



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

Factores de riesgo para embarazo adolescente en la Unidad Educativa Calasanz
y la Unidad Educativa Fiscomisional Daniel Álvarez Burneo.

Período agosto 2016 – julio 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Jumbo Alvarado, Jair Antonio

TUTOR: Gavilanes Cueva, Yadira Patricia, Dra.

LOJA – ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Yadira Patricia Gavilanes Cueva

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

Que el presente trabajo denominado: Factores de riesgo para embarazo adolescente en los colegios Técnico y Calasanz en el periodo Agosto 2016-Julio 2017, realizado por: Jair Antonio Jumbo Alvarado, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Jumbo Alvarado Jair Antonio, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Factores de riesgo para embarazo adolescente en la Unidad Educativa Calasanz y la Unidad Educativa Fiscomisional Daniel Álvarez Burneo, período agosto 2016 – julio 2017, de la Titulación de Médico, siendo Gavilanes Cueva Yadira Patricia director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f):

Autor: Jumbo Alvarado Jair Antonio

Cédula: 2200050868

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres, Magno e Isabel, por todos sus consejos, apoyo y toda su sabiduría brindada a lo largo de mi formación como profesional, a mis hermanos, Bryan, Belén, Josué, Valeria y Jhon, a mis abuelitos paternos, Santos y Jacobo; y maternos, Vicente y Mercedes; a mis tíos y tías, porque siempre me han apoyado en todos los aspectos de mi vida, gracias a ellos he podido salir adelante y estar cerca de cumplir una de mis metas. A los docentes, compañeros y amigos que de una u otra forma contribuyeron a mi formación académica y personal.

Y a la UTPL, pilar fundamental de mi formación.

-Jair

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios el señor todo poderoso por darme gracia y sabiduría durante toda mi carrera académica, por levantarme muchas veces cuando me sentí derrotado y sin ganas de seguir. Gracias a él me pude formar como una persona de fe.

A mis padres, hermanos, abuelos y tíos, gracias a ellos he podido conocer el significado del amor, la comprensión, la paciencia, son la base que me sostiene como persona y me han ayudado mucho en estos años de estudiante.

A los colegios Técnico y Calasanz por darme la apertura para tomar las encuestas a los estudiantes de su institución para la realización de este trabajo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, en especial a todo el cuerpo docente de la Titulación de Medicina por sus conocimientos impartidos hacia mi persona.

A la Doctora Yadira Gavilanes, directora de este trabajo de investigación, por sus consejos y apoyo a lo largo de la elaboración de este proyecto.

-Jair

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
1 CAPÍTULO I.....	5
1.1 Adolescencia.....	6
1.1.1 <i>Desarrollo biológico:</i>	7
1.1.2 <i>Desarrollo Cognoscitivo</i>	10
1.1.3 <i>Desarrollo Psicosocial</i>	11
1.2 Adolescencia.....	12
1.2.1 <i>Adolescencia temprana</i>	12
1.2.2 <i>Adolescencia media</i>	13
1.2.3 <i>Adolescencia tardía</i>	14
1.3 EMBARAZO EN ADOLESCENTE.....	15
1.4 Factores predisponentes al embarazo en adolescentes.....	16
1.4.1 <i>Factores biológicos</i>	17
1.4.2 <i>Factores individuales</i>	17
1.4.3 <i>Factores familiares</i>	17
1.4.4 <i>Factores psico-sociales</i>	17
1.5 Consecuencia para la madre adolescente.....	18
1.5.1 <i>Hijo de la Madre adolescente</i>	19
1.5.2 <i>Consecuencias para el Padre adolescente</i>	19
1.6 Estrategias de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes	20
2 CAPÍTULO II.....	25
2.1 Objetivos	26
2.1.1 <i>Objetivo general.</i>	26

2.1.2	<i>Objetivos específicos.</i>	26
2.2	Metodología	27
2.2.1	<i>Tipo de estudio.</i>	27
2.2.2	<i>Universo y muestra</i>	27
2.2.3	<i>Criterios de inclusión</i>	28
2.2.4	<i>Criterios de exclusión</i>	28
2.3	Operacionalización de variables	29
2.4	Métodos e instrumentos de recolección de datos:	33
2.4.1	<i>Métodos</i>	33
2.4.2	<i>Instrumentos.</i>	34
2.4.3	<i>Procedimiento.</i>	35
2.5	Plan de análisis de datos	36
2.6	Aspectos éticos.	36
3	CAPITULO III:	37
	Discusión de resultados y análisis	37
3.1	Resultados	38
3.2	Discusión	52
4		58
	CONCLUSIONES	58
5		59
	RECOMENDACIONES	59
6	BIBLIOGRAFÍA	60
7	ANEXOS	66
7.1	Anexo 1	67
7.2	Anexo 2	72
7.3	Anexo 3	73
7.4	Anexo 4	76
7.5	Anexo 5	80
7.6	Anexo 6	82

RESUMEN

La presente investigación forma parte de un proyecto puzzle, cuantitativo, descriptivo de corte transversal, el objetivo fue determinar los factores de riesgo predisponentes para embarazo en adolescentes escolarizados de las unidades educativas “Calasanz” y “Daniel Álvarez Burneo”, los datos se obtuvieron mediante encuesta estructurada, los inventarios de Beck para depresión y ansiedad, el cuestionario de FF-SIL y del Test de Rosenberg. Realizada a 140 estudiantes del sexo femenino. El 26% de las adolescentes encuestadas ya habían iniciado su vida sexual al momento de realizar la encuesta, la edad más prevalente fue entre 15 y 16 años de edad, un 13% tiene vida sexual activa y solo un 5% de la encuestadas ha estado embarazada. La depresión es mínima en el 78,5% de las encuestadas, mientras que el 46% refiere una disfunción moderada de la familia, mientras que la ansiedad grave representó un 39%. Los factores para embarazo precoz fueron haber estado embarazada (5%), ser hija de madre adolescente 38%, haber iniciado su vida sexual 26%, así también lo fueron la ansiedad grave en un 39% y disfunción familiar moderada (46%).

Palabras claves

Adolescente. Embarazo en adolescencia. Planificación familiar. Conducta sexual.

ABSTRACT

This research is part of a puzzle project, quantitative, descriptive cross-sectional, the objective was to determine the predisposing risk factors for pregnant adolescents enrolled in the educational units "Calasanz" and "Daniel Álvarez Burneo", the data was obtained through a structured survey, the Beck inventories for depression and anxiety, the FF-SIL questionnaire and the Rosenberg test. It was made to 140 female students. 26% of the adolescents surveyed had already begun their sexual life at the time of the survey, the most prevalent age was between 15 and 16 years of age, 13% had an active sexual life and only 5% of the surveyed women she has been pregnant. Depression is minimal in 78.5% of the respondents, while 46% reported a moderate dysfunction of the family, while severe anxiety represented 39%. The factors for early pregnancy were having been pregnant (5%), being the daughter of a teenage mother 38%, having started their sexual life 26%, as well as severe anxiety in 39% and moderate family dysfunction (46%).

Keywords

Teen. Pregnancy in adolescence. Family planning. Sexual behavior.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, en virtud de las implicaciones biopsicosociales que representa para dicho grupo y la sociedad, por lo cual surge la importancia de su estudio, sumado a la escasa información y estudios publicados que muestren la realidad del embarazo en adolescentes de la ciudad de Loja.

El embarazo por su propia naturaleza tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero es mayor en las adolescentes, se habla del “síndrome de las embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma. (Noguera, Alvarado, 2012)

Se define como embarazo adolescente a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres desde los 11 hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. (Ulanowicz, Parra, & Wendler, 2006)

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema, se considera que una décima parte de todos los nacimientos son de niñas adolescentes, siendo en muchos países las complicaciones relacionadas con el embarazo, aborto y parto, la principal causa de muerte entre niñas de 15-19 años. (Gamboa; Martinez; Gill; González, 2012). En América Latina un 15 a un 25% de los Recién Nacidos Vivos son hijos de una madre menor de 20 años, en Ecuador hay más de 7 millones de mujeres, de las cuales 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INEC, 2010).

El problema del embarazo adolescente se hace más complejo puesto que entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos. (Gómez, 2011).

Según el estudio de Bombino y colaboradores, los factores de riesgo para embarazo adolescentes fue: la falta de protección, conducta imitativa hacia otras adolescentes madres, rebeldía, vulnerabilidad por ser mujeres, deseo de conocer y experimentar la maternidad, las falsas promesas de que pueden conservar la relación de pareja, el deseo de libertad, des-

conocimiento y no uso de anticonceptivos. (Bombino y col, 2015). Mientras que Gómez en su estudio indica que los factores predisponentes para embarazo adolescente son: falta de información sobre métodos anticonceptivos, relaciones sexuales sin protección, falla anticonceptiva, uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a efectos del alcohol o drogas y violación (Gómez, 2011).

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, la anemia, el parto pretérmino, las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto y la desproporción céfalopélvica; así mismo, la gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo a la censura aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva. (Noguera, Alvarado, 2012)

Por reiteradas ocasiones el Gobierno Nacional del Ecuador ha puesto en marcha diferentes estrategias para disminuir la elevada tasa de embarazo, sin embargo no ha podido lograr los objetivos propuestos. En nuestro medio no se evidencia la existencia de estudios serios que revelen la realidad local al respecto, sumado a que las intervenciones planteadas sean poco o nada eficientes. (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2014).

Es por lo expuesto, que nace la necesidad de indagar sobre los factores que contribuyen al riesgo de embarazo precoz, una vez detectados conseguir prevenir los mismos, para lo cual es prioritario conocer cuáles de los factores comentados anteriormente en la literatura, actúan como determinantes del embarazo adolescente en la ciudad de Loja, y sobre los que se deberían dirigir las intervenciones con el fin de disminuir el embarazo adolescente. Por lo que se considera necesaria la realización del presente estudio que tiene como objetivo: “Determinar los factores de riesgo predisponentes para embarazo en adolescentes escolarizados de los colegios “Técnico” y “Calasanz” en el periodo agosto 2016 – julio 2017.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Adolescencia

Etimológicamente, adolescencia proviene del latín *ad*: que significa a, hacia; y *olescere*, de *oleré*: que significa crecer, esto quiere decir que la adolescencia es un proceso de crecimiento ya sea del hombre o mujer. La adolescencia en sí, es un periodo entre la niñez y la adultez, definirla no es fácil, puesto que sus características dependen de diversos factores que interactúan entre sí como: el medio ambiente en el que se desarrolla, nivel socioeconómico y origen étnico, género, situación de discapacidad e inmovilidad humana, entre otros.

La Real Audiencia española define a la adolescencia como período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud.

La OMS define a la adolescencia como “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica y fija sus límites aproximados entre los 10 y 20 años. (OMS, 2012). Las niñas suelen empezar y terminar la adolescencia antes que los varones.

Según G. Stanley Hall: La adolescencia es la etapa comprendida entre los doce o trece años, hasta la adultez entre los 22 y 25 años. Hall describe a la adolescencia como un período de “tormenta e ímpetu”, es un segundo nacimiento porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas. (Lozano & Stanley, JULIO 2014)

Según Krauskopf, “es una etapa del desarrollo humano, crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen, este desarrollo puede ser promovido, estimulado, detenido o incluso deteriorado”. (Krauskopf, 2011)

En Ecuador los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (20 a 24 años) constituyen el 31% de la población. Estas poblaciones son importantes, debido a que en estas etapas se definen los proyectos de vida, que determinan las habilidades, aptitudes y actitudes que poseerá el adolescente y/o joven en el transcurso de su vida.

La adolescencia inicia con los cambios biológicos de la pubertad y finaliza con el desarrollo físico, emocional, vocacional, laboral y económico, característico de la etapa adulta, o muchas de las veces la creación de una nueva familia también culmina este proceso. El adolescente está influenciado por los cambios importantes que surgen en su desarrollo, relacionados con la pubertad y la influencia de la familia, escuela y compañeros. (Bowden & Greenberg, 2010).

Hoy en día, en muchos países la adolescencia se extiende más allá de los 20 años, ya que la posibilidad de independizarse económica y afectivamente de los padres se logra, en muchas culturas después de los 24 años de edad. (Pasqualini & Llorens, 2010)

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, garantiza el derecho a la salud como fundamental en el desarrollo. Además reconoce que deben generarse medidas de acción afirmativa que permitan el cierre de brechas de desigualdad en poblaciones históricamente excluidas y grupos de atención prioritaria como: mujeres, adolescentes, niñas, niños, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, migrantes, LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales), entre otros. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

1.1.1 Desarrollo biológico:

Durante la pubertad, los adolescentes incrementan el 50% de su peso y de su masa esquelética, y el 20% de su altura, aproximadamente.

El crecimiento es diferente de un individuo a otro, pero se sabe que depende de la etapa de la vida, el sexo y los factores ambientales. En los niños, adolescentes, hombres o mujeres la proporción de grasa corporal, como el crecimiento muscular y esquelético y caracteres sexuales es diferente. Mientras que los órganos y la mayoría de sistemas se desarrollan de manera similar en ambos sexos.

Los niños son más magros que los adolescentes, y los hombres son más magros que las mujeres. Pero las mujeres tienen mayor proporción de grasa corporal que los hombres y mucho más que las niñas. Entre el inicio del brote del crecimiento y la menarca, la cantidad de grasa corporal en las niñas aumenta casi un 120%. Las distintas partes del cuerpo crecen asincrónicamente. Primero, crecen manos y pies, luego los miembros brazos y piernas y luego el tronco. En los varones, crecen más los hombros, y en las mujeres, las caderas. (Pasqualini & Llorens, 2010).

En las mujeres, la aceleración del crecimiento comienza más pronto que en los varones, primero aparece el botón mamario alrededor de los 9 a 14 años de edad, cerca de 2 años antes que en los varones. Las mujeres suelen aumentar de 2,5 a 20 cm de estatura y de 7 kg a 25kg de peso. La mayoría de las mujeres termina su crecimiento rápido entre los 16 y 17 años de edad. Los varones empiezan su crecimiento rápido más tarde, lo típico es a los 13 años y su crecimiento suele ser más pronunciado, con un aumento en su estatura de por lo menos 10 cm y un aumento en el peso de 7kg a 30kg. Los varones continúan creciendo hasta los 18 a 20 años de edad. (Grossman & Mattson, 2014).

Los cambios en el tamaño del cuerpo tienen un patrón característico. El crecimiento de manos, brazos, piernas y pies y cuello es seguido de un aumento del tamaño de la cadera y tórax y varios meses después por un aumento del ancho de los hombros y la profundidad y longitud del tronco. El tamaño de los zapatos cambia mucho a lo largo de unos meses. Aunque el tamaño del cerebro no cambia mucho durante esta etapa, el tamaño y forma del cráneo y los huesos faciales si cambian, lo que hace que las facciones parezcan fuera de proporción hasta que se ha logrado el crecimiento completo del adulto. La masa muscular y la fuerza aumentan durante la adolescencia. En ocasiones existe discrepancia entre el crecimiento del hueso y el de la masa muscular, lo que crea una disfunción temporal con movimientos más lentos y menos suaves, lo que provoca una desproporción de hueso y músculo. Las proporciones corporales sufren cambios durante la adolescencia, en los varones el tórax se vuelve más ancho y la pelvis se mantiene estrecha, en cambio en las mujeres ocurre lo contrario: el tórax se mantiene estrecho y la pelvis se ensancha.

