



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**

**TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PUBLICA**

**TEMA:**

**FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO DE ADOLESCENTES QUE  
ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL**

**“DR. LEÓN BECERRA CAMACHO”. MILAGRO, 2018**

**Autora:**

**Md. Sara María Mayorga Albán**

**Tutor:**

**Dra. Katuska Mederos Mollineda**

**Milagro, 2023**

## Derechos de autor

Sr. Dr.  
Fabricio Guevara Viejo  
Rector de la Universidad Estatal de Milagro  
Presente.

Yo, Sara María Mayorga Albán en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este Informe de Investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de Magister en Salud Pública, como aporte a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 3 de julio de 2023



Sara María Mayorga Albán

CI 0918476342

## Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, Dra. Katuska Mederos Mollineda en mi calidad de directora del trabajo de titulación, elaborado por Sara María Mayorga Albán, cuyo tema es Factores sociales asociados al embarazo de adolescentes que asisten al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General "Dr. León Becerra Camacho". Milagro, 2018, que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública y Bienestar Humano Integral, previo a la obtención del Grado Magíster en Salud Pública. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 24 de marzo de 2023



Firmado digitalmente por:  
**KATIUSKA  
MEDEROS  
MOLLINEDA**

Dra. Katuska Mederos Mollineda

CI 0958824575

## Aprobación del tribunal calificador

### VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DIRECCIÓN DE POSGRADO CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **MED. MAYORGA ALBAN SARA MARIA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. LEÓN BECERRA CAMACHO", MILAGRO, 2018", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.00
DEFENSA ORAL	37.67
PROMEDIO	96.67
EQUIVALENTE	Excelente



FIRMA AUTENTICADA POR:  
IMELDA GUMERCINDA  
ARIAS MONTERO

Msc. ARIAS MONTERO IMELDA GUMERCINDA  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



FIRMA AUTENTICADA POR:  
PEDRO AQUINO  
HERRERA MOYA

HERRERA MOYA PEDRO AQUINO  
VOCAL



FIRMA AUTENTICADA POR:  
YAIMA BEATRIZ  
TABARES CRUZ

Mgs TABARES CRUZ YAIMA BEATRIZ  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

## DEDICATORIA

Quiero dedicar este triunfo:

**A DIOS:** Por brindarme la oportunidad de vivir y estar siempre conmigo, por iluminarme en cada paso que doy y por haberme puesto a personas muy importantes que han sido un soporte en mi vida y compañía durante este tiempo de estudio.

**A MIS PADRES:** Por creer en mí, por su comprensión y su amor, con sus acertados consejos, valores y motivación constante me han permitido ser una persona de bien, gracias por todo su apoyo lo que me impulsó a la culminación de esta maestría.

**A MI FAMILIA:** A mis hijos Sara y Alejandro, quienes con su dulzura y su inocencia supieron inspirarme, fortalecerme e impulsarme para cumplir con mis objetivos y llegar a la meta.

**Sara Ma.**



## AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento a todas las personas que me apoyaron de una u otra manera en la elaboración de esta tesis, en especial a todos los profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia y del Área de Estadística del Hospital General “Dr. León Becerra Camacho”, que con su trabajo diario han permitido disponer de los datos en los que se ha basado esta tesis sin quienes no se hubiera podido realizar esta investigación, por lo que quedo eternamente agradecida.

Un agradecimiento a la Universidad Estatal de Milagro y al Instituto de Postgrado y Educación Continua, a sus autoridades académicas y administrativas, a mi tutora de tesis.

A mis compañeros de estudio con quienes compartí agradables momentos durante el curso de esta maestría, llegando a formar una amistad que perdurará en nuestras vidas.

**Sara Ma.**

## Resumen

El embarazo adolescente, involucra la salud de la madre, el desarrollo del niño y los aspectos sociales que repercuten en el desarrollo personal del adolescente, lo que hace que el tema sea actual y relevante en nuestras sociedades, dado que es un fenómeno biológico.

**Objetivo:** Determinar los factores sociales asociados al embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho; asimismo, se determinaron los comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo y características del comportamiento social como el consumo de alcohol y drogas, uso del tiempo libre, y su entorno familiar. **Metodología:** El diseño adoptó una investigación no experimental de tipo transversal – descriptiva. La muestra fue de 250 adolescentes embarazadas, para la recolección de datos se utilizaron la observación y la encuesta, con la finalidad de averiguar sus estados de opinión, actitudes o comportamientos de acuerdo a los objetivos planteados.

**Resultados:** El 59% de las adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual a los 13 a 15 años de edad; el 32% no tiene confianza en la familia y el 31% integró una pandilla. Respecto a los comportamientos sociales de alto riesgo, el 45% consumió alcohol, cigarrillos y drogas a la edad de 13 a 15 años. **Conclusiones:** Los factores sociales asociados al embarazo adolescente identificados fueron los cambios emocionales, la comunicación en el hogar, la pertenencia al grupo de pares y uso y consumo de sustancias psicotrópicas.

**Palabras claves:** Embarazo adolescente, factores sociales, conducta sexual, salud sexual y reproductiva

## Abstract

Adolescent pregnancy involves the health of the mother, the development of the child and the social aspects that affect the personal development of the adolescent, which makes the topic current and relevant in our societies, since it is a biological phenomenon. Objective: To determine the social factors associated with the pregnancy of adolescents who attend the gynecology-obstetrics service of the General Hospital León Becerra Camacho; Likewise, social behaviors and high-risk sexual behaviors and characteristics of social behavior such as alcohol and drug consumption, use of free time, and their family environment were determined.

Methodology: The design adopted a non-experimental cross-sectional - descriptive investigation. The sample was 250 pregnant adolescents, for data collection observation and survey were used, in order to find out their states of opinion, attitudes or behaviors according to the objectives set. Results: 59% of pregnant adolescents began their sexual life at 13 to 15 years of age; 32% do not have confidence in the family and 31% joined a gang. Regarding high-risk social behaviors, 45% consumed alcohol, cigarettes and drugs at the age of 13 to 15 years. Conclusions: The social factors associated with adolescent pregnancy identified were emotional changes, communication at home, belonging to the peer group, and use and consumption of psychotropic substances.

**Keywords:** Adolescent pregnancy, social factors, sexual behavior, sexual and reproductive health



## Lista de figuras

<b>Figura 1</b> Características Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas .....	76
<b>Figura 2</b> Edad de Inicio Sexual de las Adolescentes Embarazadas .....	77
<b>Figura 3</b> Primera Pareja Sexual de la Adolescente Embarazada .....	78
<b>Figura 4</b> Causas para tener Relaciones Sexuales .....	79
<b>Figura 5</b> Uso de preservativo .....	80
<b>Figura 6</b> Integración a Pandillas .....	81
<b>Figura 7</b> Obligación a tener Relaciones Sexuales con Miembros de Pandillas.....	82
<b>Figura 8</b> Métodos Anticonceptivos Utilizados .....	83
<b>Figura 9</b> Razones para Prescindir de Métodos Anticonceptivos .....	84
<b>Figura 10</b> Número de Parejas Sexuales en los Últimos 12 Meses .....	85
<b>Figura 11</b> Comunicación Familiar .....	86
<b>Figura 12</b> Reacción Familiar Ante Embarazo .....	87
<b>Figura 13</b> Violencia Familiar .....	88
<b>Figura 14</b> Antecedentes Familiares de Embarazo Adolescente .....	89
<b>Figura 15</b> Edad de Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas .....	90
<b>Figura 16</b> Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas en el Colegio .....	91
<b>Figura 17</b> Uso del Tiempo Libre .....	92

## Lista de tablas

<b>Tabla 1</b> Operacionalización de las Variables .....	25
<b>Tabla 2</b> Etapas de la Adolescencia.....	31
<b>Tabla 3</b> Fases del Desarrollo Psicosexual .....	32
<b>Tabla 4</b> Principales Glándulas Endócrinas .....	33
<b>Tabla 5</b> Estadíos de Desarrollo Psicosocial .....	43
<b>Tabla 6</b> Factores que Aumentan el Riesgo de Embarazo en Adolescentes.....	64
<b>Tabla 7</b> Características Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas. ....	75
<b>Tabla 8</b> Edad de Inicio Sexual de las Adolescentes Embarazadas.....	76
<b>Tabla 9</b> Primera Pareja Sexual de la Adolescente Embarazada.....	77
<b>Tabla 10</b> Causas para tener Relaciones Sexuales .....	78
<b>Tabla 11</b> Uso de Preservativos.....	79
<b>Tabla 12</b> Integración a Pandillas.....	80
<b>Tabla 13</b> Obligación a tener Relaciones Sexuales con Miembros de Pandillas .....	81
<b>Tabla 14</b> Métodos Anticonceptivos Utilizados.....	82
<b>Tabla 15</b> Razones para Prescindir de Métodos Anticonceptivos .....	83
<b>Tabla 16</b> Número de Parejas Sexuales en los Últimos 12 Meses .....	84
<b>Tabla 17</b> Comunicación Familiar .....	85
<b>Tabla 18</b> Reacción Familiar Ante Embarazo.....	86
<b>Tabla 19</b> Violencia Familiar .....	87
<b>Tabla 20</b> Antecedentes Familiares de Embarazo Adolescente .....	88
<b>Tabla 21</b> Edad de Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas .....	89
<b>Tabla 22</b> Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas en el Colegio .....	91
<b>Tabla 23</b> Uso del Tiempo Libre.....	92

## Índice general

.....	1
Derechos de autor .....	2
Aprobación del Director del Trabajo de Titulación .....	3
Aprobación del tribunal calificador .....	4
DEDICATORIA .....	5
AGRADECIMIENTOS .....	6
Resumen .....	7
Abstract .....	8
Lista de figuras .....	9
Lista de tablas.....	10
Índice general .....	11
Introducción .....	17
CAPITULO I: El problema de investigación.....	19
Planteamiento del problema .....	19
1.2 Delimitación del problema .....	22
1.3 Formulación del problema .....	22
1.4 Preguntas de investigación.....	22
1.5 Determinación del tema.....	23
1.6 Objetivo General .....	23
1.7 Objetivos Específicos .....	23
1.8 Hipótesis .....	23
Hipótesis General .....	23
Hipótesis Particulares .....	23
1.9 Declaración de las variables (operacionalización) .....	24

	12
1.10 Justificación.....	29
Capítulo II: Marco teórico referencial .....	30
2.1 Antecedentes .....	30
2.1.1 Antecedentes históricos .....	30
2.1.2 Antecedentes referenciales.....	35
2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación.....	41
Teorías psicoanalíticas .....	41
Teoría de Sigmund Freud .....	41
Teoría de Erickson.....	42
Factores sociales.....	44
Nivel de educación .....	45
Relación de embarazo y zona de procedencia .....	48
Comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo.....	49
Edad	50
Pareja sexual de la adolescente embarazada.....	51
Interés por el sexo .....	52
Uso de anticonceptivos .....	52
Pertenencia a pandillas.....	52
Relaciones sexuales y pandillas .....	53
Nivel de comunicación familiar.....	53
Reacción familiar .....	53
Violencia familiar.....	54
Referente familiar de embarazo adolescente.....	55
Consumo de sustancias Psicotrópicas.....	55
Uso del tiempo libre .....	56

Embarazo adolescente .....	57
Ejercicio de vida sexual activa .....	59
Métodos de planificación familiar .....	59
La píldora o pastilla anticonceptiva .....	60
Inyección anticonceptiva .....	60
Condomes o preservativos .....	60
Implante anticonceptivo .....	60
Contraceptivo intrauterino .....	61
Espermicidas .....	61
Anticoncepción de emergencia .....	61
Diafragma .....	61
Capuchón cervical .....	62
Parche anticonceptivo.....	62
Esterilización quirúrgica .....	62
Abstinencia periódica.....	63
Retiro o coito interrumpido.....	63
Razones del no uso de métodos anticonceptivos .....	63
Número de pareja sexuales .....	64
2.3 Marco legal.....	65
2.4 Marco conceptual .....	68
CAPÍTULO III: Diseño metodológico.....	71
3.1 Tipo y diseño de la investigación .....	71
3.2 La población y la muestra.....	71
3.3 Los métodos y las técnicas.....	73
3.4 Procesamiento estadístico de la información.....	74

	14
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de los resultados .....	75
4.1 Análisis de la situación actual.....	75
4.2 Análisis comparativo, evolución, tendencia y perspectivas .....	93
4.3 Verificación de hipótesis.....	96
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones .....	99
5.1 Conclusiones.....	99
5.2 Recomendaciones.....	100
BIBLIOGRAFÍA.....	101
Anexos.....	107
ENCUESTA.....	107
CONSENTIMIENTO INFORMADO. ....	114



## Introducción

El embarazo, es un fenómeno biológico, que predispone a la adolescente a quedar embarazada, dado su desarrollo corporal y factores sociales. Los cambios biológicos y sociales como la escasa educación en temas de salud sexual y reproductiva, representan riesgos, tanto para la madre como para el hijo, más aún, cuando se concibe antes de los 20 años de edad, por consiguiente, se incrementan la posibilidad de riesgo de muerte materna.

En este sentido, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la Región de las Américas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012, pág. 16), falleciendo por este motivo alrededor de 1900 adolescentes en la región, tal como refiere el informe. En Ecuador, el informe de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012, señala que las adolescentes inician su actividad sexual antes de los 15 años de edad, por lo que existen mayores probabilidades de riesgo y de muerte materna.

La realización de un estudio en una ciudad con una población mayor a 100 mil habitantes, permitirá obtener resultados confiables producto de una investigación con rigor científico, lo que permitirá contribuir a la Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador 2018-2025 expedido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Además, es la primera investigación de este tipo y sobre este tema que se llevó a cabo en el Hospital, reflejando así, su originalidad y contemporaneidad.

El objetivo general de esta investigación fue determinar los factores sociales que se asocian al embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, así como los comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo que derivan en embarazos no deseados de las adolescentes.

Para el efecto, fue necesario estructurar primero un marco teórico centrado en referencias actualizadas sobre el tema, la misma que se construyó gracias al análisis de literatura a través de una perspectiva lógica y coherente. Según el control de variables, el diseño metodológico adoptó una investigación no experimental puesto que no se manipularon las variables y según la orientación temporal, el estudio fue de tipo transversal, dado que estudiaron las variables en un único momento, establecido por la autora. Se determinó la población a través de los registros del departamento de estadísticas del Hospital, lo que permitió determinar la muestra, la misma que se encuentra detalla en el capítulo III, más todos los aspectos metodológicos de la investigación como los métodos y las técnicas de recolección de datos.

Finalmente, la encuesta, tuvo en primera instancia, un tratamiento de validación para mayor confianza de los resultados, lo que permitió obtener información real directamente de las adolescentes embarazadas con la finalidad de averiguar sus estados de opinión, actitudes o comportamientos de acuerdo a los objetivos planteados.

## **CAPITULO I: El problema de investigación**

### **Planteamiento del problema**

La población mundial, en el 2015, alcanzó los 7,3 mil billones de habitantes, de los cuales, un cuarto tiene menos de 15 años de edad; 15 millones de mujeres de 15 a 19 años, dan a luz cada año; a este grupo etario, se lo conoce como embarazo en la adolescencia (United Nations, 2015). Bajo esta premisa, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define, a la adolescencia como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad (OMS., 2013) .

Al respecto, Gouws et al. (2008) mencionan que la etapa de la adolescencia trae consigo una serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales, llegando a transformar la vida social de la persona, pues es una fase del desarrollo o tránsito de la niñez a la adultez.

Por su parte, el embarazo adolescente, es un fenómeno biológico, que predispone a las mujeres cuya edad comprende entre los 10 a los 19 años a quedar embarazada, dado su desarrollo corporal y factores sociales. Los cambios biológicos como la maduración insuficiente del aparato reproductor, y los factores sociales, específicamente, la escasa educación en temas de salud sexual y reproductiva y el acceso limitado a la atención de salud, representan riesgos, tanto para la madre como para el hijo, más aún, cuando se concibe antes de los 20 años de edad, por consiguiente, se incrementan la posibilidad de riesgo de muerte materna.

En virtud de lo expuesto, según el informe Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2018) señala que “la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la Región de las Américas” (p. 24), falleciendo por esta causa alrededor de 1900 adolescentes en la región, tal como refiere el informe.

En el mismo contexto, la Región de América Latina y el Caribe, tiene la segunda tasa estimada de natalidad en adolescentes más elevada del mundo, después de África, de 67 nacimientos por 1 000 adolescentes de 15 a 19 años en el período 2010 -2015 (United Nations, 2015).

Por otra parte, desde el ámbito social, existen otros aspectos que se asocian al embarazo adolescente como la violencia, el consumo de drogas y alcohol, la delincuencia, el mal uso del tiempo libre, relaciones sexuales sin protección, la pobreza, el desempleo, la migración, la débil práctica de principios y valores como normas de conductas, lo que conlleva a tener consecuencias desfavorables dentro del núcleo familiar y social.

En este sentido, en la Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes, Vivo et al. (2013) señalan:

La prevalencia de embarazos y maternidad en la adolescencia plantea desafíos sociales y de salud de gran alcance para la región y tiene consecuencias de por vida para las adolescentes. La maternidad precoz está asociada con menores tasas de éxito escolar en las madres, mayores tasas de mortalidad materna, deserción escolar y laboral, y exclusión social. (p. 3)

En concordancia con el apartado anterior, según el Informe Regional de Población en América Latina y el Caribe 2011; Invertir en juventud, señala que en países de América Latina, existen factores que inciden en el embarazo en las adolescentes como “la temprana edad de iniciación sexual, y esto, no siempre acompañado del uso de anticonceptivos, dado que, más de un tercio de las adolescentes de Ecuador, El Salvador, Nicaragua y Perú comienzan a usar métodos anticonceptivos después de quedar embarazadas” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012, pág. 14).

En corroboración con estos datos, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012, publicado por el Ministerio de Salud Pública en el 2015, muestran que el 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan

haber tenido experiencia sexual, de las cuales, el 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años de edad, donde el 18.3% de ellas comentan haber concebido un hijo entre los 15 a 19 años, periodo donde los embarazos de adolescentes en un 7.5% finaliza en aborto.

A pesar de estas cifras, resalta que el 79.5% de las adolescentes reconocen y poseen informaciones sobre la protección mediante el empleo de métodos anticonceptivos. Aun así, los valores en cuanto a muertes maternas (976) en el periodo de 2010 y 2014, el 14% corresponden a jóvenes comprendidas entre los 15 a 19 años de edad, resaltándose el desconocimiento o ausencia de guías profesionales en cuanto a educación sexual (Ministerio de Salud Pública, 2015).

De manera específica, en Guayaquil, en el 2017, en la maternidad Matilde Hidalgo de Procel, ubicada en el Guasmo al sur de la ciudad, se reportaron 5.211 consultas requeridas por embarazadas adolescentes y en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en la misma ciudad, se reportó 3.535 en el mismo periodo (El Universo, 2017).

A nivel local, en la ciudad de Milagro, perteneciente a la provincia del Guayas, la situación es casi similar, según los datos consolidados de la Dirección Distrital 09D17 Milagro Salud, durante el año 2017, se reportaron 3176 casos de adolescentes embarazadas en edades que fluctúan entre los 10 a 18 años de edad, mientras que en el primer semestre del 2018 se registraron 1213 casos.

Por su parte, en el Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, el mismo que fue escogido para realizar esta investigación, la problemática se refleja en las cifras proporcionadas por el departamento de estadísticas del hospital, indicando que, en el año 2017, se atendieron 1852 adolescentes embarazadas en edades de 13 a 19 años edad.

Por lo que, realizar esta investigación, se convierte en una necesidad imperiosa de gran relevancia, para determinar los factores sociales que se relacionan al embarazo de las adolescentes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital. Asimismo, a

partir de los resultados obtenidos, el hospital tendrá una línea base, producto del estudio de las variables principales, a través de herramientas e instrumentos confiables y validados, garantizando la exactitud de los datos, lo que permitirá diseñar soluciones para contribuir a la reducción de manera significativa del problema planteado.

## **1.2 Delimitación del problema**

**Línea de investigación:** Salud Pública y Bienestar Humano Integral

**Sublínea:** Salud reproductiva

**Objeto de estudio:** Factores sociales

**Unidad de observación:** Adolescentes embarazadas

**Tiempo:** Año 2018

**Espacio:** Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

## **1.3 Formulación del problema**

Los argumentos planteados, permiten formular el problema de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores sociales que se asocian al embarazo de las adolescentes que asisten al Servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro?

## **1.4 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las conductas sexuales de alto riesgo y los comportamientos sociales que derivan en embarazos de las adolescentes?
- ¿Cuáles son los comportamientos de salud reproductiva de las adolescentes embarazadas?
- ¿Cuáles son las características del comportamiento social de las adolescentes embarazadas con respecto a el entorno familiar, el consumo de alcohol, tabaco y drogas, uso del tiempo libre?



