadístico SPSS versión 19. Para la redacción del informe final se empleó el software Microsoft Office Word.

5.2 Universo y muestra

Descripción de las unidades de análisis (genero, edad, procedencia y características relevantes).

El estudio se realizó en adolescentes mujeres entre edades de 10 a 19 años, procedentes de la parroquia de Ingapirca, del cantón Cañar y estudian en las diferentes unidades educativas de la parroquia durante el año lectivo 2017 – 2018.

Características de la población de mujeres adolescentes. Las mujeres de la parroquia Ingapirca, según informes realizados por el centro de salud y reuniones establecidas con los centros educativos carecen de educación sexual tanto dentro de sus domicilios como en sus establecimientos educativos, no acuden habitualmente a la consulta integral en el centro de salud, por lo tanto desconocen sobre temas como planificación familiar, métodos anticonceptivos. Dentro de la parte cultural han sido educadas en hogares machistas en donde las mujeres no cuentan con el asesoramiento legal en cuanto a sexualidad saludable, generalmente contraen matrimonio siendo muy jóvenes desde la edad de 13 años, hasta llegar a los 19 años tienen por lo menos dos gestas; dichos patrones se repiten de generación en generación con sus madres o abuelas que también se casaron a edades tempranas. Tiene un nivel de educación bajo ya que no terminan la secundaria porque se retiran al encontrarse embarazadas, poseen un nivel socioeconómico bajo pues sus padres les retiran el apoyo económico al quedar embarazadas, o son personas que carecen de

recursos economicos adecuados pues sus padres no tienen un empleo fijo ya que se dedican a la agricultura.

5.3 Delimitación del universo

El universo del estudio está constituido por 347 alumnas que estudian en todas las unidades educativas de la parroquia Ingapirca, durante el periodo septiembre 2017 hasta junio 2018.

El tamaño de la muestra fue calculada con una prevalencia del 17%, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5% obteniendo una muestra total de 134 adolescentes entre 10 y 19 años; más el 10% de pérdidas; con un total de 147 alumnas; se dividió por estratos regulares y se realizó una aleatorización simple de acuerdo al número de estudiantes mujeres de cada institución, que serán puestas en una lista con números para la toma de datos.

Calculo de la muestra.

Mediante la fórmula indicada para estudios transversales con población conocida:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de población (N): 347 adolescentes.

Error Alfa (α): 0,05

Nivel de confianza (1- α): 0,95

Z (1- α): 1,96

Prevalencia de enfermedad (P): 0,17

Complemento de p (Q): 0,83

Pérdidas esperadas: 10%

Resultado de tamaño de muestra (N): 134 adolescentes

La prevalencia del embarazo en adolescentes, según los estudios realizados en la parroquia de Ingapirca llega a un 17%. El resultado estableció una muestra de 134 adolescentes; ajustado al 10% de pérdidas, la muestra final fue de 147 adolescentes, pero se realizó a 142 alumnas por criterios de exclusión.

Procedimientos de la selección de la muestra

Dentro de los criterios de inclusión y exclusión tenemos los siguientes:

Criterios de inclusión

- Estudiantes adolescentes mujeres que estén matriculadas en estas instituciones.
- Edad de entre 10 y 19 años.
- Que las alumnas hayan firmado en el asentimiento, y sus representantes legales el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- Adolescentes con discapacidad que no permita aplicación de test.

5.4 Instrumentación.

El estudio se realizó con la técnica de la entrevista estructurada, mediante un formulario elaborado por la autora (**anexo 3**), se levantó un estudio piloto a 15 estudiantes en la en la unidad Educativa Bilingüe de Sisid la cual presentaba similares características sociodemográficas, y se obtuvo para el test de actitudes sexuales tipo Likert un alfa de Crombach de 0,95 (excelente).

El estudio está constituido por tres secciones: la primera de datos sociodemográficos generales en donde se identifica: edad, residencia, etnia, estado civil, si la adolescente se encuentra o no en estado de gestación, el inicio de relaciones sexuales, tipo de familia, pautas repetitivas de embarazo adolescente en la familia, además del consumo de alcohol mediante el Test de Audit creado por Saunders JB, Asland OG, Babor TF, De la fuente J, en 1992, España (con un índice de confiabilidad Alpha Crombach 0,82 en adolescentes y una sensibilidad de 86,4%) (Rial Boubeta, Golper Ferreiro,

Araujo Gallego, Braña Tobío, & Varela Mallou, 2017); comprendiendo 3 preguntas que servirán como tamizaje para ver si hay riesgo de consumo de alcohol **(Anexo 4)**.

La segunda fase por la encuesta de Conocimiento de la sexualidad del adolescente validado en Perú (2011), por la investigadora Mg. Nelly Solís Villanueva (con índice de confiabilidad Alpha Crombach 0,65 en adolescentes) (Bendezu Bazan, 2015), este instrumento contiene 4 dimensiones con un total 35 ítems con alternativa de respuesta de carácter dicotómico (“sí” o “no”). Las dimensiones son: Conocimientos de Anatomía y fisiología sexual y reproductiva (9 ítems); Respuesta sexual humana (8 ítems); Prevención de las ITSS/VIH/SIDA (9 ítems) y métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo (9 ítems). Esta escala se recodifica en 1 (si la respuesta fue “Sí”) o 0 (si la respuesta fue “No”), con un rango de puntuación de 0 (puntuación mínima) a 35 (puntuación máxima). De este total, se realizó una clasificación que estima el conocimiento de la sexualidad, según los siguientes criterios ya establecido: 1) Conocimiento Alto: puntuaciones totales ≥ 24 ; 2) Conocimiento medio: puntuaciones totales entre 12 a 23; 3) Conocimiento bajo: puntuaciones totales ≤ 11 **(Anexo 5)**. Para el presente test si la persona desconoce la respuesta, es decir responde con un “no sé”, la respuesta será calificada con el menor puntaje es decir 0. Y por el Test de actitudes sexuales del adolescente validado por la obstetra Mg. Nelly Solís Villanueva en Perú en el 2011, que divide este constructo en 6 dimensiones que constan con un total de 50 ítems, con la opción de respuesta en escala Likert del 1 al 5, donde 1 es “completamente en desacuerdo” y 5 es “completamente de acuerdo”. Las dimensiones (con su número de ítems) son las siguientes: 1) Responsabilidad y prevención del riesgo sexual (n=10 ítems); 2) Libertad para decidir y actuar (n=6 ítems), Autonomía (n=5 ítems), Respeto mutuo y reciprocidad (n=9 ítems), Sexualidad y amor (9 ítems), Sexualidad como algo positivo (n=11 ítems). Las respuestas en cada dimensión son totalizadas para obtener un rango entre 50 y 250, clasificándose de la siguiente manera: a) actitud favorable (entre 126 a 250); b) actitud desfavorable (menor a 125) **(Anexo 6)**.

La tercera parte la forma la encuesta del INEC, que sirve para la estratificación del nivel socioeconómico del hogar (características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica: con un puntaje Bajo de 0 a 316

puntos, con un puntaje medio de 316.1 a 535 puntos, medio típico de 535.1 a 696 puntos, medio alto de 696.1 a 845 puntos, y un puntaje alto de 845.1 a 1000 puntos) (INEC, 2010). **(Anexo 7)**

Estos instrumentos nos permitieron recolectar la información necesaria para encontrar los factores de riesgo para embarazo adolescentes en la población de estudio.

5.4.1 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se solicitó la autorización tanto a los participantes adolescentes con un asentimiento informado como a sus representantes con el consentimiento informado **(Anexo 1, 2)**, en donde se explica el objetivo de la investigación además de los riesgos y beneficios, confidencialidad y derechos, tanto de los participantes como de sus representantes legales. Este estudio fue realizado salvaguardando los principios de libertad y confidencialidad, siendo incluidos en el análisis cuando la participación fuese libre y voluntaria, asegurando el anonimato de sus datos y respetando su cosmovisión, creencias y cultura. Los consentimientos informados, asentimientos informados, hojas de encuestas y la base de datos están bajo la custodia de la autora.