Los órganos también sufren cambios en la función y en ocasiones en la estructura. El corazón aumenta de tamaño como resultado del aumento de la célula muscular. La frecuencia cardiaca disminuye hasta la frecuencia normal del adulto, mientras que la presión arterial aumenta con rapidez hasta igualar la del adulto. Los varones tiene mayores cambios en el volumen sanguíneo y la concentración de hemoglobina es mayor debido a la mayor estimulación androgénica de la médula ósea. La piel se vuelve más gruesa y existe un crecimiento adicional del vello en ambos sexos. Aumenta la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas, la producción suprarrenal de andrógenos estimula las glándulas sebáceas, lo que contribuye al desarrollo del acné. Los cambios de la voz son importantes durante la adolescencia, en ambos sexos. Sin embargo en cambio más relevante es en los varones, que es provocado por el crecimiento de la laringe que es mayor en los hombres, también hay un crecimiento de la faringe y pulmones. Los senos paranasales alcanzan proporciones del adulto, lo cual aumenta la resonancia de la voz, lo que se agrega al sonido de la voz del adulto. Los cambios dentales incluyen crecimiento de la mandíbula, pérdida de los últimos dientes de leche y la erupción de las cúspides permanentes, premolares y molares. (Grossman & Mattson, 2014)

El sistema endócrino desempeña un papel primario en los cambios durante la adolescencia. La maduración suprarrenal revela cambios físicos en el cuerpo del adolescente, como el desarrollo del vello púbico y axilar, aumento de los aceites de la piel y cabello, acné y olor corporal. El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal es el responsable del aumento de los esteroides sexuales de las gónadas que dan las características sexuales secundarias de la pubertad. (Jospe, Marcadante, Kliegm, & Jenson, 2011).

Para determinar el grado de desarrollo sexual secundario se toma en cuenta la clasificación de los estadios puberales de Tanner, numerados del 1 al 5.

En la mujer se toma como inicio de la madurez la configuración de los senos y vello pubiano.

Estadio	Vello pubiano	Mamas
1	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en el margen medio de los labios.	Telarca: Aparece el botón mamario; areola y pezón se elevan ligeramente.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad.	La mama y la areola crecen, no existe separación de los contornos
4	Burdo, rizado, abundante, pero en menor cantidad que en las adultas.	La areola y el pezón forman una elevación secundaria con respecto al resto de la mama
5	Triángulo femenino de las adultas, límite superior horizontal.	Maduras, el pezón se proyecta sobre la areola, pero ésta se integra al contorno general de la mama.

Figura 1: Escala de estadios puberales de Tanner para mujer

Fuente: *Sociedad Argentina de Pediatría (2001)*

Elaboración: *Sociedad Argentina de Pediatría (2001)*

Signos de comienzo puberal en las niñas:

- telarca grado 2.
- urocitograma o colpocitograma estimulados.
- longitud uterina >3,5-4 cm.
- volumen ovárico >2,1 cm³, a veces con 3-4 folículos < de 1cm.
- respuesta puberal de LH y FSH al GnRH exógeno (100 ug/m² IV)

El crecimiento de las mujeres generalmente finaliza a los 2 años postmenarca, creciendo, en ese tiempo, un promedio de 7 cm, rango 3 a 10 cm. Este proceso, desde la aparición de la telarca hasta adquirir las características adultas, dura aproximadamente 4 años. Las mujeres adquieren el máximo de sus redondeces alrededor de la menarca o un poco después. Los estrógenos influyen en el depósito de la grasa en glúteos, en abdomen, en caderas y en muslos. (Pasqualini & Llorens, 2010).

En los hombres la clasificación de Tanner el aspecto crecimiento de genitales y vello pubiano.

Estadio	Vello pubiano	Pene	Testículos
1	Preadolescente	Preadolescente	Preadolescente
2	Pubarca: Aparece el primer vello, escaso, largo, y ligeramente pigmentado.	El pene todavía no crece o aumenta ligeramente de tamaño.	Gonarca: Comienzan a crecer los testículos, volumen mayor de 4ml, el escroto se oscurece y tiene aspecto más arrugado.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, poca en cantidad.	Aumenta en forma evidente el tamaño del pene a predominio de la longitud.	Más grande
4	Parecido al de los adultos, pero menor cantidad, burdo, rizado.	Se desarrolla el glande y el volumen del pene aumenta en diámetro y largo.	Más grande, el escroto se oscurece y aumentan sus arrugas.
5	Distribución tipo adulto; se extiende a superficie media de muslos.	Adulto	Adulto. Testículos mayores de 12ml.

Figura 2: Escala de estadios puberales de Tanner para hombres

Fuente: *Sociedad Argentina de Pediatría (2001)*

Elaboración: *Sociedad Argentina de Pediatría (2001)*

La primera eyaculación tiene lugar entre los 12,5 y los 16,5 años, consecutiva a la masturbación, emisión nocturna, contacto sexual o fantasías sexuales. (Pasqualini & Llorens, 2010)

1.1.2 Desarrollo Cognoscitivo

Los cambios conductuales en el adolescente en cierta manera son comparables con los físicos. La transición de niño a adulto no es un proceso suave, continuo ni uniforme. Existen periodos rápidos de cambio con periodos de breves mesetas, estos periodos cambian con poca o ninguna advertencia, lo que hace que en ocasiones sea difícil convivir con un adolescente. Los adolescentes se vuelven más introspectivos y egocéntricos, generalmente para ellos sus experiencias son únicas. Pueden crear una ausencia imaginaria, pensar que todas las personas los están mirando. (Gaete, 2015)

Durante el proceso adolescente, el desarrollo moral avanza de la etapa preconventional, típica de los niños menores de 9 años, enfocada en su propio interés, donde obedecen las normas para evitar el castigo, hacia la convencional, aquí, la persona tiene en cuenta la perspectiva del otro y necesita de la aprobación de afuera. En general, progresan de una capacidad cognitiva hacia una mayor capacidad de abstracción y flexibilidad para la resolución de problemas que caracterizan pensamiento operacional normal. El razonamiento lógico y abstracto les permite especular, formar hipótesis e imaginar posibilidades. (American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 2011)

La corteza prefrontal que es la parte del cerebro que coordina las funciones cognitivas más complejas como la: memoria de trabajo, control del movimiento voluntario, atención, razonamiento, planificación, decisión, control de impulsos, pensamiento abstracto. Entre los 10 y 12 años, esta región sufre un agrandamiento debido a un acelerado crecimiento de las conexiones neuronales, seguido de una etapa de poda a los 20 años, en la que se pierde las conexiones ya establecidas que no son necesarias. (Giedd, 2006). El núcleo Accumbens: área del cerebro que se relaciona con el reconocimiento por el comportamiento y además tiene que ver con los circuitos del placer y la exploración. Estudios muestran que el "juego de recompensas" en el adolescente, hay una menor inhibición en esta zona, en relación a los adultos. Se considera que los adolescentes pueden tener mayor tendencia a actividades de riesgo y exploración, con comportamientos de premio y búsqueda de sensaciones ya que esta zona no está suficientemente regulada. (American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 2011).

1.1.3 Desarrollo Psicosocial

En la adolescencia temprana los cambios psicosociales que experimentan los adolescentes generalmente son cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones. Ellos intentan valerse por sí mismo desafiando la autoridad de sus padres en simultaneidad con conductas infantiles. Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las reglas de los adultos. Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal. En esta etapa siguen manteniendo amistad con sus amigos de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo. (Holguín, Mendoza, Esquivel, Sánchez, Daraviña, & Acuña, 2013)

La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. El adolescente busca alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, que en etapas posteriores constituirá su núcleo familiar.

Conforme avanza en edad, en el adolescente van apareciendo nociones propias sobre proyectos de futuro. Los vínculos fraternos y con el grupo de pares se hacen más fuertes. El "amigo" juega un rol importante, es generalmente la fuga que tiene a sus problemas. Comienzan las primeras relaciones de pareja, que suelen ser pasajeras, la pertenencia a un grupo facilita la transición adolescente. La relación con los adultos se hace más difícil y tienden a confrontarlos. El comportamiento temerario es característico de toda la etapa de la adolescencia pero esto no implica siempre un deseo autodestructivo. Los jóvenes expresan

la búsqueda de una marca que los diferencie, y recurren a piercing, tatuajes, modas, etc., que son utilizados para obtener una identidad propia. (Gómez & Montoya, 2014)

En la adolescencia tardía los jóvenes por lo general se van insertando en el mundo laboral, hay una transición del jugar al trabajar y/o estudiar lejos de casa, que provoca en el adolescente sentimientos de tristeza, desorientación y caos interior. El adolescente se va afianzando en su independencia y trata de obtener logros económicos. Hay una notable mejoría en la relación con los padres. La relación con la pareja pasa de superficial a un tipo de relación más afectivo. Hay un mayor reconocimiento de valores y normas básicas. La construcción de la identidad adolescente es diferente dependiendo: de los sistemas de valores en los que se desarrollan del contexto sociocultural, del contexto familiar. (Pasqualini & Llorens, 2010)

Los adolescentes deben lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y además dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. Buscar identidad como persona, como miembro de la comunidad y luchar por mantener su individualidad como persona. (American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 2011).

1.2 Adolescencia

Según la OMS la adolescencia se divide en dos grupos: los menores de 15 años que se considera adolescencia temprana y tardía a los que tienen 15 años o más. Sin embargo otros autores identifican tres etapas, teniendo en cuenta los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años). (Gaete, 2015).

1.2.1 Adolescencia temprana

La adolescencia temprana comprende de los 10 a los 14 años. El desarrollo psicológico de esta etapa está caracterizado por la existencia de egocentrismo, el cual constituye una característica normal de niños y adolescentes, conforme la persona madura este egocentrismo se convierte en sociocentrismo propio de la adultez. (Muuss, 2012).

Los cambios físicos, ya descritos anteriormente, con frecuencia pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. En esta etapa también aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones. (Gaete, 2015)

Algunos estudios sugieren que en este periodo, el cerebro experimenta un rápido desarrollo fisiológico y eléctrico. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. (Steinberg, 2008)

Según menciona Rionaula y colaboradores: “La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar”. (Rionaula, Romero, & Silva, 2013)

1.2.2 Adolescencia media

La adolescencia media (de 14 a 16 años de edad), el hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de semejantes, esto implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, el desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El joven tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás y de preocuparse por los otros. (Gaete, 2015).

Con respecto a los cambios físicos, emocionales y sexuales, como ya se comentó anteriormente, la mayoría de las niñas ya habrán llegado a su madurez física, y gran parte de ellas habrán llegado al final de la pubertad. Los niños todavía podrían estar desarrollándose físicamente durante esta época. Los trastornos alimentarios también son comunes, especialmente entre las niñas. Durante esta fase, el adolescente está desarrollando sus propias opi-

niones y personalidad. Las relaciones con los amigos todavía son importantes, pero también irá adquiriendo otros intereses a medida que establezca un sentido de identidad más definido. (Rionaula, Romero, & Silva, 2013)

La adolescencia media también es un momento importante de preparación para asumir mayor independencia y responsabilidad; la mayoría de los adolescentes empieza a trabajar. Los cambios sociales y emocionales que se presentan en esta etapa son aumento del interés en el sexo opuesto, disminución del conflicto con los padres, más independencia de los padres, mayor capacidad para compartir y ser generoso y para establecer relaciones de pareja. (Instituto Nacional de la Juventud, 2013)

1.2.3 Adolescencia tardía

Esta etapa abarca individuos entre 15-19 años de edad, ésta la etapa final del camino del adolescente hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad, usualmente ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero va disminuyendo en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad de su identidad y sus propias opiniones. (Gaete, 2015)

La temeridad, un rasgo común que se experimenta en la adolescencia generalmente asociada a la inhibición del hipocampo y amígdala basal que se cree son los centros que controlan las experiencias que causan temor; sobre todo en la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan el “comportamiento adulto”, declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. (Radzik, Sherer, & Neinstein, 2008).

Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea. En la adolescencia el cuerpo se modifica en tamaño, forma y vigor. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción. Los y las adolescentes adquieren un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta adaptarse e identificarse con él.

La adolescencia se caracteriza por ser un proceso que culmina con el logro de la sexualidad genital, independencia afectiva de los padres con independencia económica y con la capacidad de trabajar para sostener un proyecto vital autónomo. (Pasqualini & Llorens, 2010)

1.3 EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Se define como embarazo adolescente a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. (Ulanowicz, Parra, & Wendler, 2006)

El embarazo en personas adolescentes se está convirtiendo en un problema de social y de salud pública a nivel mundial, desde siempre ha existido embarazo precoz, pero en la actualidad se ve con mayor frecuencia, unos 16 millones de mujeres de entre 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En Ecuador hay más de 7 millones de mujeres, de las cuales 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años), frente a 105.405 madres del 2001. El 24 % de las madres se ubican entre los 30 y 39 años. Según este informe, el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre 12 y 14 años. (INEC, 2010)

El embarazo en adolescentes irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales. Los riesgos para las madres solteras están relacionados con la falta de redes de apoyo y estimulación cognitiva, dificultades socioeconómicas y disminución de las tasas de preparatoria. Además los riesgos para los lactantes nacidos de madres jóvenes incluyen aumento de la incidencia de BNP y mortalidad infantil. (Federal Interagency Forum of Child and Family Statistics, 2011).

El embarazo adolescente también se ve influenciado por el comportamiento sexual humano, este es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera: sociedad represiva, niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta

humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial. Sociedad restrictiva, tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades machistas. Sociedad permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados o del primer mundo. Sociedad alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico. (Oshea, 2014)

1.4 Factores predisponentes al embarazo en adolescentes

En el Ecuador en los últimos años el tema de la sexualidad y las relaciones sexuales de los adolescentes se habla con bastante libertad. Y esto en parte se debe a las políticas que ha tenido el gobierno acerca de estos controversiales temas de interés público, el Ecuador reconoce en el artículo 66, numerales 2 y 9 de su Constitución el derecho de las personas a una vida digna, que asegure la salud; la integridad física, psíquica, moral y sexual; y, el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, su orientación sexual y su vida. Estos derechos se han plasmado en las políticas del gobierno del Plan Nacional para el Buen Vivir. El Ecuador se ha planteado entre otras metas que hasta el año 2017 se va a reducir el embarazo adolescente en un 25% y a disminuir de la mortalidad materna en un 35%. Y para ello se han creado diferentes proyectos como el de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) como respuestas estatal para la prevención, promoción, atención y restitución de derechos; en los cuales se busca el acceso y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Contar con estas normativas y con los proyectos correspondientes es de un valor incalculable, pero aún no ha transcurrido tiempo suficiente para evaluar el impacto que tienen en la población joven. Pero cabe señalar que mucho antes de la promulgación de las leyes, en los consultorios especializados en adolescencia se brindaba información y atención con estas características o también la información estaba también al alcance de los jóvenes por otras vías (padres, amigos, medios de comunicación, Internet). Sin embargo, esta información no

alcanzaba para modificar conductas y mejorar la prevención del embarazo en la adolescencia. La maternidad no suele ser un proyecto en la adolescencia y el embarazo, generalmente, es un hecho inesperado o no planificado. Si bien el embarazo en adolescentes tiene múltiples causas o factores que lo predisponen se puede reconocer algunas, como: (Doblado, Batista, Pérez, Jiménez, & González, 2011)

1.4.1 Factores biológicos

Según el estudio de Doblado y colaboradores: la menarca temprana, inicio de las relaciones sexuales de comienzo en la adolescencia, relaciones sexuales sin protección adecuada, abuso sexual y violación, ser hija de madre adolescente, tener vida sexual activa son factores que predisponen el embarazo precoz. (Doblado, Batista, Pérez, Jiménez, & González, 2011).