### **1.5 Determinación del tema**

Factores sociales asociados al embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General "Dr. León Becerra Camacho". Milagro, 2018

### **1.6 Objetivo General**

- Determinar los factores sociales que se asocian al embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

### **1.7 Objetivos Específicos**

- Establecer las conductas sexuales de alto riesgo y los comportamientos sociales que derivan en embarazos de las adolescentes.
- Reconocer los comportamientos de salud reproductiva de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las características del comportamiento social de las adolescentes embarazadas en relación con el entorno familiar, el consumo de: alcohol, tabaco y drogas y uso del tiempo libre.

### **1.8 Hipótesis**

#### **Hipótesis General**

- Los factores sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

#### **Hipótesis Particulares**

- A mayor tensión social y conductas sexuales de alto riesgo, se eleva la probabilidad de embarazos en las adolescentes.
- La salud reproductiva tiene relación con el entorno social de las adolescentes.

- Identificando las características del entorno familiar y del comportamiento social como el consumo de tabaco, alcohol y drogas, uso del tiempo libre, se podrá determinar el riesgo de embarazo en adolescentes.

### **1.9 Declaración de las variables (operacionalización)**

- **Variable independiente:** Factores sociales
- **Variable dependiente:** Embarazo adolescente

Tabla 1

Operacionalización de las Variables

Hipótesis General	Variables	Dimensiones o Categorías	Indicadores	Escala	Técnicas/ Instrumentos
Los factores sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro		Características sociodemográficas	Edad:	13 – 15 años <input type="checkbox"/>	Unión libre
				16 – 18 años <input type="checkbox"/>	
				19 años <input type="checkbox"/>	
			Estado civil:	<input type="checkbox"/>	
				Soltera <input type="checkbox"/>	
	Casada <input type="checkbox"/>				
			Número de hijos:	Viuda <input type="checkbox"/>	
				Divorciada <input type="checkbox"/>	
			Nivel de escolaridad:	1 - 2 <input type="checkbox"/>	
				3 – 4 <input type="checkbox"/>	
				5 - 6 <input type="checkbox"/>	
			Lugar de residencia	de	

- Primaria  
  
  
 Secundaria  
 Superior
- Rural  
  
 Urbana

Hipótesis General	Variables	Dimensiones o Categorías	Indicadores	Escala	Técnicas/ Instrumentos
Los factores sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro	Factores sociales en el embarazo adolescente	Conductas sexuales de alto riesgo y comportamientos sociales	Edad de inicio sexual de las adolescentes embarazadas  Primera pareja sexual de la adolescente embarazada  Causas para tener relaciones sexuales  Uso de preservativos	Menos de 12 años <input type="checkbox"/> 13 a 15 años <input type="checkbox"/> Más de 16 años <input type="checkbox"/>  Novio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Algún familiar <input type="checkbox"/> Profesor <input type="checkbox"/>	Cuestionario

					<p>Curiosidad <input type="checkbox"/></p> <p>Inducción de amistades <input type="checkbox"/></p> <p>Deseos o sentimientos <input type="checkbox"/></p>	
				Integración a pandillas		
				Obligación a tener relaciones sexuales con miembros de pandillas	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
					<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
					<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>
				Métodos anticonceptivos utilizados	<p>Condón <input type="checkbox"/></p> <p>Pastillas <input type="checkbox"/></p> <p>Inyección <input type="checkbox"/></p> <p>Ritmo <input type="checkbox"/></p> <p>Eyacuación fuera de la vagina <input type="checkbox"/></p> <p>Píldora del día después <input type="checkbox"/></p>	
<b>Hipótesis General</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Dimensiones Categorías</b>	<b>o</b>	<b>Indicadores</b>		<b>Técnicas/ Instrumentos</b>

				Ninguno	<input type="checkbox"/>
				<b>Escala</b>	
Los factores sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro	Factores sociales en el embarazo adolescente	Salud reproductiva de las adolescentes	Razones para prescindir de métodos anticonceptivos	Por desconocimiento <input type="checkbox"/>	Cuestionario
				Por autoconfianza <input type="checkbox"/>	
			Número de parejas sexuales en los últimos 12 meses	Con una <input type="checkbox"/>	
				De 2 a 4 <input type="checkbox"/>	
				Más de 5 <input type="checkbox"/>	
			Comunicación familiar		
			Reacción familiar ante embarazo	No hay comunicación <input type="checkbox"/>	
				No hay confianza <input type="checkbox"/>	
				Conflictiva <input type="checkbox"/>	
			Violencia familiar	Cordial <input type="checkbox"/>	
		Entorno familiar, consumo de sustancias como el cigarrillo, alcohol y drogas y uso del tiempo libre	Antecedentes familiares de embarazo adolescente	Desprecio <input type="checkbox"/>	
				Abandono <input type="checkbox"/>	



Hipótesis General	Variables	Dimensiones o Categorías	Indicadores	Técnicas/ Instrumentos
			Edad de consumo de cigarrillos	Apoyo <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>
				No <input type="checkbox"/>
				Si <input type="checkbox"/>
				No <input type="checkbox"/>
				No se <input type="checkbox"/>
				Menos de 12 años <input type="checkbox"/>
				13 a 15 años <input type="checkbox"/>
				Más de 16 años <input type="checkbox"/>
				No fumo <input type="checkbox"/>
<b>Escala</b>				
Los factores sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General	Factores sociales en el embarazo adolescente		Edad de consumo de alcohol	Menos de 12 años <input type="checkbox"/>
				13 a 15 años <input type="checkbox"/>
				Más de 16 años <input type="checkbox"/>
			Edad de consumo de drogas	No tomo <input type="checkbox"/>

---

León Becerra  
Camacho de la  
ciudad de Milagro

- Menos de 12 años
- 13 a 15 años
- Edad de consumo de  
drogas en el colegio Más de 16 años
- No consumo
- Uso del tiempo libre
- Sí
- No
- Leer
- Estar con novio
- Estar en familia
- Ir a discotecas
- Dormir
- Estar con amigos
- Hacer deportes
- Redes sociales
-



### **1.10 Justificación**

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud reconoce a la salud como “un derecho garantizado por el Estado, está vinculada a múltiples factores sociales, económicos, políticos y culturales que determinan la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo sustentable de mujeres y hombres que habitan en el Ecuador” (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002, p. 18).

De tal forma, que el desarrollo de un país, está centrado en los principios de equidad y de igualdad de género, lo que incluye los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población.

Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva, se convierte en una prioridad de atención en las adolescentes al repercutir directamente en la salud de la madre y del niño, lo que la convierte en un problema de salud pública en el Ecuador y en América Latina y el Caribe, tal como se lo argumenta en los apartados anteriores.

Ante esto, la puesta en marcha del proyecto, se justifica, dado, la relevancia que tiene el tema, además, promueve la investigación en esta área de conocimiento, para así, mejorar la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, específicamente en la salud sexual y reproductiva del sector.

Partiendo de lo presentado, la presente investigación responde al Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del periodo 2017 – 2021 del Ministerio de Salud Pública ecuatoriano, en el cual se analiza de la problemática de la salud sexual y reproductiva atendiendo a las causas estructurales, los determinantes sociales y los lineamientos estratégicos, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Sistema Nacional de Salud del país (MSP, 2017).

## Capítulo II: Marco teórico referencial

### 2.1 Antecedentes

#### 2.1.1 Antecedentes históricos

La adolescencia, desde el ámbito biológico, psicológico y social, sigue siendo un tema relevante que despierta el interés de distintas disciplinas científicas como las de la salud, educación y las sociales, que, de manera permanente, han tratado de estudiar el comportamiento del ser humano en esta etapa de la vida. Es así, que, para este capítulo, analizaremos a la adolescencia, a partir de la etimología del término, para luego discernir los aspectos y cambios físicos y emocionales que se relacionan con el embarazo adolescente.

Para Serrano y Gascó (2012) “la adolescencia, es un término que tiene su origen en el verbo latino *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse, la pubertad terminología asociada a la adolescencia, “proviene del latín *pubere* (cubrirse de vello el pubis)” (Adrián Serrano y Rangel Gascó, 2012, pág. 2). Este término, hace alusión a todos los cambios físicos o corporales que aparecen entre el final de la infancia y el comienzo de la edad adulta. de cambios” (OMS, 2015, pág. 23).

Este periodo, es una etapa de transición, en la que, el crecimiento físico y el desarrollo de la sexualidad se ven determinados por los factores biológicos, psicológicos y sociales que están presente en el entorno de un adolescente. Al respecto, Kar *et al.* (2015) mencionan que:

Los **factores biológicos** son los factores genéticos y neuroendocrinos, que determinan el sexo biológico y también influyen en el sexo psicológico. Durante la adolescencia, las hormonas desempeñan un papel en la aparición de la pubertad. (...) En los hombres, se produce la ampliación de los genitales y el cuerpo toma una forma masculina típica. En las mujeres, se produce desarrollo de mama; la menstruación comienza, los genitales adoptan una forma adulta y el cuerpo cambia a un tipo femenino. (...) La personalidad o

el temperamento de la persona es un **factor psicológico** importante que también decide la actitud hacia la sexualidad. Los **factores sociales** o ambientales también desempeñan un papel importante en el desarrollo de la sexualidad adolescente. La actitud de los padres hacia la sexualidad, el estilo de crianza, la relación con los compañeros, las influencias culturales son los factores sociales importantes que facilitan el aprendizaje sexual y deciden la actitud sexual del adolescente. (Kar, 2015, pág. 71)

Según algunos teóricos psicoanalistas como Freud y Erickson, señalan que la adolescencia se puede dividir en tres etapas. La tabla 2 a continuación menciona las tres etapas a lo largo de la adolescencia.

Desde lo biológico, es una fase universal y necesaria del desarrollo de la persona, pues los cambios en las distintas etapas de la adolescencia difieren en ambos sexos. Las mujeres son las primeras en experimentar esta transición que el sexo opuesto, son muy conscientes, al mismo tiempo, inseguras y más propensas a desarrollar trastornos de la alimentación. Por su parte, los varones, son más proclives a iniciar su actividad sexual a temprana edad, por lo que son más vulnerables a que participen en conductas de riesgo.

**Tabla 2**

*Etapas de la Adolescencia*

<b>Etapas</b>	<b>Años</b>	<b>Características</b>
<b>Temprana</b>	(10 a 13 años)	Los cambios físicos comienzan en esta etapa
<b>Media</b>	(14 a 16 años)	Se produce el desarrollo cognitivo. Es decir, se desarrolla el pensamiento y razonamiento abstracto.
<b>Tardía</b>	(17 a 19 años)	Emocionalmente, desarrollan un sentido de identidad; la participación social, la interacción entre



pares, así como el interés sexual, se desarrollan en esta fase.

---

*Nota.* Principales características de la etapa de la Adolescencia.

Durante la adolescencia temprana, un individuo ingresa a la fase genital desde la fase de latencia y durante la adolescencia se mantiene la fase genital. La sexualidad, que permanece quieta durante la fase de latencia, se activa durante la fase genital. En torno a este tema y para mejor comprensión y asociación con las etapas de la adolescencia, Freud propuso su teoría psicosexual del desarrollo, donde describió acerca de la fase oral, la fase anal, la fase fálica, la fase de latencia y la fase genital como los pasos más importantes del desarrollo psicosexual.

Durante estas fases, diferentes partes del cuerpo se comportan como las más erógenas y el individuo intenta explorar o estimular estas zonas para obtener gratificación. Una zona erógena es parte de la piel o membrana mucosa extremadamente sensible que produce placer, emociones, sentimientos y experiencias, como la boca, la región anal o los órganos sexuales (Dave y Dave , 2014). La tabla 3 identifica y caracteriza el inicio de las fases del desarrollo psicosexual a lo largo de la vida.

**Tabla 3**

*Fases del Desarrollo Psicosexual*

<b>Fases</b>	<b>Años</b>	<b>Características</b>
<b>Oral</b>	1 año	La principal fuente de satisfacción es la actividad oral. La madre se establece como el objeto de amor más fuerte.
<b>Anal</b>	1 -3 años	La principal fuente de placer proviene de la defecación.

<b>Fálica</b>	3-6 años	Caracterizado por la localización del placer en los genitales.
<b>Latencia</b>	6 a 12 años	Caracterizado por la canalización de la energía sexual hacia actividades socialmente aceptables.
<b>Genital</b>	12 años a más	La maduración sexual es completa y las relaciones sexuales se convierten en un objetivo importante.

---

*Nota.* Representación de las Fases del Desarrollo Psicosexual.

En general, Freud y su teoría psicosexual del desarrollo, se centra en una serie de etapas dinámicamente diferenciadas durante la vida que juegan un papel decisivo en la formación de la personalidad; y a su vez, crean una serie de necesidades corporales que generan deseos, cada uno de estos deseos tiene su origen en una zona erógena diferente.

Por su parte, las hormonas, también desempeñan un rol muy importante en estas fases; dado que, son sustancias que el cuerpo vierte en el torrente sanguíneo mediante glándulas endocrinas a fin de regular y controlar el funcionamiento de distintos tejidos, órganos y principales sistemas del cuerpo humano. Las hormonas afectan o benefician las funciones del cuerpo, desde el estado de ánimo y el estrés hasta el crecimiento y el desarrollo sexual de una persona (Cercado, 2017).

La tabla 4 expone las principales glándulas endocrinas y sus funciones.

**Tabla 4**

*Principales Glándulas Endócrinas*

---

<b>Glándulas endócrinas</b>	<b>Funciones</b>
El hipotálamo	Produce hormonas que regulan la temperatura del cuerpo, el apetito, estado de ánimo, la libido, estado emocional y sed.

---

La hipófisis	Considerada como “glándula de control maestro” genera hormonas que afectan el crecimiento y las funciones de otras glándulas.
El pineal (tálamo)	Produce la melatonina derivada de la serotonina, una hormona que afecta a los patrones de sueño.
La paratiroides	Controla la cantidad de calcio en la sangre y los huesos.
La tiroides	Produce las hormonas que controlan la velocidad a la que el cuerpo quema calorías y la rapidez con la que el corazón late.
El timo	Las células T (o linfocitos T), que son importantes para el sistema inmunológico adaptativo, maduran en el timo.
El páncreas	Produce la insulina, lo cual disminuye el azúcar en la sangre (la glucemia)
La suprarrenal	Produce las hormonas sexuales y el cortisol, que le ayuda a responder al estrés y tiene muchas otras funciones importantes.
Los ovarios (mujeres)	Secretan estrógeno, y progesterona, las hormonas sexuales femeninas.
Los testículos (hombres)	Producen esperma y la testosterona, la hormona sexual masculina.

---

*Nota.* Principales funcionalidades de las glándulas endócrinas

En el hombre y la mujer, las hormonas sexuales intervienen en el desarrollo de la sexualidad hasta la madurez sexual, pues estas configuran las características anatómicas, fisiológicas y comportamentales. En la mujer adolescente aparece algo significativo en esta etapa. En palabras de Cercado (2017) “la primera menstruación puede ocurrir precozmente en edades como los 9 años, y en el varón las primeras eyaculaciones durante el sueño con espermatozoides capaces de fecundar” (p. 20).

En este contexto de cambios biopsicosociales, el embarazo adolescente, en esta investigación, surge para ser estudiado, de tal forma que partimos desde la conceptualización de las variables principales hasta el análisis de teorías que sustentan lo dicho.

### 2.1.2 Antecedentes referenciales

La Organización independiente más grande del mundo que está presente en 119 países desde el final de la primera guerra mundial en 1919, la misma que trabaja por los derechos de la niñez, Save the Children con su traducción literal: Salvar a los niños, anunció que anualmente, en los países subdesarrollados se evidencian un gran número de adolescentes embarazadas con una cifra de 13 millones (Save the Children, 2018). El mayor riesgo de muerte materna en adolescente se observó en África, y en algunos en países de Asia como Afganistán y Bangladesh; sin embargo, en algunas naciones asiáticas industrializadas, como Corea del Sur y Singapur, las tasas de natalidad entre adolescentes están entre las más bajas del mundo (Papri et al., 2016).

Con estos antecedentes, a continuación, se expone el siguiente marco referencial a partir de estudios realizados a nivel continental, regional y nacional.

En la investigación titulada “Embarazo durante la adolescencia y riesgos asociados: un estudio de cohorte de 8 años en un hospital (2007–2014) en Rumania, el país con la tasa más alta de embarazos en adolescentes en Europa”, realizada por Demetra Gabriela Socolov; Lorga, M., Carauleanu, A., Llea, C., Blidaru, L., Boiculese, L. y Razvan-Vladimir Socolov (2017), se obtuvieron los siguientes resultados:

**Resumen:** Rumania, reportó en 2011 alrededor de 34,700 embarazos de adolescentes entre las mujeres de 15 a 19 años de edad, con una tasa de embarazo (definida como el número de embarazos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad) del 61% y una tasa de natalidad (definida como el número de nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad) del 35%, lo que indica que Rumania tiene las tasas más altas en Europa (Socolov et al.,

2017). Por tal razón, se pretendió determinar el embarazo y el parto entre los adolescentes. Para lograr este objetivo, se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo de 8 años en el hospital, se analizaron las comorbilidades del embarazo y los parámetros de parto de un grupo de adolescentes menores de 20 años en comparación con un grupo de adultos jóvenes de 20 a 24 años de edad en un hospital universitario.

Los resultados indican que la adolescencia es un factor de riesgo para el parto prematuro, pues un parto menor a las 37 semanas restringe el crecimiento fetal incrementa la posibilidad de nacimiento del producto con desproporción cefalopélvica y hemorragia posparto. Por otra parte, el parto por cesárea ocurre con menos frecuencia en adolescentes que en adultos. El estudio también muestra que las siguientes comorbilidades son factores de riesgo para el embarazo adolescente: anemia, infección del tracto urinario bajo, pediculosis, condiloma anogenital y tricomoniasis. Los riesgos para la hepatitis B y la hepatitis C, la ruptura prematura de las membranas y la placenta previa fueron menores en comparación con los del grupo de adultos jóvenes, respectivamente, mientras que el riesgo de diabetes gestacional y preeclampsia fue el mismo en ambos grupos.

**Tema:** Embarazo adolescente y sus factores asociados entre los adolescentes escolares de Arba Minch Town, Sur de Etiopía

**Autores:** Samuel Mathewos, Aleme Mekuria

**Año:** 2018

**Resumen:** El embarazo en la adolescencia ha sido durante mucho tiempo una preocupación social, económica y educativa mundial para los países desarrollados, en desarrollo y subdesarrollados. Los estudios sobre sexualidad adolescente y embarazo son muy limitados. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia del embarazo en la adolescencia y sus factores asociados entre los adolescentes escolares de Arba Minch Town.

El estudio se realizó en la Zona Gammo Goffa, ciudad de Arba Minch, sur de Etiopía. Según la última proyección nacional de población basada en el censo de población y vivienda, la población total de la ciudad es de aproximadamente 103,965 personas. El estudio tuvo un alcance transversal y fue empleado entre estudiantes mujeres en el rango de edad de entre 15 y 19 años de las cuatro escuelas de la ciudad. El tamaño de la muestra para el estudio se calculó considerando el 8% de prevalencia de embarazos en adolescentes, el 95% de certeza y el 5% del margen de error entre la población y la muestra con una tasa de no respuesta del 10%. Por lo tanto, el tamaño total de la muestra calculada para este estudio fue de 578 estudiantes. Los datos fueron recolectados utilizando un cuestionario estructurado autoevaluado y probado previamente. Se utilizó regresión logística multivariante para identificar los factores predictivos del embarazo en la adolescencia ( Mathewos y Mekuria, 2018). Los resultados muestran que, del total de 124 estudiantes sexualmente activos, 43 (34.7%) tuvieron antecedentes de embarazo, y 47 (37.9%) de ellos no conocían los días fértiles en su ciclo menstrual. Setenta y ocho (62.9%) de ellos comenzaron las relaciones sexuales a la edad de 17 años y más. Con respecto al uso de anticonceptivos, 68 (54.8%) de los encuestados alguna vez usaron al menos un tipo de anticonceptivo moderno. Se evaluaron las características familiares y de nivel de pares de los encuestados; Cerca de 165 (29.5%) de ellos informaron que sus madres habían completado la educación secundaria. La mayoría, 366 (65,4%) de los encuestados vivían con ambos sus padres biológicos. Trescientos veintiocho (63.2%) de ellos informaron que tuvieron una interacción pobre entre padres e hijas con respecto a temas de sexualidad, amor y embarazo. Este estudio reveló también, un alto nivel de embarazo adolescente entre los adolescentes escolares de Arba Minch Town. Un número significativo de estudiantes mujeres adolescentes estaba en riesgo de enfrentar los desafíos del embarazo adolescente en el área de estudio.