5.4.2 Tabulación y análisis de resultados

En el análisis estadístico de los datos, se clasificaron las variables según sus naturaleza en cualitativas y cuantitativas; donde se utilizó las frecuencias relativas (porcentajes) y las medidas de tendencia central y dispersión (medias y desviación estándar), respectivamente, para describirlas. La prueba de hipótesis se realizó mediante tablas de 2x2 y se calculó el estadístico chi cuadrado de Pearson, así como la razón de prevalencia con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Los datos fueron transcritos inicialmente en el programa Microsoft Excel, de donde fueron migrados como base de datos al programa estadístico SPSS versión 19. Para la redacción del informe final se empleó el software Microsoft Office Word.

Eventos y situaciones y lugares donde se obtuvo la información. Las encuestas se realizaron en todas las unidades educativas de la parroquia de Ingapirca localizadas en las diferentes

comunidades como Ingapirca Centro, Cisne, Silante Alto, Silante Bajo, Culebrillas, Cochabamba, Chuguin Grande, Chuguin Chico, Amanta Bayapungo, Amanta De Jesús, Vendeleche, Llactahuyaco, Huayrapungo, Rumiloma y Liriopamba.

Las situaciones especiales durante la investigación

- Para poder ingresar a las unidades educativas se solicitó el permiso en el Distrito de Educación por medio del trámite correspondiente; en donde se explicaba el motivo del estudio, se presentó las encuestas y formularios para que sean analizados por el Ministerio de Educación, los cuales fueron aceptados.
- La distancia geográfica dificultó el acceso a las unidades educativas, pues la mayoría quedan a más de una hora en vehículo.
- Los padres de las alumnas al inicio tuvieron desconfianza de firmar los consentimientos informados, por lo que se tuvo que hablar con ellos mediante una reunión y por medio de una notificación escrita se explicó el motivo del estudio.
- No todas las alumnas se encontraban el día que se realizaría las encuestas por lo que se tuvo que regresar varias veces a una misma institución.
- Algunos padres de familia no firmaron el consentimiento informado por lo que estas alumnas fueron excluidas en el estudio; al igual que se encontró dentro de la muestra una alumna que disponía de discapacidad intelectual de más del 60% por lo también quedo excluida. Por lo tanto se realizó a un total de 142 alumnas.
- El tiempo que las alumnas se demoraron en realizar la encuesta fue de 45 minutos como máximo y las adolescentes entre 10 a 13 años se demoraron hasta una hora.

5.5 Procedimientos

Luego de la autorización que fue aprobada por el distrito de educación de Cañar – Tambo y Suscal 03D02, se explicó a las Directoras responsables de los establecimientos el motivo del estudio.

- Se procedió a recolectar las listas de todas las alumnas inscritas en el período de septiembre del 2017 y junio del 2018, para formular una matriz de datos personales de dichas alumnas (nombres completos, unidad a la que pertenecen, fechas de nacimiento, números de cédula, edad actual y en qué año de educación se encuentran).
- Luego se solicitó la autorización tanto a los participantes con un asentimiento informado como a sus representantes con el consentimiento informado (**Anexo 1, 2**), en donde se explica el objetivo de la investigación además de los riesgos y beneficios, confidencialidad y derechos, tanto de los participantes como de sus representantes legales.
- Una vez que los padres firmaron la autorización; la realización del estudio se procedió a realizar a cada una de las alumnas que fueron asignadas por orden aleatorio por medio de las listas de cada unidad educativa.
- La investigación trascendió de manera ordenada se les entregó de manera individual los asentimientos informados y solo a las alumnas que firmaron respondieron las encuestas.
- Luego se dividió de igual manera las encuestas por unidades educativas y se procedió a realizar la base de datos, en donde se ingresó cada una de las encuestas según el número de orden mediante el programa Epidat 19.0.

Problemas que se suscitaron durante la investigación

- Al inicio no se me permitió el ingreso a las unidades educativas sin la debida autorización por parte del distrito de educación por lo que se procedió a solicitar mediante el trámite respectivo.
- Para los padres que no desearon firmar los consentimientos informados, se acudió a los hogares y se les explico nuevamente como iba a realizarse el estudio, solo algunos firmaron, pero otros se mantuvieron en su posición negativa a participar.
- Dentro de lo positivo del estudio es que se obtuvo la apertura y la mayor disponibilidad para realizar el estudio por parte de los directores y profesores de las unidades educativas que proporcionaron el tiempo y el espacio para que las alumnas puedan realizar las encuestas, así como de las participantes que todas aceptaron participar.

6. RESULTADOS.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación, la misma que se aplicó a 142 alumnas.

Tabla 1. Características demográficas y socioeconómicas de la población de mujeres adolescentes. Ingapirca – Ecuador 2018.

		f=142	%=100,00
Edad (años)*	Temprana	64	45,07
	Media	48	33,80
	Tardía	30	21,13
Residencia	Rural	129	90,85
	Urbana	13	9,15
Etnia	Blanca	5	3,52
	Mestizo	108	76,06
	Afroamericana	1	0,70
	Indígena	28	19,72
Estado civil	Soltera	132	92,96
	Unión libre	9	6,34
	Casada	1	0,70
Nivel Socio Económico**	Bajo	26	18,31
	Medio bajo	97	68,31
	Medio típico	18	12,68
	Medio alto	1	0,70

*Media 13, 97 años

** Fuente: INEC

Fuente: Base de datos

Elaborado por: la autora.

Por el grupo de edad el 45,07% de las adolescentes encuestadas pertenecen a una adolescencia temprana (10 a 13 años); seguidos del 33,80% que corresponden a una adolescencia media (14 a 16 años), por último el 21,13% pertenece a una adolescencia tardía (17 a 19 años).

El 90,85% viven en una zona rural, mientras que el 9,15% vive en una zona urbana.

Ciento ocho adolescentes (76,06%) pertenecen a una etnia mestiza, seguidos del (19,72%) que corresponden a una etnia indígena.

De acuerdo al estado civil 132 adolescentes se encontraban solteras (92,96%), seguidos en número por las que estaban en unión libre (6,34%).

Noventa y siete adolescentes (68,31%) tenían un nivel socioeconómico medio bajo, seguido del (18,31%) con un nivel bajo.

Tabla 2. Características demográficas y socioeconómicas de la población adolescente y el embarazo en mujeres adolescentes. Ingapirca – Ecuador 2017 - 2018.

		Embarazada				P
		Si		No		
		f=25	%=17,61	f=117	%=82,39	
Edad (años)*	Temprana	0	0,00	64	45,07	0,000
	Media	13	9,15	35	24,65	
	Tardía	12	8,45	18	12,68	
Residencia	Rural	22	15,49	107	75,35	0,586
	Urbana	3	2,11	10	7,04	
Etnia	Blanca	0	-	5	3,52	0,069
	Mestizo	17	11,97	91	64,08	
	Afroamericana	1	0,70	0	-	
	Indígena	7	4,93	21	14,79	
Estado civil	Soltera	17	11,97	115	80,99	0,000
	Unión libre	7	4,93	2	1,41	
	Casada	1	0,70	0	-	
Nivel Socio Económico**	Bajo	4	2,82	22	15,49	0,945
	Medio bajo	18	12,68	79	55,63	
	Medio típico	3	2,11	15	10,56	
	Medio alto	0	-	1	0,70	

*Media 13, 97 años

** Fuente: INEC

Fuente: Base de datos

Elaborado por: la autora.

La prevalencia de embarazo en adolescentes fue del 17,61%.

El 9,15% de los embarazos en adolescentes se presenta en la adolescencia media existiendo diferencias significativas entre los grupos de edad (p 0,000).

El 15,49% de los embarazos se presenta en zonas rurales sin presentar significancia estadística con el embarazo en adolescentes (p 0,586).

En cuanto a la etnia con el 11,97% que pertenecen a la etnia mestiza no se encontró significancia estadística con el embarazo en adolescentes (p 0,069).

De acuerdo al estado civil, se dio más embarazos en adolescentes solteras (11,97%) y en unión libre (4,93%), que en las casadas (0,70%); existiendo diferencia estadísticamente significativa (p 0,000).

El 12,68% de las adolescentes embarazadas tienen un nivel socioeconómico medio bajo, sin significancia estadística (p 0,945).