1.4.2 Factores individuales

Según Guachamín los factores individuales más relevantes son bajo nivel educativo, necesidad de afirmar la feminidad, conducta de franca oposición y rebeldía, fantasías de esterilidad, falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado. Otros factores mencionados en el mismo estudio fueron las controversias entre su sistema de valores y el de sus padres y aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina. (Guachamín, 2010)

1.4.3 Factores familiares

Según un estudio realizado por Cordon: los factores familiares fueron una familia disfuncional, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y bajo nivel de escolaridad de los padres (Cordon, 2008).

1.4.4 Factores psico-sociales

Según el estudio de González los factores psico-sociales fueron bajo nivel socio-económico, hacinamiento y estrés, delincuencia, alcoholismo y trabajo no calificado, vivir en área rural, alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar: confusión de roles, maltrato, abandono afectivo, consumo de sustancias entre los adultos, cualquier forma de violencia, tolerancia del

medio a la maternidad adolescente y/o sola, escasa o nula accesibilidad al sistema de salud, falta o distorsión de la información, marginación social. (González, Quito 2011)

1.5 Consecuencia para la madre adolescente

Las principales causas de morbilidad en adolescentes tempranos de 10-14 años corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y salud reproductiva. Mientras que en el grupo de adolescentes tardíos de 15-19 años, la carga de morbilidad está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y salud reproductiva, otras que demandan resoluciones quirúrgicas y relacionadas con la violencia. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

La reiteración de embarazos, generalmente con intervalos cortos entre sí, y el aumento de la práctica de la cesárea condicionan una mayor morbimortalidad independientemente de la edad.

Las patologías perinatales más frecuentes asociadas a la maternidad, en esta etapa de la vida, son: hipertensión inducida por el embarazo, anemia, rotura prematura de membranas, parto de pretérmino, consumo de sustancias, mayor incidencia de partos intervenidos, infecciones puerperales, mayor mortalidad materna.

En la adolescencia temprana la madre, puede tener crisis psicológicas severas, además por la atención que la adolescente presta a su cuerpo en esta etapa, hay temor a la realización de extracciones sanguíneas para análisis, colposcopia, episiotomía, cesárea. Se debe tener en cuenta la repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene el parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones adversas, que no les permita ayudarla. En la adolescencia media, la madre puede tener sentimientos de invulnerabilidad, y la omnipotencia es una de sus características principales. Motivo por el que en muchas oportunidades, no concurren al control prenatal o no realizan los estudios solicitados. En la Adolescencia tardía la madre, se caracteriza por porque no ha podido salir adelante en sus estudios, trabajo o por su condición social se han estancado y miran al embarazo como un objetivo de su proyecto de vida. (Pasqualini & Llorens, 2010)

Otros estudios mencionan que las consecuencias en la madre son: abandono de los estudios, reduce las oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal, las parejas adolescentes generalmente son inestables y la duración de la relación es corta, discriminación por su grupo de pertenencia, tendencia a un mayor número de hijos

con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. (Gómez & Montoya, 2014)

1.5.1 Hijo de la Madre adolescente

La relación de la madre adolescente con la de su hijo va a depender de la significación del embarazo tanto para ella como para la familiar, de la etapa de la adolescencia que esté atravesando, el origen del embarazo que puede ser en casos frecuentes por violación. En algunos casos, cuando hay dificultades para establecer un vínculo adecuado, puede haber una inconstancia para los cuidados rutinarios, bajo registro de los signos de alerta, dificultades para prevenir conductas de riesgo. Por otro lado, cuando él bebe es aceptado y querido, el vínculo tiene un fuerte componente lúdico y estimulador que no se da en madres de mayor edad. (Pasqualini & Llorens, 2010)

Se pueden asociar consecuencias del hijo de una madre adolescente sobre todo mayor riesgo de bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del recién nacido, mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Pero como se mencionó en el párrafo anterior este depende mucho de las expectativas de la madre y la familia del embarazo. (Oshea, 2014)

1.5.2 Consecuencias para el Padre adolescente

Generalmente el Padre será un adolescente y junto con la madre también necesitará atención del equipo de salud, ya que aunque de características diferentes, ambos padres se encuentran en una importante crisis cuando el embarazo se hace presente. Frecuente el adolescente debe abandonar la educación escolar para absorber la mantención de su familia, con seguridad tendrá trabajos inestables y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. El adolescente muchas de las veces intentará asemejarse en cuanto a la paternidad, a la que vio en sus propios padres, lo cual no siempre da óptimos resultados y, en otros casos, intentará desarrollar un modelo propio de paternidad.

1.6 Estrategias de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes

Se entiende por estrategias de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes como el conjunto de acciones preventivas que se implementarán en el contexto de la salud reproductiva con el objeto de reducir el índice de embarazo en adolescentes. Estas estrategias no son un componente simple de desarrollar, sino más bien un reto administrativo complejo que requiere analizar y contrastar las situaciones culturales, sociales, y el marco económico de los objetivos a intervenir, para permitir que a través de los prestadores de servicios de salud, se puedan ofrecer respuestas efectivas ante esta problemática de salud sexual y reproductiva. (Secretaría de Salud, 2012)

En 2012 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales: (OMS, 2012)

1. Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años;
2. Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años;
3. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario;
4. Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes;
5. Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes;
6. Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes. (OMS, 2012)

Se han realizado diferentes estudios en su mayoría descriptivos y transversales en los cuales se aplicaron encuestas siendo una herramienta útil y de fácil aplicación para poder conocer la situación actual del problema objeto de estudio y de este modo aplicar la estrategia según el resultado obtenido. Las estrategias propuestas en estos estudios son diversas y acopladas a los resultados obtenidos, pero en general éstos han sido dirigidos a: informar, sensibilizar y motivar a los centros de salud, para que participen activamente en la solución de este problema, capacitar a médicos, enfermeras y promotores de los consultorios médicos de los diferentes centros de salud, creación de un sitio web de información sobre sexualidad que sea anexo a la página oficial del centro educativo, para que sea de fácil y libre acceso, ofrecer un programa con enfoque preventivo de fácil acceso a la información, a través de folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería con permanencia

continúa en el centro comunitario de salud y visitas domiciliarias a aquellas adolescentes ubicadas en la zona de influencia, potenciar el funcionamiento de los círculos de adolescentes, para que los y las adolescentes tengan un espacio donde conozcan temas relacionados con la sexualidad y la prevención del embarazo/aborto y realicen actividades que los eduque a ser responsables de su salud sexual y reproductiva, seleccionar algunos líderes informales de la comunidad y entrenarlos como promotores en sexualidad, confeccionar materiales gráficos y digitales que refuercen la actividad educativa: murales, carteles, afiches y videos. (Bombino y col, 2015)

Las estrategias y objetivos de las mismas son variados, y estas pueden ser aplicadas tanto en forma individual como en forma combinada, (Quintero, Rocubert, Roba, González, & Hernández, 2012) sin embargo los resultados muestran que las intervenciones combinadas (como la promoción educativa y de anticoncepción) pueden desempeñar un rol clave en la reducción de embarazos no intencionados en adolescentes. (World Health Organization, 2010)

En los últimos años varios países sobre todo “países desarrollados” han puesto en marcha estrategias multisectoriales que han tenido el apoyo político, por ser un problema de índole social. Además, apoyan intervenciones solucionar los diferentes factores que causan el problema, por ejemplo, para mejorar la prestación de servicios, incrementar la calidad de la educación sexual dentro y fuera de las escuelas, afianzar la colaboración comunitaria y con las familias, así como para establecer alianzas con otros sectores para potenciar los cambios esperados. (Secretaría de la Salud del Gobierno de la República de México, 2014).

- EEUU: las estrategias que aplica este país son generadas por el Gobierno y son dirigidas para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, dichas estrategias basan sus esfuerzos en financiar organizaciones comunitarias, gubernamentales o escuelas para que implementen intervenciones basadas en evidencia con efectividad demostrada. También financia proyectos de investigación y demostración. Una fortaleza de este esfuerzo es el énfasis en el monitoreo y evaluación de las intervenciones, lo que permite ampliar la evidencia que las sustenta y el aprendizaje sobre los factores programáticos efectivos. La Oficina de Salud de los Adolescentes (OAH por sus siglas en inglés) publica una lista que contiene modelos financiables de eficacia probada, la OAH puso en marcha el programa: pensar, actuar, crecer (TAG, por sus siglas en inglés). TAG es un llamado a la acción nacional para mejorar la salud de los adolescentes en los Estados Unidos. Después de consultar con 80 grupos que están relacionados directamente con los jóvenes en los Estados Unidos, la OAH identificó cin-

co áreas esenciales con respecto a la salud de los adolescentes y el desarrollo saludable: (Kapperler, 2015)

- ✚ Las conexiones positivas con personas de apoyo
- ✚ Lugares seguros y seguros para vivir, aprender y jugar
- ✚ El acceso a la alta calidad, cuidado de la salud adolescente ambiente
- ✚ Oportunidades para participar como estudiantes, líderes, miembros del equipo y de los trabajadores
- ✚ Servicios coordinados necesidades de los adolescentes y centrados en la familia.

Esta estrategia se considera un modelo a seguir por haber logrado reducir la tasa de fecundidad adolescente de 47.7 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2000 a 26.6 en 2013. La tasa de reducción ha aumentado paulatinamente, el descenso en un solo año (2012 a 2013) fue de 10 por ciento. (Estados Unidos Department of Health and Human Services Office of Adolescent Health, 2014)

- Reino Unido: la Estrategia para la prevención del Embarazo Adolescente inició en el año 2000 con la meta de reducir a la mitad la tasa de fecundidad adolescente para el 2010. La estrategia incluyó un plan de acción de 30 puntos en cuatro áreas temáticas: 1) acción conjunta a nivel nacional, regional y local, con líneas presupuestales etiquetadas para el tema en los tres niveles de gobierno; 2) mejoras en la prevención con base en una educación sexual integral de mayor calidad y acceso a servicios anticonceptivos amigables; 3) una campaña de comunicación nacional dirigida a adolescentes, sus madres y padres; 4) apoyo social coordinado para madres y padres adolescentes para que regresen a la escuela o al trabajo. Los logros de la estrategia británica le han dado gran notoriedad, pues bajó la tasa de embarazo en menores de 18 años en 41% de 1998 a 2012, pasando de 46 embarazos por cada 1,000 mujeres de 15 a 17 años a 27.7. Sólo el último año, la reducción fue de 9.8 por ciento. (University of Bradfordshire, 2014).
- Perú: involucra a los ministerios de salud para generar el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. El plan establece que estas instituciones deben coordinarse para llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia en los ámbitos que competen a cada institución. Una fortaleza del programa es que está planteado a largo plazo y por eso aún no se puede alorar la efectividad de la estrategia (2012–2021). (Ministerio de Salud del Perú, 2012).

- Sierra Leona: “Let Girls be Girls, not Mothers” es como es llamada la estrategia nacional para la reducción del embarazo en adolescentes (2013–2015), basada en cinco pilares vinculados con: 1) entorno normativo; 2) acceso a servicios de SSR; 3) información y educación sexual integral; 4) empoderamiento de adolescentes y jóvenes en sus comunidades; y 5) establecimiento de mecanismos de coordinación, monitoreo y evaluación. (Toolkits by K4Health, 2013)
- En Ecuador también se ha propuesto estrategias como lo es la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), que entre sus objetivos busca que para el 2017: reducir el embarazo adolescente en un 25% y disminuir de la mortalidad materna en un 35%. Para ello se plantea hacer operativas las políticas públicas, tratados internacionales y leyes que garantizan el ejercicio y goce de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. A través de un abordaje integral y de derechos, eliminando de esta manera barreras de acceso y brindando información científica y oportuna. Entre los resultados positivos de la aplicación de estas políticas se logró brindar el acceso a 256 servicios amigables e integrales de salud sexual y salud reproductiva con 58 unidades móviles. Así mismo, se han colocado un total de 2.091 dispensadores de preservativos masculinos y femeninos de distribución gratuita, en 1.570 unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y 80 unidades de salud la Red Pública de Salud. (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2014)

Sin embargo, la experiencia internacional también nos brinda modelos que han fracasado entre los cuales se destaca modelos comunitarios de educación por pares y los centros juveniles.

Los centros juveniles son lugares que ofrecen información y servicios de una manera adecuada y segura, en un medio ambiente confortable. Una revisión de 18 programas con centros para adolescentes mostró que su mantenimiento es costoso; que los usan principalmente hombres que viven cerca del centro y están al final de la adolescencia; que son usados principalmente con fines de recreación; que no había o había poco uso de los servicios e insumos de SSR (Salud Sexual y Reproductiva); y que el costo por beneficiario era muy alto. (Zuurmond, Geary, & Ross, 2012)

Los modelos comunitarios de educación por pares en los últimos años han sido implementados por diferentes ONG y ciertos gobiernos sectoriales. En este tipo de intervención que tiene como objetivo capacitar a adolescentes para que difundan información veraz, confiable y correcta entre sus compañeros y compañeras de la misma edad, y para que entreguen

métodos anticonceptivos como condones y otros métodos de barrera, a las y los adolescentes sexualmente activos. Las ventajas de esta intervención es que permite el intercambio de información entre los adolescentes de edad similar y estatus social, el contacto frecuente con una fuente de información confiable y el abastecimiento de métodos en un contexto amigable. Además ofrecen la oportunidad de llegar a adolescentes a los que difícilmente se puede captar con estrategias tradicionales. Sin embargo, cinco metaanálisis que han estudiado estos programas comunitarios de pares han llegado a la conclusión que sus efectos son limitados en la promoción de conductas seguras y en el mejoramiento de la salud. Cuando se compara con grupos control, no se han encontrado diferencias significativas en términos de, por ejemplo, el porcentaje de adolescentes sexualmente activos o el uso de un método en la última relación sexual, aunque en algunos casos se ha observado que los programas han logrado reducir el estigma. En general, se considera que los modelos de pares pueden ser más efectivos cuando los promotores juveniles se dedican a sensibilizar y referir estos problemas a servicios y a expertos. (Tolli, 2012).

El objetivo de todos estos estudios dirigidos a las adolescentes debe ir encaminado a darles mejores oportunidades de desarrollarse tanto a nivel personal como social. Las intervenciones deben ser integradas, dirigidas y financiadas por el poder gubernamental y apoyadas por el poder político y social para que puedan ser implementadas en las escuelas, la comunidad o los centros de atención de la salud, de una manera integral y así poder cambiar en el transcurso el resultado relacionado con las conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes. Sin dejar de lado las oportunidades económicas y sociales disponibles para las adolescentes, así como sus valores culturales que pueden afectar el resultado de la estrategia a implementar. (Doblado, Batista, Pérez, Jiménez, & González, 2011).

CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general.

- Determinar los factores de riesgo predisponentes para embarazo en adolescentes escolarizados de las unidades educativas “Calasanz” y “Daniel Álvarez Burneo”

2.1.2 Objetivos específicos.

- Identificar los factores de riesgo predisponentes para embarazo en las adolescentes escolarizadas.
- Determinar la incidencia de embarazos en adolescentes durante el período académico.
- Priorizar los factores de riesgo sobre los cuales se debe dirigir la intervención.