**Tema:** Una nueva mirada al embarazo adolescente en Brasil

**Autores:** Heilborn Maria Luiza; Cabral Cristiane

**Año:** 2018

**Resumen:** Se presenta una síntesis de algunos de los principales resultados proporcionados por la encuestadora GRAVAD (Embarazo adolescente: estudio multicéntrico sobre la juventud, la sexualidad y la reproducción en Brasil). Es un estudio sobre el comportamiento sexual y reproductivo entre jóvenes brasileños que entrevistó a 4.634 individuos en una encuesta de población con una muestra aleatoria. Se entrevistó a mujeres y hombres de entre 18 y 24 años de edad en tres capitales: Porto Alegre, Río de Janeiro y Salvador. El enfoque de investigación en este estudio vincula dos metodologías: entrevistas semiestructuradas y una encuesta de hogares con una muestra probabilística estratificada. El cuestionario dio prioridad a ciertos eventos y situaciones en la historia afectiva y sexual del individuo, como la primera relación sexual, el primer embarazo y el más reciente, el primer hijo y el más reciente, el primer aborto (espontáneo e inducido) y la pareja actual. (Heilborn y Cabral, 2011).

Los resultados muestran a pesar de un entorno de transformaciones en las que el sexo gana un estatus entre los jóvenes como un comportamiento aceptable, las conversaciones sobre la sexualidad continúan siendo tabú en la familia; la anticoncepción no se discute abiertamente en la escuela, y la educación sexual es un tema altamente controvertido en la sociedad brasileña. Por su parte, el comportamiento de los jóvenes tiende a ser más uniforme; por ejemplo, la edad media para su primera experiencia sexual no varía según la región de residencia, el grupo social o étnico. Las mujeres presentan una mayor diversidad de conductas, según sus orígenes familiares y sus características biográficas (Heilborn y Cabral, 2011), los grupos más pobres, que también comparten otras características, como un menor nivel de educación y socialización con una participación significativa en el trabajo doméstico, tienen una iniciación sexual más temprana. Las mujeres tienen parejas mayores y más experimentadas. Asimismo, tienen su primera experiencia con el enamorado (novio estable) (86%) o el esposo (4%). Apenas el 45% de los hombres tienen su primera experiencia con la novia; la mitad de los

hombres tienen su primera experiencia con una pareja eventual y el 5% con prostitutas. El uso de métodos anticonceptivos también varía según la edad de la primera relación; es mayor entre los jóvenes que comienzan sus experiencias sexuales más tarde. El grado de uso también varía según el nivel de instrucción individual, siendo mayor entre aquellos con niveles más altos de educación.

Finalmente, se concluye a través de los resultados de los estudios de GRAVAD, que el embarazo en la adolescencia no es la consecuencia de actividades sexuales promiscuas, como afirman actualmente las creencias populares. A menudo se ignora que, en medio de los segmentos sociales más pobres, la paternidad se ve como un signo de estatus social, dada la falta de perspectivas profesionales. Entre la clase media, otros horizontes socioculturales dan a la paternidad el estado de una experiencia para vivirla en los últimos momentos de la vida, cuando la vida profesional y financiera se ha consolidado (Heilborn y Cabral, 2011).

**Tema:** Impacto de los factores sociales y culturales en el embarazo adolescente

**Autores:** Akella, D.; Jordan, M.

**Año:** 2015

**Resumen:** Estados Unidos tiene el nivel más alto de embarazo en la adolescencia entre las naciones industrializadas. Ante esta cifra, este estudio examina las razones detrás de las altas tasas de parto prematuro entre los adolescentes afroamericanos, dado que este grupo étnico contribuyen al 57 por ciento de los nacimientos en adolescentes. A su vez, representan el 35 por ciento de la población total de mujeres de 15 a 19 años en los Estados Unidos (Akella y Jordan, 2015).

Este estudio adoptó una metodología de carácter cualitativo, en la cual, el primer tema giró en torno a la información relacionada con los antecedentes sociales y económicos de los participantes. El segundo y tercer tema giraron en torno a las creencias familiares y religiosas, y las normas y valores culturales, que podrían explicar los embarazos de adolescentes entre la población afroamericana. Los dos últimos temas trataron las consecuencias de quedar



embarazada en la adolescencia. (Akella y Jordan, 2015), los resultados evidenciaron una correlación directa entre la pobreza, la educación y cultura de los adolescentes y la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Asimismo, se refleja que los adolescentes, de cierta forma, absorbieron el comportamiento de sus padres, compañeros y la sociedad que los rodeaba repitiéndolos en sus propios comportamientos y accionar diario. Pocos de los participantes pertenecían a hogares de padres solteros y tenían madres que ellas mismas habían sido madres adolescentes. Las adolescentes, en algún momento de sus vidas, ya habían enfrentado momentos traumáticos y emocionales; crecieron tanto física como emocionalmente enfrentando molestias durante el embarazo y tuvieron que continuar en la escuela hasta el final y luego regresar inmediatamente después del parto. Finalmente, después de la decepción inicial de los padres de los participantes, recibieron un poco de apoyo de su familia, del sistema escolar y del gobierno. Los miembros de la familia generalmente madres, abuelas y tías se reunieron para brindar apoyo y asistencia a las madres adolescentes cuando lo necesitaban.

**Tema:** Factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años, del colegio fiscal Dr. José María Velasco Ibarra de la ciudad de Milagro

**Autores:** Cercado Alicia; Vera Elsa; Fariño Juan; Real Jhony

**Año:** 2018

**Resumen:** El embarazo en la adolescente es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades dado a que es un fenómeno natural que está biológicamente disponible para prácticamente todas las adolescentes y a su vez tiene una tasa elevada de mortalidad materna y neonatal por el riesgo que existe al tener un bebé antes de los 20 años de edad, por estas razones es considerado un problema de salud pública en Ecuador.

El objetivo de la investigación se enmarca en determinar los factores psicosociales que intervienen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años, perteneciente al Unidad Educativa Fiscal “Dr. José María Velasco Ibarra” de la ciudad de Milagro. La metodología utilizada se basó en un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal correlacional;

la muestra quedó constituida por 335 adolescentes que cumplieron con las mismas características de la población y con el fin de reducir el margen de error en los resultados la selección de la muestra fue probabilística con un tipo de muestreo estratificado.

Los resultados indican que el 31% de las adolescentes pertenecen a la edad de 16 años y la mayor parte de estos viven en el sector urbano. El 63% reconoce las características de las tres etapas de la adolescencia; el 92% conoce sobre el desarrollo de todos los órganos de la reproducción y los cambios físicos que se producen en ellos; el 69,55% resalta que las características que primero identifican en su grupo de pares es la amistad y aceptación. El 85% señaló que vive en un hogar funcional. Además, se estableció que el conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva se asocia con las embarazadas adolescentes. Los factores psicosociales que influyen a la prevalencia del embarazo en la adolescencia son los cambios físicos relacionados con el crecimiento, cambio corporal y a la maduración sexual (Cercado Mancero et al., 2018).

## **2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación**

### **Teorías psicoanalíticas**

Existen distintas teorías que describen y explican cómo se constituye la personalidad, sin duda, las teorías psicoanalíticas pueden definirse como la base para comprender de cierto modo las características comportamentales de los seres humanos. Según Cercado (2017) refiere que “los teóricos psicoanalíticos consideran que el comportamiento sólo es una característica superficial y que, para entender verdaderamente el desarrollo, tenemos que analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento interno de la mente” (p. 19). Estas características se reflejan en algunas teorías que se detallan a continuación:

### **Teoría de Sigmund Freud**

Sigmund Freud es considerado el padre del psicoanálisis, dirigió sus estudios a determinar el desarrollo psíquico del ser humano. Los conceptos emanados del psicoanálisis se

han aplicado extensamente en la educación y en la práctica psiquiátrica, que han llegado a ser parte fundamental de la aproximación a los trastornos mentales (Seelbach, 2013).

Son elementos que se encuentran intrínsecamente en la mente de todo ser humano, son características de la configuración y estructura de la personalidad y esta varía de persona a persona. En este mismo contexto, Sigmund Freud teorizó la manera en cómo se desarrolla el aparato psíquico en las personas e identificó que es un proceso que inicia de manera muy temprana (Seelbach, 2013).

Según Freud (1927) consideraba que:

La vida de los adolescentes está llena de tensiones y conflictos, para reducir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente inconsciente. Creía que hasta los comportamientos más triviales tienen un significado especial cuando se descubren las fuerzas inconscientes que hay detrás de ellos. (p. 24)

### **Teoría de Erickson**

Erik Erickson psicólogo estadounidense que desarrolló una teoría del desarrollo humano con base en etapas, desde el nacimiento hasta la muerte del ser humano (Seelbach, 2013). A diferencia de las fases psicosexuales de Freud que se describió anteriormente en la tabla 2, para Erikson eran de carácter social y reflejaba el deseo de afiliarse con otras personas, las mismas que se expresan en ocho estadios psicosociales que abarcan todo el ciclo vital (Cercado, 2017).

La teoría de Erickson, realiza una interpretación de la teoría freudiana, enfatizando en cuatro aspectos sociales esenciales según Cercado (2017):

- Entiende el 'yo' como una fuerza intensa, vital y positiva, con capacidad organizadora de la persona con capacidad para mediar entre las fuerzas sintónicas y

las distónicas, para la solución de crisis en un contexto genético, cultural e histórico de cada individuo (p. 38).

- Demostró las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial (p. 38).
- Analiza la definición de desarrollo de la personalidad durante el ciclo de la infancia a la vejez (p. 38).
- Analiza los elementos culturales, sociales e histórico en el desarrollo de la personalidad, para determinar rasgos importantes (p. 38).

Es decir, su principal trabajo fue extender los estudios del contexto del psicoanálisis del desarrollo psicosexual hacia el contexto del desarrollo psicosocial del ciclo de vida completo de la persona, reconociendo la importancia de la presencia de rasgos significativos en las personas como los elementos externos que intervienen en la construcción de la personalidad (Cercado, 2017).

### **Tabla 5**

#### *Estadíos de Desarrollo Psicosocial*

---

##### **CONFIANZA V/S DESCONFIANZA (0 a 18 meses)**

- Corresponde al estadio de infancia o etapa sensorio-oral

**Tarea:** Desarrollar confianza en el medio, sin eliminar completamente la capacidad para desconfiar.

**Virtud:** Esperanza y fe

---

##### **AUTONOMÍA V/S VERGÜENZA O DUDA (18 meses a 3 - 4 años)**

- Corresponde al llamado estadio anal-muscular de la niñez temprana.

**Tarea:** Desarrollar autonomía, conservando niveles adecuados de vergüenza y duda.

**Virtud:** Voluntad, determinación

---

##### **INICIATIVA V/S CULPA (3-4 a 6 años)**

- Este es el estadio genital- locomotor o la edad del juego.

**Tarea:** Generar iniciativa para actuar sin sentir culpa exagerada.

**Virtud:** Propósito

---

##### **LABORIOSIDAD V/S INFERIORIDAD (6 a 11 años)**

- Corresponde al estadio de latencia.

**Tarea:** Desarrollar la capacidad para hacer cosas y un sentido de competencia, evitando un sentimiento excesivo de inferioridad.

**Virtud:** Competencia

---

---

**IDENTIDAD DEL YO V/S CONFUSIÓN DE ROLES** (Pubertad hasta los 20 años)

- Corresponde a la adolescencia.

**Tarea:** Lograr la identidad del YO y evitar la confusión de roles

**Virtud:** Fidelidad

---

**INTIMIDAD V/S AISLAMIENTO** (18-20 años a 30 años)

- Corresponde a la adultez joven.

**Tarea:** Lograr un nivel adecuado de intimidad, evitando mantenerse en aislamiento.

**Virtud:** Amor

---

**GENERATIVIDAD V/S AUTOABSORCIÓN** (crianza de los hijos a crisis mediana edad)

- Corresponde a la adultez media.

**Tarea:** Generar un legado para las generaciones futuras, evitando el estancamiento.

**Virtud:** Capacidad de cuidar

---

**INTEGRIDAD DEL YO V/S DESESPERANZA** (Retiro vida activa-muerte)

- Corresponde a la adultez tardía, también llamada vejez

**Tarea:** Encontrar un significado a la vida, aceptarla al igual que a la muerte que se avecina y lograr el sentimiento de integridad personal.

**Virtud:** Sabiduría

---

*Nota.* Etapas del Desarrollo Psicosocial según Cercado (2017)

### Factores sociales

Es vital mencionar que los factores sociales, son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea el lugar y en el espacio en el que se encuentra, estos forman parte del medio ambiente social, el cual va repercutir ya sea como persona, familia o sociedad.

En virtud de lo expuesto, Montoya (2013) comenta que

El estudio de los factores sociales ha tenido un desarrollo histórico. A finales del Siglo XIX el enfoque fue Biologicista, el cual hace una relación entre la causa y el efecto, es decir entre el agente patógeno y el huésped. (p. 46)

El factor social, es posiblemente, el mayor modificador del patrón general de conducta de un adolescente. Al respecto, Gispert (2006) autor del libro "Prevención del embarazo no deseado", resalta que el embarazo en adolescentes es un complejo problema por su múltiple causalidad, principalmente social. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, indica

que los factores sociales “son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2015, pág. 21).

En general, los factores sociales que influyen en el embarazo adolescente, son una serie de relaciones que van desde el más alejado nivel macrosocial, al más próximo, la familia, dado que el embarazo tiene un impacto biológico, psicológico y social que conlleva a complicaciones tanto en la madre como en el hijo. No obstante, el problema más grande en la palestra social de la adolescente es asumir con responsabilidad el rol de madre cuando aún está en proceso de crecimiento, desarrollo y formación.

### **Nivel de educación**

La educación integral en sexualidad pretende dotar a los niños y jóvenes de conocimientos basados en elementos prácticos, habilidades, actitudes, destrezas y valores que conlleve a potenciar la salud, bienestar y dignidad de las personas lo que permitirá fortalecer las relaciones socio-sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos (UNESCO, 2018).

A pesar de las pruebas fehacientes y convincentes de las ventajas de la educación integral en sexualidad incorporada a los planes de estudio, son pocos los niños y adolescentes que sacan provecho de ésta (UNESCO, 2018).

Un estudio realizado por Oscar Fawed Reyes en Honduras en el 2018 sobre Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, concluye que el 40.26% de las participantes no han completado la educación primaria y solo el 3.95% han completado la educación secundaria (Reyes et al., 2016).

Por tanto, la educación sexual deberá incluir temas identidad, género, la orientación sexual, la violencia de género, el consentimiento u otros aspectos de la sexualidad y la afectividad en contenidos adaptados según la franja de edad.

La psicóloga clínica del centro de Psicología Cepsim y sexóloga del Instituto de Psicoterapia Gestalt de Madrid, Sandra Isella, lamenta en declaraciones a Efe que la educación sexo afectiva sea una asignatura pendiente en España. Se da anatomía y biología, pero no se contempla la dimensión emocional y sexual (ABC Educación, 2020).

Un parte importante de la educación sexual recae en los docentes, aun cuando no poseen conocimientos científicos o previos sobre el tema de la sexualidad en la adolescencia. Sin duda, todo ello supone un obstáculo evidente para la enseñanza eficaz de esta materia, para lo cual se debería diseñar programas de educación sexual que integren todos los elementos de la vida social, dígase, creencias, valores, ética y educativos que permita integrar a todos los miembros de la comunidad educativa en el proceso de transformación social como educativo (ABAD et al., 2017).

Para la salud y el bienestar psicosocial de los jóvenes, la educación integral en cuanto a la sexualidad desempeña un papel primordial. Esta ofrece una educación enfocada al reconocimiento de sus derechos humanos, igualdad, fortalecimiento del sistema de relaciones, comportamiento, determinación de riesgo y la prevención de enfermedades, motivando a la responsabilidad en el desarrollo de sus acciones (UNESCO, 2018).

Se ha demostrado que los programas que promueven únicamente la abstinencia no tienen ningún efecto en el retraso de la iniciación sexual ni en la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales o el número de parejas sexuales, mientras que los programas que combinan el retraso de la actividad sexual con el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos resultan eficaces (UNESCO, 2018).

Es necesario que la metodología para la enseñanza de la sexualidad se enmarque en opciones dinámicas como el empleo de talleres, incluso su incorporación en los proyectos pedagógicos es fundamental, porque cada una de las instituciones educativas logrará optimizar sus potencialidades y dar pautas para la creación de nuevos proyectos de vida de los estudiantes (Gonzales et al., 2017).

En referencia a la identidad sexual es preciso enseñar a los estudiantes a que tengan claro su identificación sexual entendiéndose que eso es fundamental para su desenvolvimiento; la identidad sexual está determinada biológicamente de forma muy clara pues constituye lo dado lo no elegible; en ocasiones viene configurada por la educación, los estereotipos, los factores y el propio comportamiento elegido; puesto que, hay un margen muy amplio de libertad en el modo en que cada sujeto conduce su sexualidad respecto al comportamiento sexuado a los diferentes modos de actuación masculina y femenina en actividades intelectuales (Gonzales et al., 2017).

En relación al modelo de la biointeligencia aplicado a la sexualidad se debe señalar que se ajusta con lógica y pertinencia debido a que funciona como una alternativa para que el docente pueda enseñar a sus estudiantes los conocimientos necesarios en función de lo que es y los alcances de la sexualidad; ahora bien, es preciso tener en cuenta que éste es uno de los medios para formar de manera integral a los adolescentes y a la vez permite que se conjuguen experiencias, saberes y conocimientos para que sean aplicables y desarrollados en el desenvolvimiento cotidiano (Gonzales et al., 2017).

Como se puede apreciar al unir lo psicológico con lo pedagógico surgen herramientas en función de un aprendizaje que sea proactivo, creativo, crítico, significativo y constructivista que entienda y comprenda los procesos de formación y capacitación con la intención que se pueda moldear de una manera efectiva la obtención de conocimientos mediante un proceso de



enseñanza y aprendizaje que garantice una buena formación y conlleve a un escenario donde los procesos académicos sean de marcado valor y relevancia garantizando una buena formación y capacitación integral de los individuos (Gonzales et al., 2017).

En el Ecuador, el impartir una educación sexual durante la primera infancia no era de gran importancia para el Estado y el Ministerio de Educación principalmente por factores ideológicos y culturales. A pesar de que en el año 2000 se aprobó la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, la cual establece que en todos los niveles de estudio la educación sexual debe estar presente en la planificación de estudio, y que como consecuencia a esto se crearon varios planes, programas e incluso materiales para educar a la sociedad en sexualidad, la población infantil no fue incluida dentro de estos (Rivera N. , 2018).

### **Relación de embarazo y zona de procedencia**

Respecto a la percepción de riesgo por zona o procedencia en este caso “el barrio”, según lo observado por Betancur señala que sus resultados de investigación apoyan la idea que “vivir en barrios inseguros tiene una alta prevalencia de consumo y, por tanto, actúa como factor de riesgo y en relación a hijos de padres autoritarios y negligentes suelen presentar más altos los índices de consumo de alcohol, tabaco y cannabis”; destacando así la importancia de las muestras de afecto y cariño para prevenir un embarazo no deseado (Betancur et al., 2018).

Es frecuente en ciertos barrios distinguir como ciertos jóvenes adultos consumen sustancias de uso legal o ilegal sin importar que la población adolescente o infantil esté apreciándolos, sirviendo esto de modelo a seguir. Otro factor que se observa en la población juvenil, es el manejo excesivo de manifestaciones amorosas, mostrando las caricias como algo morboso, evidenciando un manejo inadecuado del aspecto erótico de la sexualidad (Vahos et al., 2016).

## **Comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo**

El embarazo en los adolescentes es un problema de salud pública no solo en Ecuador sino también en Latinoamérica y otros países en vías de desarrollo. En la adolescencia puede tomarse como indicador de acceso a la salud en tanto que suele concentrarse en las poblaciones más pobres, con condiciones inadecuadas de nutrición y salud de las embarazadas (Flores M. , 2017). Actualmente en el país la salud sexual y reproductiva (SSR) de la población adolescente constituye un enorme desafío para los sectores de gobierno; este grupo vulnerable se halla sumergido en situaciones cambiantes y diversas donde sus derechos, intereses y necesidades, generalmente son desatendidas lo que genera la posibilidad de tomar decisiones irresponsables e informadas en este componente, llevando a adoptar conductas que generan riesgos, aún para su vida. Situaciones como muertes maternas, infectarse de enfermedades de transmisión sexual como VIH-Sida, exponerse a la violencia de género, procreación prematura, son componentes que frustran sus aspiraciones y truncan sus proyectos con consecuencias que afectan tanto a las personas como al conjunto social.

La sexualidad tiene algunas caras y, en tal virtud, ostentan diferentes interpretaciones de ella, que acontecen del contexto teórico y los registros que hacen de los sucesos del mundo exterior e interior, de los adolescentes y de las respuestas que adquieren, mediante las cuales construyen teorías surgidas a la época y a la cultura en la que habitan (Fuente et al., 2017).

El 95% de los nacimientos entre las madres adolescentes corresponden a los países en vías de desarrollo, y las niñas tienen 5 veces más posibilidades de convertirse en madres relacionadas a un bajo nivel educativo, con grandes repercusiones en la vida social, económica y educativa (UNESCO, 2017).