Tabla 3. Embarazo en adolescentes y factores de riesgo individuales y familiares de la población de mujeres adolescentes Ingapirca – Ecuador. 2018

		Embarazada				RP	IC 95%	p	
		Si		No					
		f=25	%=17,61	f=117	%=82,39				
Conocimientos de sexualidad	Bajo	1	0,70	9	6,34	0,55	0,83 3,65	-	1,000
	Medio/Alto	24	16,90	108	76,06				
	Bajo/medio	15	10,56	73	51,41	0,92	0,44 1,90	-	0,824
	Alto	10	7,04	44	30,99				
Actitudes sexuales	Desfavorable	2	1,41	8	5,63	1,15	0,31 4,18	-	0,689
	Favorable	23	16,20	109	76,76				
Test de riesgo de consumo de alcohol (AUDIT)	Riesgo	3	2,11	5	3,52	2,28	0,86 6,04	-	0,147
	No consumo/sin riesgo	22	15,49	112	78,87				
Relaciones sexuales	No	0	0,00	109	76,76	0,24	0,13 0,44	-	0,000
	Si	25	17,61	8	5,63				
Embarazo adolescente en familiares	Si	6	4,23	29	20,42	0,96	0,41 2,22	-	1,000
	No	19	13,38	88	61,97				
Tipo de familia*	M/PA/EF*	7	4,93	21	14,79	1,58	0,73 3,41	-	0,272
	E/N/Ex**	18	12,68	96	67,61				

* **M/PA/EF:** Monoparental/ padres ausentes/ equivalentes familiares

** **E/N/Ex:** Extensa/Nuclear/Extendida

Fuente: Base de datos

Elaborado por: la autora.

Los bajos conocimientos de sexualidad disminuyen el embarazo en adolescentes en 0,55 veces (IC 95%: 0,83 – 3,65), sin significancia estadística (p 1,000). Al igual que el conocimiento bajo/medio de sexualidad disminuye 0,92 veces (IC 95%: 0,44 – 1,90) el embarazo en adolescentes sin significancia estadística (p 0,824).

Tener actitudes sexuales desfavorables incrementa el riesgo de embarazo en adolescentes en 1,15 veces más (IC 95%: 0,31 – 4,18); con diferencias no significativas (p 0,689).

El consumo riesgoso de alcohol incrementa 2,28 veces más el riesgo de embarazo en adolescentes (IC 95%: 0,86 – 6,04) con una diferencia no significativa (p 0,147).

El no tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de embarazo en adolescentes en 0,24 veces (IC 95%: 0,13 – 0,44); con una diferencia estadísticamente significativa (p 0,000).

El antecedente familiar de embarazo durante la adolescencia disminuye 0,96 veces el riesgo de embarazo en la adolescente (IC 95%: 0,41 - 2,22); pero no significativamente (p 1,000).

Las familias Monoparental/ padres ausentes/ equivalentes familiares incrementan el riesgo de embarazo en adolescentes en 1,58 veces más; sin significancia estadística (p 0,272).

Tabla 4. Relación entre edad de inicio de relaciones sexuales con embarazo en adolescentes Ingapirca – Ecuador. 2018

		Embarazada*				p
		Si		No		
		f=25	%=17,61	f=8	%=5,63	
Edad de inicio de las relaciones sexuales (años)**	14	8	5,63	0	-	0,019
	15	6	4,23	3	2,11	
	16	9	6,34	1	0,70	
	17	2	1,41	2	1,41	
	18	0	-	2	1,41	

*= **Media** del número de gestas por madre adolescente es de 1.

** **Media** de edad de inicio de relaciones sexuales: 15,48 años. Desviación típica: 1,1 años.

Fuente: Base de datos

Elaborado por: la autora

A la edad de 14 años las adolescentes inician su vida sexual, considerándose como factor de riesgo para embarazo en adolescentes la adolescencia media, con una diferencia estadísticamente significativamente (p 0,019).

7. DISCUSIÓN.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud en la mayoría de países, tanto desarrollados como en desarrollo (Pinto e Silva & Garanhani Surita, 2017).

La prevalencia del embarazo en adolescentes es del 17,61%, siendo equivalente a la planteada en la hipótesis (Dávila & Pacheco, 2016) e incluso inferior a la que plantea en una investigación en Colombia en el 2013 con el 21,9% (Hernández-Ávila, Barrera-Rodríguez, & Castañeda-Porras, 2017).

Según la (OMS, 2018), valoró que el 11% de los embarazos se dio en edades de 15 a 19 años, lo que contradice con la presente investigación que muestra que las edades prevalentes fueron de 14 a 16 años con un 9,15%, siendo una prevalencia baja según otros estudios realizados en el Ecuador como en el cantón Limón - Indanza, en donde las 74 pacientes adolescentes de 119 encuestadas, presentaron una prevalencia del 61,34% correspondiente al grupo de edad media (Rionaula Muñoz , Romero Loja, & Zari Morocho, 2014).

En el Cantón Limón el 51,26% de las adolescentes embarazadas pertenecieron al nivel urbano (Rionaula Muñoz , Romero Loja, & Zari Morocho, 2014), al contrario del presente estudio en donde el 15,49 % de las adolescentes embarazadas viven en la zona rural.

Dentro del mismo estudio se evidenció que el 76,47% de las adolescentes embarazadas pertenecen a la etnia mestiza (Rionaula Muñoz , Romero Loja, & Zari Morocho, 2014), lo cual se asemeja con la presente investigación ya que del 17,61% que corresponde a la prevalencia del embarazos en adolescentes; el 11,97% también pertenecen a etnia mestiza.

En cuanto al estado civil (Rodríguez Aquino, 2013), se presentó una prevalencia mayor en adolescentes en unión libre con el 51%; contrario al presente estudio con el mayor porcentaje en adolescentes solteras con el 11,97%, seguido de las que están en unión libre con el 4,93% con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

En Bolivia donde el grupo de adolescentes embarazadas presento un nivel socioeconómico bajo (95.45%) (Rojas Saunero & Claros Beltrán, 2014), en contraste que el mayor porcentaje de la prevalencia de embarazos adolescentes de este estudio corresponde a un nivel socioeconómico medio bajo con el 12,68%.

Los conocimientos bajos y medio bajos demostraron ser un factor protector para evitar el riesgo de embarazo; sin embargo en Perú en el 2016 el 37% de las adolescentes atribuyeron que la principal causa de embarazo en adolescentes es el desconocimiento en cuanto a sexualidad (Orihuela Munive, 2016).

La prevalencia en cuanto a actitudes sexuales desfavorables es mucho más baja con el 7.04%, de las adolescentes encuestadas, al contrario que con el mismo test tipo Likert de actitudes sexuales en el 2013 en Perú, obteniéndose que el 16% de las adolescentes encuestadas tenían actitudes desfavorables (Bendezu Bazan, 2015).

En Colombia (Holguín M., y otros, 2013), se presentó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con respecto al consumo de alcohol, al incrementar el riesgo en 2,4 veces más; similar con el presente estudio que aumentaba el riesgo 2,28 veces más; pero no con significancia estadística ($p < 0,147$).

En no tener relaciones sexuales demuestra ser un factor protector al disminuir en 0,24 veces más el riesgo de embarazo en adolescentes, ya que de todas las adolescentes que no tuvieron

relaciones sexuales ninguna se embarazo (0%); por el contrario del 17,61% todas quedaron embarazadas, lo que indica un factor de riesgo al igual que (Finer & Philbin, 2013) refiere que de una prevalencia del 19% en el 2013 en EEUU, el 30% han tenido relaciones sexuales.

En Santa Martha – Colombia se evidenció por (Contreras Brito, 2011), que como factor de riesgo de embarazo en adolescentes el 83% tuvieron un antecedente familiar de embarazo en la adolescencia, al igual que (García & González, 2018) en un estudio de Cuba presentaron que el 56,5% de las adolescentes embarazadas entre los años 2015- 2017, fueron hijas de una madre con embarazo en la adolescencia; al contrario del presente estudio que se en antecedente familiar de embarazo en la adolescencia resulto ser un factor protector con el 4,23%.

En Colombia en el 2012, el tener padres ausentes resulto ser estadísticamente significativo (IC 95% 1,2 – 3,4) con una prevalencia del 6% (Holguín M., y otros, 2013); aunque en la presente investigación no se mostró una diferencia estadísticamente significativa entre las familias Extensa/Nuclear/Extendida vs Monoparental/ padres ausentes/ equivalentes familiares con un (IC 95%: 0,73 - 3,41), coincide que el tener padres ausentes es también un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia con una prevalencia del 4,93%.