2.2 METODOLOGÍA

2.2.1 Tipo de estudio

La presente investigación forma parte de un proyecto puzzle de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo de corte transversal.

Este estudio se realizó a través de la aplicación de una encuesta estructurada, de respuestas cerradas, dicotómicas y de múltiple respuesta que permitió determinar factores de riesgo como menarquia, inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos, antecedentes familiares, mitos sobre la sexualidad, violencia intrafamiliar. Y también se aplicó cuatro test: Rosemberg que determinó el grado de autoestima, Beck para depresión y ansiedad; FFSILF para valorar la funcionalidad familiar.

Luego de recolectados los datos se realizó la tabulación de las variables estudiadas y la priorización de las mismas que servirán de base para el diseño del programa de intervención.

2.2.2 Universo y muestra

Las mujeres adolescentes escolarizadas del cantón Loja de 8° a 10° de educación básica y de 1° a 3° de bachillerato que comprende un universo de 30.945 adolescentes escolarizados que correspondieron a estudiantes de las Unidades Educativas Fiscales, Fiscomisionales y Particulares del cantón Loja.

La muestra se repartió equitativamente entre los tres tipos de colegios, de manera que en cada tipo de colegio (fiscal, fiscomisional y particular) se tomaron 210 muestras, distribuidas de la siguiente forma:

El 50% correspondió a estudiantes de octavo, noveno y décimo año de educación básica y el otro 50 % corresponde a estudiantes de primero, segundo y tercero de bachillerato.

Las Unidades Educativas seleccionados para la toma de muestra fueron los siguientes:

Tabla N°1: Distribución de los colegios

TIPO DE UNIDAD EDUCATIVA	NOMBRE DEL COLEGIO
FISCAL	Pio Jaramillo, Bernardo Valdivieso, Beatriz Cueva y 27 de Febrero
FISCOMISIONAL	Daniel Álvarez Burneo, Calasanz, San Francisco
PARTICULAR	Eugenio Espejo, Iberoamericano, Liceo de Loja

Fuente: El autor

Elaboración: El autor

Cada estudiante se le asignó 2 unidades educativas para realizar el estudio. La presente investigación fué realizada en las Unidades Educativas Calasanz y Daniel Álvarez Burneo, pertenecientes a Unidades Educativas Fiscomisionales.

2.2.3 Criterios de inclusión

- Adolescentes mujeres escolarizadas de las Unidades Educativas “Calasanz” y “Daniel Álvarez Burneo”.
- Adolescentes comprendidas entre las edades 12 –19 años.
- Adolescentes legalmente matriculadas en los establecimientos educativos para el periodo septiembre 2016-julio 2017 que estén asistiendo normalmente a clases
- Adolescentes que presenten la firma del consentimiento informado por parte de sus representantes legales.

2.2.4 Criterios de exclusión

- Adolescentes que no asistan el día de la aplicación de la encuesta y el test.

2.3 Operacionalización de variables

Tabla N°2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICACOR	INSTRUMENTO
Edad al aplicar la encuesta	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Biológica	Edad en años cumplidos al momento de la encuesta.	Encuesta
Presencia de menarquia	Aparición de la primera menstruación.	Biológica	Si ha tenido la menarquia al momento de la encuesta	Cuestionario pregunta 1
Edad de la menarquia	Edad en años cumplidos en que se presentó la primera menstruación	Biológica	Edad en años cumplidos al momento de la menarquia	Cuestionario pregunta 2
Edad de la madre cuando tuvo su primer hijo	Edad de la madre al momento de tener su primer hijo	Biológica	Edad de la madre al momento de tener su primer hijo	Cuestionario pregunta 3
Inicio de vida sexual	Acto en el que dos personas mantienen relaciones sexuales	Biológica	Si o NO	Cuestionario pregunta 4
Edad de Inicio de vida sexual	Edad en la que tuvo su primera relación sexual coital	Biológica	Edad en años cumplidos al inicio de vida sexual	Cuestionario pregunta 5
Mantiene Vida sexual activa	Practica de relaciones sexuales coitales	Biológica	SI o NO	Cuestionario pregunta 6
Recepción de información sobre métodos para evitar el embarazo	Información sobre métodos para evitar el embarazo	Conocimiento	SI o NO	Cuestionario pregunta 7
Calificación de la información	Nivel de suficiencia o insuficiencia de	Conocimiento	Adecuada, muy adecuada, inadecuada	Cuestionario pregunta 8

recibida	los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos			
Fuente que le proporcionó la información sobre métodos anticonceptivos	Instrumentos por los cuales adquirió conocimientos sobre los métodos anticonceptivos	Conocimiento	Padre, profesores, internet, amigos/as, autoestudio	Cuestionario pregunta 9
Capacidad para usar de forma adecuada la información recibida	Condición, calidad o aptitud intelectual que permite usar de forma adecuada la información recibida	Conocimiento	SI o NO	Cuestionario pregunta 10
Factores que influyen en el inicio de vida sexual	Conjunto de factores, sociales, familiares e individuales que determinan la decisión de iniciar vida sexual	Social Psicológica Conocimiento	Amor entre los miembros de la pareja Que ambos integrantes de la pareja quieran hacerlo Curiosidad Que sea en un lugar tranquilo. Que ambos nos conozcamos bien. Usar un anticonceptivo. Mis amigos más cercanos ya han iniciado su vida sexual. Para que mi pareja no me deje. Porque llevamos mucho tiempo juntos. Porque deseaba un embarazo. Ninguno...	Cuestionario pregunta 11
Mitos relacionados con la sexualidad	Creencias o rumores respecto a la sexualidad	Social Cultural Conocimiento	a) La primera vez que se tiene relaciones sexuales no	Cuestionario pregunta 12

			<p>hay riesgo de embarazo:</p> <p>b) Si al tener relaciones sexuales el hombre eyacula afuera no hay riesgo de embarazo:</p> <p>c) Tomar anti-conceptivos produce aumento de peso</p> <p>d) Tomar anti-conceptivos produce cáncer.</p> <p>e) Usar condón puede producir alergias.</p> <p>f) Usar condón reduce la sensibilidad</p> <p>g) Si es la primera relación sexual no es necesario utilizar ningún método anticonceptivo.</p> <p>h) Tomar una ducha vagina u orinar después de tener relaciones sexuales ayuda a prevenir un embarazo.</p>	
Conocimiento de anticonceptivos	Información almacenada mediante experiencia, aprendizaje o introspección, respecto de los métodos anticonceptivos	educativa	Conocer o no conoce	Cuestionario pregunta 13
Uso de anticonceptivos	Acción y efecto de usar un anticonceptivo	Biológica	Uso de anticonceptivo No uso de anticon-	Cuestionario página 14

			ceptivos	
Calidad de relación con familiares directos	Percepción de la adolescentes respecto de la relación con familiares directos: padre, madre, hermanos /as	psicológica	Excelente, muy bueno, bueno, malo.	Cuestionario preguntas 15,16 y 17
Calidad de relación con pares	Percepción de la adolescente, respecto a la relación con sus pares	psicológica	Facilidad para hacer amigos. Excelente, muy buena, buena, mala	Cuestionario preguntas 18 y 19
Violencia familiar	Comportamiento o hecho deliberado ejercido por un miembro de la familia, que puede ocasionar daños físicos o psíquicos a otro miembro familiar.	Física Psicológica Sexual	Existe, No existe	Cuestionario pregunta 20 y 21
Violencia de pareja	Comportamiento o hecho deliberado ejercido por uno de los integrantes de la pareja, que puede ocasionar daños físicos o psíquicos al otro miembro de la misma.	Física Psicológica Sexual	Existe, No existe	Cuestionario pregunta 22
Proyecto de vida a mediano y largo plazo	Finalidad o propósito que se desea conseguir en la vida en un plazo de 5 o 10 años	Psicológico Social	Tiene o No tiene proyecto de vida	Cuestionario pregunta 23 y 24
Percepción del nivel socio-económico	Percepción de la adolescente, respecto al nivel socioeconómico de su familia	Social	Excelente, muy buena, buena, mala	Cuestionario pregunta 25

Ha estado embarazada	Proporción de adolescentes que han tenido un embarazo	Biológica	Embarazada o No embarazada	Cuestionario pregunta 26
autoestima	Valoración que uno tiene de sí mismo	Psicológica	Autoestima elevada, media, baja	Test de Rosenberg
Funcionalidad familiar	Conjunto de características que permiten o posibilitan a la familia cumplir con los objetivos y funciones de la familia.	psicológica	Familia funcional, moderadamente funcional, disfuncional, severamente disfuncional	Test FFSILF
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	psicológica	Mínima depresión; Depresión leve Depresión moderada; Depresión grave	Test de Beck para depresión
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad	psicológica	Nivel mínimo de ansiedad, Ansiedad leve, Ansiedad moderada, Ansiedad grave.	Test de Beck para ansiedad

Fuente: El autor
Elaboración: El autor

2.4 Métodos e instrumentos de recolección de datos:

2.4.1 Métodos

Los métodos utilizados fueron mediante el uso de instrumentos de obtención masiva de información como lo son la encuesta y los diferentes test dirigidos a los estudiantes adolescentes de las unidades educativas “Daniel Álvarez Burneo” y “Calasanz”.

2.4.2 Instrumentos.

2.4.2.1 Encuesta estructurada.

Será una encuesta conformada por varios ítems en donde se receptorá información respecto a los diferentes factores de riesgo para embarazo adolescente. En cada uno de los ítems la adolescente deberá señalar una de las opciones que se le presenten.

Previo a la aplicación de la encuesta se realizó la validación de la misma con un grupo de adolescentes.

Revisar anexo 1.

2.4.2.2 Escala de autoestima de Rosemberg.

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. La aplicación es auto administrado.

El modelo de escala de autoestima de Rosemberg como la interpretación de la misma se encuentra en el anexo 2.

2.4.2.3 Test FFSIL.

Este test posibilita de manera práctica y consistente el conocimiento de los índices de función o disfunción familiar, es una plataforma que a su vez permite la intervención preventiva y correctiva. El Test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) fue diseñado por Ortega, De la Cuesta y Días (1999) Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

El test de FFSIL, su puntuación e interpretación se encuentran en el anexo 3.

2.4.2.4 Test de Beck para Depresión.

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. (Guía de Práctica clínica en el SNS, 2016).

Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011), (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2011)

Revisar anexo 4.

2.4.2.5 Test de Ansiedad de Beck.

El Inventario de Ansiedad de Beck es un breve cuestionario auto administrado con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo utilizado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual.

Revisar anexo 5.

Para la aplicación de la encuesta y los test, no se solicitó el nombre al adolescente, en su lugar se utilizó un código que permitió a los investigadores identificar el tipo de colegio al que pertenece cada muestra, para su posterior tabulación.

La codificación se realizó de la siguiente forma:

2.4.3 Procedimiento.

1. Diseño del proyecto
2. Presentación y aprobación del proyecto en las instancias institucionales correspondientes.
3. Aprobación del consentimiento informado del Comité de ética de la Institución
4. Obtención del consentimiento informado de los representantes legales de las adolescentes.
5. Aplicación y análisis de encuesta y test.
6. Tabulación de la información
7. Elaboración del informe final
8. Presentación de resultados finales.

2.5 Plan de análisis de datos.

Para el análisis de datos se utilizó el software Microsoft Office Excel 2010, colocando en las columnas cada uno de los indicadores de las variables y las filas correspondieron a la tabulación tanto de la encuesta como del resultado de la aplicación de los test. Luego se procedió a aplicar las pruebas de estadística descriptiva, utilizando frecuencia, porcentaje, media y percentiles.

2.6 Aspectos éticos.

La presente investigación garantiza confidencialidad porque se codificó los instrumentos utilizados, de manera que se guardó absoluta reserva de quién proporcionó la información.

Se solicitó previo a la participación en el estudio el consentimiento informado de los representantes de las adolescentes (anexo 6), así como de los representantes legales de las instituciones educativas.

CAPITULO III:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

3.1 Resultados

Para obtener los resultados de la encuesta estructurada aplicada en este estudio se agrupo las 26 preguntas en cinco esferas principales:

- Antecedentes ginecológicos (preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14 y 26).
- Educación sexual (preguntas 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- Relaciones familiares (preguntas 15, 16, 17, 20 y 25).
- Relaciones interpersonales (preguntas 18, 19, 21 y 22).
- Proyección de vida (preguntas 23 y 24).

En cuanto a las edades de las unidades educativas "Calasanz" y "Daniel Álvarez Burneo" la distribución fue la siguiente:

Tabla N°3 Distribución por edades de las adolescentes de las unidades educativas "Calasanz" y "Daniel Álvarez Burneo"

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adolescentes menores	48	34%
Adolescentes mayores	92	66%
Total	140	100%

Fuente: Encuesta estructurada
Elaboración: El autor

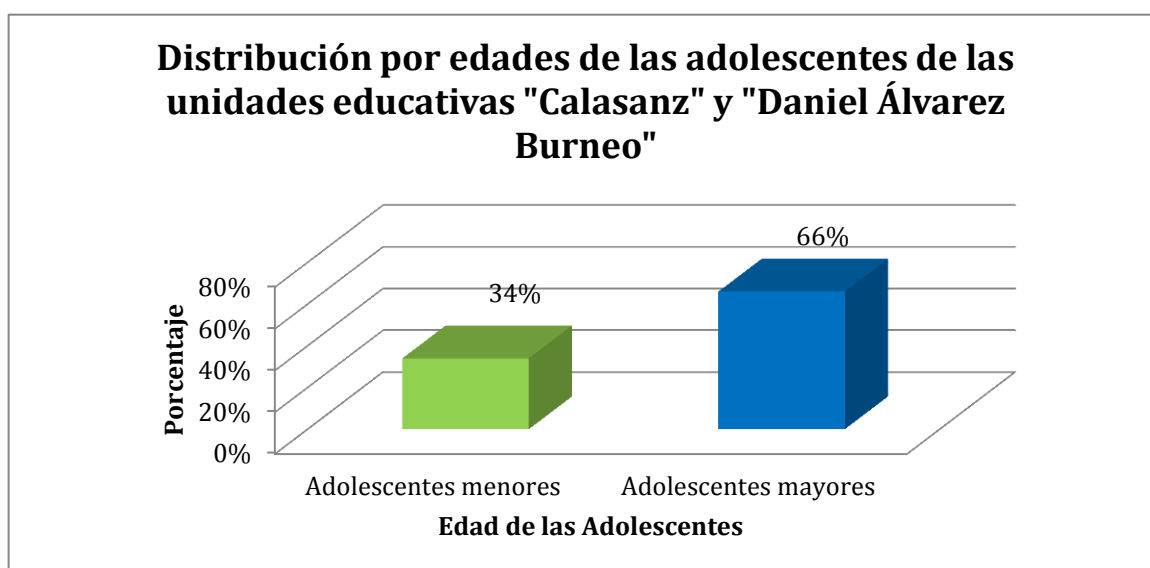


Figura 3: Distribución por edades de las adolescentes de las unidades educativas "Calasanz" y "Daniel Álvarez Burneo"

Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Elaboración: el autor.

Análisis

Es la gráfica se observa que la mayoría de adolescentes que fueron encuestadas son adolescentes mayores representando el 66%, mientras que las adolescentes menores representan el 34%, lo que significa que la mayoría de las adolescentes pertenece a edades comprendidas entre 15 y 19 años.