Las causas por las cuales se ven inmersos en estos escenarios son variadas, no obstante destacaremos las principales acorde con la realidad ecuatoriana, siendo las más

frecuentes la falta comunicación familiar, educación sexual insuficiente con baja escolaridad, antecedentes de embarazo en adolescentes, ser víctimas de algún tipo de abuso tanto físico como emocional o incluso sexual, los tabúes sociales frente al sexo, algunos tipos de personalidad que pueden inducir a uso de sustancias psicotrópicas.

Los riesgos o consecuencias fundamentales de estos acontecimientos son en algunos casos la expulsión de la escuela y del hogar, la estigmatización por parte de la familia, vulnerabilidad ante la violencia, mayor pobreza y la mortalidad entre las madres y complicaciones de salud. Incluso las complicaciones vinculadas al embarazo y al parto constituyen la segunda causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad, con unas 70.000 adolescentes afectadas cada año (UNESCO, 2017).

### **Edad**

Según Freud (2005) el conocimiento durante la etapa de la infancia está dirigido a tres elementos fundamentales: “El origen o el nacimiento, la actividad sexual de los padres y la diferencia sexual anatómica” (Fuente et al., 2017, pág. 52), pero en la actualidad las inquietudes están más estrechamente relacionadas a las actitudes y comportamientos que hacen diferentes al hombre de la mujer.

Un factor relevante en el embarazo adolescente es la edad, se sabe que este indicador puede permitir un buen desarrollo fetal, sin embargo, es más frecuente que presenten alto riesgo de complicaciones que en ocasiones amenaza la vida de ambos seres. Por ello el análisis de esta variable determinara el índice de aparición de otras condiciones o comorbilidades y con esto captar las que son más peligrosas en esta etapa del ser humano (Reyes et al., 2016).

En este escenario la concepción prematura en madres jóvenes es un riesgo alto para los recién nacidos como para sus progenitoras. Esto es observado en países de ingresos bajos

y medianos, donde los recién nacidos de madres jóvenes en edades menores a los 20 años cuentan con riesgo del 50% de presentar mortalidad prenatal o muerte en las primeras semanas de vida, así como registrar peso recién nacidos como bajo al nacer (OMS, 2020).

Según registros del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2009), existió una tasa del 21,5% de adolescentes embarazadas en edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Aunque no presenta una cifra significativa, se evidencia un alza de esta problemática además de identificar una serie de complicaciones durante el proceso de gestación y parto, siendo esto un desafío para el sistema de salud (Thomazini et al., 2016).

Un estudio demostró 177 partos en adolescentes, representaron el 6,63% del total de partos, el promedio de edad fue  $16,8 \pm 2,4$  años, el 12,4% tenía edad menor de 15 años y 87,6% entre 15 y 19 años al momento del parto y otros factores relacionados fueron la ocupación o actividad; El 56% de las adolescentes era ama de casa y 36% estudiantes, mientras en el grupo control casi 60% eran obreras, 29% amas de casa y 13% estudiantes.

En la realidad ecuatoriana, de cada 3 adolescentes 2 en edades comprendidas entre los 15-19 años son madres o están embarazadas por primera vez, además de no contar con una educación, estabilidad económica que les permitan hacer frente a este nuevo desafío. Aun así, se observa, un incremento de embarazo en adolescentes menores de 15 años (74%) siendo la tendencia de la fecundidad adolescente la más alta de la Región (Tascon et al., 2016).

### **Pareja sexual de la adolescente embarazada**

En el ámbito escolar el 58,8% de estudiantes declara haber sufrido algún tipo de violencia entre pares; así mismo, 8 de cada 10 embarazos en adolescentes menores de 14 años son producto de violencia sexual. En la mayoría de casos el agresor es alguien de su propia familia (Política Intersectorial del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador, 2018).

### **Interés por el sexo**

La adolescente no inicia una relación amorosa para concebir un embarazo, por el contrario, lo hace porque desea demostrar su cariño hacia su pareja. Ese deseo de demostración, junto con la necesidad de afecto y amor, obliga a la adolescente a buscar, erróneamente, a quien consuele su soledad, ya sea por curiosidad o influencia de sus amistades. Por lo tanto, el deseo de embarazo, va más allá, de un simple contacto sexual, va en busca de tener algo propio que amar.

### **Uso de anticonceptivos**

Dentro de las medidas preventivas que han incidido en la reducción de embarazos en adolescentes, se encuentra la abstinencia sexual y el empleo de anticonceptivos, reduciendo en un 38% el riesgo de embarazos y el 86% a la aceptación al uso de los anticonceptivos. Visto así, el desarrollo de campañas de sensibilización y promoción del empleo de métodos anticonceptivos, se vislumbra como la principal estrategia para prevenir embarazos en adolescentes (Tascon et al., 2016).

### **Pertenencia a pandillas**

En la década de los 90 la cantidad de pandillas en Estados Unidos aumento de 4.881 en el año de 1992 a unas 31.000 a inicios de 1996, las cuales prevalecen en las ciudades con mayor población en un 74% y en los suburbios en un 57%. La presencia de integrantes de sexo femenino es un dato revelador ya que forman entre un cuarto y un tercio del total de las pandillas, tres de cada cuatro integrantes de pandillas tienen edades entre 15 y 24 años. La familia es un factor importante en el desarrollo de la adolescente, si una de ellas se une a una pandilla los padres tendrán motivos suficientes para preocuparse ya que suelen ser obligadas a involucrarse en tráfico de drogas y otras actividades delictivas, lo que hace que el adolescente viva en una fantasía de rebelión y libertinaje lo que propicia a las conductas sexuales inapropiadas teniendo como resultado embarazos no deseados. (ORG, 2017)

### **Relaciones sexuales y pandillas**

Las jóvenes que establecen relaciones sentimentales con miembros de pandillas tienen mayor riesgo de embarazo, sobre todo cuando el pandillero adquiere un estatus en la banda, lo que le confiere dominio en la relación y la importancia de mantener su descendencia dentro de la pandilla. (Sharmeli, 2018).

La violencia sexual está presente en este grupo y afecta a un porcentaje considerable de jóvenes. Por ejemplo, en estudios realizados por la OMS (2020) “entre un 3% y un 24% de las mujeres entrevistadas para el estudio, resaltan que sus primeras experiencias sexuales fueron de forma forzada” (OMS, 2020, pág. 65).

### **Nivel de comunicación familiar**

Otra variable en estudio que interviene en la presencia de embarazo en adolescentes es el nivel de comunicación, el nivel de la conducta, el calor y la proximidad son factores destacados en la protección de la conducta sexual de riesgo en los adolescentes, en este contexto el inicio temprano de la vida sexual es más frecuente en adolescentes con expresión disfuncional de afecto en sus familias y estructura familiar monoparental. La falta de uso del preservativo se ha asociado a la falta de afecto y mala comunicación familiar. Según Lavielle “tener más de tres parejas sexuales está relacionado con la expresión de afecto y el grado de satisfacción del adolescente con su familia” (Lavielle, 2014).

En la sexualidad intervienen una serie de emociones, conocimiento y procesos que influyen en cada persona. En tanto, la OMS (2020) señala que la sexualidad integra “los elementos físicos, emocionales, intelectuales, culturales y sociales, que deben ser desarrollados a través de medios que enriquezcan y potencien la comunicación” (p. 38).

### **Reacción familiar**

La familia cumple un rol muy importante en la educación y formación del adolescente en el aspecto sexual; la familia es el centro de la organización social donde convergen estos

adolescentes. En la familia se aprende a vivir como hombre y mujer como también en su expresión cultural que comprende el aprendizaje de roles, todo lo cual contribuye a configurar la identidad femenina o masculina. En consecuencia, desde la condición de género de cada uno de los miembros que componen la familia, se aprenden pautas y normas de comportamiento que posibilitan la relación de una persona con la sociedad. Aspecto que consolida la inclusión de este elemento dentro de lo que es la enseñanza de la educación sexual (Gonzales et al., 2017).

El contradictorio escenario de desarrollo y la fragilidad de la autonomía en las decisiones de los adolescentes, es un elemento imprescindible a ser atendido por los padres y docentes. Por ser categorizado como un grupo social vulnerable se debe diseñar modelos, estrategias o políticas que incidan positivamente en el medio social en que se gestan los diversos procesos de desarrollo de la vida humana.

### **Violencia familiar**

El medio familiar es donde inicia la educación sexual y desarrollo psicosexual del adolescente y la deben realizar los padres en el hogar; sin embargo, la inexperiencia es alta al momento de socializarlo ya sea por vergüenza, ignorancia o tabú, lo que puede causar confusión en la adolescente, originando un ambiente familiar hostil, con antivalores como la desconfianza, desamor y enemistad con los progenitores y demás miembros de la familia.

En un estudio realizado por Ticona (2016) refiere que “alude a todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre miembros de la familia, que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro y se da en un contexto de desequilibrio de poder” (p. 48).

### **Referente familiar de embarazo adolescente**

Existe un patrón asociativo que se presenta entre el embarazo adolescente de una generación con la siguiente generación, es decir, que una madre adolescente sea hija de una mujer que también fue madre en su adolescencia, los factores sociales como el ambiente de pobreza influyen en este aspecto repetitivo debido a que las hijas de mujeres que fueron madres adolescentes tienen un 66% de riesgo de convertirse en madres adolescentes e incluso, a edades más tempranas que sus propias madres. (Gonzales E. , 2013).

Otros factores como la disfunción familiar, antecedentes de madre o hermanas embarazadas durante la adolescencia, analfabetismo o baja escolaridad en los padres representan un 20.3% de madres con embarazos precoces. (Chasi, 2015)

### **Consumo de sustancias Psicotrópicas**

Otro factor relevante en el embarazo de adolescentes es el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) que se ha convertido en la actualidad en un problema de salud pública en países de vías de desarrollo. Siendo más frecuente en adolescentes, ya que están en un proceso de adaptación social; el consumo de este tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales, percibiéndose como un factor de riesgo relacionado directamente con el comportamiento sexual, que genera ser menos cuidadosos con sus acciones debido a la euforia, relajación, disminución de autocontrol y percepción de riesgo, producidos por la sustancia, facilitando conductas sexuales, sexo con desconocidos, relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, y un comienzo temprano de la actividad sexual, que pueden desencadenar diferentes riesgos para la salud entre esto un embarazo no deseado. (Betancur et al., 2018).

Respecto al alcohol (35,8%), la marihuana (3,3%), son las sustancias de mayor consumo entre la población adolescente, con repercusiones importantes a nivel de la actividad sexual a través de los grupos de amigos de la misma edad, ya que estos se convierten en la



fuerza principal de información acerca de la sexualidad, debido a que con ellos se comparte más tiempo y problemas e intereses en común; por lo tanto, se sienten aceptados y comprometidos. (Betancur et al., 2018).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas entre los Estudiantes (2016) la edad media para consumir alcohol por primera vez fue de 12,8 años. La prevalencia de uso de alcohol y tabaco en el grupo etario de 10 a 29 años fue de 25,2% y 28,4%, respectivamente. (Política Intersectorial del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador, 2018).

Otro estudio con cifras y resultados similares señala que el 38.1% de los hombres y el 23.6% de las mujeres de bachillerato, mencionaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, de estos, el 11.3% de los hombres y el 7.0% de las mujeres, indicaron que han tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga.

Las adolescentes se ven en riesgo de consumo y por ello generan otros problemas como desertar sus estudios y embarazos no deseados, Robles en el 2018 señala que el 50% de la muestra (250) refiere consumir algún tipo de droga, el 88% de estudiantes indica que el consumo de drogas lícitas e ilícitas incide negativamente en el ámbito académico (Robles, 2018).

### **Uso del tiempo libre**

El papel fundamental de la sociedad es cumplir con la educación al ser humano, especialmente en la fase de la adolescencia, dado que, este período se caracteriza por cambios que generan un desequilibrio emocional en los mismos. En la etapa colegial, estos cambios son más evidentes, y se manifiestan a través de la agresividad con los docentes y compañeros de curso, en algunos casos, el proceder dócil de un alumno se torna rebelde para ganar poderío frente a sus pares, lo que conlleva a la deserción escolar y el mal uso del tiempo libre. (Niño, 2018)

El mal uso del tiempo libre de los adolescentes sucede cuando no realizan alguna labor y se relacionan fácilmente con la tecnología y el consumismo de la sociedad. Al no existir un control en el hogar, las adolescentes serán más sensibles ante los peligros de las calles y pueden emplear su tiempo libre en acciones negativas como: las drogas, las pandillas, consumo de sustancias prohibidas, sexo inseguro o alguna otra actividad que terminen en embarazo no deseado. (Yugcha, 2017)

### **Embarazo adolescente**

La Organización Mundial de la Salud, se refiere al embarazo adolescente como “el embarazo en el que la madre es menor de 20 años en el momento en que finaliza el embarazo” (OMS, 2015). En el mundo, 1.000,000 de adolescentes mueren o sufren lesiones graves, infecciones o enfermedades debido al embarazo o el parto cada año. Por tal razón, es considerado “un problema universal de salud pública que afecta a la salud materna e infantil” ( Mathewos y Mekuria, 2018, pág. 287).

El grado de desarrollo tanto psicológico como social alcanzado durante el proceso puberal, a su vez, “el desarrollo incompleto del tracto genital y el sistema músculo esquelético de las adolescentes embarazadas las predispone a los peores resultados obstétricos causando altas tasas de aborto espontáneo, parto prematuro y bajo peso al nacer entre las adolescentes en comparación con las mujeres mayores de 20 a 29 años” (Papri et al., 2016, pág. 54). Las complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto representan la segunda causa de muerte más frecuente en adolescentes de 15 a 19 años de edad; las adolescentes más jóvenes están con mayor riesgo; la tasa de mortalidad de los menores de 15 años es cuatro veces mayor que la de los que tienen 20 años (Socolov et al., 2017).

En el mismo contexto, es más probable que los embarazos de adolescentes ocurran en comunidades marginadas, o de ingresos bajos. “Un niño que tiene un bebé en la adolescencia

tiene más probabilidades de enfrentar problemas sociales críticos como la pobreza, la educación deficiente, los comportamientos de riesgo que conducen a una mala salud” (Akella y Jordan, 2015).

La OMS, indica en el informe *embarazo adolescente*, publicado en el 2018, que existen un sinnúmero de factores sociales que coadyuvan a la problemática, por ejemplo, las barreras y paradigmas sociales para acceder a la anticoncepción, “incluidas las leyes y políticas restrictivas con respecto a la provisión de anticonceptivos según la edad o el estado civil, el sesgo de los trabajadores de salud y la incapacidad de los adolescentes para acceder a los anticonceptivos debido al conocimiento, transporte, y restricciones financieras” (OMS, 2015, pág. 29).

Desde el punto de vista sociológico, el embarazo adolescente se entiende como:

Un periodo dinámico y de transición, cuyo valor es el de prepararse adecuadamente para el futuro desempeño exitoso de roles propios del adulto. El entorno y los factores sociales exigen a cada individuo situarse dentro del complejo tejido de roles y posiciones sociales. Durante este periodo, el entorno espera aún respuestas adecuadas y precisas del individuo, además de que sea asumido como ser social que aún no ha llegado a la plenitud de su desarrollo (Valera Quiroz , 2016, pág. 13).

Si bien, el embarazo adolescente, no discrimina etnia, cultura o nivel socioeconómico, algunas adolescentes tienen más probabilidades que otras de quedar embarazadas. Los factores sociales como la educación, el lugar de residencia, las conductas de los compañeros y las parejas, las actitudes de la familia y la comunidad, la edad, los medios de comunicación, la falta de servicios de salud reproductiva y el desconocimiento son factores que contribuyen al aumento del embarazo no planeado entre los adolescentes.

En este sentido, ( Mathewos y Mekuria, 2018, pág. 288) expresan:

Estos factores sociales significativos llevan a las adolescentes a obtener menos logros educativos y en la mayoría de los casos al abandono de la escuela secundaria, mala salud y pobreza. Por su parte, los hijos de madres adolescentes también son más propensos a tener menos logros escolares y abandonar la escuela secundaria, tener más problemas de salud, estar encarcelado en algún momento durante la adolescencia, dar a luz como adolescente y enfrentar el desempleo como adulto joven.

### **Ejercicio de vida sexual activa**

Con el inicio del ciclo hormonal, en el adolescente, se forman los impulsos sexuales; los mismos que se manifiestan con la masturbación, que, en base a las teorías psicosexuales, es considerada como una actividad normal que se presenta en el desarrollo de un adolescente sea este hombre o mujer. Durante la adolescencia, los jóvenes presentan interés por el sexo opuesto en busca de una relación que se manifieste como su primer amor o como relaciones promiscuas, circunstancia que aumenta la posibilidad de un embarazo no planificado. Desde el punto de vista psicológico, despierta curiosidad y deseo de tener relaciones sexuales; sin embargo, se presenta la fase de arrepentimiento o de culpa luego del acto sexual, motivo por el cual el primer contacto sexual en un adolescente no siempre es agradable (MSP, 2017).

### **Métodos de planificación familiar**

Los métodos de planificación familiar son el conjunto de barreras anticonceptivas que han sido inventados para prevenir embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, según el Manual Mundial de Planificación Familiar publicado por la OMS los métodos son: la píldora o pastilla anticonceptiva, inyección anticonceptiva, condones o preservativos, implante anticonceptivo, contraceptivo intrauterino, espermicidas, anticoncepción de emergencia, diafragma, capuchón cervical, parche anticonceptivo, esterilización quirúrgica (Organization, 2011).

### **La píldora o pastilla anticonceptiva**

Es el método anticonceptivo usado con más frecuencia, su composición química combinada es a base de hormonas como el estrógeno y la progestina lo que hace que su eficacia sea del 99%, su indicación es la ingesta por vía oral cada día de una píldora a la misma hora, la desventaja de este método es que no protege de las enfermedades de transmisión sexual (Organization, 2011).

### **Inyección anticonceptiva**

Este método anticonceptivo produce progestina cuyo tiempo de duración es alrededor de tres meses, es coadyuvante para la disminución de cuadros de dismenorrea, este método no protege contra enfermedades de transmisión sexual, el uso prolongado puede producir amenorrea secundaria persistente la misma que desaparece cuando se deja de usar la inyección (Social, 2018)

### **Condomes o preservativos**

Tiene la función de impedir que los espermatozoides procedentes de la eyaculación del hombre no ingresen a la vagina evitándose un embarazo no deseado cuya eficacia es del 98%, el condón o preservativo debe colocarse antes del inicio del acto sexual y debe usarse uno nuevo por cada relación sexual para disminuir el riesgo de infección por enfermedades de transmisión sexual, existe también el condón femenino fabricado a base de silicón que utilizado de la manera correcta tiene una eficacia del 95% y protege de enfermedades de transmisión sexual (Organization, 2011).

### **Implante anticonceptivo**

Es un método anticonceptivo que produce una hormona como la progestina, debe ser colocado a nivel intradérmico en el lado superior del brazo bajo anestesia local y bajo la supervisión de un profesional de la salud, tiene una duración de tres a cinco años y por no ser

un método de barrera no protege contra enfermedades de transmisión sexual (Organization, 2011).

### **Contraceptivo intrauterino**

Existen dos tipos de contraceptivos uterinos uno es llamado T de cobre cuya función es prevenir el proceso de fertilización eliminando los espermatozoides y el segundo es de tipo hormonal el cual produce moco cervical espeso lo que evita la fecundación, cualquiera de los dos métodos debe ser colocados bajo la supervisión de un profesional de la salud, el método de la T de cobre es más eficaz ya que puede durar alrededor de 10 años no así el hormonal que dura cinco años (Foundation, 2018).

### **Espermicidas**

Este método tiene como función eliminar a los espermatozoides antes de que ingresen al ovulo, debe ser colocado dentro de la vagina antes del acto sexual y ser repetido por cada coito con una mayor cantidad que la primera ocasión, este método es muy efectivo si se utiliza al mismo tiempo el preservativo, su presentación es en espuma, supositorio, jaleas o cremas, se debe considerar que no es un método que excluye de infección de transmisión sexual (Organization, 2011).

### **Anticoncepción de emergencia**

Este método anticonceptivo tiene como función impedir la ovulación cuando se realizó una relación sexual sin el uso de preservativo o algún otro método anticonceptivo o por una relación sexual forzada, su efectividad se asegura cuando ha sido ingerida dentro de las 72 horas después del acto sexual (Foundation, 2018).

### **Diafragma**

Tiene la función de actuar como método de barrera cerrando el orificio uterino evitando la entrada de los espermatozoides, se aconseja su uso en conjunto con alguna crema

espermicida y su permanencia durante seis a ocho horas posterior al acto sexual (Organization, 2011).

### **Capuchón cervical**

Es un dispositivo pequeño en forma de cúpula fabricada en látex o silicón cuya función es obstruir la entrada del cérvix, impidiendo el ingreso de los espermatozoides al útero, el capuchón al igual que el diafragma debe ser usado junto con un espermicida y debe permanecer dentro de la vagina por seis a ocho horas, este método puede durar hasta dos años con los cuidados debidos y no sufrir algún daño antes de su fecha límite de uso, también es un método que no protege de las enfermedades de transmisión sexual (Foundation, 2018).

