

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**Características del embarazo y funcionalidad familiar en las
áreas de intervención del proyecto “CERCA”, Cuenca año
2014.**

TESIS

**Para optar por el grado académico de Doctora en Ciencias de
la Salud**

Autora: Nancy Eulalia Auquilla Díaz

Tumbes, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



Características del embarazo y funcionalidad familiar en las áreas de intervención del proyecto “CERCA”, Cuenca año 2014.

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dr. Puño Lecarnaque Napoleón (Presidente)

Dr. Alvarado Bernuy Adrián (Miembro)

Dr. Malca Acuña Leocadio (Miembro)

Dra. Urbina Rojas Yrene Esperanza (Miembro)

Dr. Vertiz Querevalu Pedro José (Miembro)

Tumbes, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSTGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



Características del embarazo y funcionalidad familiar en las áreas de intervención del proyecto “CERCA”, Cuenca año 2014.

Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido y forma:

Mg. Auquilla Díaz Nancy Eulalia (Autora)

Dr. Calle Cáceres Amarilis (Asesora)

CÓDIGO ORCID 0000-0002-6702-8572

Tumbes, 2022

Copia del acta de sustentación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Licenciada
Resolución del Consejo Directivo N° 155-2019-SUNEDU/CD
ESCUELA DE POSGRADO
Tumbes - Perú

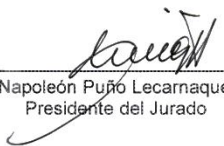
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

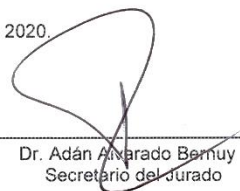
En Tumbes, a los tres días mes de marzo del año dos mil veinte, a las 10.00 am, en el aula N° 1 de la Escuela de Posgrado, se reunieron los integrantes del Jurado designados con Resolución Directoral N° 051-2014/UNTUMBES-EPG, Dr. Napoleón Puño Lecarnaque - Presidente; Dr. Adán Alvarado Bernuy – Secretario, como miembros al Dr. Leocadio Malca Acuña, Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas y Dr. Pedro José Vértiz Querevalú, con la finalidad de evaluar la sustentación y defensa de la tesis doctoral: **Características del embarazo y Funcionalidad familiar en las áreas de intervención del Proyecto "CERCA". Cuenca. Año 2014**; presentado por la egresada del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Mg. Nancy Eulalia Auquilla Díaz, asesorada por la Dra. Amarilis Calle Cáceres; en mérito a la Resolución Directoral N° 050-2020/UNTUMBES-EPG-D.

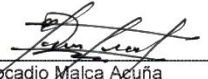
Concluida la exposición y sustentación, absueltas las preguntas y efectuadas las observaciones, lo declaran: Sobresaliente, dando cumplimiento al Art. 29° del Reglamento de Investigación con fines de Graduación en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes.

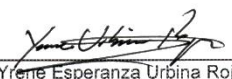
Siendo las 11.30 am horas, se dio por concluido el acto académico, y dando conformidad se procedió a firmar la presente acta.

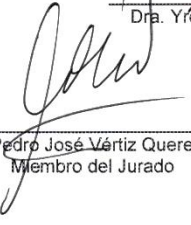
Tumbes, 03 de marzo de 2020.


Dr. Napoleón Puño Lecarnaque
Presidente del Jurado


Dr. Adán Alvarado Bernuy
Secretario del Jurado


Dr. Leocadio Malca Acuña
Miembro del Jurado


Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas
Miembro del Jurado


Dr. Pedro José Vértiz Querevalú
Miembro del Jurado

C.c. Jurado de Proyecto de Tesis (5), Asesor (1), sustentante (1), UI (2)

DEDICATORIA

*Por el regalo de la vida a **DIOS***

*A mis **HIJOS**: Daniela, Cristian, Emilio.... Por los momentos no compartidos mientras realizaba los estudios doctorales, pero sobre todo por ser la razón de mi existir y el más puro amor que me ha brindado la vida.*

*Por ser el ejemplo y motor de mi vida a mi **PADRE**:
Jorge Auquilla*

A mis hermanos y sobrinos por ser el regalo que alegra mi existir.

***ESTEBAN** Por los momentos compartidos y el apoyo oportuno. Mil gracias siempre.*

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Tumbes, en la persona de las autoridades, docentes, personal administrativo de la Escuela de Postgrados, por el apoyo incondicional durante los estudios del Doctorado.

Al Dr. Napoleón Puño, por la motivación constante.

A la Doctora Amarilis Calle, por el aporte profesional y científico para el desarrollo de la presente investigación.

Al Proyecto CERCA, por el apoyo brindado para realizar la presente investigación.

*A los **ADOLESCENTES**, razón de mi superación constante, para ofrecerles un abordaje integral en su desarrollo.*

ÍNDICE GENERAL

	Página
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
SUMÁRIO.....	xii
CAPÍTULO I:	13
1. INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO II:	16
2. MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teórico conceptuales	23
2.3. Definición de términos	35
CAPÍTULO III:	37
3. MATERIAL Y MÉTODOS	37
3.1. Localidad y periodo de ejecución	37
3.2. Tipo y diseño de la investigación	37
3.3. Población - Muestreo - Muestra	37
3.4. Material y métodos	38
3.5. Procesamiento y análisis de datos	39
CAPÍTULO IV:	41
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO VI:	54
5. CONCLUSIONES	54
CAPÍTULO VII:	57
6. RECOMENDACIONES	57
CAPÍTULO VII	60
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
CAPÍTULO VIII	67
8. ANEXOS	67

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Embarazo en adolescentes según número y porcentaje.....	41
Cuadro 2: Frecuencia de adolescentes según institución educativa. Cuenca-Ecuador. 2014.....	42
Cuadro 3: Características biológicas de los adolescentes.....	43
Cuadro 4: Características de la autoestima.....	44
Cuadro 5: Características sociales.....	45
Cuadro 6: Características de la funcionalidad familiar.....	47
Cuadro 7: Funcionalidad familiar y embarazo adolescente.	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo 1: Encuesta del proyecto de salud sexual y reproductiva enmarcado en la comunidad (CERCA).....	67
Anexo 2: Escala de funcionalidad familiar.....	76
Anexo 3: Formulario para recolección de datos.	77
Anexo 4: Informe de originalidad Turnitin.....	82

RESUMEN

Introducción: Estudio retrospectivo de enfoque analítico con el objetivo: Determinar las características del embarazo adolescente y funcionalidad familiar en las áreas de intervención del Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Enmarcado en la Comunidad (CERCA). Material y métodos: Universo 3303 encuestas - muestra 49 encuestas. La recolección de información utilizó la encuesta de la universidad de Gante y la escala de funcionamiento familiar de Mirna García-Méndez. El análisis estadístico utilizó el programa IBM™SPSS™

Resultados: El embarazo adolescente representó el 9.8% (27 mujeres y 22 hombres). 40% de hombres y 18.5% de mujeres inició relaciones coitales antes de los 12 años. 22% de varones había embarazado y 14% de mujeres reportó embarazo antes de los 15 años. El 85.2% de mujeres y 27.3% de varones tenía un compañero sexual. El 59,15% de varones perteneció a hogar disfuncional

Conclusiones: El embarazo adolescente fue estadísticamente significativo en varones. No se reportó asociación estadística con el embarazo adolescente materno. Los varones utilizaban con mayor frecuencia anticonceptivos, siendo la píldora de emergencia la más frecuente. Las mujeres reportaron consentimiento sin presión para la relación coital. No existió asociación estadística entre disfuncionalidad familiar y embarazo adolescente.

Palabras clave: adolescencia, salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, funcionalidad familiar

ABSTRACT

Introduction: a retrospective study of analytical approach with the objective: to determine the characteristics of teen pregnancy and family functionality in the areas of intervention Project for Sexual and Reproductive Health Services Embedded in the Community (CERCA). Material and methods: Universe 3303 surveys – sample of 49 Surveys. The collection of information used the survey of the University of Ghent and the Mirna Garcia-Méndez scale of family functioning. For statistical analysis the IBM SPSS™ software™ was used. Results: teenage pregnancy accounted for 9.8 % (27 women and 22 men). 40% of men and 18.5% of women had sexual relations before the age of 12 years, 22% of males had cause pregnancy and 14% of women reported pregnancy before the age of 15 years. 85.2% of women and 27.3% of men had a sexual partner. 59.15% of men belonged to dysfunctional homes. Conclusions: Teen pregnancy was statistically significant in males. Statistical association with maternal teen pregnancy was not evidenced. Males used contraception more frequently, emergency pills being the most frequent. Women reported consent without pressure for coital intercourse. There was no statistical association between family dysfunction and pregnancy in adolescents.

Keywords: adolescence, sexual and reproductive health, adolescent pregnancy, family functionality

SUMÁRIO

Introdução: um estudo retrospectivo de abordagem analítica com o objetivo: determinar as características da gravidez precoce e funcionalidade familiar nas áreas de projeto de intervenção de Saúde Sexual e Reprodutiva Incorporado na Comunidade (CERCA). **Material e Métodos:** inquéritos de 3303 Universo - amostra de 49 inquéritos. A recolha de informação utilizados a pesquisa da Universidade de Gand e a escala de funcionamento familiar de Mirna García Méndez. Para a análise estatística o software IBM™ SPSS™ foi utilizado. **Resultados:** A gravidez na adolescência representou 9,8 % (27 mulheres e 22 homens). 40% dos homens e 18,5% das mulheres tiveram relações sexuais antes dos 12 anos. 22% do sexo masculino, gravidez e 14% das mulheres relataram gravidez antes da idade de 15 anos. 85,2% das mulheres e 27,3% dos homens tinham um companheiro sexual. 59,15% dos homens pertenciam a lares disfuncionais. **Conclusões:** a gravidez precoce foi estatisticamente significativa no sexo masculino. Associação estatística com gravidez adolescente materna não foi evidenciado. Os homens têm usado contracepção com mais frequência, sendo a mais frequentes as pílulas de emergência. As mulheres relataram consentimento sem pressão para relação sexual coital. Não houve associação entre disfunção familiar e gravidez em adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência, saúde sexual e reprodutiva, a gravidez adolescente, funcionalidade familiar

CAPÍTULO I:

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Esta etapa está caracterizada por cambios a nivel biológico, psicológico, social cultural y espiritual, que permiten al individuo transitar desde una infancia dependiente a una vida adulta independiente. Considera a la adolescencia inicial, media y tardía. (1)

Los cambios biológicos que se producen en esta etapa, están marcados sobre todo por la menarca o primera menstruación en la mujer y la espermarca o primera eyaculación en el varón, encontrándose en condiciones de procrear al existir crecimiento y maduración de los órganos reproductores y activación del sistema hormonal. Desde mediados del siglo XIX, la menarquia se ha adelantado progresivamente, hecho conocido como tendencia secular de la menarquia. (2)

Los adolescentes, se apoyan en recursos psicológicos y sociales obtenidos en su crecimiento, para elaborar su identidad y plantear el proyecto de vida (3). Luego de los cambios puberales están biológicamente preparados para ser padres, sin embargo no han logrado el desarrollo emocional y cognitivo, para la toma de decisiones y conducta sexual responsable (4).

Lo mencionado explica el aumento a nivel nacional e internacional del inicio de la vida sexual activa, cuyas consecuencias pueden ser el embarazo y enfermedades de transmisión sexual. La vulnerabilidad psicológica de los adolescentes determina que sus decisiones sean en ocasiones influenciadas por el grupo de pares, medios de comunicación, la familia o escuela.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la gestación que se presenta tres años después de la menarca o primera menstruación y/o cuando se mantiene dependencia social y económica de la familia, se considera embarazo adolescente (1).

Según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFA) en el Caribe y América Latina, el embarazo adolescente es una situación de vulnerabilidad. En el año 2006 la región, fue la segunda a nivel mundial con la tasa embarazos, estimándose que cerca del 18% de los nacimientos correspondió a menores de 20 años (5).

Ecuador presenta altas tasas de embarazo adolescente en la región. Según el censo de población y vivienda 2010, en el cantón Cuenca la tasa fue de 67.8 por cada mil adolescentes (6). A pesar de disponer del marco legal, que garantiza la Educación Sexual en los establecimientos educativos, el tema no ha sido tratado de manera planificada, y sistemática para garantizar su integralidad.