Tabla N°4 Distribución de los resultados de la encuesta según los Antecedentes Ginecológicos de la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

PREGUNTA	RESPUESTA	Frecuencia	PORCENTAJE
Presencia de menarquia	Si	137	98%
	No	3	2%
2. Edad de menarquia	0	3	2%
	10	5	4%
	11	19	14%
	12	48	34%
	13	39	28%
	14	19	14%
	15	7	5%
3. Edad de la madre cuando tuvo su primer hijo	De 10 a 19 años	53	38%
	De 20 a 29 años	76	54%
	30 años o más	11	8%
4. Inicio de vida sexual	Si	36	26%
	No	104	74%
5. Edad de inicio de vida sexual	14 años	8	6%
	15 años	12	9%
	16 años	8	6%
	17 años	5	4%
	18 años	3	2%
	Ninguna	104	74%
6. Tiene Vida sexual activa	Si	18	13%
	No	122	87%

14. Uso de anticonceptivos	Métodos	USADO		NO USADO	
	Condón masculino	23	16%	117	84%
	Condón femenino	5	4%	135	96%
	Píldoras anticonceptivas	10	7%	130	93%
	Ampollas anticonceptivas	3	2%	137	98%
	Parches anticonceptivos	1	1%	139	99%
	Dispositivo intrauterina	1	1%	139	99%
	Espermicidas	1	1%	139	99%
	Píldora del día después	9	6%	131	94%
	Método del ritmo	8	6%	132	94%
	Implantes subdérmicos	3	2%	137	98%
	26. Esta embarazada	Si	7		5%
No		133		95%	

Fuente: Encuesta estructurada
Elaboración: El autor

Análisis

La mayoría de las adolescentes encuestadas han referido tener su primera menstruación, de los cuales la mayoría la tuvo a las 12 y 13 años, representando el 34% y 28% respectivamente.

El 54% de las madres de adolescente tuvieron su primer hijo entre los 20 y 29 años de edad, mientras que un 38% fueron madres entre los 10 a 19 años.

Los adolescentes que iniciaron su actividad sexual corresponde a un 26% y la edad de inicio fué entre 15 y 18 años y actualmente solo el 13% mantiene una vida sexual activa.

Entre los método anticonceptivos utilizados por las adolescentes que han iniciado su vida sexual tenemos: el condón masculino (16%), píldoras anticonceptivas (7%), píldoras del día después (6%), y método del ritmo (6%).

Se registró un 5% de adolescentes embarazadas.

Tabla N°5 Distribución de los resultados de la encuesta según la esfera Educación Sexual de la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7. Recepción de información sobre métodos para evitar el embarazo	Si	122	87%
	No	18	13%
8. Calificación de la información recibida	Adecuada	103	74%
	Muy adecuada	32	23%
	Inadecuada	5	4%
9. Fuente que le proporcionó la información sobre métodos anticonceptivos	Padres	75	54%
	Profesores	42	30%
	Amigos	6	4%
	Autoestudio	13	9%
	Internet	4	3%
10. Capacidad para usar de forma adecuada la información recibida	Si	75	54%
	No	65	46%
11. Factores que influyen en el inicio de vida sexual	Amor entre miembros de la pareja	76	54%
	Ambos quieran hacerlo	26	19%
	Curiosidad	5	4%
	Lugar tranquilo	4	3%
	Que se conozcan bien	8	6%
	Usar un anticonceptivo	8	6%
	Mis amigos ya han iniciado su vida sexual	0	0%
	Para que mi pareja no me deje	0	0%
	Llevamos mucho tiempo	0	0%
	Deseaba un embarazo	0	0%
	Ninguno	13	9%
MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD			
12.01 La primera vez que tiene relaciones sexuales no hay riesgo de embarazo	verdadero	49	35%
	falso	91	65%

12.02 Si el hombre eyacula afuera no hay riesgo de embarazo	verdadero	88	63%		
	falso	52	37%		
12.03 Tomar anticonceptivos produce aumento de peso	verdadero	74	53%		
	falso	66	47%		
12.04 Tomar anticonceptivos produce cáncer	verdadero	70	50%		
	falso	70	50%		
12.05 Usar condón puede producir alergias	verdadero	95	68%		
	falso	45	32%		
12.06 Usar condón reduce la sensibilidad	verdadero	68	49%		
	falso	72	51%		
12.07 en la primera relación sexual no es necesario utilizar un método anticonceptivo:	verdadero	25	18%		
	falso	115	82%		
12.08 La ducha vaginal u orinar después de tener relaciones previene el embarazo	verdadero	42	30%		
	falso	98	70%		
13. Conocimiento de anticonceptivos	MÉTODOS	CONOCE		NO CONOCE	
	condón masculino	128	91%	12	9%
	condón femenino	70	50%	70	50%
	píldoras anticonceptivas	93	66%	47	34%
	ampollas anticonceptivas	51	36%	89	64%
	parches anticonceptivos	8	6%	132	94%
	dispositivo intrauterina	7	5%	133	95%
	espermicidas	4	3%	136	97%
	píldora del día después	104	74%	46	33%
	método del ritmo	21	15%	119	85%
	implantes subdérmicos	19	14%	121	86%

Fuente: Encuesta estructurada
Elaboración: El autor

Análisis

El 87% de las adolescentes refieren haber recibido información sobre métodos anticonceptivos, de las cuales el 74% la considera información adecuada. La mayoría de dicha informa-

ción fue recibida por los padres y profesores, representando el 54% y 30% respectivamente. Un 54% de las adolescentes se siente en capacidad de utilizar un método anticonceptivo.

El 54% de las adolescentes refiere que iniciaría su vida sexual “por amor a su pareja”, además el 65% de las adolescentes considera que “la primera vez que tiene relaciones sexuales no hay riesgo de embarazo” y el 63% opina que no existe riesgo de embarazo “si el hombre eyacula afuera”

Un 53% cree que tomar anticonceptivos produce aumento de peso, el 50% piensa que ingerir anticonceptivos produce cáncer.

El 68% de las adolescentes considera que el uso de condón puede producir alergias y un 49% refiere que su uso reduce la sensibilidad del acto sexual.

El 82% de las adolescentes considera que se debe usar un método anticonceptivo en la primera relación sexual y el 70% piensa que la ducha vaginal u orinar después del acto sexual previenen el embarazo.

En general las adolescentes conocen la mayoría de los anticonceptivos siendo el condón masculino (91%), la píldora del día después (74%), las píldoras anticonceptivas (66%) y el condón femenino (50%) las más populares.

Tabla N° 6 Distribución de los resultados de la encuesta según las Relaciones Familiares de la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15. Calificación de la relación con su madre	excelente	76	54%
	muy buena	31	22%
	buena	29	21%
	mala	4	3%
16. Calificación de la relación con su padre	excelente	38	27%
	muy buena	35	25%
	buena	55	39%
	mala	12	9%
17. Calificación de relación con sus hermanos	excelente	61	44%
	muy buena	41	29%
	buena	31	22%

	mala	2	1%
	no tengo hermanos	5	4%
20. Presencia de Violencia en su familia	Si	40	29%
	No	100	71%
20.1 Que tipo de violencia está presente	Física	18	13%
	psicológica	17	12%
	Sexual	5	4%
	Ninguna	100	71%
25. Percepción de la condición socioeconómica de su familia	excelente	19	14%
	muy buena	58	41%
	buena	60	43%
	mala	3	2%

Fuente: Encuesta estructurada
Elaboración: El autor

Análisis

El 54% de los adolescentes refieren tener una relación excelente con su madre, el 22% la califica de muy buena, un 21% la califica como buena y un 3% la califica como mala.

La relación con el padre las adolescentes la califican de la siguiente forma: excelente con un 27%, muy buena 25%, buena un 39% y mala un 9%.

La relación con sus hermanos fue calificada como: excelente con un 44%, muy buena un 29%, buena con un 22%, mala 1% y el 4% refiere no tener hermanos.

Los adolescentes encuestados refirieron presencia de violencia en su familia (29%), el tipo de violencia presente es física con un 13%, psicológica con un 12%, sexual un 4%.

Las adolescentes perciben la condición socioeconómica de su familia de la siguiente forma: excelente 14%, muy buena 41%, buena 43% y mala un 2%.

Tabla N°7. Distribución de los resultados de la encuesta según las Relaciones Interpersonales de la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18. Fácil hacer amigos	si	115	82%
	no	25	18%
19. Relación con sus compañeros o amigos	excelente	52	37%
	muy buena	68	49%
	buena	20	14%
	mala	0	0%
	no tengo amigos	0	0%
21 Relación con su pareja	excelente	18	13%
	muy buena	17	12%
	buena	17	12%
	mala	1	1%
	no tengo pareja	87	62%
22. Ha sido víctima de violencia por la pareja	Si	4	3%
	No	136	97%
22.1 Violencia de qué tipo ha recibido de su pareja	física	2	1%
	psicológica	2	1%
	Sexual	0	0%
	Ninguna	136	97%

Fuente: Encuesta estructurada
Elaboración: El autor

Análisis

Este grupo de preguntas valora las relaciones en general con sus amigos y parejas. La mayoría de las encuestadas, representadas en el 82% se les hace fácil hacer amigos, y la relación con ellos es entre excelente 37%, muy buena 49% y buena 14%, las adolescentes que tienen pareja mencionan llevarse excelente con él, representados en el 13%, un 12% tiene una relación muy buena y buena; 3% de las adolescentes ha recibido violencia por parte de

su pareja siendo de tipo física y/o psicológica Hay que considerar que la gran mayoría de las adolescentes no tiene pareja (62%).

Tabla N° 8 Distribución de los resultados de la encuesta según el Proyecto de Vida de la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

PREGUNTA	RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
23. Proyección de vida a corto plazo	Continuar los estudios	130	93%
	Buscar trabajo	1	1%
	Viajar al exterior	6	4%
	Formar una familia	1	1%
	no he pensado en eso	2	1%
24. Proyección de su vida a largo plazo	Continuar los estudios	103	74%
	Buscar trabajo	12	9%
	Viajar al exterior	13	9%
	Formar una familia	8	6%
	no he pensado en eso	4	3%

Fuente: Encuesta estructurada
Elaboración: El autor

Análisis

Son interesantes los resultados obtenidos en este apartado ya que los adolescentes al ser encuestados de cómo se ven a 5 años y 10 años la mayoría contestó que “continuar con sus estudios”, el 93% y 74% respectivamente, mientras que una pequeña parte, se proyecta a los 10 años buscar trabajo (9%) y viajar al exterior (9%).

A continuación se detallan los resultados del Inventario de depresión de Beck, que se utilizó para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en los adolescentes, esta herramienta útil consta de 21 ítems, y describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con esta patología. Otra herramienta utilizada fue el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL), que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. También fue de ayuda la

escala de autoestima de Rosemberg, que permite con pocas preguntas, una muy acertada valoración de nuestro autoconcepto y autoaceptación personal. Y por último se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad.

Tabla N°9 Distribución de los resultados de la encuesta según los datos obtenidos del Test de Beck, en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Resultado del Inventario de Beck	frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	110	78,5%
Depresión leve	14	10%
depresión moderada	15	11%
Depresión grave	1	0,5%
TOTAL	140	100%

Fuente: Inventario de depresión de Beck
Elaboración: El autor

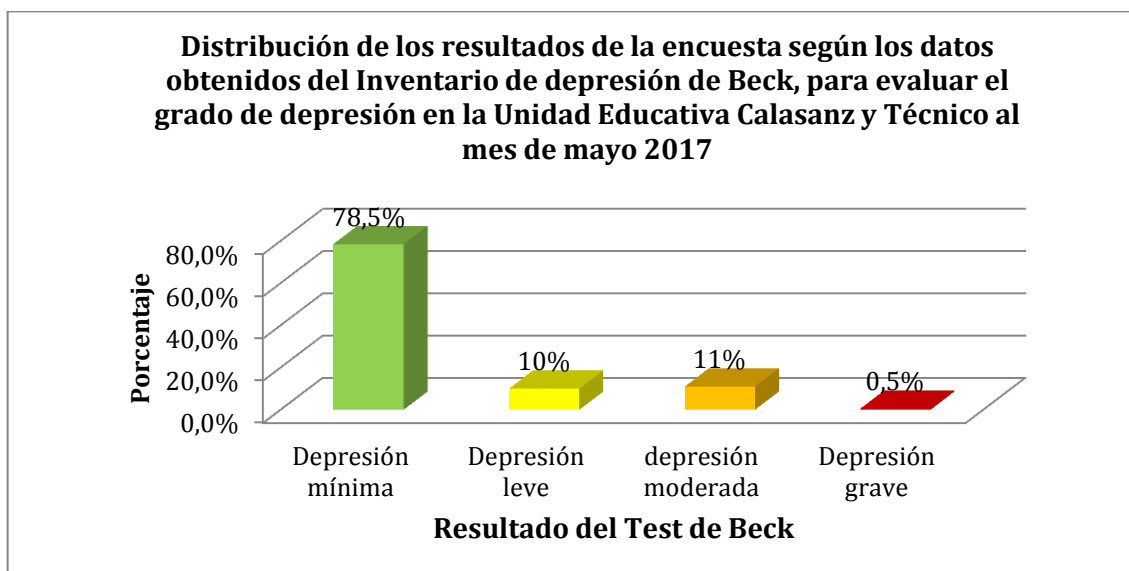


Figura 4: Distribución de los resultados de la encuesta según los datos obtenidos del Test de Beck, en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Fuente: Inventario de Depresión de Beck
Elaboración: el autor.

Análisis

En el presente gráfico se observa el porcentaje de las adolescentes que presentan depresión según el “Test de Depresión de Beck”, el cual arrojó resultados favorables donde la mayoría tiene depresión mínima representados en el 79%, mientras un 10% tiene depresión leve y el 11% depresión moderada.