### **Parche anticonceptivo**

Es un método de planificación familiar compuesto por hormonas como estrógenos y progestina, se coloca un parche nuevo sobre la piel cada siete días por tres semanas y no debe colocárselo en la semana cuatro, para mejor comodidad puede ser colocado en los glúteos, parte superior de la espalda o cara interna del brazo (Organization, 2011).

### **Esterilización quirúrgica**

Se la puede realizar tanto en hombres como en mujeres, este es un método anticonceptivo que se realiza a las personas que ya no desean tener más hijos, en la mujer consiste en cortar y ligar las trompas de Falopio para impedir el paso de los óvulos hacia el útero, en el hombre se realiza un corte a nivel del conducto deferente lo que bloquea el paso de los espermatozoides, es un método que no necesita de terapia hormonal adicional y que no afecta el desempeño sexual tanto en el hombre como en la mujer, no es un método de barrera por lo que no protege del contagio de enfermedades de transmisión sexual (Organization, 2011).

**Abstinencia periódica**

Considerada un método antiguo y frecuente de contracepción, algunos expertos lo califican como método femenino, aunque requiere de la colaboración del hombre para su realización. Este método es usado ampliamente en el mundo (31 millones de parejas) teniendo una tasa alta de fracasos aproximadamente en un 20 %. Este método consiste en evitar el contacto sexual durante la fase periovulatoria del ciclo menstrual, caracterizado por alteración de la temperatura basal de la mujer y en la consistencia del moco cervical durante los días ovulatorios (Ignacio Gonzalez Labrador, 2011).

**Retiro o coito interrupto.**

Considerado el método de anticoncepción masculina más antiguo, se lo ha utilizado en países de Europa durante siglos disminuyendo la tasa de fecundidad. A diferencia de América Latina en donde aproximadamente el 18 % de las parejas lo han usado, tiene alta tasa de fracaso (Ignacio Gonzalez Labrador, 2011).

**Razones del no uso de métodos anticonceptivos**

La no utilización de los métodos anticonceptivos se asocia a factores socio culturales que varían de acuerdo a la enseñanza de cada individuo sobre la educación sexual y reproductiva. Otros factores como el nivel de educación, religión a la que pertenece, factores relacionados con creencias y la falta de comunicación entre padres e hijos limitan también el acceso a los métodos anticonceptivos en adolescentes (Cruz, 2018).

El nivel de educación influye de manera significativa con respecto a la presencia de embarazos en adolescentes, debido a que a mayor nivel de educación menor es la incidencia de embarazos ya que el conocimiento sobre el buen uso de los métodos anticonceptivos es mayor.



### Número de pareja sexuales

Otro punto elaborado por Palacios en el 2018 sobre la edad de inicio y frecuencia de relaciones sexuales y comportamiento sexual de los jóvenes, donde se ha evidenciado que el 51.6% ha iniciado su actividad sexual en edades entre 15,4 años y el tipo de relaciones sexuales con mayor proporción que tienen los jóvenes son de tipo vaginales (38.1%); la frecuencia con la que mantienen actividad sexual en mayor proporción es de una o dos veces cada mes (22.3%), seguido de una vez en la vida (13.7%), cada 15 días (7.3%), dos veces a la semana (6.1%) (Palacios y Álvarez, 2018).

Por otro lado, la edad el inicio temprano de relaciones sexuales sin información adecuada y bajo presiones para las mujeres, concluye muchas veces en embarazos no deseados, abandono de los estudios y en la conformación de parejas y familias débiles, en las que la violencia continúa y se afianza los patrones culturales de discriminación y exclusión, especialmente para las mujeres (Hernandez, 2016).

En un estudio sobre inicio de relaciones sexuales con penetración (IRSP) y factores asociados en chicos y chicas de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos en la ciudad de México, resultó que la edad más temprana en los chicos fue entre los 15 y 16 años, además, los hallazgos demuestran que la edad de IRSP y los factores asociados son diferentes en los chicos y las chicas. Las creencias de género y acciones socioculturales influyen de manera importante en la edad de IRSP (Rivera L. e., 2016).

La tabla 6 resume los factores sociales que influyen en esta problemática.

**Tabla 6**

*Factores que Aumentan el Riesgo de Embarazo en Adolescentes*

<b>Factores</b>	<b>Causalidad</b>
<b>Ejercicio de vida sexual activa</b>	▪ Contactos heterosexuales clandestinos previos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relaciones sexuales completas con pareja o novio.</li> <li>▪ Conducta sexual promiscua.</li> <li>▪ Haber sido objeto de abuso sexual.</li> </ul>
<b>Incidentes intrafamiliares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falta de comunicación, especialmente con padres.</li> <li>▪ Discusiones entre los miembros de la familia, ambiente hostil.</li> <li>▪ Distanciamiento o enemistad con los progenitores, principalmente con la madre.</li> <li>▪ Padre desentendido, ausente del hogar, agresivo, impetuoso.</li> <li>▪ Madre que funciona como cabeza de familia.</li> <li>▪ Castigo</li> <li>▪ Alcoholismo</li> <li>▪ Poner a prueba el amor de sus progenitores.</li> <li>▪ Pelea con hermanos o familiares.</li> </ul>
<b>Conducta escolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficiente estudiante, apática, irresponsable, faltista, reprobadora.</li> <li>▪ Agresiva con maestros y compañeras (hasta agresión física).</li> <li>▪ Posición masculina.</li> <li>▪ No participante de distractores (deportes, artes, canto, paseos, excursiones).</li> </ul>
<b>Falta de autoestima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficientes relaciones humanas con compañeros.</li> <li>▪ Pertenencia a grupos de pares</li> <li>▪ Trato con temor, tensión, desconfianza.</li> <li>▪ Deseos de llamar la atención.</li> <li>▪ Mostrar dependencia (hacia el varón) e infantilismo.</li> <li>▪ Consumo de tabaco, alcohol o drogas.</li> </ul>
<b>Deseo de embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para tener algo propio que amar.</li> <li>▪ Como prueba de haber sido amada.</li> <li>▪ Para identificarse con la madre, hermanas o parientes.</li> <li>▪ Para retener al novio y formalizar la relación.</li> </ul>

*Nota.* Relación de factores que aumentan el riesgo de embarazo en adolescentes

### 2.3 Marco legal

## **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

### **Capítulo segundo Derechos del buen vivir**

#### **Sección quinta Educación**

**Art. 26.-** La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado. Constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

**Art. 27.-** La educación se centrará en el ser humano y garantizará su desarrollo holístico, en el marco del respeto a los derechos humanos, al medio ambiente sustentable y a la democracia; será participativa, obligatoria, intercultural, democrática, incluyente y diversa, de calidad y calidez; impulsará la equidad de género, la justicia, la solidaridad y la paz; estimulará el sentido crítico, el arte y la cultura física, la iniciativa individual y comunitaria, y el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar.

La educación es indispensable para el conocimiento, el ejercicio de los derechos y la construcción de un país soberano, y constituye un eje estratégico para el desarrollo nacional.

### **Capítulo tercero derechos de las personas y grupos de atención**

#### **prioritaria**

#### **Sección quinta Niñas, niños y adolescentes**

**Art. 44.-** El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de

afectividad y seguridad. Esto permitirá satisfacer las necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

**Art. 45.-** Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

## **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

### **LIBRO PRIMERO LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO**

#### **SUJETOS DE DERECHOS**

**Art. 9.-** Función básica de la familia. - La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

**Art. 10.-** Deber del Estado frente a la familia. - El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.

## **LEY ORGANICA DE SALUD**

### **CAPITULO III De la salud sexual y la salud reproductiva**

**Art. 21.-** El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

**Art. 27.-** El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

## **2.4 Marco conceptual**

**Biología:** Ciencia que estudia a los seres vivos, encierra un conjunto de conocimientos que se dedican al estudio de los sistemas biológicos distinguiendo las características generales de los mismos (Dawkins, 1988, p. 21).

**Carácter:** El conjunto de cualidades o circunstancias propias de una cosa, de una persona o de una colectividad, que las distingue, por su modo de ser u obrar, de las demás (Real Academia Española, 2003, p. 11).

**Comportamiento Social:** es el conjunto de comportamientos que son orientados al entorno social y a la vez, actos compartidos con los sujetos basados en una observación, además, actuaciones y comportamientos de un individuo en situaciones diversas (Fernández, 2015)

**Conducta sexual:** Las conductas sexuales son el comportamiento contraceptivo; también estuvo en las relaciones sexuales en general, considerándose el coito vaginal, sexo anal, cibersexo (Blanc y Rojas, 2017)

**Embarazo:** Estado que comprende desde la implantación del huevo o cigoto en el útero hasta el momento del parto durante el cual la mujer gestante experimenta cambios metabólicos, fisiológicos y morfológicos.

**Entorno:** engloba todo aquello ajeno a la a la persona (Mintzberg, 1984).

**Epidemiología:** Ciencia que estudia la frecuencia y distribución de las enfermedades en el tiempo y el espacio, el papel de los diferentes factores que determinan dicha frecuencia y distribución, y todo ello en determinada población humana (Goldberg, 1990, p. 35).

**Factor de riesgo:** El término hace referencia a las condiciones que hacen que una determinada situación tenga una mayor probabilidad de ocurrencia, estas condiciones pueden afectar a individuos, así como al entorno. Estos factores, se establecen a partir de estudios epidemiológicos que buscan relacionar la enfermedad con las circunstancias presentes. Estos resultados generan un valor predictivo y por lo tanto constituyen información útil que permite desarrollar y poner en práctica las acciones preventivas pertinentes.

**Factores sociales:** Son condiciones, características, circunstancias, espacios en el cual el ser humano se desarrolla en la vida cotidiana, estas condiciones pueden afectar o beneficiar la salud de una persona.

**Familia:** Es el conjunto social con una base afectiva y formativa, donde conviven personas unidas por un parentesco que puede estar conformado por vínculos consanguíneos o por un vínculo legal y socialmente reconocido como es el matrimonio.

**Incidencia:** Contabiliza el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos en una población establecida, que aparecen en un período de tiempo determinado.

**Mortalidad:** Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada (Pérez, 2021, p.1).

**Natalidad:** Número proporcional de los nacimientos que tienen lugar en una población y un periodo determinados (OPS, 2014, p. 3).

**Personalidad:** Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos (Allport, 1937, p. 21).

**Prevalencia:** Describe la proporción de individuos de una población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado (Chávez, 2014, p. 3).

**Promoción en salud:** Proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren (Aliaga, 2003, p.131)

**Psicología:** Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, las percepciones y la conducta de las personas en relación con el medio ambiente físico y social que las rodea.

**Salud pública:** Es la disciplina encargada de la protección de la salud de la población, a través de la promoción de estilos de vida saludables, la educación y la investigación.

**Salud Reproductiva:** Se entiende el estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

**Temperamento:** El temperamento es un fenómeno emocional que, por naturaleza, hace que las personas reaccionen de manera rápida e intensa ante un estímulo (Allport, 1975, p. 25)

## CAPÍTULO III: Diseño metodológico

### 3.1 Tipo y diseño de la investigación

El diseño es de tipo cuantitativo porque la recolección de la información se la realizó utilizando datos numéricos para verificar o descartar las hipótesis, lo que permitió, que por medio de gráficos de barras se determine los diversos factores que influyen en el embarazo en las adolescentes, realizándose así el diseño de la investigación:

- **Según el control de variables:** El diseño metodológico adoptó una investigación no experimental puesto que no se manipularon las variables.
- **Según la orientación temporal:** El estudio fue de tipo transversal, dado que se estudiaron las variables en un único momento, establecido por la autora.
- **Según su finalidad:** A partir de sus antecedentes históricos, marco referencial y su fundamentación; el estudio, fue de tipo teórico, pues permitió consolidar criterios sobre las variables principales.
- **Según su contexto:** La investigación se consideró de campo, porque la recolección de la información fue directamente en el lugar objeto de estudio para su análisis e interpretación.
- **Según su objetivo gnoseológico:** La investigación se consideró descriptiva, ya que se identificaron las características principales de las adolescentes embarazadas para su análisis y comprensión.

### 3.2 La población y la muestra

#### 3.2.1 Características de la población

La población objeto de estudio corresponde a 718 adolescentes embarazadas entre edades de 13 a 19 años edad, según los datos consolidados del departamento de estadísticas del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.



### 3.2.2 Delimitación de la población

Considerando los registros del hospital, la población fue delimitada de la siguiente manera:

- Adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de edad que asistieron al Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, durante los meses agosto a noviembre de 2018.

### 3.2.3 Tipo de muestra

Según el control de variables, su orientación temporal, su finalidad y contexto, el tipo de muestreo fue probabilístico, ya que todas las adolescentes embarazadas que asistieron al hospital tuvieron la misma probabilidad de ser estudiadas.

### 3.2.4 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideraron los siguientes elementos:

**n:** Tamaño de la muestra = 250

**N:** Tamaño de la población = 718

**p:** Posibilidad de ocurrencia  $P = 0,5$

**q:** Posibilidad de no ocurrencia  $q = 0,5$

**E:** error de la estimación; 5% en este caso  $E = 0,05$

**Z:** Nivel de confianza; para el 95%; donde  $Z = 1,96$

Dando como resultado, 250 adolescentes embarazadas, la misma que se obtuvo a través de la fórmula estadística para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{e^2 \times (n - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{718 \times 1.962^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (718 - 1) + 1.962^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 250$$

### 3.2.5 Proceso de selección de la muestra

La selección de la muestra tuvo un procedimiento probabilístico aleatorio simple, dado que en esta técnica de muestreo todos los elementos forman la población y están descritos en el marco muestral, tienen la probabilidad de ser seleccionados para ser estudiados.

## 3.3 Los métodos y las técnicas

### 3.3.1 Método Teórico

Para analizar y comprender las determinantes y los comportamientos de riesgo de las adolescentes embarazadas y medirlos de forma efectiva, se optó por el método inductivo-deductivo, ya que tanto el método inductivo como el deductivo son razonamientos lógicos. El inductivo se utiliza premisas particulares que pueden originarse de la observación como primer acercamiento a la realidad para llegar a una conclusión general y el deductivo usa principios generales centrada en alguna teoría para llegar a una conclusión específica. A su vez, el análisis producto de ambos métodos permite comprobar la hipótesis planteada.

### 3.3.2 Método empíricos

**Observación:** como método empírico, permitió demostrar la capacidad de interpretar, describir y explicar el comportamiento de las adolescentes embarazadas antes, durante y después de la encuesta, para después, triangular y discernir los datos obtenidos en el proceso de recolección de la información.

### 3.3.3 Técnicas e instrumentos

**Encuesta:** el instrumento se estructuró de acuerdo a los siguientes parámetros:

- A los objetivos de la investigación: se formularon a través de la identificación de las variables en estudio. Por lo que la encuesta estuvo estructurada para determinar los comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo que derivan en embarazos no deseados de las adolescentes; asimismo, se estableció determinar los comportamientos de salud reproductiva de las adolescentes e identificar las

características del comportamiento social como el consumo de sustancias alcohol y drogas, uso del tiempo libre, y el entorno familiar.

- A la población: se consideró la homogeneidad de la audiencia a encuestar, es decir, las características similares de la población como la edad y estado de gestación, dado que se estudió a las adolescentes embarazadas de 13 a 19 años que ingresaban al hospital León Becerra Camacho.
- A la validación del instrumento: para este parámetro, se contó con un panel de expertos, conformado por tres PhD en Ciencias de la Salud conocedoras de la parte teórica, práctica y metodológica. Lo que permitió corregir y mejorar el cuestionario para el cumplimiento de los objetivos y con la población seleccionada y así, lograr conocer sus estados de opinión, actitudes o comportamientos en su contexto natural.

**Prueba piloto:** los resultados permitieron tener una aproximación real del comportamiento de las variables en estudio en relación a las adolescentes embarazadas, para sobre eso, estudiar a toda la población. Asimismo, la prueba piloto, permitió en primera instancia, conocer la validez de cada pregunta del cuestionario, en función de comprensión de términos, redacción y tiempo de ejecución del encuestado. Al finalizar, se tomaron en cuenta las observaciones y se corrigieron, lo que permitió un mejor entendimiento y comprensión de las preguntas del instrumento de recolección de datos.

### **3.4 Procesamiento estadístico de la información**

Para el procesamiento estadístico de la información se creó una base de datos con el programa Microsoft Excel, dicha base de datos fue analizada y procesada con el programa estadístico SPSS 22 para la representación de los resultados mediante gráficos de barras y tablas.

## CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de los resultados

### 4.1 Análisis de la situación actual

**Tabla 7**

*Características Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas.*

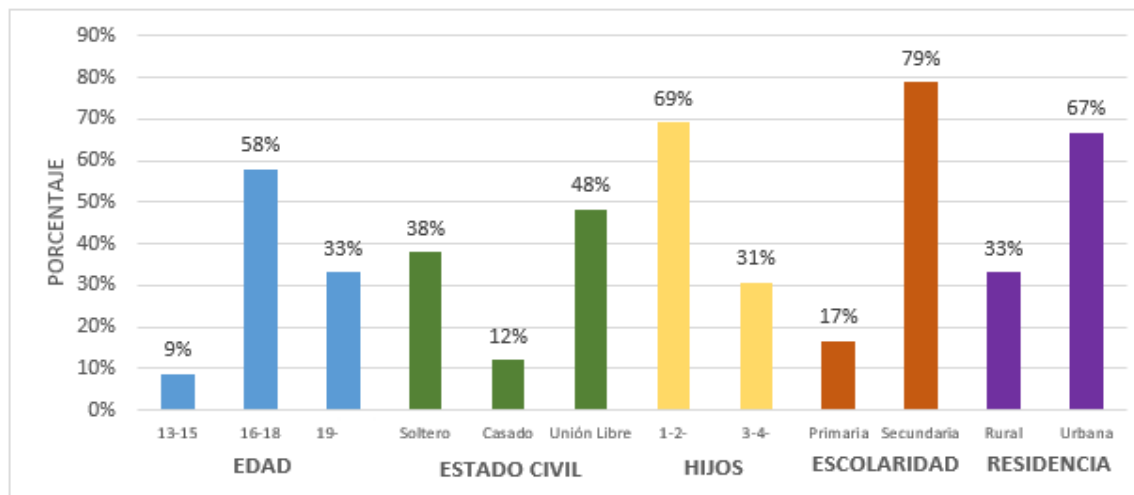
	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Edad	13-15	22	9%
	16-18	145	58%
	19 años	83	33%
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100%</b>
Estado civil	Soltera	95	38%
	Casada	30	12%
	Divorciada	0	0%
	Unión libre	121	48%
	Viuda	4	2%
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100%</b>
Hijos	1-2	173	69%
	3-4	77	31%
	5-6	0	0%
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100%</b>
Nivel de instrucción	Primaria	42	17%
	Secundaria	197	79%
	Superior	11	4%
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100%</b>
Zona de residencia	Rural	83	33%
	Urbana	167	77%
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 1**

*Características Sociodemográficas de las Adolescentes Embarazadas*

*Nota:* Fuente: Elaboración propia



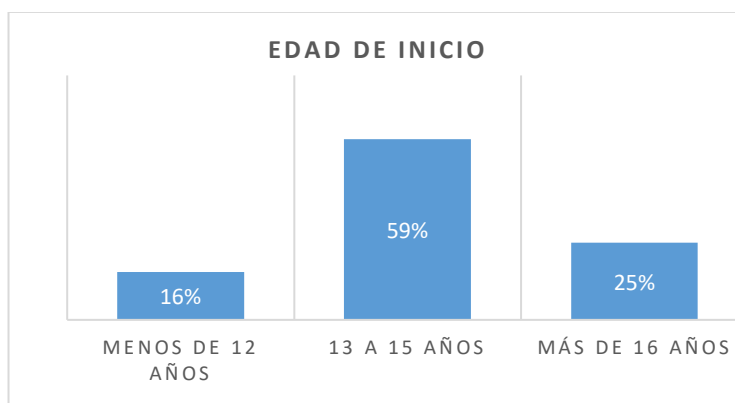
**Análisis.** – La gráfica muestra que el 58% de las adolescentes tiene entre 16 a 18 años de edad, el 33% tiene 19 años y el 9% está en las edades de 13 a 15 años. Respecto al estado civil, el 48% tiene unión libre, y el 38% se encuentra solteras. De ellas, el 69% tiene entre 1 a 2 hijos, seguido del 31% que tiene más de dos hijos. El 79% tiene o está cursando la secundaria y 67% residen en la zona urbana.