La media de edad de inicio de relaciones sexuales expuesto en el 2017 por Colombia es de 14,5 años (Carvajal Barona, Oliveros Valencia, & Rodríguez Amaya, 2017), a diferencia de un año con la presente investigación ya que el edad de inicio de relaciones sexuales es de 15,48 años. La prevalencia del inicio de vida sexual en la adolescencia media (14 a 16 años) es baja (16,2%), con respecto al estudio realizado en Otavalo en donde el (60,3%) de las adolescentes iniciaron su vida sexual entre las edades de 14 a 16 años (Cumbal & Valencia, 2012).

8. CONCLUSIONES

Se acepta la hipótesis planteada ya que la prevalencia de embarazos en adolescentes en las unidades educativas de la parroquia Ingapirca es del 17,61% y está asociada a factores de actitudes sexuales de la adolescente, consumo de alcohol, y familias monoparentales/padres ausentes/equivalentes familiares.

Los factores de riesgo para embarazo en adolescentes fueron: las actitudes sexuales desfavorables (1,41%; RP 1,15; IC 95%: 0,31 - 4,18; p 0,689); el consumo de alcohol (2,11%; RP 2,28; IC 95%: 0,86 - 6,04; p 0,147), y familias monoparentales/padres ausentes/equivalentes familiares (4,93%; RP 1,58; IC 95%: 0,73 - 3,41; p 0,272). Dentro de los factores protectores se encontraron: los conocimientos en cuanto a sexualidad bajo (0,70%; RP 0,55; IC 95%: 0,83 -3,65; p 1,000) y bajo/medio (10,56%; RP 0,92; IC 95%:0,44 -1,90; p 0,824), no tener relaciones sexuales ,(0%; RP 0,24; IC 95%: 0,13 - 0,44; p 0,000) y el antecedente familiar de embarazo en la adolescencia (4,23%; RP 0,96; IC 95%: 0,41 - 2,22; p 1,000).

De acuerdo a la caracterización sociodemográfica las adolescentes embarazadas de las unidades educativas de la parroquia de Ingapirca: el 9,15% (p 0,000) pertenecen a una adolescencia temprana (10 a 13 años); el 15,49% (p 0,586) viven en el área rural; el 11,97% (p 0,069) son mestizas; el 11,97% (p 0,000) están solteras; el 12,68% (p 0,945) tienen un nivel socioeconómico medio bajo.

La media edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 15,48 años, con una media de gestas de un embarazo por madre adolescente, tomando en cuenta que el 5,63% iniciaron su vida sexual a los 14 años, lo que implica que hay que poner mayor atención en la adolescencia media (14 a 16 años), pues es la etapa en donde se inicia las relaciones sexuales y por lo tanto mayor riesgo de embarazo.

9. RECOMENDACIONES

1. Las estrategias de prevención deben estar enfocadas a la adolescencia media pues es donde se comprobó que hay mayor riesgo de embarazo en adolescentes.
2. En beneficio de respetar los derechos que tiene la adolescente en ejercer su sexualidad, durante la consulta integral realizada por el médico de familia o el cualquier miembro del personal de salud se debe educar en cuanto a mejorar las actitudes sexuales de la adolescente como su autonomía, respeto, prevención de riesgo sexual, y a la sexualidad como algo positivo y saludable.
3. Recomendar cambios en la política de salud pública para disminuir la prevalencia de adolescentes embarazadas ya que es un indicador importante del país.
4. Inducir a las nuevas y futuras generaciones a efectuar nuevos trabajos en la misma línea de investigación, con diferentes diseños metodológicos y diferentes variables que no fueron tomados en esta investigación como: el nivel educativo, patrones familiares, hechos de violencia doméstica y abuso sexual.
5. Utilizar los resultados de esta investigación para crear nuevas políticas de salud en beneficio a la sexualidad saludable de las adolescentes.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Acharya, D. R. (2010). Factors associated with teenage pregnancy in South Asia. *Health Science Journa*, 3(1), 3-14. Obtenido de <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/1243>
- Adeyinka, D. A. (2010). Outcome of adolescent pregnancies in southwestern Nigeria: a case-control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 23(8), 785-789. Obtenido de <https://doi.org/10.3109/14767050903572166>
- Akanbi , F., Afolabi , K., & Aremu, A. (2016). Individual Risk Factors Contributing to the Prevalence of Teenage Pregnancy among Teenagers at Naguru Teenage Centre Kampala, Uganda. *Primary Health Care*, 6, 249. doi:10.4172/2167-1079.1000249
- Álvarez Nieto, C., Pastor Moreno, G., Linares Abad, M., Serrano Martos, J., & Rodríguez Olalla, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 497-503. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000878>
- Azevedo, W. F. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*, 13(4), 618-626. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>
- Banke Thomas, O. E., Banke-Thomas, A. O., & Anawo Ameh, C. (2017). Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 65. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28209120>
- Bastos Brito, M., Scoppetta Sampaio, F., Quadro Souza , M., & Rezende Requião, S. (2018). Low Level of Knowledge of Contraceptive Methods among Pregnant Teens in Brazil. *Journal Pediatric Adolesc Gynecol.*, 31(3), 281-284. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29294379>
- Bello Carrasco, L., Domínguez Olmedo, E., & Mera Espinoza, G. (4 de oct de 2016). El embarazo en las adolescentes estudiantes del cantón Manta. Dom. Cien. Lourdes M. Bello-Carrasco¹, Edward A. Domínguez-Olmedo², Gloria I. Mera-Espinoza³. 2(4), 40-50. Dominio de las Ciencias. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761626>

- Bendezu Bazan, G. A. (2015). Conocimiento y actitudes sexuales en Adolescentes de la institución educativa Yugoslavia nuevo Chimbote, 2015. Chimbote, Peru. Obtenido de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5402/ACTITUDES_ADOLESCENTES_BENDEZU_BAZAN_GARY_ANTONY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Burneo Salazar, C., Córdova Páez, A., José Gutiérrez, M., & Ordoñez, A. (2015). EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (ENIPLA) 2014 Y EL PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DE LA FAMILIA 2015. Quito. Obtenido de <https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2015/06/SEXUALIDAD-ADOLESCENTE-PDF.pdf>
- Carvajal Barona, R., Oliveros Valencia, H., & Rodríguez Amaya, R. (abril-junio de 2017). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander, Salud*, 49(2), 290-300.
- CDC. (28 de Enero de 2018). Reducing Teen Pregnancy in the US. Recuperado el 12 de noviembre de 2018, de www.cdc.gov/grand-rounds/pp/2013/20130319-teen-pregnancy.html
- Cluet de Rodríguez, I., Rossell-Pineda, M. d., Álvarez de Acosta, T., & Rojas Quintero, L. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 157-170. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300003
- Congote Arango, L. M., Vélez García, M. A., Restrepo Orrego, L., Cubides Munévar, Á., & Cifuentes Borrero, R. (abril-junio de 2012). Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007, Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*, 63(2), 119-126. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v63n2/v63n2a04.pdf>
- Contreras Brito, J. (2011). PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND DE SANTA MARTA EN LOS AÑOS 2008- 2009.
- Dávila, A., & Pacheco, A. (2016). *Impacto de la migración en los comportamientos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en el colegio nacional Ingapirca del cantón cañar.*

- Ecuador 2016. Cuenca: Universidad de Cuenca, repositorio digital. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26242/1/PROYECTO%20DE%20INV%20ESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Deptula, D., Henry, D., & Schoeny, M. (2010). How Can Parents Make a Difference? Longitudinal Associations With Adolescent Sexual Behavior. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 731–739. doi:10.1037/a0021760
- Dickinson, P. (2017). A review of teenage pregnancy and related socio-economic factors. *Health and Social Care*, 2(2), 66–76. Obtenido de <http://openjournals.ljmu.ac.uk/lhsc>
- Domínguez Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 387-398. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300011
- Dulitha, F., Nalika, G., Upul, S., Weerasinghe Manuj , C., Rohini De Alwis, S., Senanayake , H., & Chithramalee, D. (2013). Risk factors for teenage pregnancies in Sri Lanka: perspective of a community based study. *Health Science Journal*, 7(3), 269-284. Obtenido de <http://www.hsj.gr/medicine/risk-factors-for-teenage-pregnancies-in-sri-lanka-perspective-of-a-community-based-study.php?aid=2940>
- Finer, L., & Philbin, J. (May de 2013). Sexual Initiation, Contraceptive Use, and Pregnancy Among Young Adolescents. *Pediatrics*, 131(5), 886–891. . doi:10.1542/peds.2012-3495
- Fleming, N., O'Driscoll , T., Becker, G., Spitzer, R., Allen, L., Millar, D., . . . Spitzer, R. (2015). Adolescent Pregnancy Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740-756. doi:10.1016/S1701-2163(15)30180-8.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2014). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina: Informe de la División de Población. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal)*.
- G, A., A, E., & AO, M. (2015). Factors responsible for teenage pregnancy and its implication on adolescent health and education: Perception of secondary school students in Nigeria. *International Journal of Medical and Health Research*, 1(2), 48-51. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/308361932_Factors_responsible_for_teenage_p

regnancy_and_its_implication_on_adolescent_health_and_education_Perception_of_secondary_school_students_in_Nigeria

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de Pediatría*, 86(6), 446-443. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>

Gálvez Espinosa, M., Rodríguez Arévalo, L., & Rodríguez Sánchez, C. (2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2), 280-289. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015

Gálvez Espinosa, M., Rodríguez Arévalo, L., & Rodríguez Sánchez, C. O. (abril-junio de 2016). El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(2), 280-289. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015

García, O. A., & González, S. M. (2018). Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(3), 416-427.