Los programas de educación sexual son a menudo polémicos al considerar a la sexualidad como un asunto familiar y que su abordaje en la escuela o colegio, puede conducir a que los jóvenes se vuelvan activos sexualmente (7).

Entre varias iniciativas para atender a la población adolescente, el Proyecto de investigación CERCA (Cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Enmarcado en la Comunidad), fue desarrollado y aplicado en tres países de América: Nicaragua, Bolivia y Ecuador, estudio multi céntrico financiado por la Unión Europea dentro de los programas Fp7 (Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea), su objetivo fue diseñar una estrategia válida, aceptada por los adolescentes, padres de familia, proveedores de salud y comunidad, con base a la participación comunitaria, que pueda ser aplicado y reproducido en diferentes escenarios sociales y geográficos para mejorar la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes, el mismo que da

cuenta de hallazgos que sumado a lo anterior expresan la **situación problemática**, por las tasas de embarazo adolescente altas en la región, las consecuencias bio-psico-sociales del embarazo adolescente, ha generado el interés y la preocupación para abordar el tema mediante la investigación científica, habiéndose planteado como **problema de investigación** la siguiente interrogante ¿Cuáles son las características: biológicas, psico-sociales y la funcionalidad familiar en adolescentes con embarazo en las áreas de intervención del Proyecto CERCA. Cuenca año 2014? El **objetivo general**: Determinar las características del embarazo adolescente y funcionalidad familiar en las áreas de intervención del Proyecto “CERCA”, Cuenca 2014 y como **objetivos específicos**: Describir las características del embarazo adolescente en la dimensión biológica, psico-social en las áreas de intervención del proyecto salud sexual y reproductiva CERCA. Describir las características de la funcionalidad familiar en los casos de embarazo adolescente. Establecer la relación de dependencia entre variables.

Los resultados del estudio realizado, han permitido formular recomendaciones necesarias, para que a través de la interacción entre las instituciones educativas, la familia, grupo de pares, se realicen actividades para mejorar la funcionalidad familiar en base a sus componentes, con la finalidad de brindar atención a este grupo etario, mismo que es vulnerable para iniciar relaciones coitales y riesgo de embarazo adolescente. Su abordaje metodológico, asimismo, servirá como un referente a quienes estén interesados en continuar la investigación del tema.

A continuación, se presenta el capítulo II, correspondiente al marco referencial, el capítulo III referido el marco metodológico, el capítulo IV en el cual se presenta los resultados de la investigación y finalmente los capítulos V, VI y VII que comprenden la discusión, conclusiones y recomendaciones, respectivamente.

CAPÍTULO II

2. MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA

2.1. Antecedentes

Para desarrollar la investigación, se realizó una revisión detallada de información respecto a las variables seleccionadas, en el ámbito internacional, nacional y local, la que debidamente sistematizada ha servido como referente importante para derivar en interpretaciones originales. Es así que en el ámbito internacional se cuenta con diversas investigaciones relacionadas al tema de embarazo adolescente y sus características.

En el año 2014, la OMS, reportó que existían aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, cada año 1 millón de adolescentes fue madre antes de los 15 años, pertenecientes a países de ingresos medianos y bajos (1). Investigaciones realizadas en Estados Unidos, indican que en los últimos 30 años, los adolescentes han incrementado la actividad sexual (7).

A partir del año 1990, se registró un descenso considerable e irregular, de las tasas de natalidad en adolescentes. A nivel mundial aproximadamente el 11% de nacimientos se presentan en edades de 15 a 19 años. El 95% ocurre en países de ingresos medianos y bajos (1). Para el año 1996 en Cuba, reportó tener vida sexual activa el 50% de las adolescentes, presentándose un 10% de incremento anual (8).

La investigación desarrollada en Temuco – Méjico, en el año 2000, indicó que la edad de inicio de relaciones sexuales en los hombres fue a los 12 años y para

las mujeres los 12,8 años (9). Cabe relacionar la edad y el nivel socioeconómico para el inicio de las relaciones coitales, pues las edades tempranas se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos, mientras los niveles más altos postergan el inicio de la actividad sexual para edades mayores.

En Chile, con respecto a la edad promedio del embarazo adolescente, se presentaron diferencias entre las regiones. En el año 2000, la investigación realizada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador - Servicio de Salud Metropolitano Oriente la ubicó a los 18,6 años. Sin embargo, para el año 2001, un estudio realizado en el Hospital San Borja Arriarán (Servicio de Salud Metropolitano Centro), observó un descenso en la edad ubicándose a los 14,5 años. En el reporte del estudio desarrollado en Burgos – Octava Región, se ubicó en los 16 años (10).

Según reportes del año 2003, en Colombia, de cada cuatro estudiantes uno había mantenido relaciones coitales, hecho que fue corroborado por la investigación realizada en estudiantes de un colegio público en Bucaramanga y en muestras no Probabilísticas de adolescentes en Santa Martha (11) (12).

De acuerdo a la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud de Chile del año 2003, el 84,5% de jóvenes hasta los 24 años y el 35,2% de adolescentes eran sexualmente activos (13), estimándose como edad promedio para el inicio a los 17 años. Sin embargo González T y colaboradores, en el año 2005 reportaron una edad promedio inferior: 15,6 años (14).

Por otra parte, la investigación realizada en Santa Martha Colombia, estableció que el 22.5% de estudiantes de secundaria había tenido una relación sexual, estando asociada al hecho de ser hombre, mayor edad, mayor nivel de escolaridad, pertenecer a institución educativa privada, y presentar comportamientos de riesgo relacionados al consumo de marihuana, alcohol y cigarrillo (11) (12).

Cabe destacar, la relación entre de la edad de inicio de relaciones coitales y el nivel socio económico, pues en los niveles socio económicos más bajos, la edad de inicio es menor (9). Parece ser que el mayor riesgo de embarazo adolescente, más que por las condiciones fisiológicas, está influenciado por el entorno sociocultural, el cuidado y atención médica que se brinde (15).

En el año 2002 en Chile, nacían aproximadamente 40.355 niños hijos de madres adolescentes, 1.175 eran hijos de mujeres menores a 15 años. La incidencia anual reportada fue 16,16%, siendo mayor a nivel de la octava región (25%). El embarazo adolescente, es considerado problema grave de Salud Pública (10).

En Méjico para el año 2009, la tasa más alta de fecundidad correspondió a las adolescentes sin escolaridad con 180 nacimientos por 1000 mujeres, la tasa fue menor en el grupo de escolaridad secundaria con 60 nacimientos por 1000 mujeres (15). Al presentarse un embarazo durante la adolescencia, la posibilidad de continuar los estudios es baja, siendo común su postergación o abandono (16) (17).

En relación a lo mencionado anteriormente, la Encuesta Demográfica Reproductiva de Méjico (EDER) año 2011, reportó que el 95% del total de madres adolescentes en condición de pobreza, abandonó sus estudios un año antes del embarazo. El porcentaje disminuyó al 77% en las madres de mejor nivel socioeconómico (18).

Según los registros de Méjico en el año 2011, el 11% de adolescentes madres pertenecientes a los estratos sociales medio y alto, continuó estudiando luego del nacimiento de su primer hijo; en contraste con los estratos de menores recursos en donde el 1% continuó sus estudios. Para el año 2012, las madres adolescentes, tenían menor probabilidad de culminar la educación básica; sin embargo el porcentaje variaba de acuerdo al estrato social (19).

En el año 2014, las Estadísticas Sanitarias Mundiales, reportaron una tasa media de natalidad de 49 por 1000 en adolescentes de 15 a 19 años. África Subsahariana, presentó las tasas más altas El embarazo adolescente contribuye a la mortalidad materno – infantil y al círculo pobreza - enfermedad (20).

En Tuluá - Colombia, se desarrolló una investigación respecto al inicio de la actividad sexual en adolescentes y los factores asociados, los datos indicaron: el 45,8% tenía compañera o compañero sexual, el 23,8% tenía más de una pareja sexual al año, los hombres presentaron una mediana de 3 parejas, con un máximo de 10, las mujeres una mediana de 2 parejas con un máximo de 5. Las mujeres refirieron que su pareja tenía una mediana de edad de 18 años, mínimo 12 y máximo 32 años, la primera pareja sexual fue el novio en el 84% o amigo para el 14,8%. Para los hombres, la mediana de edad de su primera pareja fue 15 años, mínimo de 10 años y máximo de 28 años, siendo su primera pareja una amiga en el 42,2% o novia para el 46,4% (21).

Los efectos del embarazo adolescente, parecen ser más de índole económica que social en especial para las madres pobres, influyendo factores como las familias numerosas, menos familias nucleares tradicionales y el hecho de que madres adolescentes “engendran” madres adolescentes (21)(22).

Otro aspecto a considerar es el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos. Rengel y colaboradores, indican un uso inconsistente y marginal a pesar de disponer de conocimientos. Las adolescentes, referían que no los utilizaban pues se distribuían en los centros de salud, sitios a los que no acudían por temor a ser puestas en evidencia frente a la familia, La no utilización aparece relacionada a discriminación de género, pues socialmente no se permitiría a las mujeres tener actividad sexual y utilizar anticonceptivos, al contrario de los hombres (23).

Con respecto a los factores considerados como riesgo para que se presente el embarazo adolescente, se destacan los aportes de Maddaleno y cols (23)

quienes lo atribuyen a la falta de afecto en especial de la familia, Gillmore y cols (24) Papalia y Wendkos (25) Lavín y cols (26), refieren que la baja autoestima, es otro factor a considerar.

Por su parte José Luis Rangel, identificó a la disfunción familiar como factor de riesgo para las conductas adolescentes, agravándose al estar asociado con: edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación. Se recomienda la participación de los adolescentes en las decisiones familiares, que se les brinde libertad en la toma de decisiones respecto a su vida, considerando el nivel de madurez y la participación activa de sus padres. Destaca la necesidad de compartir tiempo de calidad, acompañado de muestras de afecto, solidaridad y confianza (27).

A continuación se detallan hechos relacionados a la población adolescente del Ecuador, con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva y en particular al embarazo adolescente. De acuerdo a las estadísticas reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2010, habitaban en el país 2.812.901 adolescentes, representando el 19,8% de la población ecuatoriana. De este total, el 51,01% eran varones, siendo el 51,2% adolescentes tempranos y el 48,8% adolescentes tardíos (28).

En el Ecuador ámbito de acción de la presente investigación, a partir del año 1999 se ha identificado un inicio cada vez más temprano de relaciones coitales en los adolescentes. Según la ENDEMAIN (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil) año 1999, el 43.5% de mujeres de 15 a 24 años las había iniciado, el porcentaje aumentó a 47% en el año 2004. La edad promedio en el año 1994 fue 19.8 años, al año 1999 de 19.1 años y para el año 2004 se ubicó en los 18.8 años (29).

La encuesta ENDEMAIN 2004, reportó inicio de relaciones coitales en el 27% de mujeres de 15 a 19 años y en el 70% de 20 a 24 años, es decir 7 de cada 10 mujeres de hasta 24 años, inició vida sexual activa, de quienes solo el 14% uso

anticonceptivos en su primera relación. Indicó además que cerca del 50% de mujeres en edades de 14 a 15 años, había mantenido una relación sexual (29). La edad de inicio de relaciones coitales en los hombres fue 15, 6 años y en las mujeres de 17,2 años, tan solo el 10% utilizó métodos anticonceptivos (29).

De los datos reportados de las embarazadas o madre por primera vez, de las adolescentes de 15 a 19 años, de cada 3 adolescentes 2 no tiene educación básica. El 43% no tiene educación. Con el embarazo, se reduce en 2.5 años la oportunidad de aumentar el grado de escolaridad y a partir del tercer hijo el porcentaje del ingreso familiar disminuye al 34 %, aumentando la pobreza. Vale la pena destacar que apenas el 3% de mujeres con nivel de educación secundaria y superior tiene más de tres hijos (4) (30). Mientras el embarazo adolescente es considerado la entrada a la pobreza, con la educación la mujer decidirá sobre su salud sexual y reproductiva, se puede señalar entonces que la educación es el mejor anticonceptivo.