Tabla N°9: Distribución de los resultados de la encuesta según los obtenidos del test para depresión de Beck, en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Resultado del Cuestionario de FFSIL	frecuencia	Porcentaje
Funcional	40	28%
Moderadamente funcional	64	46%
Disfuncional	32	23%
Severamente Disfuncional	4	3%
Total	140	100%

Fuente: Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)
Elaboración: El autor

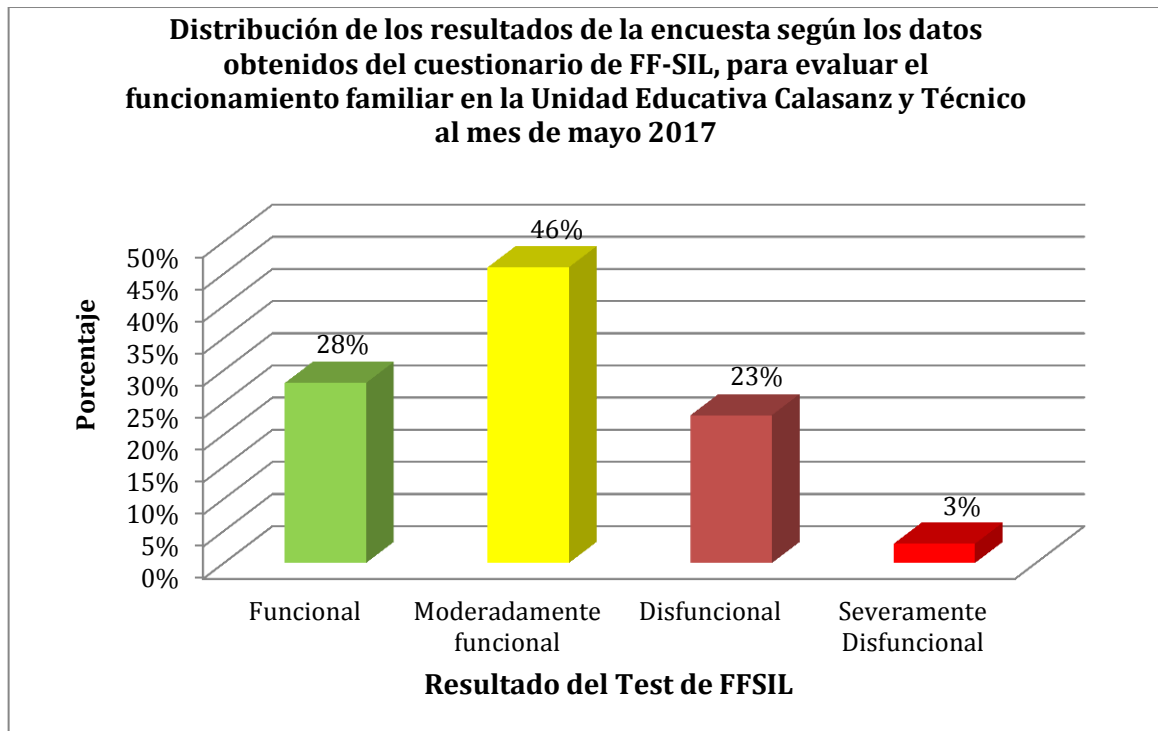


Figura 5: Distribución de los resultados de la encuesta según los obtenidos del test para depresión de Beck, en la Unidad Educativa Calasanz y Daniel Álvarez Burneo al mes de mayo 2017
Fuente: Cuestionario de Funcionamiento familiar FF-SIL
Elaboración: el autor.

Análisis:

En este gráfico que presenta como los adolescentes perciben el funcionamiento familiar según el “Test de FF-SIL”, donde se observa resultados interesantes donde las adolescentes en un 46% considera moderadamente funcional a su familia, mientras que solo un 28% considera del todo funcional su familia, y un nada despreciable 23% lo considera disfuncional, mientras que un 3% de los adolescentes percibe severamente disfuncional a su familia.

Tabla N° 10: Distribución de los resultado de la aplicación del test de Rosenberg, para evaluar la Autoestima en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Resultado de la Escala de Rosenberg	frecuencia	Porcentaje
Autoestima normal	81	58%
Autoestima media	26	19%
Autoestima baja	33	23%
Total	140	100%

Fuente: Escala de Autoestima de Rosenberg
Elaboración: El autor

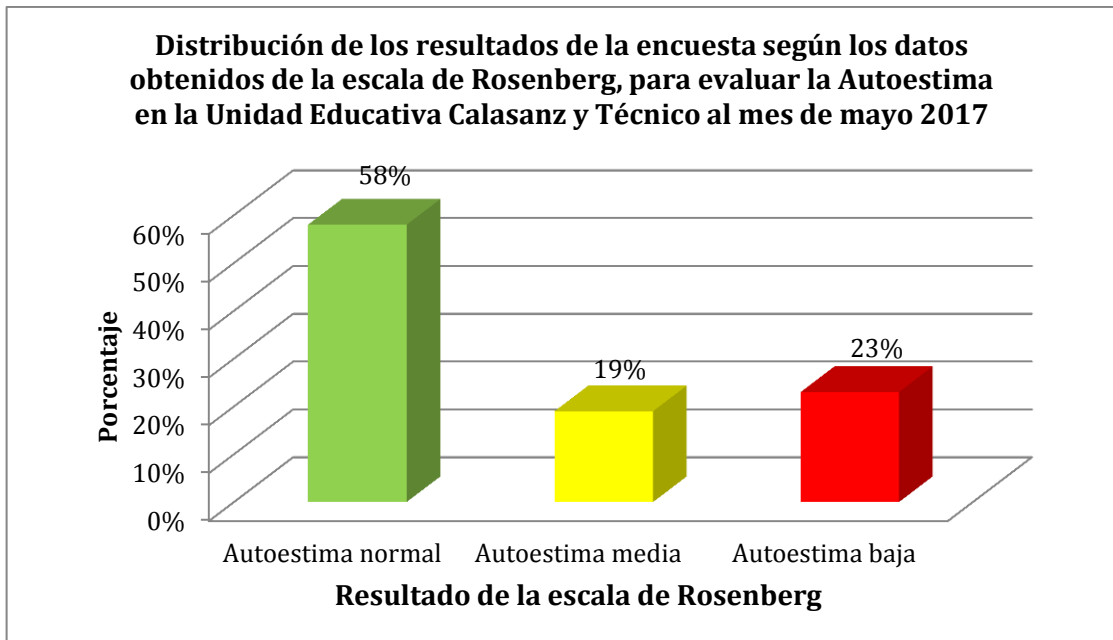


Figura 6: Distribución de los resultado de la aplicación del test de Rosenberg, para evaluar la Autoestima en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Fuente: Escala de autoestima de Rosenberg
Elaboración: el autor.

Análisis:

El gráfico mostrado tiene el objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma según el “Test de autoestima Rosenberg”, donde se observa que más de la mitad de las adolescentes tiene una autoestima normal (58%), mientras que el 19% tiene una autoestima media y el 23% de las encuestadas tiene una autoestima baja.

Tabla N° 11: Distribución de los resultados del test de Beck, para evaluar la Ansiedad en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Resultado del Test de Ansiedad de Beck	frecuencia	Porcentaje
Ansiedad mínima	49	35%
Ansiedad leve	20	14%
Ansiedad moderada	17	12%
Ansiedad grave	54	39%
TOTAL	140	100%

Fuente: Inventario de Ansiedad de Beck
Elaboración: El autor

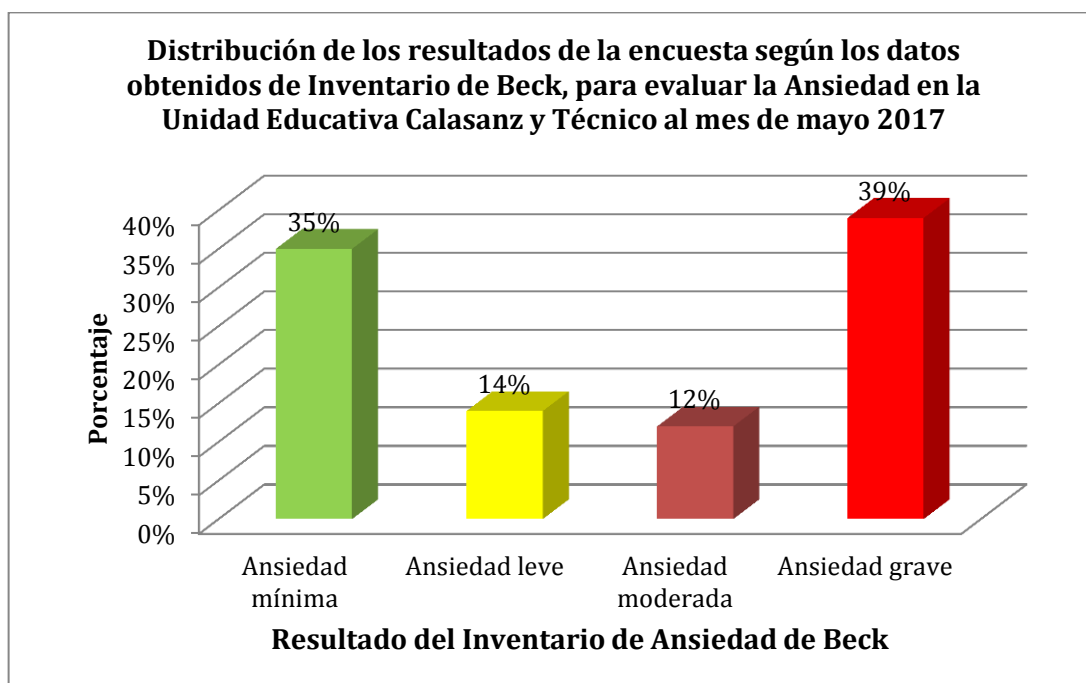


Figura 7: Distribución de los resultados del test de Beck, para evaluar la Ansiedad en la Unidad Educativa Calasanz y Técnico al mes de mayo 2017

Fuente: Inventario de Ansiedad de Beck
Elaboración: el autor.

Ansiedad.

Podemos observar algo interesante en este gráfico, el 39% de ellos presenta una ansiedad grave, sin embargo el que le sigue en orden de frecuencia es la ansiedad mínima, dando un porcentaje bajo a la ansiedad leve y moderada 14% y 12% respectivamente.

Análisis de los resultados de se debe priorizar

En base al análisis anterior los factores en los cuales se debe priorizar las futuras intervenciones, es con respecto a la utilización de los métodos anticonceptivos, la mayoría de las

adolescentes (54%) conoce los métodos de barrera y las píldoras, pero poco más de la mitad se siente en capacidad para utilizarlo, factor que pudiera contribuir al riesgo para el embarazo precoz.

La ansiedad en nuestra población adolescente es considerable, la mayoría presenta una ansiedad grave 39%, mientras que la ansiedad moderada representó un 12%, los adolescentes con niveles altos de ansiedad, se muestran inseguros, con gran necesidad de recibir aprobación de los demás, confían poco en sí mismos, factores en los cuales se debe priorizar, para dirigir intervenciones que puedan aplacar esta ansiedad y así disminuir el riesgo de embarazo precoz.

Otro factor en el que se debe priorizar futuras intervenciones es la autoestima que el 42% de los adolescentes presenta una autoestima entre media y baja. La autoestima baja condiciona el aprendizaje, las relaciones sociales, la autonomía y la personalidad, bases fundamentales para desarrollar una identidad firme. Las estrategias deben ir planteadas a elevar y afianzar la autoestima de los adolescentes.

3.2 Discusión

El presente proyecto de investigación desarrollado en la Unidad Educativa Calasanz y la Unidad Educativa Fiscomisional Daniel Álvarez Burneo, tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo que predisponen al embarazo precoz en las adolescentes que estudian en dichos colegios de la provincia de Loja del cantón Loja, para poder dirigir intervenciones futuras que disminuyan dichos factores predisponentes.

La etapa de adolescencia es una transición compleja y difícil de entender y que prepara a la persona para afrontar diferentes cuestiones respecto su vida posterior como adulto, una de las situaciones más difíciles e incómodas para el adolescente es a la hora de hablar de sexo. En Ecuador, el embarazo adolescente se mide usualmente entre los 12 a 19 años, aunque este puede aparecer antes.

En el presente proyecto, el 98% de las adolescentes había tenido su primera menstruación al momento de ser encuestada, y más de la mitad tenía entre 12 y 13 años de edad cuando la tuvo. Se observa que el 54% de las madres de las adolescentes tuvieron entre 20 a 30 años al tener su primer hijo y el 38% tuvo menos de 19 años, estos datos se parecen a los publicados por (Mora, Hernández, & ., 2015), donde se menciona que el 24,5% de las madres adolescentes tenían entre 13 y 19 años, y que el 63% mayores de 19 años eran madres o estaban embarazadas, otro estudio realizado en el Salvador (FESAL, 2008), evidencia que del total de encuestados entre 15 y 19 años, el 18% tiene al menos un hijo.

En una encuesta realizada por CONASIDA, en la Ciudad de México, se observó que la edad promedio de la primera penetración vaginal fue de 17.4 años, y que en generaciones previas, nacidas durante la década de 1970, el promedio fue de 16.4 años. En otro estudio realizado por (Mora, Hernández, & ., 2015) se apreció que las adolescentes empiezan a tener relaciones a los 16 años, similar resultados a los del presente estudio donde los adolescentes que iniciaron su actividad sexual (26%), la mayoría tenía entre 15 y 16 años, representando un 13% y 10% respectivamente, de los cuales solo el 13% tiene vida sexual activa al momento de realizarle la encuesta. Además se encontró que un 5% de las adolescentes han estado embarazadas, cifras similares a un estudio realizado en la ciudad de México donde la prevalencia de embarazo fue de 4,4% de las encuestadas adolescentes, otro estudio realizado en la provincia de Cuenca, en el cantón de Limón-Indanza, (Suarez & Vera, Sucúa 2011), mostró una prevalencia de embarazo en el 10,52% de las encuestadas, esta diferencia de valores puede estar sujeta dependiendo del sector donde se realice la encuesta, siendo menos frecuente el embarazo en el sector urbano, como es el caso del presente estudio, sin embargo, se debe mencionar que la población rural es muy dispersa y con condi-

ciones socio-económicas y culturales diferentes, lo que probablemente se manifieste en la baja cobertura de atención prenatal y por consiguiente sus cifras más elevadas de embarazo adolescente.

En cuanto a las razones para tener relaciones sexuales según un estudio realizado en el municipio de Miranda-Cauca en Colombia (Herney, Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal, & Serrano, 2012) fue el amor 9,2 %, la curiosidad 4,7 % y, la combinación de las dos (amor y curiosidad) 3,2%, mientras que en un estudio cubano (Castro, 2010), los motivos más fuertes por los que iniciaban las relaciones sexuales fue en primer lugar la curiosidad con 53.2%; en segundo lugar, la búsqueda de compañía, apoyo y afecto con 50%, seguida de experimentar placer con 40.3%, el primer estudio es muy similar a este estudio, donde la mayoría toma o tomaría en cuenta el amor con la pareja para iniciar la vida sexual, mientras que con el segundo estudio se contrasta, debido a que la curiosidad solo representa el 4%.

En nuestro estudio el 87% de las adolescentes habían recibido información sobre los métodos anticonceptivos, de las cuales el 74% la considera información adecuada, esto contrasta con un estudio hecho por “El Centro Latinoamericano de Salud y Mujer ((CELSAM), (CEPAL), & (UNICEF), 2008)” que da a conocer en un trabajo de investigación en el 2008 que 66% de las jóvenes encuestadas entre 13 y 19 años no ha recibido información adecuada sobre educación sexual, dentro de este porcentaje se incluyen adolescente que si recibieron información, sin embargo dicha información es muy inadecuada o insuficiente por los adolescentes para considerarla apropiada para su utilización. Otro estudio realizado en la parroquia Checa en la provincia de Pichincha (González, Quito 2011) menciona que la principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos es el colegio (29,8%), la segunda los amigos (22,9%), y en tercer lugar la familia (22,6%); estos resultados son diferentes a los obtenidos en nuestro estudio, ya que más de la mitad de la información fue recibida por los padres (54%) y en segundo lugar por los profesores en el colegio 30%, mientras que en tercer lugar estaba el buscar información por cuenta propia 9%. Aunque es política del colegio abordar temas relacionados con la educación sexual, vemos que la mayoría información proviene de la familia de los padres más concretamente, esto significa que ellos están asumiendo un rol principal en la educación sexual de sus hijos, lo que representa una posible mayor comprensión de la sexualidad en los jóvenes.