**Tabla 8**

*Edad de Inicio Sexual de las Adolescentes Embarazadas*

	n	%
Menos de 12 años	39	16%
13 a 15 años	148	59%
Más de 16 años	63	25%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 2***Edad de Inicio Sexual de las Adolescentes Embarazadas*

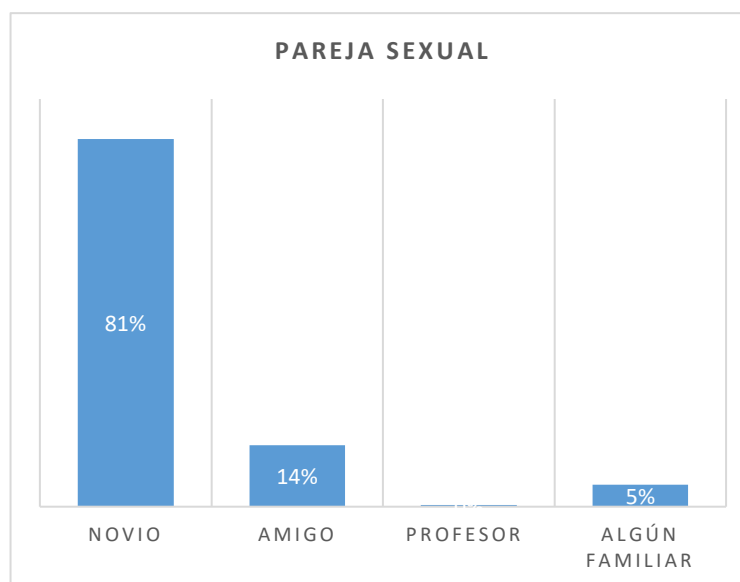
*Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – La gráfica muestra que el 59% de las adolescentes embarazadas iniciaron su vida sexual a los 13 a 15 años, mientras que el 25% la inició a los 16 años y un porcentaje menor pero significativo del 16% la inició a los 12 años edad. Estos datos concuerdan con la conceptualización de la pubertad, que es la etapa de cambios físicos y emocionales, cambios que se provocan por la aparición del interés sexual.

**Tabla 9***Primera Pareja Sexual de la Adolescente Embarazada*

	n	%
Novio	203	81%
Amigo	34	14%
Profesor	1	0%
Algún familiar	12	5%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

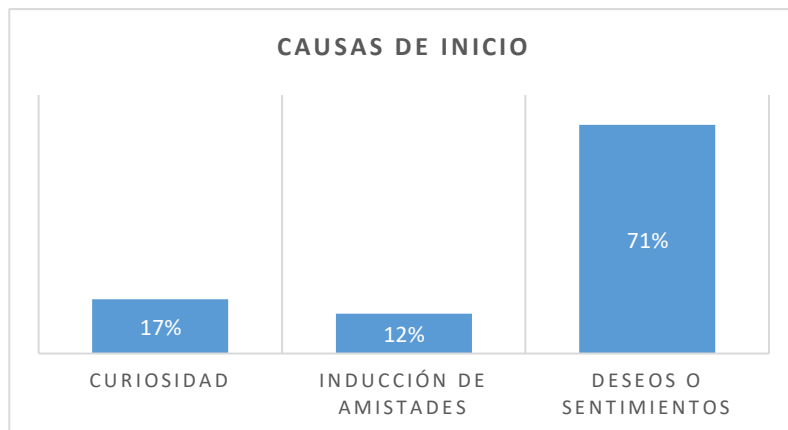
**Figura 3***Primera Pareja Sexual de la Adolescente Embarazada**Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – La mayoría de las adolescentes, indicó que la primera relación sexual fue con el novio o pareja sentimental representado por el 81%, el 14% lo hizo con un amigo y 5% con un familiar. Estos datos verifican que el despertar sexual es una necesidad básica en la pubertad y en la adolescencia.

**Tabla 10***Causas para tener Relaciones Sexuales*

	n	%
Curiosidad	42	17%
Inducción de amistades	31	12%
Deseos o sentimientos	177	71%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 4***Causas para tener Relaciones Sexuales**Nota:* Fuente: Elaboración propia

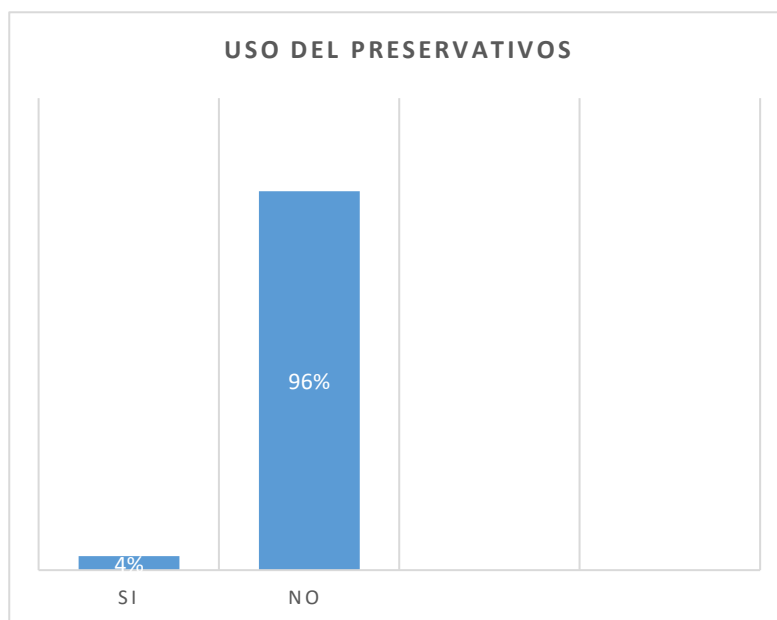
**Análisis.** – La gráfica refleja que el 71% tuvo relaciones sexuales por satisfacer sus deseos o sentimientos mientras que el 17% lo hizo por curiosidad. A pesar que su primera relación sexual es desde el impulso biológico, los encuestados asocian esta experiencia con el aspecto sentimental.

**Tabla 11***Uso de Preservativos*

	n	%
Si	9	4%
No	241	96%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta



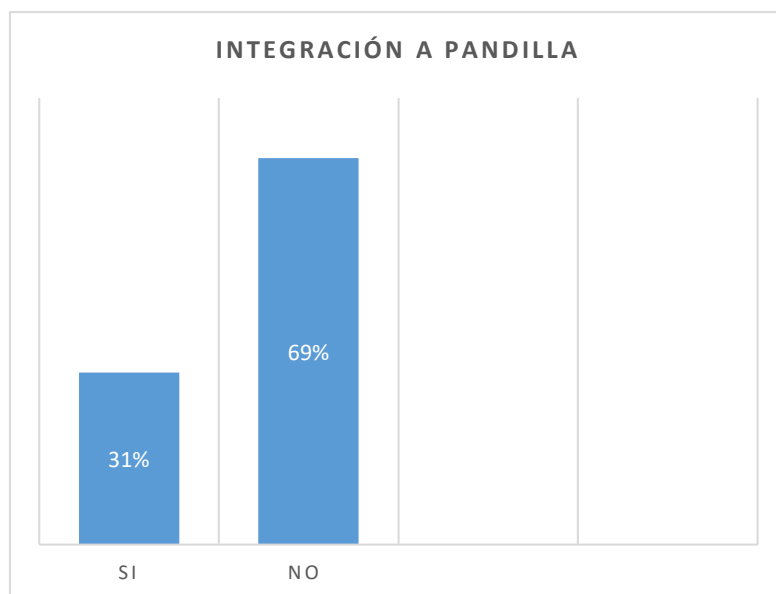
**Figura 5***Uso de preservativo**Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – Se muestra en la gráfica que 96% inició sus relaciones sexuales sin el uso de preservativos. Este resultado evidencia la ausencia de educación sexual y salud reproductiva que tienen las adolescentes embarazadas.

**Tabla 12***Integración a Pandillas*

	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	77	31%
No	173	69%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 6***Integración a Pandillas*

*Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – El 69% de las embarazadas nunca fue parte de una pandilla, aunque el 31% si lo fue.

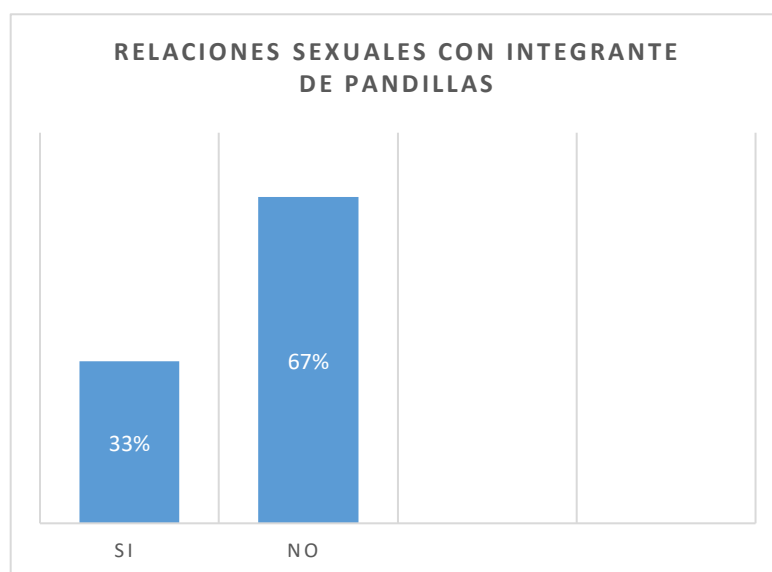
**Tabla 13***Obligación a tener Relaciones Sexuales con Miembros de Pandillas*

	n	%
Si	83	33%
No	167	67%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 7**

*Obligación a tener Relaciones Sexuales con Miembros de*



*Nota:* Fuente: Elaboración propia

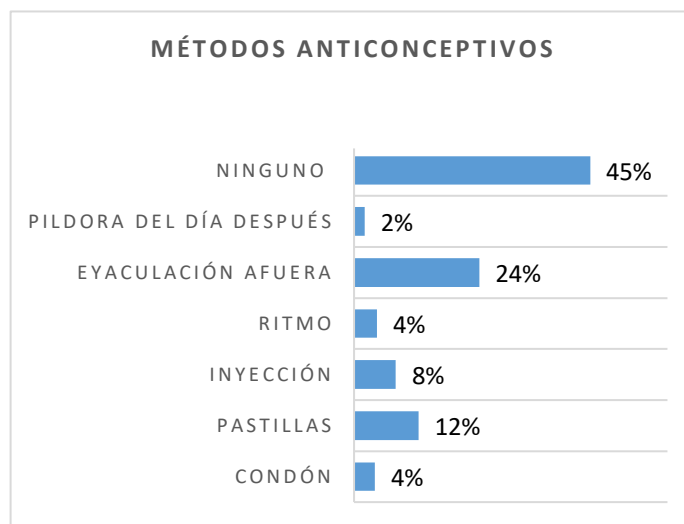
**Análisis.** – Según la gráfica el 67% no tuvo presión para tener relaciones sexuales con un miembro de pandilla, y el 33% si lo tuvo.

**Tabla 14**

*Métodos Anticonceptivos Utilizados*

	n	%
Condón	10	4%
Pastillas	31	12%
Inyección	20	8%
Ritmo	11	4%
Eyaculación afuera	60	24%
Píldora del día después	6	3%
Ninguno	113	45%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 8***Métodos Anticonceptivos Utilizados*

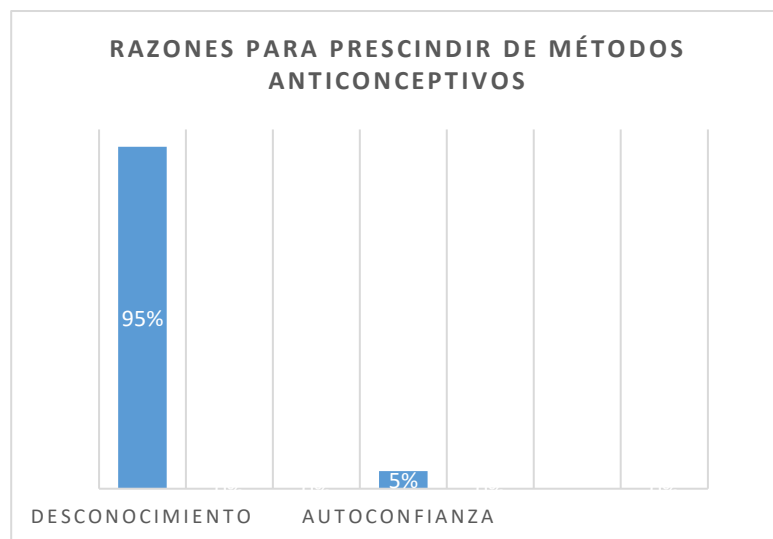
*Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – El 45% de las adolescentes embarazadas, en los últimos 12 meses del año, no usaron ningún método anticonceptivo, seguido del 24% que utilizaron la técnica de eyacular afuera, el 12% usaron como método anticonceptivo las pastillas. A pesar que es bajo el porcentaje de consumo de anticonceptivos, no podemos relacionar totalmente este comportamiento con la ausencia de educación sexual y reproductiva; también se debe tener en cuenta la falta de contención de la pareja.

**Tabla 15***Razones para Prescindir de Métodos Anticonceptivos*

	n	%
Desconocimiento	39	95%
Autoconfianza	2	5%
Total	41	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 9***Razones para Prescindir de Métodos Anticonceptivos*

*Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – Del 41% que optó por la opción ninguno en la pregunta anterior, el 95% desconoce los métodos que existen. Estos resultados también se deben a que las adolescentes no usan los métodos anticonceptivos por temor de que sus padres o entorno familiar se enteren de su inicio sexual. A su vez, la disminución del placer, no ser seguro, la calidad del preservativo, son argumentos comunes entre los adolescentes para no usarlos.

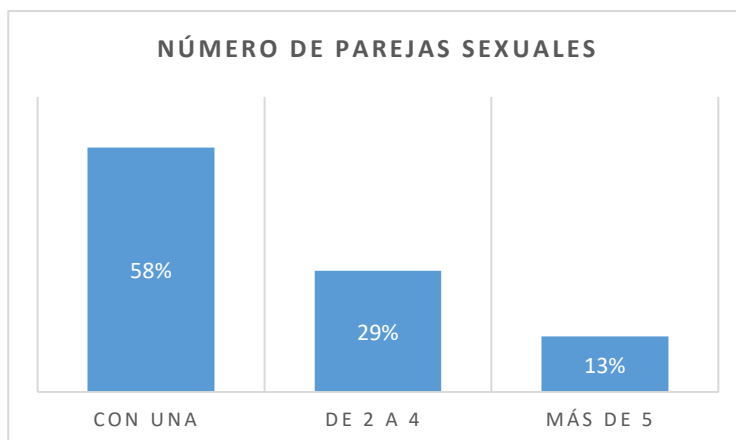
**Tabla 16***Número de Parejas Sexuales en los Últimos 12 Meses*

	n	%
Con una	145	58%
De 2 a 4	72	29%
Más de 5	33	13%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 10**

*Número de Parejas Sexuales en los Últimos 12 Meses*



*Nota:* Fuente: Elaboración propia

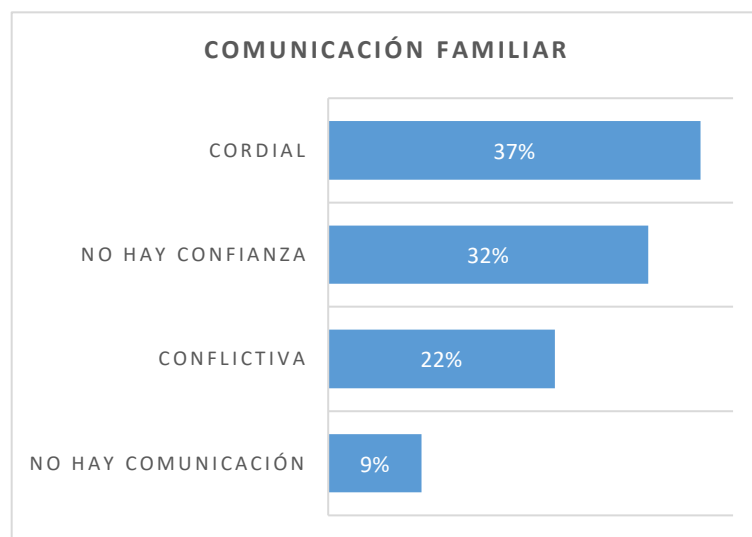
**Análisis.** – El 58% de las mujeres embarazadas mantienen relaciones sexuales con una sola pareja, y el 29% tiene de 2 a 4 parejas sexuales. A pesar que no es alto el porcentaje de tener más de una pareja sexual se evidencia una inestabilidad emocional en las encuestadas. Asimismo, como se menciona en el estudio, estos datos pueden relacionarse con los cambios biológicos (madurez sexual), psicológicos (carencia afectiva) y sociales (presión y aceptación de pares).

**Tabla 17**

*Comunicación Familiar*

	<b>n</b>	<b>%</b>
No hay comunicación	23	9%
Conflictiva	56	22%
No hay confianza	79	32%
Cordial	92	37%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 11***Comunicación Familiar*

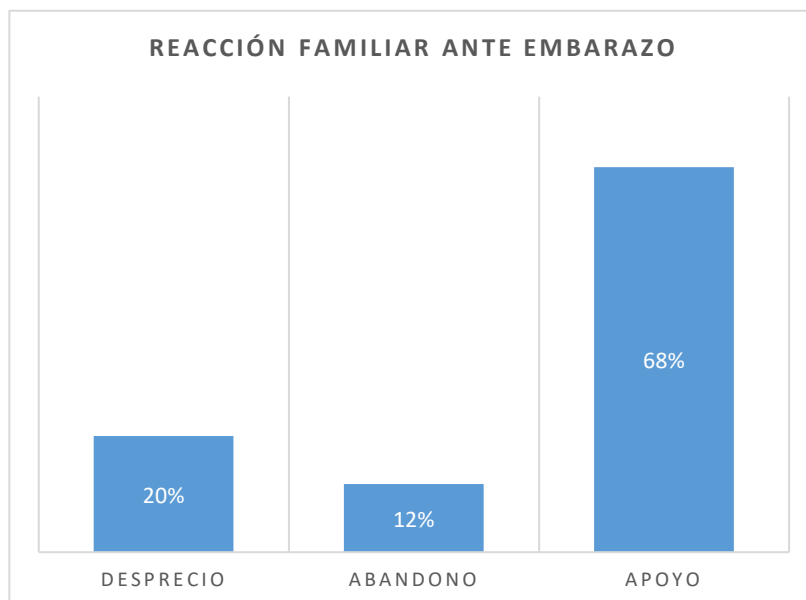
*Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – Sobre la comunicación familiar, la gráfica muestra que el 37% mantiene una comunicación cordial con su familia, sin embargo, el 32% señala que no tiene confianza con su familia, y el 9% no tiene comunicación. La comunicación entre padres e hijos en la etapa de pubertad y la adolescencia es fundamental, por ser un estadio de identificación por los sin números de cambios biológicos y emocionales que estos jóvenes viven, el que no exista comunicación en el hogar puede generar problemáticas sociales como: embarazo precoz, embarazo no deseado, aborto y más.

**Tabla 18***Reacción Familiar Ante Embarazo*

	n	%
Desprecio	51	20%
Abandono	30	12%
Apoyo	169	68%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 12***Reacción Familiar Ante Embarazo*

*Nota:* Fuente: Elaboración propia

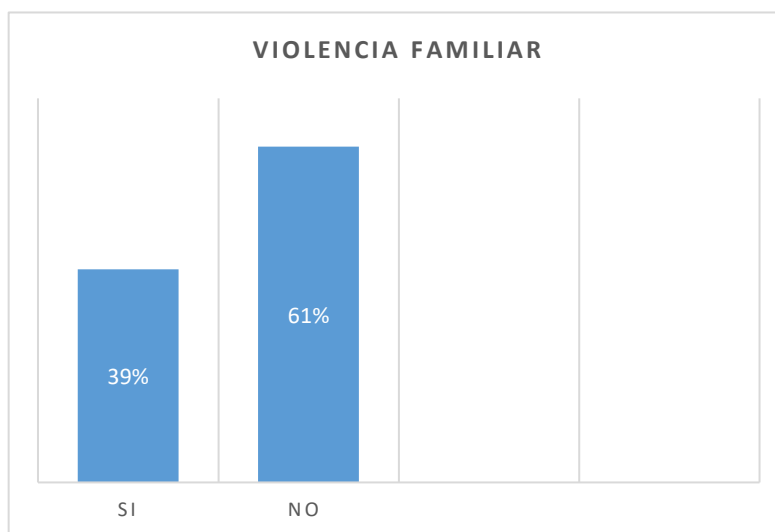
**Análisis.** – El 68% recibió apoyo de su familia al conocer que se encontraba embarazada, aunque el 20 y el 12% mostro desprecio y abandono respectivamente.