Aspectos relacionados a la Salud Reproductiva, en el Ecuador han presentado variaciones en el período 1990 al 2011. Es así que la tasa global de fecundidad (TGF) en el año 1990 fue de 3,4 hijos disminuyendo a 2,4 para el año 2010. Por su parte la tasa de natalidad, presentó una reducción del 25,7 (año1990), al 15,05 (año 2011). En relación al grupo adolescente, la tasa de fertilidad, en el año 1999, fue de 8,76 por mil embarazos, cifra que disminuyó al 8,26 para el año 2009. Sin embargo, existió un incremento en el porcentaje de embarazo adolescente, con una cifra alarmante del 74% en el rango de 10 a 14 años, y del 9% para el rango de 15 a 19 años. En la región andina, Ecuador tiene la tasa más alta de embarazo adolescente, hecho evidenciado en que el 46,5% de las madres tuvo su primer hijo antes de los 19 años. Siendo un factor de riesgo ser hijo de madre adolescente, pues podría replicarse esta condición (30) (31).

Al revisar los registros de partos del año 2011, las cifras reportan 45708 casos de adolescentes, de acuerdo a la edad el 96,59% se ubicó en el rango de 15 a

19 años. Existió un incremento del 2,79% en relación a los partos del año 2010. Otro dato que merece ser destacado, es que el 18% tenía más de un hijo (32).

La provincia del Azuay, ubicada al sur del Ecuador, reportó en el año 2009, como principales causas de egreso hospitalario adolescentes al embarazo, parto y puerperio, alcanzando un porcentaje del 71% (33). Del total de partos de la provincia, el 17, 31% fue de adolescentes (1817 partos). Guardando similitud con el resto del país, el 97,85% se presentó en el rango de edad de 15 a 19 años y el 2,15% entre los 10 a 14 años. Contrario al resto del país, en relación al año 2010, el porcentaje de partos en adolescentes se redujo en el 2,79%. Considerando la ubicación geográfica, provenían en su mayor porcentaje de la zona rural (33). Se puede considerar entonces que vivir en la zona urbana, fue un factor protector para no presentar embarazo adolescente.

La salud ecuatoriana ha presentado avances en ciertos campos, sin embargo, aún faltan áreas en las que se debe brindar mayor vigilancia, como ejemplo se puede citar la atención a adolescentes. Si bien el número de consultas en prevención se incrementó al 69%, respecto al período 2006 – 2008, la cobertura alcanza apenas al 37,65% de adolescentes tempranos y al 21,14% de adolescentes tardíos (30).

A nivel de la provincia del Azuay, la tasa de embarazo adolescente, ha presentado incremento. En el año 2009, el 18,50% de nacidos vivos fue hijo de madre adolescente, en el área rural el porcentaje fue del 22,94%. Según el último censo del año 2010, en el Azuay se reportaron 4957 casos de embarazos entre los 12 a 19 años. El embarazo adolescente se presenta cada vez en edades más tempranas (32).

2.2. Bases teórico conceptuales

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) adolescencia es el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica” va de los 10 a 19 años (1). Adolescencia viene de “adolescere” que significa crecer, desarrollarse. Durante esta etapa, existen pérdidas y adquisiciones, involucrándose además los padres (33).

En la adolescencia se alcanza madurez biológica, sexual, emocional y social, asumiendo responsabilidades sociales y conductas del grupo de pares (34) (35). Es considerada un proceso de adaptación a nivel: cognitivo, conductual, cultural y social (36). La adolescencia está determinada por la dinámica familiar, la escuela, cultura, economía, política y sociedad, siendo un periodo reconocido por diversas culturas a nivel mundial (34).

A partir del siglo XIX, la adolescencia adquiere importancia como tema de investigación, teniendo como premisa los trabajos de Platón y Aristóteles. Freud (1917), Gessell (1958) y Bios (1980) abordaron la importancia de los cambios a nivel psicológico y de la personalidad, teniendo como premisa las experiencias infantiles y la búsqueda de la identidad (34).

Establecer la identidad, requiere integrar experiencias pasadas, adaptarse al presente, y tener visión futura. Estos cambios se acompañan de fluctuaciones en el estado de ánimo, con influencia del ambiente familiar y cultural del adolescente (35).

Los cambios a nivel físico, psicológico y social, han dividido a la adolescencia en etapas. La adolescencia temprana va de los 10 a 13 años, incluye la pubertad, con cambios físicos y fisiológicos, que culminan con la menarca o primera menstruación y con la espermarca o primera eyaculación. Se inicia la

maduración psicológica, se pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto. En esta etapa intenta generar sus criterios, no desea relacionarse o ser relacionado con niños, al no ser aceptado por otros adolescentes puede presentar variaciones en el estado de ánimo con depresión, ansiedad o aislamiento social (35).

A la llamada “crisis de entrada en la adolescencia”; se suman cambios en el sistema educativo, con los maestros, compañeros y nuevas responsabilidades. La familia es un factor importante en esta etapa, ayudando a superar la ansiedad ante el cambio y a estructurar la personalidad (36).

Durante la adolescencia intermedia (14 - 16 años), se destaca la integración al grupo de pares, que brinda cierta seguridad y satisfacción al establecer amistades, integra grupos, existe rechazo de los padres dejando la admiración al rol paterno. Se produce cierta aceptación a sí mismo (36).

En la etapa de la adolescencia tardía (17 y 20 años), el crecimiento cesa, existe armonía y proporción en los segmentos del cuerpo, obtiene mayor seguridad, mayor control de las emociones, mayor autonomía e independencia. Se presenta cierta ansiedad de no alcanzar la plena madurez, ni contar con los elementos para desempeñarlas, este hecho está influenciado por el sistema familiar y por la sociedad (36).

Los cambios psicológicos de la adolescencia a nivel cognitivo y comportamental, permiten la aparición del pensamiento abstracto, se presentan etapas de introspección, análisis y autocrítica. El adolescente será capaz de construir sistemas y teorías, interesándose por problemas inactuales. Existe el desarrollo de la inteligencia formal con una reflexión espontánea, tomando una postura egocéntrica a nivel intelectual (37). Piaget, señala que la reflexión consiste en comprender que le corresponde, no contradecir sino anticiparse e interpretar la experiencia (37).

A partir de los cambios psicológicos, el adolescente alcanza independencia familiar, adaptación a la madurez sexual, se establecen relaciones de cooperación con sus pares, adquiere el sentido de identidad, independencia y autonomía (14). La imagen corporal y el afrontamiento al estrés, progresan junto con el desarrollo cognitivo, el desarrollo emocional influenciado por las expectativas de la sociedad (36) (37).

Por su parte el desarrollo social, es considerado como la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, con gran influencia de la sociedad, proceso denominado socialización (37) (38). Para los adolescentes, este desarrollo, contempla la necesidad de formar relaciones afectivas, ampliar el círculo de amigos de la infancia, entre el grupo de pares busca un sitio, aceptación y reconocimiento. Se marca la necesidad de pasar a las amistades del otro sexo, de conocer, adoptar, practicar patrones y habilidades en las citas; encontrar el rol sexual masculino o femenino (35).

Las necesidades emocionales y nuevos sentimientos, encuentran el apoyo en adolescentes de la misma edad (pares) quienes comparten la necesidad de independencia y emancipación de los padres. Si el adolescente se desarrolla en el marco de una buena dinámica familiar y comunicación con sus padres, sentirá menor necesidad de acceder a otros adolescentes (19).

Durante su desarrollo, el adolescente se encuentra en una etapa de búsqueda lo cual produce ansiedad, inseguridad, soledad e inestabilidad, generándose conductas vistas como normales. Dichas conductas lo motivan a buscar opciones, soluciones, para generar nuevos estilos de afrontamiento personal y social (19).

En relación a lo mencionado, Enrique Dulanto en su libro “El Adolescente” explica que en cualquier cultura o sociedad, la normalidad adolescente se caracterizará por pensar, actuar, hacer cosas o proceder como sus pares, intentando adaptarse bio-psico-socialmente (36).

Entonces la “normalidad”, puede ser considerada como la capacidad de adaptarse y vivir en armonía con los pares. De esta manera adquiere y desarrolla la autoestima que proporciona confianza para desarrollar conductas seguras y participativas, a nivel familiar y social (39).

Considerando otro aspecto en el proceso de desarrollo de la adolescencia, Bronfenbrenner desarrolló un modelo ecológico y lo agrupó en sistemas para entender las influencias sociales a las que están expuestos los adolescentes. (40).

El microsistema son las influencias inmediatas, principalmente de la familia, amigos, escuela o colegio, grupos religiosos, servicios de salud y grupos sociales a los que pertenece el adolescente. Estos microsistemas pueden variar, sin embargo el que más aumenta es el de los amigos, que le puede brindar aceptación, popularidad, amistad y estatus (40).

El mesosistema por su parte, establece las relaciones entre los contextos del microsistema, por ejemplo: lo que pasa en la familia influye en la escuela y viceversa. Por lo cual, comprender el desarrollo de los adolescentes implica tomar en cuenta sus fuentes de influencia. El microsistema y el mesosistema pueden reforzarse mutuamente o ejercer influencias opuestas (40).

El exosistema contempla los contextos que influyen en el adolescente, a pesar de que él no juegue un papel activo. Por ejemplo si el colegio establece una educación sexual con enfoque moralista, el macrosistema abarcará ideologías, actitudes, moralidad, costumbres y leyes de la cultura y sociedad. El exosistema determina quién es el adulto y el adolescente, establece estándares para el cuerpo, la conducta en función del género y prácticas de salud. Este sistema, permite tomar en cuenta los valores y costumbres del microsistema y su influencia en el desarrollo social y cultural del adolescente (40).

Otro componente esencial durante la adolescencia es la sexualidad. La sexualidad inherente al ser humano, desde la concepción hasta la muerte, es un

proceso evolutivo de interacción consigo mismo y con otros, expresada por variados comportamientos afectivos dentro de un medio social y cultural (41).

El concepto de sexualidad y reproducción, se diferenció a principios del siglo XX. La sexualidad se refiere a las conductas y contenidos psico-emocionales relacionados a las funciones genitales, al acto sexual y reproducción (3). Se separa así la sexualidad de los propósitos y resultados de la fecundación y del embarazo. La genitalidad implica el hecho biológico, incluye el llamado acto sexual o coito, es solo una faceta de la sexualidad (39).

Un tema de igual importancia e interés, durante la adolescencia, es la configuración de la identidad sexual, que es parte de la sexualidad humana. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) *“la sexualidad es la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”* (1). La sexualidad hace referencia tanto a las “condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo como el deseo sexual (41).

En la adolescencia se presentan varias etapas del desarrollo de la sexualidad. La etapa de aislamiento, va de los 12 a 13 años, presenta cambios corporales acelerados, aparece la menarca en la mujer y la espermarca en el hombre. Los adolescentes disfrutan con su suciedad, usan palabras soeces, los varones forman barreras de rechazo a las adolescentes intentando superar la dependencia a la madre. La masturbación se presenta como actividad sexual liberadora (36).

En la etapa de incertidumbre (14 a 15 años), los varones continúan solo con amigos, aparecen los amigos íntimos. Puede presentarse alguna actividad homosexual, siendo transitoria en la mayoría de casos. En otros puede ser el inicio de una conducta homosexual, que será más definida hacia los 19 años o más. En el caso de las mujeres esta situación no es constante pero puede

presentarse, las amigas tienen un lugar preponderante y el erotismo se vincula a bromas, chistes y conversaciones largas (36).

Durante la etapa de apertura a la heterosexualidad (15 a 17 años), en ambos sexos, se inician las relaciones amorosas heterosexuales, intensas y efímeras. Se enamoran sin llegar al amor (10). Las fantasías masturbatorias son más intensas. La identidad y orientación sexual se ha definido, aunque continúan las largas charlas filosóficas (36).

En la última etapa, la de la consolidación (17 a 19 años), existe mayor estabilidad emocional, la identidad se ha consolidado en la mayoría de las dimensiones. Se presenta estabilidad en las relaciones amorosas, hacen planes a largo plazo (10). Se podría decir que en esta etapa existe libertad sexual, pues el adolescente puede asumir la responsabilidad sexual. Al finalizar la etapa, la sociedad civil les reconoce derechos como: votar, negociar y someterse a las leyes adultas (10) (36).

Otro elemento importante durante la adolescencia es la autoestima, considerada como el aprecio y consideración que se tiene de sí mismo. Esta condición se va desarrollando a lo largo la vida a través de experiencias vividas. La conjugación de la familia, los pares, la escuela, los medios de comunicación, moldean la autoestima, que tiende a debilitarse en esta etapa (39).