Gómez Mercado, C. A., & Montoya Vélez, L. P. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briseño, 2012. *Revista de salud pública*, 16(3), 394-406. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-006420140003000006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Gómez-Mercado, C., & Mejía-Sandoval, G. (Enero - junio 2017). *Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia Prevalence of pregnancy and demographic, social, family, economic characteristics of adolescents, Carepa, Colombia.*

González A., E., Molina G, T., Montero V, A., & Martínez N, V. (2013). Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 1(41), 313-319. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n3/art05.pdf>

- González Solano, M., & González Solano, T. (2012). *Conocimientos sobre las consecuencias del embarazo precoz en las y los adolescentes del colegio "Guillermo Ordoñez Gómez" Santa Elena 2011-2012 (tesis de pregrado)*. Santa Elena: Universidad Estatal Península de Santa Elena. Recuperado el 22 de octubre de 2018, de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/600/1/MARY%20GONZALEZ-TESIS%20DE%20GRADO.pdf>
- Hernández-Ávila, A., Barrera-Rodríguez, E., & Castañeda-Porras, O. (2017). Prevalence of teenage pregnancy in Yopal-Casanare, Colombia, 2013-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Gineco*, 68(3), 168-175.
- Holguín M., Y. P., Mendoza , L., Esquivel , C., Sánchez , R., Daraviña , A., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 209 - 219. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000300007&script=sci_arttext
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INEC. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y censos*. Recuperado el 23 de noviembre de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
- Jiménez-González, A., Granados-Cosme, J., & Rosales-Flores, R. (Enero/Febrero de 2017). Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud pública Mexicana*, 59(1). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.21149/8410>
- Jo, Y., & Armstrong, T. (2016). The Development of Self-Control in Late Adolescence: An Analysis of Trajectories and Predictors of Change Within Trajectories. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(1), 50-72. doi:10.1177/0306624X16643786.
- koh, H. (2014). The Teen Pregnancy Prevention Program: An Evidence-Based Public Health Program Model. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), S1–S2. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.031>

- Kost , K., & Henshaw, S. (2014). U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2010: National and State Trends by Age, Race and Ethnicity. *Guttmacher Institute*.
- Langille, D. B. (2007). Teenage pregnancy: trends, contributing factors and the physician's role. *Public Health*, 176(11), 1601–1602. . Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1867841/>
- Madigan, S., Wade, M., Tarabulsy, G., Jenkins, J., & Shouldice, M. (2014). Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 55(2), 151-159. doi:0.1016/j.jadohealth.2014.05.002
- Malin, H., Liauw, I., & Damon, W. (2017). Purpose and Character Development in Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(6), 1200-1215. doi:10.1007/s10964-017-0642-3
- Matute, P. M., & Jarrín, P. G. (2016). *Familia en cifras*. Loja: EDILOJA Cía. Ltda.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). Adolescent pregnancy un Peru: its current situation and implications. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 471-479.
- MIES. (26 de junio de 2008). *Plan Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente*. Obtenido de <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
- Mogrovejo, L. (2011). Modelo de programa de educación y difusión en salud sexual y reproductiva, con enfoque intercultural para adolescentes de la comunidad de Gualsaqui perteneciente al cantón Otavalo provincia de Imbabura. Ibarra, Ecuador . Recuperado el 28 de julio de 2016, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2165/1/PG%20%20TESIS%20218.pdf>
- Mora Cancino, A., & Hernández Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2), 76-82. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-embarazo-adolescencia-como-ocurre-sociedad-S0187533715000175>
- Mora, S., Ocampo Serna, A., & Salvador Peña, M. (2013). Caracterización biopsicosocial de una población de adolescentes embarazadas. *Repert. med.cir*, 22(3), 186-196. Obtenido de

<https://www.fucsalud.edu.co/volumenes/articulos/caracterizacion-biopsicosocial-de-una-poblacion-de-adolescentes-embarazadas>

- MSP. (2014). *Guía de supervisión - Salud de Adolescentes*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. MSP. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GUIA-SUPERV-ADOLESCCT-Editogran1.pdf>
- Ngum Chi Watts, M., Liangputtong, P., & McMichael, C. (2015).). Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health*, 15(1), 873. doi:10.1186/s12889-015-2215-2
- Nguyen, H., Shiu, C., & Farber, N. (2016). Prevalence and Factors Associated with Teen Pregnancy in Vietnam: Results from Two National Surveys. *Societies*, 2-16. doi:10.3390/soc6020017
- OMS. (2016). *Organizacion Mundial de Salud*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (25 de Septiembre de 2018). *Organización mundial de Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- OMS. (23 de febrero de 2018). *Organización Mundial de Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Palomino Pérez, L. M., Pérez Suárez, E., Cabrero Hernández, M., De la Cruz Benito, A., & Cañedo, G. (2018). Pregnancy in adolescents in the last 11 years. Reasons for consulting and risk factors. *Anales de pediatría*, 89(2), 121-122. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317304472#!>
- Papri, F. S. (January de 2016). Adolescent Pregnancy: Risk Factors, Outcome and Prevention. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*, 15(1), 53-56. doi:10.3329/cmshmcj.v15i1.28764
- Penman-Aguilar, A., Carter, M., Snead, C., & Kourtis, A. P. (2013). Socioeconomic Disadvantage as a Social Determinant of Teen Childbearing in the U.S. *Public Health Reports*, 5-22. doi:10.1177/00333549131282S102

- Philliber, S. (2015). Evaluating Teen Pregnancy Prevention Programs: Decades of Evolving Strategies and Practices. *Societies*, 55(3), 631-645. Obtenido de <https://doi.org/10.3390/soc5030631>
- Pinto e Silva, J., & Garanhani Surita, F. (2017). Pregnancy in Adolescence - A Challenge Beyond Public Health Policies. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 39: 41-43.
- Quintero, R. A., & Rojas, B. H. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(44), 222-237. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>
- Ramírez Aranda, J. M., Gómez Gómez, C., Villarreal Pérez, J. Z., García Elizondo, F. J., Rodríguez Rodríguez, I., Rosas Herrera, C. H., & Flores Cavazos, M. (2013). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina Universitaria*, 15(59), 64-72. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-factores-proteccion-riesgo-del-embarazo-X1665579613082786>
- Restrepo Martínez, M., Trujillo Numa, L., Restrepo Bernal, D., Torres de Galvis, Y., & Sierra, G. (abril - junio de 2017). Sexual Abuse and Neglect Situations as Risk Factors for Adolescent Pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 74-81. doi:10.1016/j.rcp.2016.05.004.
- Rial Boubeta, A., Golper Ferreiro, S., Araujo Gallego, M., Braña Tobío, T., & Varela Mallou, J. (2017). Validación del “test de identificación de trastornos por consumo de alcohol” (AUDIT) en población adolescente Española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(2), 371-386. Obtenido de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/07.Rial_25-2.pdf
- Rodríguez Aquino, V. (2013). “Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús” de septiembre 2012 a febrero del 2013. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1978>
- Rojas Saunero, L., & Claros Beltrán, N. (2014). ANÁLISIS DE ASPECTOS FAMILIARES, SOCIOECONÓMICOS Y GINECOLÓGICOS COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL

- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. *Revista médica la Paz*, 20(1), 18-27. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004
- Rome, E., Rybick, L., & Durant, R. (1998). Pregnancy and other risk behaviors among adolescent girls in Ohio. *Journal of Adolescent Health*, 50-55.
- Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Robichaux, D., Rodríguez-Ventura, A., Sánchez-Jiménez, B., de la Luz Hoyuela, M., . . . Segovia, S. (16 de Nov de 2017). Family context and individual situation of teens before, during and after pregnancy in Mexico City. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 382. doi:10.1186/s12884-017-1570-7
- Sarker, A., Sheikh, N., Mahumud, R., & Sultana, M. (2018). Determinants of adolescent maternal healthcare utilization in Bangladesh. *Public Health*, 157, 94-103. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29501987>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P., Wickremarathne, D., & Patton, G. (Marzo de 2018). The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*, 2(3), 223-228. doi:10.1016/S2352-4642(18)30022-1
- SEGO, (. E. (octubre de 2014). Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 57(8), 380-392. doi: 10.1016/j.pog.2014.07.006
- Seince, N., Pharisien, I., & Uzan, M. (2008). Embarazo y parto en adolescentes. *EMC-Ginecología y Obstetricia*, 44(3), 1-7. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(08\)70806-3](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(08)70806-3)
- Shahabuddin, A., Delvaux, T., Abouchadi, S., Sarker, M., & De Brouwere, V. (julio de 2015). Utilization of maternal health services among adolescent women in Bangladesh: A scoping review of the literature. *Tropical Medicine and International Health*, 20(7), 822–829. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25757880>
- Silk, J., & Romero, D. (2014). The Role of Parents and Families in Teen Pregnancy Prevention: An Analysis of Programs and Policies. *Journal of Family Issues*, 35(10), 1339 -1362. doi:10.1177/0192513X13481330
- Siqueira, L., & Smith, V. (2015). *Consumo excesivo de alcohol en adolescentes*. Estados Unidos: Intramed. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=87908>

Tornero , P. S., Charris-Castro, L., & Rey Granados, L. (2018). Relationship Between Low Socioeconomic Level of the Area of Residence and Pregnancy in Adolescents. *Anales de Pediatría*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.09.005>

UNICEF. (febrero de 2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011, La adolescencia Una época de oportunidades*. New York: UNICEF. Obtenido de https://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf

Vargas Pérez, A. (2018). El embarazo en la adolescencia Consideraciones para la prevención del embarazo adolescente. *Revista Con-ciencia*, 141-148.

11. ANEXOS.

ANEXO 1



DEPARTAMENTOS DE POSGRADOS

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Consentimiento Informado.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE INGAPIRCA, 2017- 2018

La autora de la presente investigación, solicita su consentimiento para que su representado participe en el estudio.

Introducción

La importancia de la presente investigación, es identificar y analizar los factores que influyen en la incidencia de los embarazos en las adolescentes con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva dirigida a los y las adolescentes de la parroquia Ingapirca.

Propósito del Estudio

Nuestro estudio busca establecer datos reales sobre los factores de riesgo que influyen en los adolescentes para embarazo precoz y analizar el impacto que ha generado estos factores en ellos.

Riesgos

La participación en esta investigación no representa ningún riesgo para los participantes, puesto que se mantendrá completa confidencialidad y podrán abstenerse de participar si así lo desean. Además, la información recolectada será ocupada solo para este estudio.

Beneficios

Los beneficios que se derivan de este estudio son: conocer la realidad de los adolescentes en cuanto a los factores de riesgo que influyen para que se dé propicie un embarazo precoz en los adolescentes en la parroquia.

Confidencialidad

Las Encuestas serán tabuladas con un sistema informático, en el que no se registrarán datos personales de ninguno de los participantes. Además, el acceso las mismas será solo por parte de los investigadores de este trabajo.

Derechos y opciones del participante

El participante será previamente informado del contenido del formulario, no se verá obligado a participar y podrá abstenerse en cualquier momento. No recibirá remuneración por participar y la información brindada por su parte será totalmente confidencial.

Por favor firme si desea que su representado participe en el presente estudio.

Firma del Representante: _____ CI: _____

Fecha: _____

Firma de la Investigadora: _____ CI: _____ Fecha: _____

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 2



DEPARTAMENTOS DE POSGRADOS

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Asentimiento Informado.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE INGAPIRCA, 2017- 2018.

La autora de la presente investigación, solicita su consentimiento para que su representado participe en el estudio.

Introducción

La importancia de la presente investigación, es identificar y analizar los factores que influyen en la incidencia de los embarazos en las adolescentes con el fin de reorientar las actividades y/o acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva, dirigidas a los y las adolescentes de la parroquia Ingapirca.

Propósito del Estudio

Nuestro estudio busca establecer datos reales sobre los factores de riesgo que influyen en los adolescentes para embarazo precoz y analizar el impacto que ha generado estos factores en ellos.

Riesgos

La participación en esta investigación no representa ningún riesgo para los participantes, puesto que se mantendrá completa confidencialidad y podrán abstenerse de participar si así lo desean. Además la información recolectada será ocupada solo para este estudio.

Beneficios

Los beneficios que se derivan de este estudio son: conocer la realidad de los adolescentes en cuanto a los factores de riesgo que influyen para que se dé propicie un embarazo precoz en los adolescentes en la parroquia.

Confidencialidad

Las Encuestas serán tabuladas con un sistema informático, en el que no se registrarán datos personales de ninguno de los participantes. Además el acceso las mismas será solo por parte de los investigadores de este trabajo.

Derechos y opciones del participante

El participante será previamente informado del contenido del formulario, no se verá obligado a participar y podrá abstenerse en cualquier momento. No recibirá remuneración por participar y la información brindada por su parte será totalmente confidencial.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, yo _____, identificado con el número de cédula _____ acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto(a) a responder todas las preguntas del formulario.

Firma del participante: _____

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

DEPARTAMENTOS DE POSGRADOS
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES
EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE INGAPIRCA, 2017- 2018

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: ____ de ____ del 2018 N° Encuesta: ____

N° Teléfono: ____ CODIGO DEL ENCUESTADO: ____

DATOS GENERALES:

Edad: ____ años

Señale con una X:

Residencia: Rural (1) ____ Urbana (2) ____

Coloque una x donde corresponda y rellenar la información solicitada

1. ¿Cuál es su etnia?

Blanca (0) ____ Mestiza (1) ____ Afroamericana (2) ____ Indígena (3) ____

Montubia (4) ____

2. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera (0) ____ Unión libre (1) ____ Casada (2) ____ Divorciada (3) ____ Viuda (4) ____

CARACTERIZACIÓN DE LA ADOLESCENTE. Señale con una X.

1. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales? Si (1) ____ No (2) ____

2. Si la respuesta a la pregunta anterior fue si ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

3. ¿Ha estado o está embarazada?

Si (1) _____ No (2) _____ Si la respuesta es Si ¿cuántas veces? _____

4. ¿Cuál es su estructura familiar?

Extensa (0) (abuelos, y nietos) _____ Nuclear (1) (padres e hijos) _____ Extendida (2) (padres, hijos, y otros) _____ Monoparental (3) (solo padre o madre e hijos) _____ Binuclear (4) (cuando uno de los cónyuges se ha vuelto a juntar con otra pareja y conviven en la misma casa los hijos de distinto progenitor) _____ Reconstituida (5) (cuando viven en la misma casa, los hijos de la madre y/o padre, hijos la pareja de la madre y/o padre más los hijos que tienen en común entre ambos) _____ Con padres ausentes (6) (Familia integrada por los hijos, es decir, conviven los hermanos y sus padres viven lejos.) _____ Equivalentes familiares (7) (adolescentes que viven con amigos compartiendo el espacio físico y la comida) _____ Familia ampliada (8) (cualquiera de las familias anteriormente mencionadas pero viven con la presencia de un pariente con lazos de Consanguinidad más lejanos _____ Transnacionales (9) (Padres que viven en el extranjero y también en la ciudad de origen) _____

5. Usted, ¿tiene algún familiar (madre, hermana o abuela) que se haya embarazado cuando ha sido adolescente?

Si (1) _____ No (2) _____

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 4



CONSUMO DE ALCOHOL

El presente cuestionario debe ser respondido con la mayor sinceridad del caso, ningún dato expuesto en el cuestionario será revelado a terceros, y la información solo será utilizada para el estudio.