**Tabla 19***Violencia Familiar*

	n	%
Si	97	39%
No	153	61%
Total	250	100%

*Nota:* Fuente: Encuesta



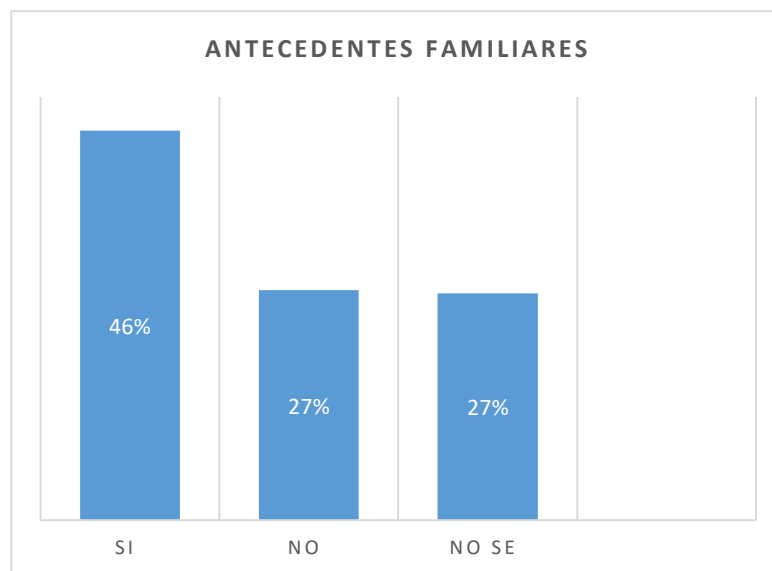
**Figura 13***Violencia Familiar**Nota:* Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – La distribución porcentual muestra que el 61% en su familia no existe violencia, sin embargo, el 39% señala que si la tiene.

**Tabla 20***Antecedentes Familiares de Embarazo Adolescente*

	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	115	46%
No	68	27%
No se	67	27%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Nota:* Fuente: Encuesta

**Figura 14***Antecedentes Familiares de Embarazo Adolescente*

Nota: Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – El 46% tiene como antecedente, que un miembro de la familia quedó embarazada mientras era adolescente, y el 27% no lo tuvo o lo desconoce. Estos resultados reflejan que existe una repetición de patrones en el embarazo adolescente.

**Tabla 21***Edad de Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas*

<b>Cigarrillos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<12 años	12	5%
13 a 15	35	14%
>16	52	21%
No fumo	151	60%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

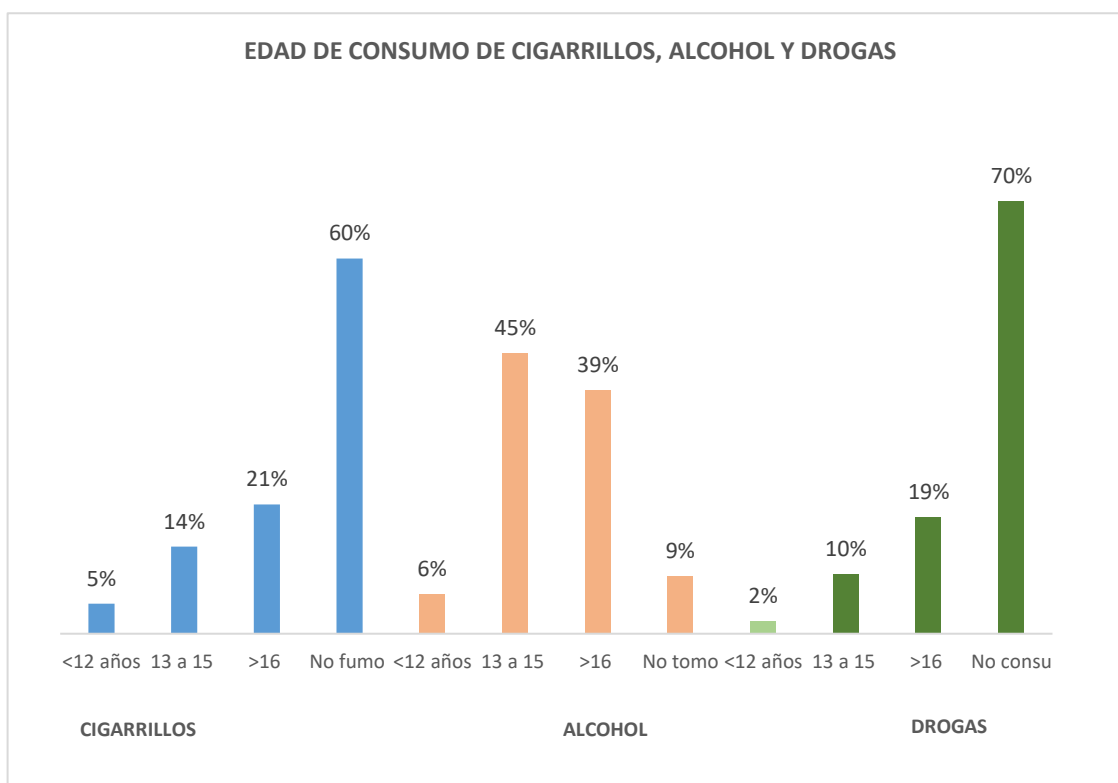
<b>Alcohol</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<12 años	16	6%
13 a 15	113	45%
>16	98	39%
No tomo	23	9%
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

Drogas	n	%
<12 años	5	2%
13 a 15	24	10%
>16	47	19%
No consumo	174	70%
Total	250	100%

Nota: Fuente: Encuesta

**Figura 15**

*Edad de Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas*



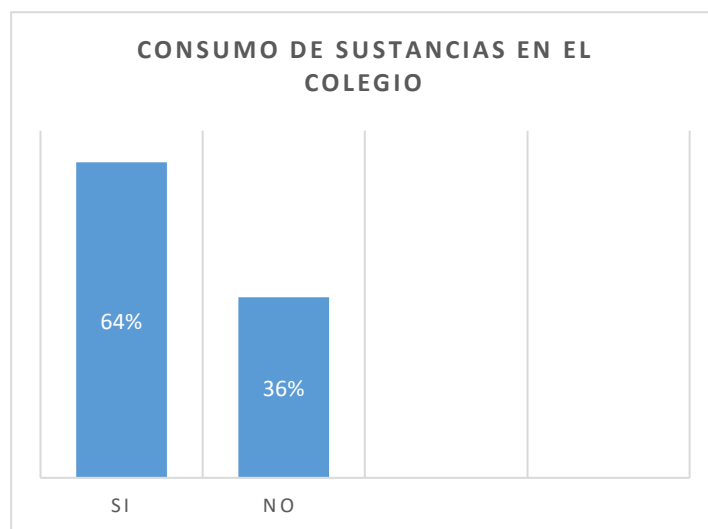
Nota: Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – El 60% de las adolescentes embarazadas no fuman, sin embargo, el 45% ingirió alcohol a la edad de 13 a 15 años de edad, y respecto al consumo de drogas el 70% no lo consume. Estos resultados refuerzan que muchas decisiones en la etapa adolescente son por sentir la aceptación de sus pares.

**Tabla 22***Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas en el Colegio*

	n	%
Si	159	64%
No	91	36%
Total	250	100%

Nota: Fuente: Encuesta

**Figura 16***Consumo de Cigarrillos, Alcohol y Drogas en el Colegio*

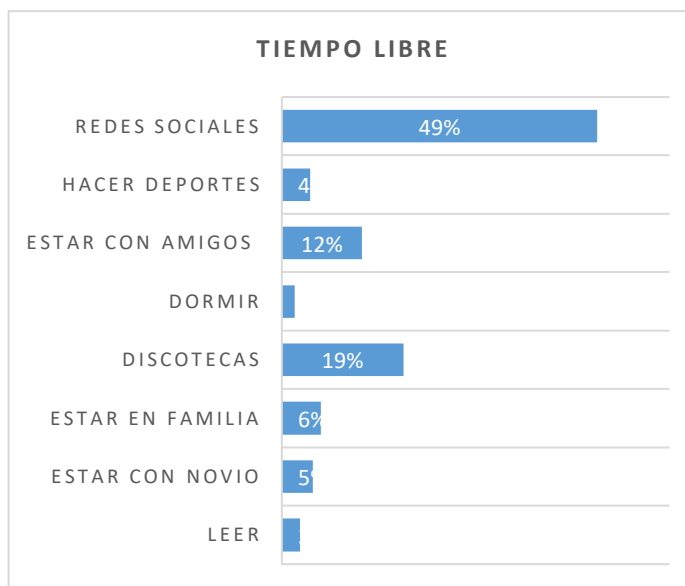
Nota: Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – Las adolescentes señalaron que el consumo de sustancias lo hicieron en el colegio representado por el 64% y el 36% no lo hizo. En esta etapa del desarrollo biopsicosocial, la necesidad de pertenecer y ser aceptado por su grupo de amigos es fundamental; siendo el colegio el lugar idóneo para el consumo de sustancias sicotrópicas

**Tabla 23***Uso del Tiempo Libre*

	n	%
Leer	7	3%
Estar con novio	12	5%
Estar en familia	15	6%
Discotecas	47	19%
Dormir	5	2%
Estar con amigos	31	12%
Hacer deportes	11	4%
Redes sociales	122	49%
Total	250	100%

Nota: Fuente: Encuesta

**Figura 17***Uso del Tiempo Libre*

Nota: Fuente: Elaboración propia

**Análisis.** – La mayoría de las adolescentes embarazadas gozan del tiempo libre a través de las redes sociales representado por el 49% y el 19% acude a discotecas, y tan solo el 3% tomó la opción de leer. El alto consumo de redes sociales de los adolescentes se genera, porque sus pares lo hacen y necesitan realizar actividades que su grupo social establece, la

problemática no es el uso de redes sociales, sino la ausencia de comunicación en el hogar, puesto que, los padres desconocen la dieta mediática (contenido) de sus hijos.

#### **4.2 Análisis comparativo, evolución, tendencia y perspectivas**

La interpretación y procesamiento de datos permitió establecer que la edad promedio de las adolescentes embarazadas que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro fue de 16 a 18 años de edad, las mismas que en su gran mayoría se encuentran con un estado civil de unión libre. Respecto a la cantidad de hijos, se evidencia que existe una media de 1 a 2 hijos. Por otra parte, en un gran porcentaje, las madres cuentan con un nivel de instrucción de secundaria y habitan en la zona urbana. Estos aspectos sociodemográficos, coinciden con la mayoría de los estudios presentados como el de Socolov, Lorga, Carauleanu, realizado en el 2017; donde se reportó las mismas características sociodemográficas.

De acuerdo a la iniciación sexual de las adolescentes embarazadas la mayoría iniciaron su vida sexual a los 13 a 15 años y por lo general con la pareja sentimental y la razón principal fue por satisfacer sus deseos y sentimientos. Estos datos concuerdan con la conceptualización de la pubertad, que es la etapa de cambios físicos y emocionales, cambios que se provocan por la aparición del interés sexual. Resultados similares se presentan en el estudio realizado por Cercado, et al. (2018), donde se resalta que el despertar sexual en los adolescentes se debe al desarrollo de los órganos de la reproducción y los cambios físicos que se producen en ellos; dado que es una necesidad básica en la pubertad y en la adolescencia. Asimismo, concuerdan con los resultados de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012*, publicado por el Ministerio de Salud Pública en el 2015, donde se muestra que las mujeres iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años de edad.

Por otra parte, sobre el uso de métodos anticonceptivos, las adolescentes estudiadas iniciaron sus relaciones sexuales sin el uso de preservativos, y las adolescentes que en los últimos 12 meses han mantenido relaciones sexuales se determinó que usan métodos no seguros como la eyaculación afuera, lo que evidencia la ausencia de educación sexual y salud reproductiva que tienen las adolescentes embarazadas, asimismo, otra razón es el temor que tienen de que su entorno familiar se enteren de su actividad sexual.

Estos resultados, podemos asociarlos a aproximaciones presentadas por Heilborn y Cabral, producto de su estudio realizado en el 2018 en Brasil, estos autores señalan que la anticoncepción no se discute abiertamente en la escuela, y la educación sexual es un tema altamente controvertido en la sociedad brasileña. Por su parte, el comportamiento de los jóvenes tiende a ser más uniforme; por ejemplo, la edad media para su primera experiencia sexual no varía según la región de residencia, el grupo social o étnico. Las mujeres presentan una mayor diversidad de conductas, según sus orígenes familiares y sus características biográficas. Concluyen que los grupos más pobres, que también comparten otras características, como un menor nivel de educación y socialización con una participación significativa en el trabajo doméstico, tienen una iniciación sexual más temprana.

Sobre la comunicación familiar, la mayoría mantienen una comunicación cordial con su familia, sin embargo, existe un grupo menor que no tiene confianza en su familia, a su vez, muchos padres mostraron apoyo a su familiar al conocer que se encontraban embarazada; como se ha mencionado a lo largo del estudio, el que no exista comunicación en el hogar puede generar problemáticas sociales como: embarazo precoz, embarazo no deseado, aborto y más.

Así lo mencionan también, Akella y Jordán en su estudio, una vez que se estudió el impacto de los factores sociales y culturales en el embarazo adolescente, los resultados evidenciaron una correlación directa entre la pobreza, la educación y cultura de los adolescentes y la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Asimismo, se refleja que los adolescentes, de cierta forma, absorbieron el comportamiento de sus padres, compañeros y la

sociedad que los rodeaba repitiéndolos en sus propios comportamientos y accionar diario. Asimismo, después de la decepción inicial, los padres de las embarazadas decidieron brindar apoyo a su familiar. Los miembros de la familia generalmente madres, abuelas y tías se reunieron para brindar apoyo y asistencia a las madres adolescentes cuando lo necesitaban.

Respecto, a los factores de riesgos como el consumo de sustancias a temprana edad, se determinó que el consumo de dichas sustancias fue bajo, y la más consumida fue el alcohol. Estos resultados refuerzan que muchas decisiones en la etapa adolescente son por sentir la aceptación de sus pares. Puesto que, en esta etapa, los cambios biopsicosociales, empujan a las adolescentes a querer pertenecer y ser aceptado por su grupo de amigos o pares.

La importancia de conocer resultados a través de una investigación, es sin duda, las variables en estudio, las mismas que deben definirse y estudiarse con precisión, asimismo, deben utilizarse técnicas e instrumentos confiables. Además, en la parte teórica, se deben usar definiciones y metodologías estándar para facilitar la comprensión de términos, y así, garantizar la confianza de los resultados.

Los resultados provenientes de la encuesta estructurada y validada, permitió conocer ciertos rasgos sobre las conductas de riesgo en las jóvenes adolescentes como los comportamientos sociales de alto riesgo como el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas, comportamientos que lo realizan habitualmente en el colegio, también se determinó la falta de educación sexual y reproductiva que existe en la población en general. Estas problemáticas, pueden servir para el análisis de tendencias de indicadores de los programas salud del hospital como también pueden utilizarse para evaluar el impacto de los programas del Ministerio de Salud Pública.

Es imperioso, que las autoridades del hospital acojan y analicen estos resultados, para sobre esa base, diseñar propuestas educativas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes que acuden al hospital, dado que puede contribuir al esfuerzo que hace la



institución al trabajar con la niñez, adolescencia y juventud, lo que permitirá asegurar el desarrollo saludable y productivo de la población.

### 4.3 Verificación de hipótesis

#### Hipótesis General:

---

**Ho:** Los factores sociales no tienen relación con el embarazo de las adolescentes

---

#### Prueba Chi2

---

p-value 0.02746015

Nivel de significancia (alfa) 0.05

Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

---

#### ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como el valor de p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que los factores sociales tienen relación con el embarazo de las adolescentes.

---

#### Hipótesis Particular 1

---

**Ho:** A menor tensión social y conductas sexuales de bajo riesgo, menor probabilidad de embarazos no deseados de las adolescentes

---

#### Prueba Chi2

---

p-value 0.031688523

Nivel de significancia (alfa) 0.05

Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

---

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

---

Como el valor de p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que, a mayor tensión social y conductas sexuales de alto riesgo, mayor probabilidad de embarazos no deseados de las adolescentes

---

### Hipótesis Particular 2

---

**Ho:** La salud reproductiva no tiene relación con el entorno social de las adolescentes

---

### Prueba Chi2

---

p-value 0.027929369

Nivel de significancia (alfa) 0.05

Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

---

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como el valor de p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que la salud reproductiva tiene relación con el entorno social de las adolescentes

### Hipótesis Particular 3

---

**Ho:** Identificando las características del comportamiento social como el consumo de sustancias como el alcohol y drogas, uso del tiempo libre, no se podrá determinar el riesgo de embarazo no deseado.

---

### Prueba Chi2

---

---

p-value 0.049385132

Nivel de significancia (alfa) 0.05

Se rechaza la  $H_0$  cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)

---

### **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

---

Como el valor de p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que identificando las características del comportamiento social como el consumo de sustancias como el alcohol y drogas, uso del tiempo, y el entorno familiar, se podrá determinar el riesgo de embarazo no deseado.

---

## CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

Se concluye lo siguiente:

- Los factores sociales asociados al embarazo adolescente identificados en esta investigación son: el desarrollo emocional generado por sus cambios biológicos, sentir que pertenecen a un grupo, la identificación de la sexualidad y la comunicación en el hogar. El embarazo adolescente se presenta a la edad entre 16 a 18 años, en aquellas mujeres de estado civil unión libre con escolaridad secundaria y que viven en la zona urbana.
- En relación a las conductas sexuales de alto riesgo se evidencia que su inicio sexual lo realizan sin protección, con su novio, por deseos o sentimientos y a temprana edad donde no existe una madurez psicológica adecuada para actuar con responsabilidad en su salud sexual y reproductiva. Los comportamientos sociales son el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas que lo realizan como una forma de pertenecer a su grupo social, la mayoría de las adolescentes prefieren seguir los patrones de conductas de sus pares en los diferentes entornos en el que se desarrollan habitualmente.
- No existen comportamientos de salud reproductiva adecuados, ya que la mayoría no utilizan métodos anticonceptivos como alternativa de prevención de embarazo.
- En su entorno familiar la comunicación es débil, por lo que una conducta que se repite, de madres a hijas es el embarazo adolescente; generando un patrón de conducta familiar, la mayoría de las adolescentes prefieren seguir los patrones de conductas de sus pares en los diferentes entornos en el que se desarrollan habitualmente. La mayoría de las adolescentes embarazadas no fuman y no consumen drogas, sin embargo, el consumo de alcohol está presente a la edad de 13 a 15 años, las adolescentes embarazadas gozan del tiempo libre a través de las redes sociales lo que refuerza que

muchas decisiones en la etapa adolescente sean tomadas por sentir la aceptación de sus pares y necesitan realizar actividades que su grupo social establece.

## **5.2 Recomendaciones**

- Desarrollar actividades integrales educativas, informativas y de consejería entre diferentes actores para fortalecer la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del cantón.
- Motivar a las adolescentes embarazadas a continuar con los controles prenatales para evitar o disminuir las complicaciones que pudieran presentarse en el embarazo.
- Mejorar los entornos familiares, mediante acompañamiento integral por medio del desarrollo de habilidades comunicativas y de contención para disminuir el embarazo adolescente.
- Fortalecer los entornos de aprendizajes de la salud sexual y reproductiva para tener una mayor efectividad en la disminución del embarazo adolescente.
- Brindar orientación y consejería individual, familiar, psicológica y social desde los servicios de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mangrulkar, L., Whitman, C., y Posner, M. (2013). *Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development*. PAHO Pan American Health Organization.
- Mathewos, S., y Mekuria, A. (2018). Teenage Pregnancy and Its Associated Factors among School Adolescents of Arba Minch Town, Southern Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(3), 12. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i3.6>
- ABAD, G., VELEZ, V., CRODERO, M., ALVARADO, S., NUNÉZ, J., OCHOA, W., . . . ENZLIM, P. (2017). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad y educación sexual en docentes de colegios públicos. *Scielo*.
- ABC Educación. (16 de Febrero de 2020). *La educación sexual tiene que empezar en casa, según sexólogos y docentes*. ABC Educación: [https://www.abc.es/familia/educacion/abci-educacion-sexual-tiene-empezar-casa-segun-sexologos-y-docentes-202002160118\\_noticia.html](https://www.abc.es/familia/educacion/abci-educacion-sexual-tiene-empezar-casa-segun-sexologos-y-docentes-202002160118_noticia.html)
- ABC EDUCACIÓN. (16 de Febrero de 2020). *La educación sexual tiene que empezar en casa, según sexólogos y docentes*. ABC Educación: [https://www.abc.es/familia/educacion/abci-educacion-sexual-tiene-empezar-casa-segun-sexologos-y-docentes-202002160118\\_noticia.html](https://www.abc.es/familia/educacion/abci-educacion-sexual-tiene-empezar-casa-segun-sexologos-y-docentes-202002160118_noticia.html)
- Adrián Serrano, J., y Rangel Gascó, E. (2012). Tema 1. La transición adolescente y la educación. . En R. f. DPersonalidad, *Aprendizaje y Desarrollo de la Personalidad* (pp. 1–16). (págs. 1-16).
- Akella, D., y Jordan, M. (2015). Impact of social and cultural factors on teen pregnancy. *Journal of Health Disparities Research & Practice*, 8(1), 41-62.
- ANZOATEGUI, J., BARRIOS, C., y CORTES, Y. D. (JULIO de 2015). *PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA*. MONOGRAFÍAS: <https://www.monografias.com/trabajos106/plan-intervencion-educativo-prevencion-embarazo-adolescencia/plan-intervencion-educativo-prevencion-embarazo-adolescencia.shtml>
- Bango, M., PEREIRA, M., CASTRO, G., GRECIA, L., ACOSTA, Y., y PADRON, J. (2018). Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incuestionable. *Scielo*.
- Bendezu, G., Espinoza, D., Bendezu, Torres, J. S., y Huaman, R. M. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Scielo*.
- Betancur, D. M., Lenis, N. A., y Osorio, G. O. (2018). *Conductas sexuales riesgosas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de Pereira, 2018*. Areandina.
- Cercado Mancero , A., Fariño Cortez , E., Vera Lorenti, F., Maridueña Silva, H., Pacheco Vila , C., y Real Cotto, J. (2018). Factores psicosociales que influyen en el embarazo en adolescentes de un colegio de la provincia del Guayas. *Revista científica digital INSPILIP*, 2(2), 18.