El mismo estudio revela que los métodos anticonceptivos que más conoce los adolescente es el condón ubica en 34%, las pastillas con un porcentaje de 12,5, y la inyección con un porcentaje de 12,5%. Otro estudio realizado por (Arrieta, Ramos, Murillo, Mercado, & Velasquez, 2015) sobre los métodos de planificación familiar (MPF), el 89,5% conoce al me-

nos uno de ellos. El condón es el más conocido con el 80,6%, en segundo lugar se encuentra el método del ritmo con 33,5% de conocimiento. Los métodos caseros son menos conocidos la ducha vaginal representaba sólo el 1,6%. Dichos estudios tienen resultados similares a los nuestros ya que el condón masculino como el femenino son los más conocidos representando el 91% y 74% respectivamente, en cuanto al segundo método anticonceptivo más conocido en nuestro estudio fue las píldoras anticonceptivas y/o del día después, mientras que el método del ritmo solo las conoce un 15% de las adolescentes encuestadas. Es comprensible que los métodos de barrera sean los más conocidos entre ellos el condón, por parte de los adolescentes ecuatorianos, esto en gran medida debido a la promoción prevención que ha hecho por medios de difusión masiva por el MSP en los últimos años, aunque el conocimiento aumento la utilización de dichos métodos anticonceptivos sigue siendo baja, como se demuestra en nuestra investigación donde solo el 16% de las encuestadas ha utilizado el condón masculino, un 7% las píldoras anticonceptivas y un 6% el método del ritmo, similares datos arrojó (Arrieta, Ramos, Murillo, Mercado, & Velasquez, 2015), donde solo el 14,4% de los encuestados utiliza condón, un 6,1 utiliza el método del ritmo y sólo el 1,6% reporta haber utilizado la ducha vaginal como método anticonceptivo. El estudio de (González, Quito 2011)mostró que un 34% utilizó el condón, su mayor uso según el autor puede obedecer a que en el pensamiento del adolescente es la única herramienta contra de la prevención de ETS y al VIH, en caso de ser sexualmente activos. Las pastillas incluidas las del “día después y/o anticonceptivas” ocupan un segundo lugar en frecuencia (31,3%) y según el autor tiene una relación directa con la prevención del embarazo, ello plantea una concordancia que los métodos están vinculados a la relación de género.

Varios estudios se ha realizado en cuanto a mitos de la sexualidad de refiere, entre destaca (Cordon, 2008) el autor demuestra en su estudio que el 51,4% de las adolescentes estudiadas afirma que con el condón se siente menos, el 30,8% piensa que la eyaculación fuera no tiene riesgo de embarazo, el 8.2% piensa que las chicas no pueden quedar embarazadas en la primera vez que tienen relaciones sexuales, otro estudio realizado por (Fajardo, Gómez, & Guerrero, 2014), manifiestan que la infertilidad provocada por los anticonceptivos es un mito, sin embargo mencionan que el uso de prolongado de anticonceptivos de depósito como las inyecciones pueden hacer que se presente un aumento de peso, otros estudios similares refieren que un 63,2% de los encuestados, piensan que tomar anticonceptivos engorda, y un 59,8% piensa que le provocara esterilidad si los toma por mucho tiempo, en el presente estudio se evidencia resultados similares donde 35% de las adolescentes creen que no hay riesgo de embarazo la primera vez que se tiene relaciones sexuales, el 53% piensa que los anticonceptivos producen aumento de peso, el 68% piensa que el uso de condón puede

producir alergias, un 49% creen que el uso de condón reduce la sensibilidad, pero contrasta con el mito que menciona “que si el hombre eyacula afuera no hay riesgo de embarazo” representado el 63%.

Nuestro presente proyecto, más de la mitad (57%) de los adolescentes refieren tener una relación excelente con su madre, y así mismo el 73% tiene una relación entre excelente (44%) y muy buena (29%) con sus hermanos, esto contrasta con la relación con los padres donde el 39% tiene una relación buena, pero solo el 27% refiere una relación excelente. Esto contrasta con un estudio (Alarcón, Coello, Cabrera, & Monier, Ciudad de la Habana ene.-jun. 2009), donde los autores analizaron la relación en conjunto con los padres, donde sus resultados fueron que el 52% de los adolescentes menciona tener una relación inadecuada con sus padres mientras que el 48% refiere una relación adecuada, otro estudio (Holguín, Mendoza, Esquivel, Sánchez, Daraviña, & Acuña, 2013), correlaciona la percepción el adolescente de no compartir o compartir poco tiempo con la madre y en menor medida, aunque estadísticamente significativo, con el padre como un factor de riesgo para iniciar la actividad sexual temprana.

La mayoría de las adolescentes percibe la condición socioeconómica de su familia entre muy buena y buena, representado el 41% y 43% respectivamente, mientras que solo el 2% de las adolescente encuestadas percibe el ingreso de su familia como mala, esto contrasta con diferentes estudios donde se analiza la situación socioeconómica e ingreso de los padres como factor de riesgo para el embarazo adolescente, en un estudio en que participaron 193 mujeres con edades entre los 13 y 19 años de edad residentes en el área urbana del municipio de Briceño-Colombia (Gómez & Montoya, 2014) arrojó interesantes resultados, donde la mayoría de la adolescentes encuestadas que estuvieron o están embarazadas, representadas en el 84% perciben un ingreso inferior por sus padres a \$ 167, mientras que los padres de adolescentes no embarazadas solo el 56,7% percibe dicho sueldo.

Dentro del desarrollo del adolescente la relación con sus amigos y compañeros, es más afianzada que en otras etapas, motivo por el cual es importante indagar su la relación con los mismos, ya que los amigos pueden actuar bien como factor de riesgo o protector para el embarazo adolescente, como lo señala el estudio de (Mendoza, Claros, & Pañaranda, 2016) que menciona que el comportamiento de los amigos es esencial e influyente para que el adolescente inicie a tener sexo, sin embargo otro (Robinson, 2000) estudio menciona que el apoyo mutuo, por parte de los amigos es un factor protector para el inicio temprano de la actividad sexual. En nuestro estudio no se puede determinar qué rol juegan los amigos de los adolescentes encuestados en el inicio temprano de la actividad sexual, sin embargo, la influencia que tienen ellos para la toma de decisiones por parte de los adolescentes, no es

discutida, y está sujeta a la costumbre y cultura de la comunidad, para determinar su la relación con sus amigos es un factor protector o un factor de riesgo.

En nuestra población de adolescentes, la mayoría no tiene pareja 62%, pero las que sí tienen, la mayoría tiene una relación muy buena, un número muy reducido ha recibido violencia por parte de la pareja, siendo esta de tipo física, similares datos se encontraron en un estudio (Sanchez, Ortega, Ortega , & Viejo, 2008) realizado a 378 adolescentes de los cuales 201 eran mujeres, ellas refieren tener un buen nivel de satisfacción con su pareja, se comunican bien y tienen expectativas positivas, de igual manera que nuestro estudio, los conflictos de pareja se encontró en un número reducido pero no desechable de adolescentes, que sí estaba implicado en formas de violencia, entre ellos se destacaba insultos verbales, amenaza de romper la relación y agresión física.

La depresión entre la población adolescente en nuestro estudio, según el inventario de depresión de Beck, mostró que el 79% de los encuestados tienen mínima depresión o no la presentan, un 11% depresión moderada, mientras que un 0,5% tiene depresión grave, estos resultados son similares a la investigación realizada en un colegio en Ambato (Erráez, 2011) donde se aplicó el Test de Zung y Cond, cuyos resultados muestran que el 50,90% se encuentra dentro de los parámetros normales, el 29,09% exterioriza una depresión mínima o ligera, el 14,54% una depresión moderada o marcada y el 5.45% una depresión severa o extrema. La depresión es este grupo etario, está sujeta a diferentes variables, una de ellas es que ocurra un suceso vital estresante de tipo familiar, que puede inclinar la balanza a un estado de depresión, debido a la susceptibilidad característica de la etapa adolescente.

Un estudio realizado por donde se entrevistaron a 65 adolescentes, donde los resultados de la funcionalidad familiar arrojaron que el 49% proviene de familias funcionales, el 39% de familias con disfunción moderada y 12% con disfunción severa, estos resultados guardan relación con nuestro estudio.

La satisfacción que los adolescentes tiene si mismos según el “Test de autoestima Rosenberg”, es que más de la mitad de las adolescentes tiene una autoestima normal (58%), mientras que el 19% tiene una autoestima media y el 23% de las encuestadas tiene una autoestima baja resultados similares fueron encontrados en la investigación de (Ceballo, Camargo, Sánchez, & Requena, jun. 2011), los autores aplicaron la escala de Rosenberg, al igual que la presente investigación, donde se obtuvo que el 31% presento una autoestima baja, el 59% una autoestima normal y el 9,09% una autoestima elevada, otros estudios mencionan que la autoestima disminuye en adolescentes que han estado embarazadas y que se asocian a problemas de índole familiar y social.

La ansiedad en nuestra población, se caracterizó por que un gran porcentaje de las encuestadas refirió tener una ansiedad grave, representando el 39%, un 14% una ansiedad baja y un 12% una ansiedad moderada, resultados que distan mucho de otros estudios, donde la ansiedad alta o grave es muy baja, en el estudio de (Vázquez & Crismán, 2016) que considera a la ansiedad como estado y como rasgo, menciona que el 42,7% de la encuestadas mujeres tiene una ansiedad baja y que el 57% restante una ansiedad media, siendo nula la ansiedad alta. Iguales resultados arrojó la ansiedad como rasgo, en este estudio.

CONCLUSIONES

Luego de la interpretación de los datos obtenidos y de su comparación con literatura internacional, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se concluye que en las adolescentes estudiadas en los colegios “Calasanz” y “Técnico” los factores asociados a embarazo precoz fueron ser hija de una madre adolescente (38%), haber iniciado su vida sexual a edades tempranas (26%) y tener un antecedente de embarazo (5%). El desconocimiento de los métodos anticonceptivos (13%), violencia familiar (29%). Un rol fundamental desempeña la autoestima baja (23%) y la ansiedad grave (39%), para el inicio temprano de la actividad sexual.
2. La prevalencia de embarazo en el colegio Técnico fue del 1,4%, en cambio en el colegio Calasanz fue del 8,5% de la población encuestada, del periodo electivo que inició en septiembre del 2016 hasta mayo del 2017.
3. Los factores de riesgo que se debe priorizar, son educar a las adolescentes en el buen uso de los métodos anticonceptivos, fortalecer de las relaciones familiares, sobre todo con la figura paterna. Controlar la ansiedad y mejorar la autoestima en los adolescentes.

RECOMENDACIONES

Con miras a futuras intervenciones y estudios y al respecto del tema de esta investigación, se realizan las siguientes recomendaciones:

- Debe considerarse la interculturalidad y las costumbres de los adolescentes, para tener una mejor comprensión de las intervenciones más oportunas dirigidas a los adolescentes escolarizados, en la continuación de este proyecto.
- Difundir los resultados obtenidos en la presente investigación a los colegios donde fueron obtenidos los datos, para que en trabajo conjunto con la UTP, se puedan optar por las intervenciones más adecuadas.
- Mediante los datos obtenidos en esta investigación, se recomienda a los colegios donde se realizaron las encuestas implementar asignaturas donde se engloben los temas, sobre una adecuada educación sexual y del uso de métodos anticonceptivos.
- Extender la investigación a colegios de la zona rural del cantón Loja, para tener una visión más real y global de los factores de riesgo predisponentes al embarazo precoz en el cantón Loja.

BIBLIOGRAFÍA

- (CELSAM), (CEPAL), & (UNICEF). (2008). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. *Análisis e investigaciones de CELSAM*, ISSN 1816-7527.
- Alarcón, R., Coello, J., Cabrera, J., & Monier, G. (Ciudad de la Habana ene.-jun. 2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia . *Rev Cubana Enfermer v.25 n.1-2* .
- American Academy of Child Adolescent Psychiatry. (2011). Facts for Families: Child sexual abuse. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Arrieta, J., Ramos, E., Murillo, Mercado, K., & Velasquez, K. (2015). Embarazo en la adolescencia en Cartagena. . *Rev.cienc.biomed;* , 1 (2): 162 – 167.
- Bombino y col. (2015). Ser madre adolescente: "una experiencia bonita, pero complicada". Estudio de casos en Barinas, 2012. *CEDEM/Novedades en Población*, 78-88.
- Bowden, V., & Greenberg, C. (2010). *Children and their families: the continuum of care* (segunda ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Castro, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Ceballo, G., Camargo, K., Sánchez, I., & Requena, K. (jun. 2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta . *rev. psicol. univ. antioquia vol.3 no.1*, 29-38.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). *Evaluación del Inventario BDI-BDII*. Madrid: Manual de la Federación Europea de las Asociaciones de Psicólogos.
- Cordon, J. (2008). Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo.
- Doblado, D., Batista, I., Pérez, E., Jiménez, C., & González, G. (2011). Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Revista Cubana de Ginecología*, 35(4).
- Erráez, S. (2011). LA MIGRACIÓN DE UNO DE LOS PADRES Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO A SEXTO

CURSO DEL COLEGIO LEONARDO MURIALDO DE LACIUDAD DE AMBATO.
Trabajo de investigación previo a la obtención de título de psicología previa, 54-78.

Estados Unidos Department of Health and Human Services Office of Adolescent Health. (2014). *Trends in Teen Pregnancy and chilbearing*. Recuperado el 7 de Agosto de 2016, de Trends in Teen Pregnancy and chilbearing: <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/trends.html>

Fajardo, A. (2011). ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA EL CUIDADO DE LOS/AS ADOLESCENTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. POLICLÍNICO "DR. CARLOS J. FINLAY". MARIANAO, 2009. *Enfermería global*, 1695-6141.

Fajardo, C., Gómez, B., & Guerrero, A. (2014). Mitos y verdades sobre sexualidad en los adolescentes de Baños-Cuenca . *Tesis previa a la obtención de título de enfermería*, 44-77.

Federal Interagency Forum of Child and Family Statistics. (2011). *America's Children: key National Indicators of Well-Being*.

FESAL. (2008). *Encuesta Nacional de Salud Familiar*. El Salvador.

Gaete, v. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de pediatría*, 86(6):436---443.

Gamboa; Martinez; Gill; González. (2012). *El Embarazo adolescente: Afectación de la Salud y garantía de derechos*. Colombia: Grupo Médico por el derecho a decidir.

Giedd, J. (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 718-729.

Gómez. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima: FLASOg.

Gómez, C., & Montoya, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revsta de Salud Pública*.

González, A. (Quito 2011). Diseño e Implementación de Estrategias de Promoción de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de 14 a 17 Años a partir del Análisis de las Percepciones Culturales sobre la Anticoncepción. *Tesis de grado como requisito para obtención de título de Magíster en Salud Pública*, 50-140.

Grossman, S., & Mattson, C. (2014). *POTH Fisiopatología. Alteraciones de la Salud. Conceptos básicos*. Barcelona-España: Lippincott Williams & Wilkins.