Cuando un adolescente, cuenta con un alto nivel de autoestima, su aprendizaje es más eficaz, mantiene relaciones armoniosas, aprovecha las oportunidades, trabaja productivamente, se vuelve auto suficiente. Si este nivel se mantiene, ingresará a la vida adulta con buenas bases para fomentar una existencia satisfactoria.

Al contrario, el adolescente con poca autoestima, no confía en sus posibilidades y capacidades, lo cual limita el aprendizaje.

El género, es otro aspecto relevante en la adolescencia. Es la construcción social del hecho de ser hombre o mujer, la interrelación entre ellos y las relaciones poder - subordinación que se presenten. Es una forma de ordenamiento de la práctica social, llamado a trascender como asuntos de justicia social, aportando para el cambio del orden simbólico imperante (38).

Históricamente, el sistema sexo – género, ha discriminado a la mujer en aspectos económicos, culturales, sociales y políticos. Las creencias y actitudes culturales de los padres en particular, del grupo de pares, de la escuela, de los medios de comunicación, influyen en el desarrollo del género (4).

Por su parte, el rol de género designa actitudes y conductas de una cultura, consideradas normales y apropiadas para un sexo en particular. Los roles generan expectativas de comportamientos sexuales que se deben cumplir. Los hombres tienen mayor probabilidad de recibir atención, ayuda y elogio de sus profesores (4).

El adolescente durante el proceso de crecimiento y desarrollo, recibe influencias del entorno familiar, grupo de pares, medios de comunicación. Al estar biológicamente preparados y socialmente motivados, el inicio de relaciones coitales se presenta en las diferentes etapas, siendo más precoz el varón. La iniciación sexual ha disminuido en edad, ubicándose en los 15 años (11) (12) (20).

Los adolescentes se inician sexualmente en forma cada vez más precoz y sin medidas de prevención, las tasas de embarazos adolescentes, las infecciones

de transmisión sexual, particularmente el virus de inmunodeficiencia humana, y el aborto de riesgo son frecuentes en el sector juvenil (17) (20) (41).

La anticoncepción es necesaria para los adolescentes por el riesgo de embarazo no planificado, contagio con infecciones de transmisión sexual, complicaciones del embarazo, parto, aborto y problemas psico-emocionales. Los adolescentes acuden a los profesionales de salud, en busca de asesoría, mucho después de haber tenido relaciones coitales, hasta un año después (20) (41). Quienes mantienen relaciones esporádicas, necesitan anticoncepción, pese a sus pensamientos mágicos de no embarazarse o embarazar, al sentimiento de invulnerabilidad, propio de esta edad.

Como consecuencia de la disminución en la edad de inicio de relaciones coitales, se observa el incremento del embarazo adolescente, hecho que en la actualidad es considerado un problema de Salud Pública. Se define como embarazo adolescente a la gestación que ocurre durante la adolescencia, hasta los 19 años, independientemente a la edad ginecológica, que contempla 3 años luego de la menarca (1) (20).

Al analizar el embarazo adolescente existen factores predisponentes : menarca temprana , bajo nivel educativo, inicio temprano de relaciones coitales, familia disfuncional, migraciones recientes, pensamientos mágicos por los que creen que no se embarazarán, falta de información o distorsión de la información respecto a salud sexual y reproductiva, fantasías de esterilidad. Entre los adolescentes, es común que circulen mitos sobre la sexualidad y se presenten controversias respecto al sistema de valores familiares.

Cuando en la familia existe censura severa respecto a las relaciones coitales, los adolescentes las mantienen como signo de rebeldía y como forma de negación no utilizan anticonceptivos. Entre los factores socioculturales, la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, se da en los

diferentes niveles socioeconómicos. Se consideran además factores predisponentes para el embarazo adolescente: relaciones sin anticoncepción, abuso sexual, violación. (47)

Las consecuencias del embarazo afectan diferentes aspectos de la vida del adolescente. A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales como el abandono de estudios durante el embarazo o para la crianza del hijo, hecho que contribuye al círculo de pobreza, pues genera dependencia económica del entorno familiar. Se limita entonces el desarrollo del proyecto de vida, la posibilidad de conseguir empleo y la realización personal.

En otro aspecto, las parejas adolescentes se caracterizan por ser inestables y de corta duración. La presencia del hijo, muchas veces provoca la formalización de la relación. Los hijos de adolescente, presentan riesgo de bajo peso al nacer, retardo del crecimiento y desarrollo, falta de cuidado, desnutrición y mayor riesgo de sufrir abuso físico (20).

El tema del embarazo adolescente, debe además ser analizado desde la perspectiva del padre. Figueroa, refiere la necesidad de visibilizar la función del padre en el embarazo. Plantea el término “la soledad en la paternidad”, como referencia a las experiencias gratificantes y lúdicas que muchos hombres no viven, al no cuestionar modelos dominantes de masculinidad, resultado de aprendizajes de género , que resultan limitantes y excluyentes incluso para los hombres (7)(42).

Por otro lado, “tener la calidad de padre”, se lo relaciona socialmente con ser proveedor económico, modelo de referencia, autoridad, educador. Sin mencionar al personaje capaz de desarrollar relaciones amorosas, de amar y ser amado, y del ser humano que existe como padre (7) (43) (44).

Referirse a los hombres como seres que se reproducen, implica la posibilidad de reinventar relaciones con sus parejas, hijos e hijas y consigo mismo, con presencia activa, solidaria y propositiva en las vivencias reproductivas de las mujeres y contando con la posibilidad de nombrar y visibilizar sus experiencias reproductivas, a nivel biológico, emocional y social (22). *“Imaginar a los hombres reproduciéndose, incluso aunque el embarazo no ocurra como proceso fisiológico en sus cuerpos”* (45).

Se plantea entonces, la posibilidad de una “paternidad sin riesgos”, en base a aprendizajes mediante modelos de socialización de atributos y expectativas sociales de identidad de género, como hombres y padres. Evitando un enfoque biologicista de los riesgos a la salud y buscando vivir la afectividad sorteando la rigidez de los modelos de masculinidad y paternidad socialmente imperantes (45) (46).

La funcionalidad familiar, otra de las variables del estudio, se refiere a la capacidad del sistema familiar de afrontar y superar las etapas del ciclo vital y sus crisis. Hace referencia al cumplimiento eficaz de sus funciones, reconociéndose la funcionalidad o disfuncionalidad. La funcionalidad familiar determina el estado de salud o enfermedad de sus miembros (48).

Según las posibilidades, la familia debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, siendo el medio de transmisión de diferentes tipos de valores morales, culturales, espirituales, tradiciones y costumbres. El embarazo adolescente, produce una reestructuración en las funciones de los miembros de la familia, pues el binomio madre – hijo, crea necesidades y la búsqueda de un nuevo equilibrio, que puede generar en un inicio sorpresa, frustración o rechazo (49).

La familia es el primer sustento social del ser humano, lugar de aprendizaje, fuente de relaciones duraderas, que se mantiene a lo largo de la vida y es la instancia para producir cambios.

La composición familiar demanda una serie de estrategias de sus miembros para ejecutar tareas ya establecidas, que se pueden volver rutinarias y resultan en principios que gobiernan la vida familiar, se transforman en reglas, que definen los límites de conductas aceptables y apropiadas para la familia, reflejando sus valores y definiendo los roles de sus miembros (50).

Diferentes autores, señalan a la familia como un sistema formado por personas en un todo unitario y complejo. Según O'Connor y McDermott, la suma de las contribuciones individuales forma un todo, en donde interactúan unos con otros, en base a reglas de relación (51). O'Connor y McDermott (51), Simón (52), Watzlawick, Bavelas y Jackson (53), plantean además la propiedad de la totalidad, debido a que la unidad familiar se entiende por sus reglas de interacción que la estructuran.

La familia es la unidad social, con variadas tareas de desarrollo basadas en aspectos socio – culturales. Se constituye en un lazo de intercambio entre sus integrantes y el trabajo, la escuela y la comunidad. Estos intercambios afectan a nivel psicológico y emocional, moldeando patrones de relación familiar y social (53) (54).

Los planteamientos de Uruk y Demir, brindan a la familia las siguiente funciones: 1) *modelo de adaptabilidad*, cuya función es mediar el desarrollo de los roles, determinación de reglas y estructuras de poder, 2) *sentido de cohesión*, lazo emocional de identificación al grupo primario, fortaleciendo la proximidad física, emocional e intelectual; 3) *red de experiencias de comunicación* mediante el que se aprende: el lenguaje, a escuchar, la inter actuación y la negociación (54). En

sociedades patriarcales, prevalece la autoridad del hombre sobre los otros miembros, con marcado control y subordinación de las mujeres (55).

Sin embargo, cabe mencionar que la estructura de la familia, está viviendo cambio relacionados al aumento del índice de divorcios , la reconstrucción de las familias , las relaciones extra maritales y la cohabitación (56)(57).

En los cambios de la estructura familiar, intervienen la colisión de intereses como la libertad personal, el amor y la familia; la lucha de hombres y mujeres por lograr compatibilidad entre el trabajo y la familia, el amor y el matrimonio, conlleva a la pérdida de identidades sociales tradicionales y surgen contradicciones de roles de género, relacionados al cuidado de los hijos, las tareas domésticas, surgiendo la necesidad de hablar, razonar, negociar y acordar (58).

Se puede entonces puntualizar que las relaciones familiares están sujetas a cambio y movimiento. Hoffman, refiere que las familias demasiado conectadas, no permiten cambios y por el contrario las demasiado fragmentadas corren el peligro de dispersión, sin embargo puntualiza, que son pocos ejemplos puros de estas dos categorías (59). Para que se presenten estos tipos de relación, intervienen las habilidades de comunicación y solución de problemas, si las dificultades de relación entre los miembros presentan conflicto y no se resuelven, será difícil de restaurar los patrones de funcionalidad familiar (60).

La funcionalidad familiar comprende la capacidad de los integrantes para realizar ajustes y modificaciones a los modos de relación e acuerdo a las necesidades internas y externas. En este proceso participan el individuo, la familia y la cultura (61), la capacidad de cambio involucra la regulación de dimensiones: estructurales, cognoscitivas, afectivas, de control y relaciones externas (62), todas interrelacionadas, de tal manera que la modificación de una, afecta a las demás (63) (64) (65).

La familia como sistema, se encuentra inmersa en contextos sociales que establecen pautas sobre la forma, el momento y los sujetos con quién relacionarse, regulando de esta forma la conducta familiar (66).

Si en la familia se presenta embarazo adolescente, será necesaria la reestructuración y reorganización en las funciones de sus miembros, en busca del equilibrio.

El embarazo adolescente, es considerado como problema médico y social, producto de variados factores, con soluciones no fáciles a corto plazo. Por lo expuesto, su abordaje requiere de un enfoque integral, que aborde los aspectos psicosociales de los adolescentes y la familia (67) (68).

Dentro de los factores de riesgo familiar para la presentación del embarazo adolescente se destacan: falta de comunicación familiar, familias disfuncionales, antecedentes de madre o hermana con embarazo adolescente, la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, padre ausente y bajo nivel socio económico (69) (70) (71).

2.3. Definición de términos

2.3.1 Embarazo adolescente.- Gestación que ocurre durante la adolescencia, en la edad de la adolescencia, en las mujeres hasta 19 años, independiente de la edad ginecológica. Es necesario, puntualizar la importancia de la función del padre en el embarazo, pues al superar modelos dominantes de masculinidad, se logrará vivir experiencias gratificantes y lúdicas, en torno al embarazo y crianza del hijo (1) (42).

2.3.2 Estructura familiar.- Conformación del núcleo familiar, con la presencia de progenitores, hermanos u otros familiares que darán origen a los diferentes tipos de familia: nuclear, monoparental, ampliada, reestructurada, reconstituida (47) (50) (58)

2.3.3 Inicio de relaciones coitales.- Condición en la cual un individuo ha iniciado contacto sexual coital con personas de un sexo diferente, ya que se investiga embarazo adolescente (9) (15).

2.3.4 Adolescencia.- Periodo de vida del individuo, en el que se producen cambios a nivel biológico, psicológico, social y cultural. Se adquiere la madurez reproductiva (1) (4).

2.3.5 Funcionalidad familiar.- Hace referencia a: afecto, adherencia, aceptación y manejo, de los miembros de la familia entre ellos (48).