- Cercado, A. (2017). *Factores psicosociales que influyen en el embarazo de las adolescentes de 12 a 17 años en el Colegio Fiscal José María Velasco Ibarra, ciudad de Milagro Ecuador. 2013–2016. .* <https://doi.org/https://doi.org/10.31790/inspilip.v2i2.96>
- Chasi, A. (2015). EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA Y FACTORES DE RIESGO MATERNOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA, EN EL PERIODO 2015.
- Cruz, a. V. (2018). FACTORES EDUCATIVOS QUE IMPIDEN EL ACCESO A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL IESS HOSPITAL BABAHOYO, ECUADOR. *OLIMPIA. Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma.*
- Dave , S., y Dave , A. (2014). Psychosexual Development and Human Sexuality. En P. D. Sexuality, *Comprehensive Textbook of Sexual Medicine (Second Edi, p. 652).* (pág. 662). Nilamadhab , Kar; Gopal Chandra , Kar;.
- Doyi, A. (2016). *Doyi, A. (2016). Teorías sobre el desarrollo adolescente. .* <https://terapiaonline.co/psicologia-evolutiva/adolescencia/teorias-sobre-el-desarrollo-adolescente/>
- El Universo. (24 de septiembre de 2017). Adolescentes predominan en las consultas de embarazadas. *Comunidad*, pág. 1. Retrieved from <https://www.eluniverso.com/noticias/2017/09/24/nota/6396646/adolescentes-predominan-consultas-embarazadas>
- ENRIQUEZ, D. P. (2019). GUÍA METODOLÓGICA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES. En D. P. ENRIQUEZ, *GUÍA METODOLÓGICA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES.* QUITO: MINISTERIO DE EDUCACIÓN DEL ECUADOR.
- Flores, G. F., Gutierrez, L. M., Moreno, L. M., Breto, C. M., y Velasquez, A. J. (s.f.). *Conducta sexual, alcohol y drogas en estudiantes de nivel medio superior.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Flores, M. (Junio de 2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev. salud pública, 19(3).* <https://doi.org/https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.43903>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, F. d. (02 de 2012). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica Washington, D.C., EE. UU. [www.paho.org](http://www.paho.org), 978-92-75-31976-5(.), . <https://doi.org/https://iris.paho.org/handle/10665.2/34853>
- Foundation, H. S. (2018). <https://whb.ncpublichealth.com/Manuals/FPMMethodsSpanish5-12.pdf>.
- Fuente, S. F., Bedoya, N. M., Fernandez, L., Mosquera, E., Rivera, N., y Salinas, N. (2017). ¿Qué dicen los niños y las niñas sobre la sexualidad? Una reflexión pedagógica? *Universidad de Antioquia*, 70-87.
- Gispert, J. (2006). *Prevención del embarazo no deseado.* Alfil, (Primera ed). México D.F.: Publidisa Mexicana. <https://doi.org/http://ir.obihiro.ac.jp/dspace/handle/10322/3933>

- Gonzales, E. (2013). PATRON INTERGENERACIONAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LAS HIJAS DE UNA COHORTE DE MUJERES QUE CONTROLARON SU PRIMER EMBARAZO EN UN CENTRO INTEGRAL PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS. *REVISTA CILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*, 282-289.
- Gonzales, J., Perez, H. d., y Ortega, M. (2017). Fundamentos epistemológicos para un modelo psicopedagógico en educación sexual. *Logos Ciencia & tecnología*, 95-117.
- Gouws, E., Kruger, N., y Sanet, B. (2008). The adolescent. En E. Gouws Eldrie, N. Kruger, y B. Sanet, *The adolescent* (pág. 204). Heinemann.
- GUIA INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ECUADOR. (2017). *Modelo*.
- Heilborn, M., y Cabral, C. (2011). A New Look at Teenage Pregnancy in Brazil. *International Scholarly Research Network*, 2011(ID 975234), 7. <https://doi.org/10.5402/2011/975234>
- Hernandez, G. B. (2016). Prevención de Violencia Sexual en las Familias. En G. B. Hernández, *Prevención de Violencia Sexual en las Familias* (pág. 43). Quito: Ministerio de Educación del Ecuador.
- Hernández, R. d., Piñero, J. P., y Ramos, G. S. (2018). Estrategia de educación sexual con metodología de pares para estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Ignacio Gonzalez Labrador, E. M. (2011). Consideraciones sobre planificación familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21-25.
- Jennifer M Grossman 1, A. D. (2019). Charla de familia extendida sobre sexo y comportamiento sexual adolescente. *Int J Environ Res Salud Pública*, 16(3), 480. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030480>
- Kar, S. C. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(2), 140. [https://doi.org/https://doi.org/10.4103/0974-1208.158594](https://doi.org/10.4103/0974-1208.158594)
- Lavielle, S. e. (2014). El impacto de las características familiares en la conducta sexual de riesgo de los adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1), 38-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24625482/>
- MEJIA, Z. M. (2018). *Implementación de Estrategias Pedagógicas, Metodológicas y de Aprendizaje - Enseñanza que Coadyuven con la Sico-orientación para la Educación Sexual con responsabilidad de los Jóvenes y Adolescentes en el Colegio Rafael García Herreros, Medellín Colombia*. Medellín: UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA.
- Ministerio de Salud Publica. (2015). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012*. Quito. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>. <https://doi.org/1015713/ins.mmj.3>
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2015). ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFASIS EN PREVENCION DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. En M. D. SOCIAL, *ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL PARA NIÑAS, NIÑOS Y*



*ADOLESCENTES CON ENFASIS EN PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. COLOMBIA: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.*

- Montoya Blanco, D. (2013). *Montoya, D. (2013). Causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la maternidad precoz. Universidad Autónoma del Estado de México.*
- MSP. (2017). Plan Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva 2017-2021. Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Quito-Ecuador. Retrieved from <http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf>
- MSP URUGUAY. (2020). *Estrategia de prevención en el embarazo.* Uruguay: Universidad de la Republica. [https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20de%20prevencion%20del%20embarazo%20no%20intencional%20en%20adol](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20de%20prevencion%20del%20embarazo%20no%20intencional%20en%20adolescente.pdf)
- Niño, R. (2018). *Utilización del tiempo libre como factor y factor de riesgos en niños y adolescentes de 9 a 18 años de la IED Serrezuela del municipio de Madrid.*
- NU. CEPAL, y Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2012). Informe regional de población en América Latina y el Caribe 2011: invertir en juventud. En l. r. juventud, *Informe regional de población en América Latina y el Caribe 2011: invertir en juventud* (pág. 140). CEPAL, UNFPA.
- OMS. (2015). Retrieved from <http://www.who.int>. Retrieved from [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- OMS. (31 de Enero de 2020). *El embarazo en la adolescencia.* Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (8 de Junio de 2020). *Violencia juvenil.* Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
- OMS., O. M. (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. *Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Investigaciones para Revista de Análisis Económico, 9(1), 166.* <https://doi.org/https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301254>
- ORG, H. C. (2017). LOS ADOLESCENTES Y LAS PANDILLAS.
- Organization, W. H. (Mayo de 2011). *World Health Organization. (2011). Youth and health risks. Sixty-fourth World Health Assembly (Vol. 64).* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/106547>
- Palacios, J., y Álvarez, M. (2018). *CONSUMO DE DROGAS ASOCIADAS AL CONTAGIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JÓVENES DE MÉXICO.* Querétaro: Health and Addictions.
- Papri, F., Khanam, Z., Ara, S., y Panna, M. (2016). Adolescent pregnancy: risk factors, outcome and prevention. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal, 15(1), 53-56.* <https://doi.org/> <https://doi.org/10.3329/cmshmcj.v15i1.28764>
- PAREDES, P. P., ROCUBERT, N. C., LAZO, B. D., GONZÁLEZ, O. P., y HIERREZUELO, M. E. (2012). ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. *SCIELO.*

- Política Intersectorial del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador, 2.-2. (2018).  
<https://ecuador.unfpa.org/>.
- Reyes, O. F., Coello, A. E., Medrano, J. C., Gonzales, D., Talavera, A. F., Rodriguez, M. E., . . . Garcia Hernández, I. J. (2016). Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adulta con o sin Factores de Riesgo Asociados. *iMedPub Journals*.
- RIVERA, F. N. (2018). *Estrategias didácticas para la implementación de proyectos de aula en educación sexual para niños de 5 a 6 años basado en el currículo de educación general básica preparatoria*. Quito: Universidad de las Américas.
- Rivera, L. e. (Enero a febrero de 2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *30*, 24 a 30.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115001727?via%3Dihub>
- Rivera, N. (2018). *Estrategias didácticas para la implementación de proyectos de aula en educación sexual para niños de 5 a 6 años basado en el currículo de educación general básica preparatoria*. Quito: Universidad de las Américas.
- Robles, M. (2018). Consumo de sustancias psicotrópicas en jóvenes de medicina. *Espirales*, 2(23), s/d.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.31876/re.v2i23.400>
- Save the Children. (2018). [www.savethechildren.org](http://www.savethechildren.org). <https://www.savethechildren.org.co/noticias>
- Seelbach, G. (2013). *Teorías de la personalidad*. RED TERCER MILENIO S.C. <https://doi.org/SBN 978-607-733-193-3>
- Sharmeli, G. H. (2018). "EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS ADOLESCENTES DEL CEBA JUAN PABLO VIZCARDO Y GUZMAN JACOBO HUNTER- AREQUIPA 2018" KELLY SHARMEI GARCIA HUAMAN FIORELLA ROXANA TICONA BAYTA.
- SIERRA, M. E. (2020). Comprehensive sex education. The role of pediatricians. *Arch Argent Pediatr*, 118(2), 84-88. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2020/v118n2a02e.pdf>
- Social, I. M. (2018). [imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonalinyectable](http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonalinyectable).  
<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/hormonalinyectable>
- Socolov, D.-G., Iorga, M., Carauleanu, A., Ilea, C., Blidaru, I., Boiculese, L., y Socolov, R.-V. (2017). Pregnancy during Adolescence and Associated Risks: An 8-Year Hospital-Based Cohort Study (2007-2014) in Romania, the Country with the Highest Rate of Teenage Pregnancy in Europe. *BioMed Research International*, 2017(Article ID 9205016), 8.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2017/9205016>
- Tascon, L. A., Benitez, D. I., y Ospina, C. B. (2016). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte*. Santiago de Chile: Scielo.
- Thomazini, I. F., Wysock, A. D., Dacunha, M. C., Da Silva, S. R., y Ruiz, M. T. (2016). Factores de riesgo relacionados con el Trabajo de Parto Prematuro en adolescentes embarazadas. *Enfermería Global*, 416-427.

- Ticona, V. (2016). Violencia familiar en el comportamiento de los estudiantes de la IES Agorindustrial Pucara-Lampa.
- UNESCO. (2017). *La educación es esencial en la prevención de los embarazos en la adolescencia*. UNESCO: [http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view-tv-release/news/education\\_critical\\_in\\_preventing\\_adolescent\\_pregnancy/](http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view-tv-release/news/education_critical_in_preventing_adolescent_pregnancy/)
- UNESCO. (13 de Marzo de 2018). *Educación integral en sexualidad para prevenir la violencia por razones de género*. UNESCO: <https://es.unesco.org/news/educacion-integral-sexualidad-prevenir-violencia-razones-genero>
- UNESCO. (15 de Febrero de 2018). *Por qué es importante la educación integral en sexualidad*. UNESCO: <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>
- United Nations, D. o. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. Key findings & advance tables. En U. N. Population, *World Population Prospects: The 2015 Revision. Key findings & advance tables*. (pág. 1). United Nations New York. <https://doi.org/https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- UNPFA, UE. (2020). *Estrategia Nacional Intersectorial de prevención del embarazo adolescente*. El Salvador . [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia\\_prevenccion\\_embarazos\\_adolescentes\\_2017\\_2027\\_v1.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_prevenccion_embarazos_adolescentes_2017_2027_v1.pdf)
- Vahos, E. V., Arango, J. J., y Manrique, S. G. (2016). *Algunas estrategias lúdicas para la enseñanza de la educación sexual*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- VAHOS, V. E., JOHN, A. M., y MANRIQUE, G. S. (2016). *Algunas estrategias lúdicas para la enseñanza de la educación sexual*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- VAHOS, V. E., y ARANGO, M. J. (2016). *Algunas estrategias lúdicas para la enseñanza de la educación sexual*. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Valera Quiroz , A. (2016). *Factores sociodemográficos y personales asociados a primer embarazo en adolescentes Hospital Regional de Cajamarca 2015*. Universidad Nacional de Cajamarca: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/911>
- Vivo, S., Sarič, D., Muñoz, R., McCoy, S., Lopez-Peña, P., y Bautista-Arredondo, S. (Noviembre de 2013). Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. *Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe*. <https://doi.org/https://doi.org/IDB-MG-173>
- Yugcha, A. A. (2017). LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EL TIEMPO LIBRE DE LOS ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DEL CASERÍO SAN LUIS, CANTÓN TISALEO”.

## Anexos

### ENCUESTA



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

### TEMA:

Factores sociales asociados al embarazo de adolescentes que asisten al servicio de gineco-obstetricia del Hospital General “Dr. León Becerra Camacho”. Milagro, 2018

### OBJETIVOS

#### Objetivo General:

- Determinar los factores sociales que se asocian al embarazo de las adolescentes que asisten al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

#### Objetivos Específicos:

- Establecer los comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo que derivan en embarazos de las adolescentes.
- Reconocer los comportamientos de salud reproductiva de las adolescentes embarazadas.
- Identificar las características del entorno familiar y del comportamiento social como el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y drogas y uso del tiempo libre.

La información proporcionada será confidencial, será usado solo con fines académicos y no serán usados para otras actividades, por lo que no se le compromete en nada.

## Análisis de jueces o expertos

## Validación

CUESTIONARIO	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>			
Edad: <b>13 – 15 años</b> <input type="checkbox"/> <b>16 – 18 años</b> <input type="checkbox"/> <b>19 años</b> <input type="checkbox"/>			
Estado civil: <b>Soltera</b> <input type="checkbox"/> <b>Casada</b> <input type="checkbox"/> <b>Unión libre</b> <input type="checkbox"/>			
Número de hijos: <b>1 – 2</b> <input type="checkbox"/> <b>3 – 4</b> <input type="checkbox"/>			
Nivel de escolaridad: <b>Primaria</b> <input type="checkbox"/> <b>Secundaria</b> <input type="checkbox"/>			
Lugar de residencia: <b>Rural</b> <input type="checkbox"/> <b>Urbana</b> <input type="checkbox"/>			
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</b> Establecer los comportamientos sociales y conductas sexuales de alto riesgo que derivan en embarazos de las adolescentes.	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<p>1. ¿Qué edad tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales?</p> <p><b>Menos de 12 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>13 a 15 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>Más de 16 años</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>2. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?</p> <p><b>Novio</b> <input type="checkbox"/>                      <b>Amigo</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Algún familiar</b> <input type="checkbox"/>              <b>Profesor</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>3. ¿Por qué causa tuviste tu primera relación sexual?</p> <p><b>Curiosidad</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Inducción de amistades</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Deseos o sentimientos</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>4. ¿Utilizaste preservativos la primera vez que tuviste relación sexual?</p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/>              <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>5. ¿Alguna vez estuviste en una pandilla, sin ser parte de ella?</p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/>              <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>			

<p>6. ¿Has sido forzada a tener sexo con un miembro de una pandilla?</p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/>      <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</b></p> <p>Reconocer los comportamientos de salud reproductiva de las adolescentes embarazadas.</p>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<p>1. En los últimos 12 meses, ¿Cuáles de los siguientes métodos utilizaste para no quedarte embarazada?:</p> <p><b>Condón</b> <input type="checkbox"/>      <b>Pastillas</b> <input type="checkbox"/>      <b>Inyección</b> <input type="checkbox"/>      <b>Ritmo</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Abstinencia periódica</b> <input type="checkbox"/>      <b>Eyacuación fuera de la vagina</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Píldora del día después</b> <input type="checkbox"/>      <b>Ninguno</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>2. Si su respuesta fue <u>ninguno</u>, conteste lo siguiente:</p> <p>¿Por qué no uso algún método anticonceptivo?</p> <p><b>Por desconocimiento</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Por autoconfianza</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>3. En los últimos 12 meses, ¿Con cuántas personas tuviste relaciones sexuales?</p> <p><b>Con una</b> <input type="checkbox"/>      <b>de 2 a 4</b> <input type="checkbox"/>      <b>Más de 5</b> <input type="checkbox"/></p>			

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</b> Identificar las características del comportamiento social de las adolescentes embarazadas en relación con el consumo de: alcohol, tabaco y drogas, uso del tiempo libre y entorno familiar.	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
1. ¿Cómo es la comunicación con tu familia? <b>No hay comunicación</b> <input type="checkbox"/> <b>No hay confianza</b> <input type="checkbox"/> <b>Conflictiva</b> <input type="checkbox"/> <b>Cordial</b> <input type="checkbox"/>			
2. ¿Cuál fue la reacción familiar ante la presencia de tu embarazo? <b>Desprecio</b> <input type="checkbox"/> <b>Abandono</b> <input type="checkbox"/> <b>Apoyo</b> <input type="checkbox"/>			
3. ¿Existe violencia en tu familia? <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>			
4. ¿Algún miembro familiar fue madre adolescente? <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>No se</b> <input type="checkbox"/>			
5. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fumaste? <b>Menos de 12 años</b> <input type="checkbox"/> <b>13 a 15 años</b> <input type="checkbox"/>			



<p><b>Más de 16 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>No fumo</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>6. ¿Cuántos años tenías la primera vez que bebiste alcohol?</p> <p><b>Menos de 12 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>13 a 15 años</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Más de 16 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>No tomo</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>7. ¿Cuántos años tenías la primera vez que consumiste droga?</p> <p><b>Menos de 12 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>13 a 15 años</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Más de 16 años</b> <input type="checkbox"/>      <b>No consumo</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>8. ¿Consumiste cualquiera de estas sustancias (cigarrillos, alcohol, drogas) en el colegio?</p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/>      <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>			
<p>9. ¿Qué realizas en tu tiempo libre?</p> <p><b>Leer</b> <input type="checkbox"/>      <b>Estar con novio</b> <input type="checkbox"/>      <b>Estar en familia</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Ir a discotecas</b> <input type="checkbox"/>      <b>Dormir</b> <input type="checkbox"/>      <b>Estar con amigos</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Hacer deportes</b> <input type="checkbox"/>      <b>Redes sociales</b> <input type="checkbox"/></p>			

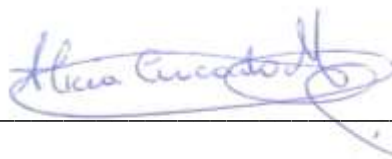
<b>EXCELENTE</b>	<b>100</b>
<b>LEVES</b>	
<b>CAMBIOS</b>	<b>50</b>
<b>CAMBIOS</b>	<b>25</b>

**NOMBRE:** Alicia Cercado Mancero

**TÍTULO ACADÉMICO:** Doctora en Ciencias de la Salud

**CI:** 1201051503

**R. PROF. COD:** 6041145446



**NOMBRE:** Elsa Vera Lorenti

**TÍTULO ACADÉMICO:** Doctora en Ciencias de la Salud

**CI:** 1200496196

**R. PROF. COD:** 6041136983



**NOMBRE:** Enrique Fariño Cortez

**TÍTULO ACADÉMICO:** Doctor en Ciencias de la Salud

**CI:** 0918862269

**R. PROF. COD:** 6041136776





Universidad Estatal de Milagro

Unidad de Postgrado y Educación Continua

Maestría en Salud Pública

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Por medio de la presente doy mi consentimiento voluntariamente y de manera libre, sin ningún tipo de obligación, decido participar en el estudio de proyecto titulado: 'Factores sociales que se asocian al Embarazo de Adolescentes que asisten al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro'. La cual está a cargo de la Dra. Sara María Mayorga Albán, alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Estatal de Milagro.

Dicha información es de carácter estrictamente confidencial con el único objetivo de aportar para el desarrollo de la investigación.

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

Participante en la investigación.