- Guachamín, J. (2010). Embazo en la adolescencia y sus complicaciones clínico-quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga. *Tesis de Grado Previa a la Obtención de título de médico general*, 20-82.
- Guía de Práctica clínica en el SNS. (2016). *Instrumentos de evaluación de la Depresión*.
- Herney, A., Rengifo-Reina, A., Córdoba-Espinal, & Serrano, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano . *Rev. salud pública.* , 14 (4): 558-569.
- Holguín, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Sánhez, R., Daraviña, A., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.3 Santiago* , 78(3): 209 - 219.
- INEC. (2010). *Embarazo Adolescente*. Quito: INEC.
- INEC. (2010). *INEC*. Recuperado el 5 de AGOSTO de 2015, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>
- Instituto Nacional de la Juventud. (2013). Séptima encuesta Nacional de Juventud 2012. *Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de Chile*.
- Jospe, N., Marcdante, K., Kliegm, R., & Jenson, H. (2011). *Nelson essential of pediatrics*. Philadelphia: Saunde Elsevier.
- Kapperler, E. M. (2015). Adolecent Healt and Teen Pregnancy in the United States: A Progress Report. *Public Healt Reports* , 197-130.
- Krauskopf, D. (2011). Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes. *Participación y Desarrollo Social en la Adolescencia. San José: Fondo de Población de Naciones Unidas*, 45-69.
- Lozano, A., & Stanley, H. (JULIO 2014). TEORÍA DE TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA. *ULTIMA DÉCADA N°40, PROYECTO JUVENTUDES*, 11-36.
- Mendoza, L., Claros, D., & Pañaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia:estado del arte . *REV CHIL OBSTET GINECOL* , 81(3): 243 - 253.
- Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. (octubre de 2014). *Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos (ENIAP)*. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de Estrategia Nacional Intersectorial de Articulación para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos (ENIAP): http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_eniap.pdf

- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012 –2021*. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012 –2021: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Plan-Multisectorial-PEA-2012-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Salud de adolescentes. Guía de Supervisión. Primera Edición*. Quito: La Caracola Editores.
- Mora, A., Hernández, M., & . (2015). Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? . *Ginecol Obstet Mex* , 83:294-301.
- Muuss, R. (2012). Social cognition: Elkind's theory of adolescent egocentrism. *Theories of adolescence 6th ed*, 78-264.
- Noguera, Alvarado. (2012). Embarazo en Adolescentes: Una morada desde el cuidado de Enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 151-160.
- OMS. (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. *WHO/FWC/MCA/12.02*, 1-8.
- Ordóñez. (2011). *Autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (Unidad de atención ambulatoria la ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad famil*. Quito: PUCE.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Embarazo en la adolescencia: Datos y cifras.
- Oshea, E. (2014). Conceptos de alteración de la salud en los niños. En S. Grossman, & C. Mattson, *Porth Fisiopatología Alteraciones de la Salud. Conceptos básicos* (págs. 12-39). Barcelona-España: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010). *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. Buenos Aires: Caty Iannello (OPS/OMS).
- Quintero, P., Rocubert, N., Roba, B., González, O., & Hernández, M. (2012). Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia . *SciELO*, ISSN 1561-3194.
- Radzik, M., Sherer, S., & Neinstein, L. (2008). *Psychochosocial development in normal adolescents*. Philadelphia: 27-31.
- Rionaula, M., Romero, K., & Silva, Z. (2013). PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA

- EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO “LIMÓN INDANZA”, 2013. *Tesis previa a la obtención del título de enfermería*, 1-61.
- Robinson, G. (2000). Families, generations and self: Conflict, loyalty and recognition in an Australian aboriginal society. *Ethos*, 25(3):303-32.
- Sanchez, A. (2005). Embarazo en las adolescentes. Caso del Hospital obstétrico Pachuca. *Tesis para obtener el título de licenciado en trabajo social*, 1-124.
- Sanchez, V., Ortega, J., Ortega, R., & Viejo, C. (2008). Las relaciones sentimentales en la adolescencia: satisfacción, conflictos y violencia. *Escritos de Psicología*.
- Secretaría de la Salud del Gobierno de la República de México. (2014). Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. *Gobierno de la República de México*, 37-128.
- Secretaría de Salud. (2012). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. Mexico: Secretaria de Salud.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent. *Dev Rev*, 28:78-106.
- Suarez, S., & Vera, R. (Sucúa 2011). Estudio con enfoque de género de las consecuencias socio-familiares del embarazo en adolescentes. *Universidad de Cuenca*, 40-50.
- Tolli, M. V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health education reseach*, 904-913.
- Toolkits by K4Health. (2013). *et Girls be Girls, Not Mothers! National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy (2013-2015)*. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de *et Girls be Girls, Not Mothers! National Strategy for the Reduction of Teenage Pregnancy (2013-2015)*: <https://www.k4health.org/toolkits/youthpolicy/let-girls-be-girls-not-mothers-national-strategy-reduction-teenage-pregnancy>
- Ulanowicz, M., Parra, K., & Wendler, G. (2006). Riesgo en embarazo en adolescente. *Revista de Posgradode la vía Cátedra de Medicina*, 13-17.
- University of Bradfordshire. (2014). *Teenage Pregnancy Knowledge Exchange*. Recuperado el 16 de agosto de 2016, de *Teenage Pregnancy Knowledge Exchange*: <http://www.beds.ac.uk/howtoapply/departments/healthsciences>
- Vázquez, I., & Crismán, R. (2016). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 109-127.

World Health Organization. (2010). Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation.

Zuurmond, M., Geary, R., & Ross, D. (2012). The effectiveness of youth centers in increasing the use of sexual and reproductive health services: A systematic review. *Studies in Family Planning*, 239-254.

ANEXOS

7.1 Anexo 1

ENCUESTA ESTRUCTURADA:



TEMA DE INVESTIGACIÓN: FACTORES PREDISONENTES PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE LOJA Y PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

ENCUESTA ESTRUCTURADA.

CÓDIGO:.....

EDAD..... SEXO: MASCULINO..... FEMENINO:.....

La presente es una encuesta estructurada, tiene como finalidad recaudar información referente a los factores de riesgo para embarazo adolescente. La información es parte del proyecto de investigación: “Factores predisponentes para embarazo en adolescentes escolarizados en la ciudad de Loja y Principios de Intervención”, que se desarrolla en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Por lo cual solicitamos su colaboración y le pedimos que responda con veracidad a cada uno de los enunciados.

1. ¿Ha tenido su primera menstruación? SI..... NO.....
2. ¿En caso de ser positiva su respuesta a qué edad tuvo su primera menstruación?.....
3. ¿Qué edad tenía su madre cuando tuvo su primer hijo?
Menos de 19 años.....De 20-30 años.....Más de 30 años.....
4. ¿Ha iniciado su actividad sexual? SI..... NO.....
5. ¿Si su respuesta es positiva a qué edad inició su vida sexual.....
6. ¿Actualmente tiene vida sexual activa? Si.....NO.....
7. ¿Ha recibido información respecto a métodos para evitar embarazos?
Si.....NO.....
8. ¿La información que ha recibido sobre métodos anticonceptivos en cuanto a contenidos fue :
Adecuada..... muy adecuada..... inadecuada.....
9. ¿La información sobre métodos anticonceptivos de quién la recibió?
De sus padres..... De los profesores..... De los amigos/as..... Por autoestudio..... de internet.....

10. ¿Con la información que ha recibido sobre cómo prevenir un embarazo, usted estaría en capacidad de obtener y utilizar adecuadamente un método anti-conceptivo? SI..... NO.....
11. ¿Para la iniciación de su actividad sexual, que aspectos tomó o tomaría en cuenta? Puede marcar uno o varios, según su respuesta.
- Amor entre los miembros de la pareja.....
- Que ambos integrantes de la pareja quieran hacerlo.....
- Curiosidad.....
- Que sea en un lugar tranquilo.....
- Que ambos nos conozcamos bien.....
- Usar un anticonceptivo.....
- Mis amigos más cercanos ya han iniciado su vida sexual.....
- Para que mi pareja no me deje.....
- Porque llevamos mucho tiempo juntos.....
- Porque deseaba un embarazo.....
- Ninguno.....

12. Marque con una "V" si considera verdadero, o una "F" si considera falso los siguientes enunciados:
- a) La primera vez que se tiene relaciones sexuales no hay riesgo de embarazo: V..... F.....
 - b) Si al tener relaciones sexuales el hombre eyacula afuera no hay riesgo de embarazo: V..... F.....
 - c) Tomar anticonceptivos produce aumento de peso V.....F.....
 - d) Tomar anticonceptivos produce cáncer V.....F.....
 - e) Usar condón puede producir alergias V.....F.....
 - f) Usar condón reduce la sensibilidad V.....F.....
 - g) Si es la primera relación sexual no es necesario utilizar ningún método anticonceptivo V.....F.....
 - h) Tomar una ducha vaginal u orinar después de tener relaciones sexuales ayuda a prevenir un embarazo: V.....F.....

13. Del siguiente listado de métodos anticonceptivos señale con una X cuáles conoce o no conoce.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI CONOCE	NO CONOCE
CONDÓN MASCULINO		
CONDÓN FEMENINO		
PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS		

AMPOLLAS ANTICONCEPTIVAS		
PARCHES ANTICONCEPTIVOS		
DISPOSITIVO INTRAUTERINA		
ESPERMICIDAS		
PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS		
MÉTODO DEL RITMO		
IMPLANTES SUBDÉRMICOS		

14. Del siguiente listado de métodos anticonceptivos señale con una X cuáles ha usado o no ha usado.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	HA USADO	NO HA USADO
CONDÓN MASCULINO		
CONDÓN FEMENINO		
PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS		
AMPOLLAS ANTICONCEPTIVAS		
PARCHES ANTICONCEPTIVOS		
DISPOSITIVO INTRAUTERINA		
ESPERMICIDAS		
PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS		
MÉTODO DEL RITMO		
IMPLANTES SUBDÉRMICOS		

15. ¿La relación con su madre es?

Excelente.....Muy buena.....Buena.....Mala.....

16 ¿La relación con su padre es?

Excelente.....Muy buena.....Buena.....Mala.....

17 ¿La relación con sus hermanos /as es?

Excelente.....Muy buena.....Buena.....Mala..... No tengo hermanos/as.....

18 ¿Es fácil para usted hacer amigos? SI..... NO.....

19. ¿La relación con sus compañeros y/o amigos es?

Excelente.....Muy buena.....Buena.....Mala..... No tengo amigos/as.....

20 ¿En su familia alguna vez has recibido violencia? SI.....NO.....

¿De qué tipo?

Física (golpes, empujones, alones de cabello, etc.).....

Psicológica (insultos, apodos, palabras ofensivas).....

Sexual (relaciones sexuales sin consentimiento, tocamiento de tu cuerpo sin consentimiento).....

21. ¿La relación con su pareja es?

Excelente.....Muy buena.....Buena.....Mala..... No tengo pareja.....

22 ¿En la relación con su pareja ha existido alguna vez violencia? SI..... NO.....

¿De qué tipo?

Física (golpes, empujones, alones de cabello, etc.).....

Psicológica (insultos, apodos, palabras ofensivas).....

Sexual (relaciones sexuales sin consentimiento, tocamiento de tu cuerpo sin consentimiento).....

23. ¿La proyección de su vida de ahora en 5 años incluye?

Continuar los estudios.....

Buscar trabajo.....

Viajar al exterior.....

Formar una familia.....

No he pensado en eso.....

24. ¿La proyección de su vida de ahora en 10 años incluye?

Continuar los estudios universitarios.....

Buscar trabajo.....

Viajar al exterior.....

Formar una familia.....

No he pensado en eso.....

25. ¿En su percepción la condición socioeconómica de tu familia es?

Excelente.....Muy buena.....Buena.....Mala.....

26. ¿Has estado embarazada? SI..... NO.....

Gracias por su colaboración.

7.2 Anexo 2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

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

En la interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas A - D se puntúan de 1 a 4.

De 30-40 puntos autoestima elevada. Considerada normal.

De 26 a 29 puntos autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Escala de autoestima de Rosemberg como la

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- a. Muy de acuerdo.
- b. De acuerdo.
- c. En desacuerdo.
- d. Muy en desacuerdo

7.3 Anexo 3

TEST FFSIL

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie					

esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

(Ordóñez, 2011)

No. de Situaciones Variables que mide:

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad.

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos. Escala cualitativa escala cuantitativa.

Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	2	3	4	5

Cada situación es respondida por el encuestado mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional (Ordóñez, 2011)

7.4 Anexo 4

Test de Beck

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.
- Me odio a mí mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar Si () NO ()

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Rutina de aplicación: Diga al paciente: "Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY". En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: "Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo". Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: "Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA

SEMAN, incluyendo HOY” Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número, vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cuál de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

Instrucciones adicionales

A. Verifique que cada elección sea efectivamente la elección del paciente y no palabras que usted haya repetido. Haga que el paciente exprese, por su cuenta, cual afirmación ha elegido.

B. Si el paciente indica que hay dos o más afirmaciones que se ajustan a la forma en que se siente, entonces anote el mayor de los valores.

C. Si el paciente indica que la forma en que se siente está entre 2 y 3, siendo más que 2, pero no justamente 3, entonces anote el valor al cual se acerque más, ó 2.

D. Generalmente el entrevistador debe leer en voz alta las afirmaciones que se encuentran en cada categoría. A veces el paciente toma la iniciativa y empezará a leer en silencio las afirmaciones en una categoría, adelantándose al entrevistador, y empieza a dar las afirmaciones elegidas. Si el paciente está atento y parece inteligente, deje que lea en silencio las afirmaciones y que haga su elección. Dígale al paciente que, si está seguro de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir, entonces podrá leer en silencio. Sea diplomático y tenga tacto para alentar al paciente para que reflexione suficientemente antes de elegir.

E. El puntaje de depresión obtenido debe asentarse en la hoja de registro. Simplemente corresponde a la suma de las mayores cargas de respuestas seleccionadas en cada grupo de afirmaciones del test.

F. El grupo 19 (pérdida de peso) fue concebido para explorar un síntoma anoréxico. Si el paciente responde afirmativamente a la siguiente pregunta: “¿Está tratando de perder peso comiendo menos?” el puntaje de este grupo no debe agregarse al puntaje total.

7.5 Anexo 5

Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado, o que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloque.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores fríos y calientes.				

El Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Cada uno de los elementos del BAI es una descripción simple de un síntoma de ansiedad en cada uno de sus cuatro aspectos relevantes:

- Subjetivo (por ejemplo, “no puedo relajarme”).
- Neurofisiológico (por ejemplo, “entumecimiento u hormigueo”).
- Autónomo (por ejemplo, “sensación de calor”).
- Pánico (por ejemplo, “miedo a perder el control”).

El BAI sólo requiere un nivel básico de lectura, se puede utilizar con personas que tienen discapacidad intelectual, y puede completarse en 5-10 minutos utilizando un formulario de papel y un lápiz. Debido a la relativa simplicidad del inventario, también se puede administrar por vía oral para personas con discapacidad visual.

La prueba puede ser administrada por para profesionales, pero debe utilizarse e interpretarse únicamente por profesionales con la formación y experiencia clínica adecuada.

Administración e Interpretación del BAI

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior. Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

7.6 Anexo 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La presente investigación denominada: **FACTORES PREDISPONENTES PARA EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE LOJA. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN**, es un estudio que tiene como finalidad identificar los factores de riesgo para embarazo adolescente en la ciudad de Loja, en mujeres de 12-18 años de edad, a través de la aplicación de una encuesta estructurada que nos permita identificar factores de riesgo para embarazo adolescente y la aplicación de cuatro test: el test de Rosenberg para determinar el nivel de autoestima y el test de FF-SIL para medir la funcionalidad familiar y los test de Beck para depresión y ansiedad. Una vez analizados estos datos se realizará la tabulación y análisis, así como el establecimiento de los principios para el diseño y posterior aplicación de un programa de intervención. Este estudio no tiene ningún riesgo. El proceso será estrictamente confidencial. El nombre de su representado no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Tampoco recibirá ninguna remuneración económica por su participación en este estudio.

Acepto:.....No acepto.....Fecha:.....

Nombres y apellidos de la adolescente:.....

Nombres y apellidos del representante legal.....

Firma del representante legal _____ CI:.....