Señale con una X la respuesta correcta:

1. ¿Ud. Ha tomado alguna vez alcohol (entiéndase alcohol como una vaso de cerveza o alcohol puro, una copa de vino, o cola mezclada con alcohol)? Si (1) _____ No (0) _____

Si has respondido afirmativamente responde el siguiente cuestionario, con una (X)

TEST DE AUDIT-C

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTAJE
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca () Una o menos veces al mes () 2 a 4 veces al mes () 2 o 3 veces a la semana () 4 o más veces a la semana ()	
2. ¿Cuántas unidades de bebidas alcohólicas suele tomar en un día normal?	1 o 2 () 3 o 4 () 5 o 6 () 7 a 9 () 10 o más ()	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca () Menos de una vez al mes () Mensualmente () Semanalmente () A diario o casi a diario ()	
	TOTAL	

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 5



ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE

Estimada y estimado adolescente: Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación. Instrucciones: Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

	ANATOMIA Y FISIOLOGIA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE	SI	NO
1.	El genital externo de la mujer está conformado por los labios mayores y menores, el clítoris, orificio de la uretra y la abertura de la vagina.		
2.	¿La fecundación (proceso de reproducción para dar nacimiento al nuevo ser) se da cuando el espermatozoide ingresa al ovulo?		
3.	El embarazo comienza con la fecundación		
4.	Durante el embarazo la mujer experimenta modificaciones anatómicas y Fisiológicas		
5.	El genital externo del hombre está conformado por: El pene, los testículos y las bolsas escrotales		
6.	¿El glande es el extremo final (la punta) del pene?		
7.	¿Las trompas de Falopio transportan el ovulo hacia el útero?		
8.	Una mujer puede quedar embarazada en la mitad del ciclo menstrual más o menos a los 3 días		
9.	El sexo (tener relaciones sexuales) es una conducta natural y por tanto las personas necesitan aprender cómo hacerlo		
	CICLO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA	SI	NO
1.	Las fases en la respuesta sexual son: Deseo, excitación, meseta, Orgasmo, resolución		
2.	La vivencia de una sexualidad responsable tiene como elemento principal la autoafirmación personal (ejercer control sobre la vida sexual)		
3.	Vivir una sexualidad responsable es tener conocimientos de ITS (infecciones de transmisión sexual) y VIH/SIDA, y métodos de planificación familiar.		
4.	Las actitudes y valores de los jóvenes son importantes en la vivencia de la sexualidad		
5.	Son manifestaciones de madurez sexual: menstruación, cambios de carácter, acercamiento a jóvenes del sexo opuesto, masturbación.		
6.	Los jóvenes que no tienen relaciones sexuales mantienen un mejor control de su sexualidad		
7.	El comportamiento sexual no coital es cuando se practica los: besos, abrazos, caricias y masturbación		

8.	La persona es quien controla su propio comportamiento sexual		
PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – VIH/SIDA		SI	NO
1.	¿Sabes que el sida es una enfermedad que amenaza la vida?		
2.	Las vías de contagio de la infección por el virus del VIH/SIDA está dada por vía sanguínea, (trasfusiones sanguíneas), relación coital, trasmisión de madre a hijo		
3.	Un hombre puede infectarse con el virus del VIH si tiene coito con una sola mujer.		
4.	El usar preservativos convenientemente en una relación te previene del contagio del SIDA		
5.	El SIDA se contagia por los abrazos, los besos y el contacto con una persona infectada (-)		
6.	Las ITS (infecciones de transmisión sexual) son infecciones que se transmiten a través de las relaciones coitales (sexuales)		
7.	Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual.		
8.	La sífilis, la gonorrea, el cancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son infecciones de transmisión sexual		
9.	El uso de preservativo es 100% seguro para la prevención de las infecciones de transmisión sexual		
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO		SI	NO
1.	En su primera relación coital (sexual) una mujer puede quedar embarazada		
2.	Los métodos de planificación familiar están divididos en: métodos naturales y artificiales		
3.	La píldora, los inyectables y el DIU, son métodos anticonceptivos		
4.	Para usar la T de cobre la chica debe ir al médico u obstetra		
5.	El método de abstinencia sexual consiste en no tener las relaciones coitales (tener sexo) durante los días fértiles de la mujer		
6.	El preservativo es un método de planificación familiar		
7.	Conoces los métodos de barrera, mencionados: los preservativos masculinos y femeninos, los diafragmas, los espermicidas (crema para uso genital)		
8.	¿Conoces los métodos hormonales? mencionados: la píldora, los inyectables.		
9.	Conoces los anticonceptivos para regular la fecundidad del adolescente: el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables, el DIU		

Puntaje _____

Fuente: Solís N, (2007), Magister en Salud Publica, modificado por Navarro M, (2011)

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 6



TEST DE ACTITUDES SEXUALES DEL ADOLESCENTE

Para cada una de las siguientes frases o afirmaciones indica si estas:

PUNTACIÓN:

1 completamente en desacuerdo

2 bastante en desacuerdo

3 opinión intermedia

4 bastante de acuerdo

5 completamente de acuerdo

ACTITUDES Y VALORES SEXUALES DEL ADOLESCENTE		OPINION				
		1	2	3	4	5
RESPONSABILIDAD Y PREVENCION DEL RIESGO SEXUAL						
1.	Cumplo con mis obligaciones					
2.	Me considero obediente					
3.	Llego a mis clases puntualmente					
4.	Ayudo en las tareas de la casa					
5.	Tener relaciones sexuales (coitales) me expone a problemas de salud como: embarazo precoz y las ITS /VIH/SIDA.					
6.	Prevés y te preparas para enfrentar las consecuencias de tus actos: salir embarazada, adquirir ITS /VIH/SIDA.					
7.	La conducta sexual de una persona es cosa suya y nadie debe hacer juicios de valor sobre ella.					
8.	Una persona que va a tener una conducta coital, debe buscar información y consejos sobre anticoncepción.					
9.	La relación sexual entre personas jóvenes es aceptable, si hay afecto entre ellos y si ambos están de acuerdo.					
10.	Creer que hoy en día todos deben usar los preservativos para protegerse de ITS/VIH/SIDA					
LIBERTAD PARA DECIDIR						
1.	Cuando tomo una decisión, lo hago por mi propia voluntad					
2.	Siempre que voy a decidir por algo, necesito la intervención de otras personas.					
3.	Cuando una pareja desea tener relaciones coitales (sexuales), debe ser porque ambos lo deseen y lo acepten					
4.	Al iniciar la actividad sexual, se utiliza un método de planificación familiar					
5.	Si mantengo relaciones sexuales es por mi propia voluntad					
6.	Inicio mi actividad sexual por presión de mis amigos					
AUTONOMIA						

1.	Tengo derecho a elegir con quien y en donde realizar mi vida sexual					
2.	Creer que es necesario recibir información sobre sexualidad cuando tú lo solicites.					
3.	Es fácil expresar mi opinión ante los demás					
4.	Mi cuerpo me pertenece, por eso solo yo soy el/la único/a responsable de mi integridad corporal					
5.	Yo decido por el control de mi cuerpo, por ello realizo deportes, busco espacios de distracción etc.					
RESPECTO MUTUO Y RECIPROCIDAD						
1.	Yo y mi pareja nos consideramos iguales					
2.	Creer que el sexo debe ser compartido únicamente con alguien que conozcas mucho.					
3.	Cuando estoy frente a un problema de salud sexual mi pareja responde conjuntamente conmigo en la solución del problema.					
4.	Mi pareja respeta la decisión de no tener el acto sexual, cuando no lo deseo					
5.	Mi pareja respeta mi espacio con mis amigos					
6.	Mi pareja entiende que estoy en días de peligro y no podemos tener relaciones coitales (sexuales).					
7.	Mi pareja conversa conmigo acerca de las consecuencias que trae la conducta sexual irresponsable.					
8.	Converso con mi pareja sobre el desarrollo personal de ambos					
9.	Acuerdo con mi pareja situaciones para ejercer nuestra sexualidad sin riesgos					
SEXUALIDAD Y AMOR						
1.	Creer que en una relación sexual debe haber amor de por medio					
2.	Las relaciones coitales (sexuales) se dan casualmente					
3.	La pérdida de la virginidad de la mujer antes del matrimonio no deber ser mal vista por la sociedad					
4.	La relación sentimental que inicia una pareja debe ser relativamente estable					
5.	La relación con mi pareja es estable					
6.	El amor que siento por mi pareja es correspondido de la misma manera que yo lo hago.					
7.	Ser mutuamente fieles es actuar con responsabilidad y respeto mutuo					
8.	Las fantasías sexuales son muy normales entre personas jóvenes					
9.	Creer que las / los jóvenes que se masturban llevan a cabo una conducta normalmente saludable					
SEXUALIDAD COMO ALGO POSITIVO						
1.	Sientes y crees que tener relaciones sexuales es una decisión individual y voluntaria de la persona					
2.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista deseo sexual,					
3.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista amor					
4.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista respeto					
5.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista comunicación					
6.	Cuando se tiene relaciones sexuales es importante que exista responsabilidad y cuidado					
7.	Cuando decidimos tener relaciones sexuales debemos aceptar a nuestros sentimientos sin culpa ni vergüenza					
8.	La sexualidad es compartida por esa razón debe ser cuidada por ambos protegiéndose y utilizando anticonceptivos					