2.3.6 Proyecto cerca.- Investigación de los programas Fp7, financiada por la Unión Europea, para diseñar una estrategia en base a la participación comunitaria, y aceptada por los adolescentes y los proveedores de salud, con el objetivo de mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (3).

CAPÍTULO III

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Localidad y periodo de ejecución

La investigación se desarrolló en el cantón Cuenca, durante el año 2014. El cantón Cuenca, pertenece a la provincia del Azuay, que forma parte de la división territorial del Ecuador.

Según las proyecciones del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2010 para el año 2014, el cantón Cuenca contaba con 591 996 habitantes. De acuerdo a la distribución territorial del Ecuador, la ciudad de Cuenca es la cabecera cantonal, siendo el lugar con más del 80% de la población total del cantón (56).

3.2. Tipo y diseño de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una sola cohorte, con enfoque metodológico cuantitativo, basado en las encuestas obtenidas en los lugares de intervención del Proyecto CERCA

3.3. Población - Muestreo - Muestra

3.3.1 Población.- El universo estuvo constituido por las encuestas del proyecto CERCA en un total de 3303, de las cuales 504 correspondieron a adolescentes que reportaron haber tenido relaciones coitales.

3.3.2 Muestreo.- Se realizó muestreo de tipo no probabilístico intencional con las encuestas de adolescentes mujeres con antecedente de embarazo y de adolescentes hombres que habían embarazado.

3.3.3. MUESTRA.- La muestra estuvo conformada por 49 encuestas, de 27 adolescentes mujeres con antecedente de embarazo adolescente y de 22 adolescentes hombres que habían embarazado.

3.3.4 unidad de análisis.- Encuestas del acervo documentario del Proyecto CERCA realizado del año 2010 al año 2014.

3.3.5 Criterios de inclusión.- Se incluyeron las encuestas que contaron con el consentimiento y asentimiento informado respectivo, completas y cuyos datos registrados fueron completos, legibles y sin enmendaduras.

3.3.6 PRINCIPIOS ÉTICOS.- Para el desarrollo de investigación se aplicaron los siguientes principios:

Principio de Beneficencia.- Expresado en la utilidad y beneficios que aportaron los resultados del estudio para determinar: Características del embarazo adolescente y funcionalidad familiar en las áreas de intervención del proyecto “CERCA”, en el Cantón Cuenca – Ecuador año 2014.

Principio de respeto a la dignidad humana.- Expresado en el respeto a la autonomía y autodeterminación que tuvieron los adolescentes para llenar las encuestas, así como en el respeto a la confidencialidad.

3.4. Material y métodos

Se realizó el análisis de las encuestas del acervo del Proyecto CERCA. Para la recolección de datos, se utilizó una ficha de recolección de datos, diseñado por la autora en función de los objetivos de la investigación y a partir de los datos consignados en la encuesta diseñada y validada por el Proyecto CERCA (Anexo 1). Para valorar la funcionalidad familiar se utilizó la escala de la investigación: Construcción de una escala de funcionamiento familiar de Mirna García-Méndez, et al. (75)(Anexo 2). La ficha se estructuró en dos apartados, el primero, relacionado a registrar la información general y el segundo los datos inherentes a la investigación: variables biológicas, psico – sociales y funcionamiento familiar (Anexo 3).

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación y contando con la Resolución respectiva, se procedió a solicitar la autorización para la recolección de datos al Director del proyecto Dr. Bernardo Vega. Obtenida la autorización se realizó la revisión de las encuestas del acervo del proyecto CERCA, se seleccionaron aquellas encuestas que cumplieran, los criterios de inclusión.

Los datos recolectados fueron analizados y codificación, posteriormente ingresados a la base de datos diseñada en el sistema informático SPSS versión 21 en español para Windows. El análisis de la información fue realizado bajo el enfoque cuantitativo. La entrada cuantitativa se apoyó en la estadística descriptiva e inferencial. Al tratarse de variables cuantitativas discretas se manejaron en número de casos (n) con sus respectivos porcentajes (%).

Para la estimación de asociación se usó el cálculo del OR con su correspondiente intervalo de confianza [OR (IC95%)]. Se consideraron asociaciones positivas los valores de OR mayores a la unidad y significativas las que tuvieron valores de $P < 0.05$ corroborado por el cálculo de χ^2 de Pearson.

Los resultados se muestran en siete tablas correspondientes a las características generales de la muestra de estudio, características de la dimensión biológica, características de las dimensiones psicosociales, características de la funcionalidad familiar y la relación de variables entre funcionalidad familiar y embarazo adolescente.

CAPÍTULO IV:

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.

4.1.1. Características generales de la muestra de estudio

El Proyecto CERCA, aplicó un total de 3303 encuestas válidas en los colegios muestreados en el cantón Cuenca, participantes del proyecto.

Del total de adolescentes encuestados, se presentó embarazo adolescente en 49 casos que representó el 9.8% del universo.

Cuadro 1: Embarazo en adolescentes según número y porcentaje.

Embarazo adolescente	Número N	Porcentaje %
Si	49	9.8
No	3254	90.2
Total	3303	100

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA).

El mayor porcentaje de embarazo adolescente correspondió a los colegios Guillermo Mensi y Miguel Mechan, pertenecientes al área urbano rural y urbana respectivamente (24.5%). La diferencia en la distribución según tipo de plantel no fue significativa ($P = 0.063$).

Cuadro 2: Frecuencia de adolescentes según institución educativa. Cuenca-Ecuador. 2014.

<i>Institución Educativa</i>	Número	Porcentaje
Guillermo Mensi	12	24.5
Miguel Merchán	12	24.5
Técnico Chiquintad	9	18.4
Cesar Dávila Andrade	6	12.2
Técnico Ricaurte	6	12.2
Agropecuario Javeriano	4	8.2
Total	49	100.0

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA).

4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA

Al comparar los grupos según sexo, mujeres y hombres presentaron distribución similar en la edad de 14 a 15 años, en general no existió diferencia significativa.

Según la edad de la primera relación sexual coital, el 40% de hombres y 18% de mujeres, la había tenido antes de los 12 años. El 81% de mujeres y el 60% de hombres, reportó que su primera relación sexual coital fue entre los 12 a 18 años. Las diferencias estadísticas fueron significativas en ambos grupos de edad ($P=0.001$).

De acuerdo a la edad del primer embarazo, el 22.7 % de los hombres ya tenía una experiencia de haber embarazado antes de los 15 años, en tanto que el 14.8% de mujeres reportó embarazo a esta edad.

En el rango de 15 a 18 años, el 81% de mujeres y 59% de hombres, reportó embarazo.

El haber producido un embarazo a edad temprana fue estadísticamente significativa en los varones ($P = 0.043$).

Cuadro 3: Características biológicas de los adolescentes.

El 40%	Hombres %	Mujeres %	Valor P
Grupo etario			
14 - 15 años	18.2	18.5	
16 - 17 años	49.9	59.2	
18 años	31.8	22.2	
Edad de la primera relación			
Menos de 12 años	40.0	18.5	0.001
De 12 a 18 años	60.0	81.5	0.001
Edad de embarazo			
Menos de 15 años	22.7	14.8	0.043
15 a 18 años	59.1	81.5	

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA)

4.3 Características de la dimensión psicosocial

Al analizar la autoestima dentro de la dimensión psicosocial, los ítems considerados mostraron diferencias porcentuales entre hombres y mujeres. Para los hombres considerarse una buena persona (59,1%), tener cualidades (50%), estar orgulloso de si y no ser un apersona fracasada (45.5 %) fueron las de mayor porcentaje, siendo estadísticamente significativo el criterio de ser una buena persona ($P = 0.010$).

Mientras tanto para las mujeres los ítems, no ser una persona fracasada (63%), estar orgullosa de si (53.8 %) y tener algunas cualidades (44.4 %) fueron los de mayor porcentaje, siendo estadísticamente significativo el criterio de no ser una persona fracasada ($P = 0.015$).

Cuadro 4: Características de la autoestima.

Autoestima	Hombres %	Mujeres %	Valor P
Tienes una vida feliz	31.8	37.0	0.370
Estas orgulloso de ti	45.5	53.8	0.258
Eres una buena persona	59.1	40.7	0.010
Tienes algunas cualidades	50.0	44.4	0.395
No soy una persona fracasada	45.5	63.0	0.015

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA)

En relación a las características sociales, se evidenció asociación estadísticamente significativa para las mujeres en el hecho de haber tomado ambos miembros de la pareja la iniciativa para mantener relaciones coitales ($P = 0.010$) En cambio que para los hombres el hecho de que la relación sexual ocurrió en determinado momento, fue estadísticamente significativo ($P = 0.101$).

Para los dos grupos, existió diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.001$), en el hecho de no sentir presión para tener relaciones coitales. Con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos, ambos grupos utilizaron en mayor porcentaje el preservativo, sin embargo no existió asociación estadísticamente significativa. Los varones indicaron el uso de la píldora de emergencia en su pareja, mientras que las mujeres indicaron como siguientes alternativas a la píldora y anticonceptivos de depósito.

Tener un compañero sexual fue reportado por el 85,2% de las mujeres, resultando estadísticamente significativo ($P=0.001$). El 14% de mujeres refirió tener de 2 a 3 parejas. Para los hombres, por su parte, el mayor porcentaje respondió tener más de cinco compañeras sexuales (31.8%), En relación al número de parejas sexuales, existió asociación estadística para los varones ($P = 0.034$) en el número de 2 a 3 compañeras sexuales.

Tomando como factor de riesgo, el antecedente de embarazo adolescente en la madre o hermanos, los varones lo reportaron en el 33.3% en hermanos y 45.5% en la madre. En relación a las mujeres, el 37% indico tener madre con antecedente de embarazo adolescente y el 24% refirió este antecedente en los hermanos.

La edad de la madre de haberse embarazado luego de los 18 años, fue estadísticamente significativa para las mujeres. ($P < 0.001$).

Cuadro 5: Características sociales.

Razón de las relaciones	Hombres %	Mujeres %	Valor P
Tomé la iniciativa	9.1	-	NP
Mi pareja tomó la iniciativa	4.5	3.7	NP
Ambos tomamos la iniciativa	45.5	63.0	0.010
Sucedió en ese momento	40.9	29.6	0.101
Tuve ganas	4.5	-	NP
Mantenía unión libre	-	3.7	NP
Presión para tener relaciones			
No sentí presión para la relación	71.4	92.7	< 0.001
Uso de anticonceptivos	72.7	66.7	0.359
Tipo de anticonceptivo utilizado			
Condón	62.5	66.7	0.555
Píldora	18.8	27.8	0.132
Píldora Anticonceptiva de Emergencia	31.3	-	NP
Anticonceptivos de depósito	-	22.2	NP
T de Cobre	12.5	-	NP

Razón de las relaciones	Hombres %	Mujeres %	Valor P
Implante	-	5.6	NP
No utilizó	6.3	5.6	NP
Numero de compañeros sexuales			
1	27.3	85.2	< 0.001
2 a 3	27.3	14.2	0.034
3 a 5	13.6	-	NP
Más de 5	31.8	-	NP
Antecedente de embarazo adolescente en hermana o hermano (antes de los 18 años).	33.3	24.0	0.158
Edad de la madre en el primer embarazo			
Menos de 18 años	45.5	37.0	0.377
Más de 18 años	13.6	51.9	< 0.001

1. NP: cálculo no procedente por el tamaño de la muestra

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA).

4.4 Características de la funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar evaluada en sus diferentes dimensiones, permitió determinar predominio significativo en las mujeres respecto a los criterios de no ser una persona fracasada, nunca haber consumido licor, igualdad en tener libertad al igual que el hombre, necesidad de poseer información sobre sexualidad, igualdad de talento entre hombres y mujeres, comunicación con la madre y familiares sobre sexualidad.

En los hombres predominaron significativamente los criterios de: considerarse una buena persona, tener relaciones íntimas sin estar enamorado, que el hombre asuma los gastos económicos en una cita, no hay inconveniente que una adolescente invite a salir a un chico, que los hombres son mejores líderes, mantener buena comunicación sobre sexualidad con la pareja, los amigos y el padre, que el padre debe tener más autoridad y que los hombres deben conseguir mejores resultados en la escuela.

Cuadro 6: Características de la funcionalidad familiar.