9.	Antes de tener relaciones sexuales debemos pensar, si nos sentimos bien al hacerlo.					
10.	Las mujeres ven a la sexualidad como algo malo porque sus padres les transmitieron ese concepto					
11.	Las mujeres que sienten temor a la sexualidad es por la mala información que recibió en su infancia, ya sea de sus padres, adultos, y por experiencias negativas que fueron víctimas					

Puntaje_____

Fuente: Solís N, (2007), Magister en Salud Publica, modificado por Navarro M, (2011)

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 7



ENCUESTA DE ESTRATIFICACION DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar		
Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguiente pregunta:		
Características de la vivienda	Marcar con X	Puntaje
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo (habitación lujosa en un hotel)		
Cuarto(s) en casa de inquilinato (alquiler)		
Departamento en casa o edificio		
Casa/Villa		
Mediagua		
Rancho		
Choza/ Covacha/Otro		
2 el material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón (cemento con armazón de hierro)		
Ladrillo o bloque		
Adobe/ Tapia		
Caña revestida o bahareque/ Madera		
Caña no revestida/ Otros materiales		
3. El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parque, tablón o piso flotante		
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		
Ladrillo o cemento		
Tabla sin tratar		
Tierra/ Caña/ Otros materiales		
4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		
5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		
Letrina		
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		
Conectado a pozo ciego		
Conectado a pozo séptico		
Conectado a red pública de alcantarillado		
Acceso a tecnología		
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
Si		

No		
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
Si		
No		
3 ¿Tiene computadora portátil?		
Si		
No		
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		
Tiene 1 celular		
Tiene 2 celulares		
Tiene 3 celulares		
Tiene 4 ó más celulares		
Posesión de bienes		
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		
Si		
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No		
Si		
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No		
Si		
4 ¿Tiene lavadora?		
No		
Si		
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No		
Si		
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		
Tiene 1 TV a color		
Tiene 2 TV a color		
Tiene 3 ó más TV a color		
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		
Tiene 1 vehículo exclusivo		
Tiene 2 vehículo exclusivo		
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		
Hábitos de consumo		
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		

No		
Si		
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		
Si		
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		
Si		
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		
Si		
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		
Si		
Nivel de educación		
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?		
Sin estudios		
Primaria incompleta		
Primaria completa		
Secundaria incompleta		
Secundaria completa		
Hasta 3 años de educación superior		
4 o más años de educación superior (sin post grado)		
Post grado		
Actividad económica del hogar		
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (Instituto de seguridad social) ya sea general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA (seguro de las fuerzas armadas) o ISSPOL (seguro de la policía)?		
No		
Si		
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		
Si		
3 ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		
Profesionales científicos e intelectuales		
Técnicos y profesionales de nivel medio		
Empleados de oficina		
Trabajador de los servicios (choferes) y comerciantes		
Agricultor y trabajador calificado agropecuarios y pesqueros		

Oficiales operarios y artesanos		
Operadores de instalaciones y máquinas		
Trabajadores no calificados (personal de limpieza, albañiles,		
Fuerzas Armadas		
Desocupados		
Inactivos (cuando no puede trabajar)		

Puntaje_____

Fuente: INEC 2010.

INVESTIGADORA: BELEN CRISTINA BERMEO R.

ANEXO 8.



MATRIZ DE OPERACIONALIDAD DE VARIABLES.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Temporal	Edad de la persona verificada en la cédula de identidad o partida de nacimiento.	Numérica
Residencia habitual	Lugar donde habita la adolescente.	Organización territorial: zona de ubicación	Referencia indicada por la adolescente en el formulario de recolección de datos	Rural Urbana
Auto identificación étnica	Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales: idioma, religión, alimentación, festividades, arte o vestimenta.	Etnia	Referencia indicada por la adolescente en el formulario de recolección de datos.	Indígena Mestizo Blanca Afroamericana Montubia
Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Estado civil actual.	Registrado en la cédula de identidad.	Soltera. Unión libre. Casada. Divorciada. Viuda.

Conocimiento de salud sexual y reproductiva	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a su sexualidad.	- Anatomía y fisiología sexual y reproductiva. - Ciclo de Respuesta sexual humana. - Prevención de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA. - Métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.	Mediante la entrevista directa con la aplicación de cuestionario de conocimientos de la sexualidad del adolescente. - Conoce las fases del ciclo de respuesta sexual. - Identifica las vías de transmisión del VIH/SIDA. - Conoce los síntomas de la ITS/VIH/SIDA. - Medidas de protección y prevención. - Conoce los diferentes métodos anticonceptivos. - Utiliza los métodos de planificación familiar. - Se protege y previene el embarazo.	Conocimiento bajo: de 0 a 11 puntos. Conocimiento medio de 12 a 23 puntos. Conocimiento alto: de 24 o más puntos.
Actitudes sexuales de los adolescentes	Forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente.	- Responsabilidad y prevención del riesgo sexual. - Libertad para decidir. - Autonomía. - Respeto mutuo y Reciprocidad. - Sexualidad y amor. - Sexualidad como algo Positivo	Mediante la entrevista directa con la aplicación de test de actitudes sexuales - Inicio de actividad sexual. - Recibe información y utiliza MAC, utiliza preservativos - Tiene capacidad para tomar Voluntariamente sus decisiones y actúa sin presión. - Realiza y decide solo por sus tareas. - Toma decisiones independientemente. - Respeta a su pareja. - No ha sido agredido Físicamente. - Demuestra interés en los problemas de su pareja.	Desfavorable: de 0 a 125 puntos. Favorable: de 126 a 250 puntos.

			- Tiene relación estable con su pareja. - Tiene solo una pareja, y tiene actividad sexual, producto de relación de ambos. - Que sentimiento tienes después de una Relación coital. - Que sentimientos te aflora después de la Masturbación. - Sentimientos después de la masturbación - Sentimientos después del acto sexual	
Embarazo adolescente	Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto a una edad de la madre de 10 a 19 años	Estado de gestación	Presencia de embarazo de la adolescente en formulario de recolección de datos.	Si No
Inicio de vida sexual	Edad de inicio de relaciones coitales.	Temporal	Edad que empezó a tener relaciones sexuales referida en formulario de recolección de datos	Númérica
Consumo de alcohol	Ingesta de bebidas con contenido alcohol.	Entrevista a la adolescente	Test de Audit	Puntaje igual o mayor a 3= riesgo
Pautas repetitivas	Antecedente de embarazo antes de los 19 años en la familia.	Familiares que hayan estado embarazadas en la adolescencia	Registrado en el formulario de recolección de datos Y mediante la realización del genograma.	Si No

Tipología familiar.	Cambios en la posición por roles o por relación de los integrantes familiares.	Entrevista a la adolescente	Tipo de familia a la que pertenece la adolescente.	Extensa Nuclear íntegra Nuclear ampliada Monoparental Binuclear Reconstituida Con padres ausentes Equivalentes familiares Ampliadas Transnacionales
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico del hogar, de acuerdo a las características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación, y actividad económica del hogar	Económica Educativa Laboral	Escala de estratificación del nivel socioeconómico INEC	0 a 316 puntos: Bajo 316.1 a 535 puntos: Medio bajo 535.1 a 696 puntos: Medio típico 696.1 a 845 puntos: Medio alto 845.1 a 1000 puntos: Alto