Escala de funcionalidad familiar	Hombre %	Mujer %	Valor P
Afecto			
Tengo una vida feliz	31.8	37.0	0.846
Estoy orgulloso de mi	45.5	53.8	0.635
Soy una buena persona	59.1	40.7	0.010
Tengo algunas cualidades	50.0	44.4	0.564
Si tendría relaciones sin estar enamorado	72.7	3.8	< 0.001
No soy una persona fracasada	45.5	63.0	0.015
Instrumental			
Actualmente trabajo	31.8	11.1	0.074
Nunca he consumido licor	18.2	51.9	0.008
Hombres y mujeres deben tener igual libertad	63.6	77.8	0.044
Manejo información suficiente sobre sexualidad	63.6	55.6	0.834
En el último año he pedido información sobre sexualidad	31.8	59.3	< 0.001
Normas y valores			
La religión es importante en mi vida	50.0	51.9	0.9
Las mujeres no deben decir groserías	77.3	77.8	0.966
El hombre debe correr con los gastos en una cita	71.4	51.9	0.005
Las mujeres son tan inteligentes como los hombres	61.9	76.9	0.032
Está bien que la mujer invite a salir al hombre	72.7	48.1	< 0.001
Los hombres son mejores líderes que las mujeres	81.8	3.7	< 0.001
Comunicación sobre sexualidad			
Hablo con tus padres	45.5	33.3	0.463
Hablo con mi pareja	86.4	51.9	< 0.001
Hablo con amigos	77.3	37.0	< 0.001
He hablado con mi padre	40.9	11.1	< 0.001
He hablado con mi hermano	31.8	25.9	0.650
He hablado con otro familiar	31.8	51.9	0.004
He hablado con mi madre	36.4	55.6	0.010
Estructural			
Vivo con mi madre más de 3 años	83.3	76.9	0.142
Vivo con mi padre más de 3 años	57.9	48.0	0.275
El padre debe tener más autoridad	54.5	18.5	< 0.001
Los hombres deben tener mejor resultado escolar	76.2	33.3	< 0.001
El padre debe compartir el trabajo en el hogar	85.7	92.6	0.439
Los hombres deben ser más motivados para estudiar	52.4	44.4	0.585

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA).

Relación de variables: funcionalidad familiar y embarazo adolescente

El mayor porcentaje de hombres responsables de haber embarazado (59.1%) perteneció a hogares disfuncionales, sin existir diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.394$).

Existió menor porcentaje de mujeres con familias disfuncionales (40.9%) ($P = 0.083$). Globalmente, no existió asociación entre disfuncionalidad familiar y embarazo adolescente ($P = 0.071$).

Cuadro 7: Funcionalidad familiar y embarazo adolescente.

<i>Funcional familiar</i>	<i>Disfuncional</i>		<i>Funcional</i>		<i>Total</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Hombres	13	59.1	9	33.3	22	44.8
Mujeres	9	40.9	18	66.6	27	55.2
Total	22	100	27	100	49	100

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA).

4.2. DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2014, reportó que a nivel mundial existían alrededor de 16 millones de adolescentes en el rango de 15 a 19 años y que cada año aproximadamente 1 millón de menores de 15 años se convertía en madre. El 11% de los nacimientos en el mundo se presentaron en ese rango de edad, el 95% de los cuales ocurría en países de medianos y bajos ingresos. La segunda causa de muerte para este grupo, se debía a complicaciones del embarazo y parto. Ser hijo de madre adolescente, es un factor de riesgo para morir, en comparación con hijos de madres de 20 a 24 años (1).

El embarazo en la adolescencia es una de las principales causas de mortalidad materno – infantil y del círculo pobreza – enfermedad (20).

En el caso particular de la presente investigación se identificaron 49 casos de embarazo adolescente, que representaron el 9.8 %, de una población total de 3303 adolescentes de las áreas de intervención del Proyecto CERCA; 27 casos correspondieron a mujeres adolescentes y 22 casos a varones que habían embarazado. Como se puede apreciar se trata de una población bastante representativa si se tiene en cuenta su condición de adolescentes. Un aspecto así mismo importante radica en la proporción casi equitativa de las adolescentes embarazadas como aquellos que embarazaron los mismos que no necesariamente eran pareja.

Lo anterior cobra aun mayor interés si se tiene en cuenta que pese a que en el momento de la intervención, los adolescentes se encontraban estudiando, el riesgo de deserción escolar está presente, tal como lo reportan diferentes investigaciones como por ejemplo la realizada en Méjico - 2009, en la cual las tasas más altas de fecundidad correspondieron a adolescentes sin escolaridad (180 nacimientos x 1000 mujeres), versus adolescentes con escolaridad secundaria (60 nacimientos x 1000 mujeres) (19). Los datos proporcionados por la Encuesta Demográfica Reproductiva, indican así mismo, que el 95% de madres adolescentes en condición de pobreza, dejó de estudiar un año previo al embarazo; comparando los datos con las madres de un mayor nivel socioeconómico, esta situación se reportó en el 77% (18).

A lo puntualizado anteriormente, se suma el hecho de que frente a un embarazo adolescente, se abandone o posponga el estudio, por la imposibilidad de asumirlos simultáneamente (19).

Sobre el mismo particular, en México en el año 2011, el 11% de madres adolescentes con primer hijo pertenecientes a estrato social medio y alto

continuó sus estudios, mientras que en estratos de menores recursos apenas el 1% los continuó (19).

Respecto al inicio de relaciones coitales, en la presente investigación, se encontraron diferencias porcentuales respecto a la edad de la primera relación, el 40% de hombres había mantenido su primera relación sexual antes de los 12 años, en cambio en las mujeres fue el 18.5%. La diferencia estadística fue significativa para los hombres con valor de $P = 0.001$.

Así mismo, antes de los 15 años el 22.7 % de varones ya tenía una experiencia de haber embarazado, en tanto que el 14.8 % de mujeres se había embarazado antes de esa edad. Haber producido un embarazo a edad temprana fue estadísticamente significativa en los hombres ($P = 0.043$).

Los resultados muestran lo serio de la situación, toda vez que la iniciación de la actividad coital se produjo a edades tempranas (menos de 12 años) en un porcentaje importante en los dos grupos. Resulta de interés citar que en diversas investigaciones como la realizada en Santa Martha Colombia, el 22.5% de estudiantes secundarios había tenido una relación sexual. Este hecho se asoció con: ser hombre, mayor edad, mayor escolaridad, estudiante de colegio privado, consumir alcohol, cigarrillos y marihuana (11). En Santa Martha y Bucaramanga uno de cada cuatro estudiantes había tenido relaciones coitales. (12)

En los Estados Unidos por otra parte, estudios realizados evidencian que los adolescentes en los últimos 30 años, presentaron una tendencia al alza en la actividad sexual (7). En Chile de acuerdo a la Cuarta Encuesta Nacional de la

Juventud del año 2003, el 84,5 % de jóvenes hasta los 24 años y el 35,2% de adolescentes eran sexualmente activos. Estimándose como promedio de edad

los 17 años para el inicio de las relaciones coitales (13). En otras investigaciones se reportó mayor precocidad (20) (21).

Fernández I, en la investigación realizada en el año 2000 en Temuco (Chile), reportó que los hombres iniciaban actividad sexual a los 12 años y las mujeres a los 12.8 años (9). Mientras que Gonzales, indicó como edad promedio a los 15.6 años, en el año 2005 (14).

Respecto a la edad del embarazo en la presente investigación, se encontró que antes de los 15 años el 22% de varones ya tenía una experiencia de haber embarazado en tanto que el 14% de mujeres se había embarazado. El haber producido un embarazo a edad temprana fue significativamente mayor en los varones ($P = 0.043$).

Los resultados dan cuenta de embarazos a muy temprana edad, hecho que podría determinar un sinnúmero de consecuencias bio - psico - sociales. Sobre el particular, en Chile se observan diferencias en los servicios de atención, así en el año 2000 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador se determinó a los 18,6 años como edad promedio de embarazo adolescente (10). En el año 2001, en el Hospital San Borja Arriarán fue a los 14,5 años y en Burgos (Octava región) a los 16 años (10).

Al parecer las influencias socio culturales sumadas a las condiciones de cuidado y atención, son de mayor riesgo para el embarazo adolescente que las condiciones fisiológicas (15).

Respecto a la variable funcionalidad familiar, en el presente estudio el considerarse una buena persona fue un criterio significativamente mayor en los varones ($P = 0.010$) en tanto que en las mujeres lo fue la convicción de no ser una persona fracasada ($P = 0.015$). Un porcentaje significativamente mayor de

mujeres asegura que fue iniciativa de ambos el llevar a cabo la relación ($P = 0.010$) y que no hubo presión para realizarla.

Los resultados de la investigación, determinaron que tener dos o más compañeras sexuales, hasta más de 5, fue atributo de los varones aunque el 14% de mujeres refirió tener de 2 a 3 parejas pero este porcentaje en los varones fue significativamente mayor ($P = 0.034$).

Cabe mencionar que en la investigación desarrollada en Tuluá - Colombia, respecto a los factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes, demostró que el 45,8% de quienes habían iniciado la actividad sexual tenía compañera o compañero sexual, el 23,8% indicó tener más de un compañero sexual al año. Los hombres indicaron una mediana de 3 parejas (máximo 10), de 15 años como promedio (mínimo 10 - máximo 28 años), siendo su primera experiencia con la novia (46,4%) o amiga (42,2). Por su parte las mujeres reportaron una mediana de 2 compañeros sexuales (máximo 5) con edad promedio de 18 años (mínimo 12 - máximo 32 años), el 84% había tenido su primera relación con el novio (21).

De acuerdo a los datos de la investigación desarrollada, el 45.5 % de los hombres refirió antecedente de embarazo adolescente de la madre y el 33.2% hermanos (antes de los 18 años). En relación a las mujeres el 37% indicó ser hija de madre con embarazo adolescente y el 24 % refirió este antecedente en hermanos. La edad de la madre de haberse embarazado luego de los 18 años, fue estadísticamente significativa ($P < 0.001$).

La maternidad a edades tempranas tiene más efectos económicos que sociales, en especial en los pobres. Determina familias más numerosas, con menos familias nucleares, las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes (70) (71) (72).

En la investigación desarrollada, ambos grupos utilizaron en mayor porcentaje el preservativo, sin existir asociación estadísticamente significativa. Los varones indicaron el uso de la píldora de emergencia en su pareja, mientras que las mujeres indicaron como siguientes alternativas a la píldora y anticonceptivos de depósito, el implante les correspondió por exclusividad.

En la investigación realizada en Cuenca, predominaron significativamente en las mujeres los criterios de no ser una persona fracasada, nunca haber consumido licor, la igualdad en tener libertad al igual que el varón, la necesidad de poseer información sobre sexualidad, la igualdad de talento entre varones y mujeres, la comunicación con la madre y familiares sobre sexualidad. Hechos relacionados con el autoestima.

En cambio, en los varones predominaron significativamente los criterios de: considerarse una buena persona, tener relaciones íntimas sin estar enamorado, que el varón asuma los gastos económicos en una cita, que está bien que una muchacha invite a salir a un muchacho, que los varones son mejores líderes, mantener buena comunicación sobre sexualidad con la pareja, los amigos y el padre, que el padre debe tener más autoridad y que los varones deben conseguir mejores resultados en la escuela.

En relación al embarazo adolescente de las áreas de intervención del Proyecto CERCA, los varones el 59 % de los casos pertenecían a hogares disfuncionales. Las mujeres sin embargo en el 66% provenían de hogares funcionales. (No obstante, las diferencias no fueron significativas ($P = 0.394$). José Luis Rengel, reafirma a la disfunción familiar como factor de riesgo en la adolescencia, que se agrava con la edad, escolaridad, ocupación y estado civil (27).

CAPÍTULO VI:

5. CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación han permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1.- De un universo de 3303 encuestas aplicadas a adolescentes en los lugares de intervención del Proyecto CERCA, 49 correspondieron a embarazo adolescente (27 mujeres y 22 varones) representando el 9.8%.

2.- La mayor proporción de embarazos adolescentes correspondió a los colegios del área urbano rural y urbana respectivamente (24.5%) La diferencia en la distribución según tipo de plantel no fue significativa ($P = 0.063$).

3.- En relación a la dimensión biológica, los subgrupos etarios de mujeres y varones tuvieron una distribución similar. Existió diferencia significativa con respecto de la edad de la primera relación coital antes de los 12 años para los varones y luego de los 12 años para las mujeres.

4.- El embarazo a edad temprana fue estadísticamente significativo en los varones ($P = 0.043$), el 22% embarazó antes de los 15 años a diferencia del 14% de mujeres que se embarazó en este mismo rango de edad. En el rango de 15 a 18 años, el 81% de mujeres registró embarazo y el 59% de hombres embarazó a esta edad.

5.- Respecto a la dimensión psicosocial el autoestima y considerarse una buena persona fue un criterio significativamente mayor en los varones ($P = 0.010$) en tanto que en las mujeres lo fue la convicción de no ser una persona fracasada ($P = 0.015$).

6.- Dentro de las características sociales, un porcentaje significativamente mayor de mujeres aseguro que fue iniciativa de ambos el llevar a cabo la relación coital ($P = 0.010$) sin existir presión.

7.- Respecto a la utilización de métodos anticonceptivos, ambos grupos utilizaron en mayor porcentaje el preservativo, sin existir asociación estadísticamente significativa. Los varones refirieron el uso de la píldora de emergencia en su pareja, las mujeres indicaron como siguientes alternativas la píldora y anticonceptivos de depósito.

8.- En las mujeres el 85% reportó tener un solo compañero sexual, siendo estadísticamente significativo ($P=0.001$). Tener dos o más compañeras sexuales, hasta más de 5, fue atributo de los varones. En relación al número de parejas sexuales, existió asociación estadística para los varones ($P = 0.034$) respecto a tener de 2 a 3 compañeras sexuales.

9.- El antecedente de embarazo adolescente en madre y hermanos, es considerado como factor de riesgo para el embarazo adolescente en la familia. En los varones el 45.5 % refirió antecedente de embarazo adolescente materno y 33% en hermanos. En las mujeres, el 37% indicó que era hija de madre adolescente y el 24 % refirieron antecedente de embarazo adolescente en hermano. El antecedente de embarazo adolescente de la madre antes de los 18 años no tuvo influencia sobre el embarazo de los adolescentes ($P 0.377$).

10.- En las dimensiones de la funcionalidad familiar las mujeres presentaron diferencias significativas en los ítems: no ser una persona fracasada, no haber consumido licor, tener igual talento y libertad que el varón, necesidad de información sobre sexualidad, comunicación con la madre sobre sexualidad.

11.- En los varones predominaron significativamente los criterios de: considerarse una buena persona, tener relaciones íntimas sin estar enamorado, que el varón asuma los gastos económicos en una cita, que está bien que una muchacha tome la iniciativa de invitar a salir a un muchacho, que los varones son mejores líderes, mantener buena comunicación sobre sexualidad con la pareja, los amigos y el padre, que el padre debe tener más autoridad y que los varones deben conseguir mejores resultados en la escuela.

12.- El mayor porcentaje de varones responsables de haber embarazado (59.1%) perteneció a hogares disfuncionales, sin existir diferencia estadísticamente significativa ($P = 0.394$). Existió menor porcentaje de mujeres con familias disfuncionales (40.9%) ($P = 0.083$).

13.- Globalmente, no existió asociación estadística entre disfuncionalidad familiar y embarazo adolescente ($P = 0.071$).

CAPÍTULO VII:

6. RECOMENDACIONES

Analizados los resultados de la presente investigación, se formulan las siguientes recomendaciones:

1.- Se recomienda abordar los temas de salud sexual y reproductiva desde edades tempranas, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente con enfoque de género en particular a los varones pues ellos inician relaciones coitales a edades tempranas (antes de los 12 años), y reportaron un mayor número de compañeras sexuales, sin desmerecer el hecho de las mujeres que de igual manera han adelantado el inicio de relaciones coitales aunque en su mayoría reportaron tener un solo compañero sexual.

2.- Es necesario la participación activa de los adolescentes, en los diferentes aspectos de su bienestar y en particular en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, buscando diseñar y aplicar estrategias de promoción e intervención a partir de sus necesidades y vivencias, para la prevención del embarazo adolescente, el mismo que se presenta a edades cada vez más tempranas, siendo considerado un problema de Salud Pública,

3.- Reforzar la autoestima como factor protector, es un aspecto importante durante la adolescencia para prevenir conductas de riesgo.

4.- La anticoncepción durante la adolescencia es un aspecto importante a considerar para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, recalcando que el preservativo es el único que cumple con esta doble función.

5.- Que los resultados de la investigación desarrollada, sean valorados por las instancias relacionadas con la promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes , tomados como referente para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud, considerando la investigación científica como herramienta generadora de conocimientos para direccionar las intervenciones partiendo de datos objetivos.

6.- A los investigadores interesados en el tema de la adolescencia se sugiere, que las investigaciones sean multi e interdisciplinarias para lograr un abordaje integral y con amplia visión.

7.- Que la atención al tema de la salud sexual y reproductiva de adolescentes sea abordada de forma intersectorial e interinstitucional, con un rol activo del estado y sociedad civil, con una agenda común para fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes para el afrontamiento de esta etapa marcada por cambios a nivel bio-psico-social.

8.- Promover la atención diferenciada en las instituciones educativas, sanitarias y en el ámbito familiar, fortaleciendo los procesos de información y comunicación.

9.- Brindar a las familias elementos para el desarrollo de una comunicación asertiva, con la participación de sus miembros, procurando la igualdad en los derechos y en particular en los derechos sexuales y reproductivos, en énfasis, en la prevención del embarazo adolescente.

10.- Desarrollar campañas de sensibilización en temas de género, pues producto de la investigación se relaciona el hecho de embarazo adolescente al ser varón, a la construcción machista social y a los atributos propios de la etapa de adolescencia.

CAPÍTULO VII

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who.int [Internet] OMS. Organización Mundial de la Salud; 2016 [Citado 2018 02 23]. Disponible http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.
2. Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrinology. Rev.* 2003; 24:668-93.
3. Shutt-Aine J, Maddaleno M. UNICEF. Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad [citado:2018, abril 10]. Disponible: http://www.unicef.org/argentina/spanish/resources_10846.htm.
4. Manual de Normas de Atención al Adolescente Ecuatoriano Quito. MSP 2009.
5. UNPFA. Fondo de Población de Naciones Unidas, Buenas prácticas en promoción de salud sexual y reproductiva. 2006 [citado 2018 abril 15. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/pid/815>.
6. Censo de Población y Vivienda 2010 / Nacimientos 2010/ Egresos Hospitalarios 2010 / Defunciones 2010 Dirección Zonal 5 Litoral - Departamento de Estudios Analíticos Estadísticos.
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescent. Contraception and adolescents. *Pediatrics.* 1999; 104: 1161- 66.
8. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología* 1996; 22:11-5
9. Fernández I., Bustos I., González L. Creencias, actitudes y conocimientos en educación sexual. *Rev. Méd Chile* 2000; 128:574-583.
10. Burgos P., Contreras M., Klassen F., et al. Embarazo en la población adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y

- Hospitales tipo IV de la provincia de Bío-Bío Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil 2002; 30.
11. Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta, transversal Revista: Colombia Médica 2007
 12. Castillo M, Meneses M, Silva JL, Navarrete PA, Campo A. Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. Medunab 2003; 6: 137-14
 13. Cuarta Encuesta Nacional de Juventud. Resultados Generales. Instituto Nacional de la Juventud. 2003
 14. González T., M. Isabel, Aguirre C, et al. Caracterización de asistentes a consejería en sexualidad en un centro de salud integral de adolescentes. Rev. Chilena de Pediatría .2005; 76: 573-579. 7.
 15. Mendoza D, Hernández MF, Valencia JA. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. En: La Situación Demográfica de México 2011. México: Conapo, 2011.
 16. Tapia-García G, Palacios J, Fierro C. ¿La Escuela hace la diferencia? El abandono de la escuela secundaria en Guanajuato, México. RMIE 2010.(44):197-225.
 17. Campero L, Herrera C, Benítez A, Atienzo E, González G, Marín E. Incompatibility between pregnancy and educational projects, from the perspective of socially vulnerable adolescent men and men in Mexico. Gender Educ 2014;26 (2):151-167
 18. Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) México 2011
 19. Páez O. Implicaciones de la fecundidad adolescente para el desarrollo humano: el caso comparado con y sin carencias sociales en la infancia. XI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. Inegi. Sesión: Reproducción y familia de los adolescentes y jóvenes en México; 2012 30-31 mayo; Aguascalientes, Aguascalientes, México.
 20. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva Numero 364 Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> consultada junio 2018
 21. M Yuri Paulin, Mendoza T Luis Alfonso, Esquivel T Claudia Marcela, Sánchez M Ricardo, Daraviña B Andrés Felipe, Acuña P María. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá,

Colombia. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2013 78(3):209-219.[citado.2018.Agosto.13]

Disponible:[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007&lng=es)<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>

22. Minuchin, S. y Fishman, H. Técnicas de terapia familiar (6a. Re impresión). México: Piados. 1991
23. Maddaleno M, Munist M, Serrano C, Silber T, Suárez-Ojeda E, Yunes J. La salud del adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud 1995; Publicación Científica N 552.
24. Gillmore M, Lewis S, Lohr M, Spencer M, White R. Repeat pregnancies among adolescent mothers. J Marriage Family 1997.
25. Papalia D, Wendkos S. Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. 5 ed. México: Editorial McGraw-Hill, 2001: 568-90.
26. Lavín F, Lavín P, Vivanco S. Análisis de las conductas sexuales de las/os adolescentes. Región Metropolitana. Facultad de Medicina Universidad de Chile. En documento de trabajo N 53. Programa de prevención de embarazo adolescente. SERNAM. Santiago, Chile 1997.
27. José Luis Rangel et alt. Artículo original Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada Revista Facultad de Medicina. UNAM Vol.47 No.1 Enero-Febrero, 2004
28. Instituto Ecuatoriano de Censos INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda Quito: INEC; 2010.
29. Encuesta Demografica y de Salud Materna e Infantil Quito: Ministerio de Salud Pública; 2004.ENDEMAIN
30. Proyecto CERCA Informe País. Año 2014
31. Instituto Ecuatoriano de Censos INEC. Anuario Nacimiento y Defunciones 2011
32. Quizhpe A. y colaboradores. Revista Proyecto CERCA. (Citado.10.de.abril.2018.de<http://www.proyectocerca.org/Contenedor/Descargas/Doc/REVISTA%20CERCA.pdf>)
33. Vega, Bernardo y col. Proyecto CERCA. Cuenca 2010-2011. Boletín Informativo N.- 1

34. Arminda Aberastury. M. Knobel. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México, Paidós educador, 2004. pp. 15-28.
35. González Salinas, Carmen Carranza Carnicero, José Antonio. Rev. Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura Madrid. Prentice Hall, c 2000. xviii, 519 p. Edición; 9a. ed.
36. Dulanto E. Crecimiento y desarrollo en la pubertad. El Adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana. 2000.
37. Piaget, J. (1970). La evolución intelectual entre la adolescencia y la edad adulta, en Delval, J. corp. (1978). Lecturas de Psicología del niño. Madrid: Alianza
38. Chitacapa Nivicela y col. Prevalencia de embarazo y factores de riesgo asociados en las adolescentes del Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollague” - Google Search. [Online]; 2014 [cited 2017 12 15. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20268>
39. Maddaleno Matilde, Morello Paola, Infante-Espínola Francisca. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud pública México [revista en la Internet]. [citado 2018 julio 23]; 45(Suppl 1): S132-S139. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700017&lng=es.
40. El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner – Lifeder. (Citado 2018 Abril 15) Disponible en : <https://www.lifeder.com/modelo-ecologico-bronfenbrenner/>
41. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Ginebra: OMS.2005
42. Figueroa, Juan Guillermo, “La soledad en la paternidad”, Fem, publicación feminista mensual. México, Año 25, 2001Número 218, pp. 15-19 y 48.
43. Hardy Ellen, Jiménez Ana Luisa. Masculinidad y Género. Revista Cubana Salud Pública [Internet] [citado 2018 Abr 23]; 27(2): 77-88. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000200001&lng=es.
44. Figueroa Juan Guillermo. Paternidad, mortalidad y salud: ¿es posible combinar estos términos? Estudios sobre Varones y Masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras IV Coloquio

Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades Montevideo, 2011

45. Figueroa, Juan Guillermo y Olga Rojas, "La presencia de los varones dentro de los procesos reproductivos", Políticas públicas, equidad de género y democratización familiar. Instituto Mora, México 2000, pp. 42-56
46. De Keijzer, Benno "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina". La salud como un derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. International Fórum for Social Sciences in Health y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú, 2003 pp. 137-152.
47. Brown, S. L. Family structure and child well-being: The significance of parental cohabitation. *Journal of Marriage and Family*, 2004. 66, 351-368.
48. Fishman, H. Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar (1a. Reimpr.). España: Paidós. 2005
49. Anderson y Sabatelli, Family Interaction: A Multigenerational Developmental Perspective, 5th Edition. The University of Connecticut 2011
50. Mc Goldrick, M. & Carter, B. The family life cycle. In F. Walsh (Ed.). *Normal Family Processes* New York: The Guilford Press.2003 (pp. 375-398).
51. O'Connor Joseph y McDermott Ian. Introducción al. Pensamiento Sistémico. Recursos esenciales para la creatividad y la resolución de problemas. Ediciones. Urano, Barcelona 1998,
52. Simon, J. *The Economic Consequences of Immigration*, Oxford, Blackwell. 1994
53. Watzlawick, Bavelas y Jackson Título original: *Pragmatics of Human Communication* Editorial: Herder Editorial Edición:1 ISBN: 9788425412059 Publicación: 12/2002
54. Uruk, A. C. & Demir, A. The role of peers and families in predicting the loneliness level of adolescents. *Journal of Psychology*, 137, 2003 179-194.
55. Moghadam, V. M. (2004). Patriarchy in transition: Women and the changing family in the Middle East. *Journal of Comparative Family Studies*, 35, 137-163.
56. Díaz-Guerrero, R. *Psicología del mexicano* (6a. reimpresión). México: Editorial Trillas. 2005

57. De Jong Gierveld, J. Remarriage, unmarried cohabitation, living apart together: partner relationships following bereavement or divorce. *Journal of Marriage and Family* 2004.pp. 236-243
58. Martin, D. & Martin, M. Understanding dysfunctional and functional family behaviors for the at-risk adolescent. *Adolescence* 2000.
59. Hoffman, L. *Fundamentos de la terapia familiar (2a. Re impresión.)*. México: Fondo de Cultura Económica.1992
60. Anderson y Sabatelli. *Family Interaction: A Multigenerational Developmental Perspective, 5th Edition* Stephen A. Anderson, The University of Connecticut Ronald M. Sabatelli, The University of Connecticut©2011.
61. Sigafos, A., Reiss, Rich, J. & Douglas, E. Pragmatics in the measurement of family functioning: An interpretive framework for methodology. *Family Process*.1985
62. Sigafos, A., Reiss, D Olson, D. H. Rejoinder: counter perspectives on family measurement: clarifying the pragmatic interpretation of research methods. *Family Process* 2001.
63. Lee, E., Park, Y., Song, M., Lee, I. & Kim, and H. Family functioning in the context of chronic illness in women: A Korean study. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (7), 705-711. 109 RIDEP. Nº 22 Vol. 2. 2006
64. Breunlin, C. *La teoría de la oscilación y el desarrollo familiar. Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida* Buenos Aires 1991 (pp. 199-228).
65. Minuchin, S. *Familias y terapia familiar 5a. ed.*). España: Gedisa. 1995
66. Mirna García et al y col *La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos*. *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 17, núm. 2, 2014. Universidad Católica de Colombia Bogotá, Colombia
67. González E., Molina T., Caba F., et al. Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. *Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil* 2002.
68. Mendoza D, Hernández MF, Valencia JA. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. En: *La Situación Demográfica de México* 2011. México: Conapo, 2011.

69. Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2003.
70. Baeza W, Bernardita, Póo F, Ana María, Vásquez P, Olga, Muñoz N, Sergio, & Vallejos V, Carlos. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2007. Citado 2018 abril 15 Disponible en : <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
71. Godoy. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes: Portales Médicos.(10 de junio de 2010).(Consultada 20 de noviembre de 2013).Disponible:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2259/1/Conocimientos%2C-actitudes-y-practicas-sobre-sexualidad-en-adolescentes>.
72. YouthNet. Lente Joven en Salud Reproductiva y VIH/SIDA. La educación sobre sexualidad y vida familiar contribuye a la preparación de los jóvenes. Octubre de 2002; N°2. (Consultada 18 de noviembre de 2011). Disponible en:<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e5e3hy7lfonemmv3ivpgpzekwmetlet6uwjnmu5sysjoket2lhgrva2ne57azwjwphovbpa4u4njchm/YL2s.pdf>
73. Hernández, N. A. (24 de junio de 2011). La construcción social del género y su relación con la salud. (Consultado 18 de noviembre de 2011). Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_5.htm.
74. Roldán, D. C. (noviembre de 2009). Desarrollo de la Autoestima en Adolescentes. (Consultado 17 de noviembre de 2017). Disponible en: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/EI%20desarrollo%20de%20la%20Autoestima%20en%20adolescentes.pdf>
75. Mirna García-Méndez, Sofía Rivera-Aragón, Isabel Reyes-Lagunés, Rolando Díaz. Construcción de una escala de funcionamiento familiar. Construction of a Family functioning scale UNAM Facultad de Psicología. México 2006. N.- 22 · vol. 2 · 2006

CAPÍTULO VIII

8. ANEXOS

Anexo 1: Encuesta del proyecto de salud sexual y reproductiva enmarcado en la comunidad (CERCA)

Código 2:

.....



ENCUESTA PROYECTO CERCA

Fecha de la entrevista: DD MM YY	Colegio: Curso:
---	--------------------------------------

Tu fecha de nacimiento:	Iniciales de tus nombres y apellidos (por ejemplo: Sofia Maria Valle Vargas: SMVV)
--	--

Has participado en una encuesta del proyecto CERCA hace dos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Introducción y consentimiento informado:

Buenos días (tardes), mi nombre es _____ y trabajo para la **Universidad de Cuenca**. Estamos visitando tu colegio para aplicar una encuesta sobre el estado de salud de los y las adolescentes. Tus respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes en Ecuador. La información que nos proporciones será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines del presente estudio. La encuesta tomará 30 minutos. ¿Te gustaría participar? SI NO

Código 2:

DATOS GENERALES		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 001	¿Cuál es tu sexo?	<input type="checkbox"/> Mujer
P 002	¿En qué año naciste?	
P 003	¿Actualmente trabajas?	<input type="checkbox"/> Sí
P 004	¿Los últimos tres años, cuánto tiempo viviste junto con tu mamá?	<input type="checkbox"/> No viví con mi mamá <input type="checkbox"/> Viví 1 año o menos con mi mamá <input type="checkbox"/> Viví entre 1 y 3 años con mi mamá <input type="checkbox"/> Viví los 3 años con mi mamá
P 005	¿Los últimos tres años, cuánto tiempo viviste junto con tu papá?	<input type="checkbox"/> No viví con mi papá <input type="checkbox"/> Viví 1 año o menos con mi papá <input type="checkbox"/> Viví entre 1 y 3 años con mi papá <input type="checkbox"/> Viví los 3 años con mi papá
P 006	¿De qué material es la mayor parte del piso de tu casa?	<input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento o firme <input type="checkbox"/> Mosaico madera u otros recubrimientos
P 007	¿Cuántos cuartos tiene tu casa (sin contar baños, pasillos y cocina)?	
P 008	¿Tu casa tiene agua potable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

Por favor, marca con una "X" la respuesta que creas conveniente.

P 009	¿Tu casa tiene servicios de alcantarillado (aguas negras)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P 010	¿A qué religión perteneces?	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Otra, indica: <input type="checkbox"/> Ninguna => SALTA A LA PREGUNTA P012
P 011	¿Qué importancia tiene la religión en tu vida?	<input type="checkbox"/> Muy importante <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> No tan importante <input type="checkbox"/> No importante <input type="checkbox"/> Nada importante <input type="checkbox"/> No sé
P 012	¿Cuántos hijos tiene tu mamá? (incluyéndote a ti)	
P 013	¿A qué edad tu mamá tuvo su primer hijo/a?	<input type="checkbox"/> Menos de 15 años <input type="checkbox"/> Entre 15 y 18 años <input type="checkbox"/> Más de 18 años <input type="checkbox"/> No sé
P 014	¿Tienes algún hermano y/o hermana que tuvo un hijo antes de sus 18 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tengo hermanos <input type="checkbox"/> No sé
P 015	¿Tienes una pareja / novio / novia en este momento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Desde hace cuánto? Indica:

AUTOESTIMA		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
	Indica si estás de acuerdo con lo siguiente:	
P 016	En general, ¿piensas que tienes una vida feliz?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 017	¿Piensas que puedes estar orgulloso/a de ti mismo/a?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 018	¿Piensas que eres una buena persona?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 019	¿Piensas que tienes algunas cualidades?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 020	¿En general, sientes que eres una persona fracasada?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

PERCEPCIÓN DE GÉNERO		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
	Indica si estás de acuerdo con lo siguiente:	
P 021	Decir groserías es peor para una muchacha que para un muchacho.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 022	En una cita, el muchacho debe correr con todos los gastos.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 023	Como promedio, las muchachas son tan inteligentes que los muchachos	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

PERCEPCIÓN DE GÉNERO		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 024	En la familia, los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 025	Está bien que una muchacha guste de jugar deportes rudos.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 026	En general, el papá debería tener más autoridad que la mamá en la toma de decisiones familiares.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 027	Está bien que una muchacha invite a un muchacho a salir.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 028	Es más importante para los muchachos que para las muchachas de tener buenos resultados en la escuela.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 029	Si tanto el esposo como la esposa tienen trabajo, el marido debería compartir el trabajo del hogar en actividades como el lavado de platos y de la ropa.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 030	Los muchachos son mejores líderes que las muchachas.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 031	Las muchachas deberían preocuparse más por convertirse en buenas esposas y madres que en desear una carrera profesional o comercial.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 032	Las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

CONOCIMIENTOS Y BUSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 033	¿Consideras que manejas información suficiente en el tema de sexualidad? 'SEXUALIDAD' se refiere por ejemplo a los sentimientos sexuales, deseo, comportamientos, homosexualidad, uso de métodos, enfermedades sexuales, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P 034	Durante el último año, ¿cuántas veces has buscado información sobre el tema de sexualidad en folletos, libros de colegio, diccionarios, enciclopedias, internet y libros?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez => SALTA A LA PREGUNTA P036 <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/> No sé

CONOCIMIENTOS Y BUSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 035	¿Dónde buscas información sobre el tema de sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Folletos <input type="checkbox"/> Libros de colegio <input type="checkbox"/> Diccionario <input type="checkbox"/> Enciclopedia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Libros <input type="checkbox"/> Otro, indica: <input type="checkbox"/> En ninguna parte
P 036	¿Puedes nombrar 3 temas relacionados con tu sexualidad de los cuales te gustaría actualmente recibir más información?

COMUNICACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 037	En general, ¿cómo te sientes cuando se toca el tema de sexualidad?	<input type="checkbox"/> No tengo problemas para hablar sobre sexualidad <input type="checkbox"/> Solamente me gusta hablarlo con algunas personas específicas. <input type="checkbox"/> Prefiero no hablarlo
P 038	Actualmente, ¿sientes que puedes hablar con tus padres sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces
P 039	Actualmente, ¿sientes que puedes hablar con tu pareja/novio/novia sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> No tengo pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces
P 040	Actualmente, ¿sientes que puedes hablar con tus amigos/amigas sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces
P 041	Aparte de tus padres, pareja/novio/novia y amigos ¿has hablado ya con otra persona sobre tu sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, con un hermano/a mayor <input type="checkbox"/> Sí, con otro miembro de mi familia <input type="checkbox"/> Sí, con un líder religioso <input type="checkbox"/> Sí, con un proveedor de salud <input type="checkbox"/> Sí, otro, indica:
P 042	¿Con quién te gustaría comunicarte más sobre tu sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Mi mamá <input type="checkbox"/> Mi papá <input type="checkbox"/> Un/a profesor/a <input type="checkbox"/> Personal de salud <input type="checkbox"/> Mi pareja/novio/novia <input type="checkbox"/> Mi mejor amigo/a <input type="checkbox"/> Amigas/amigos <input type="checkbox"/> Un líder religioso <input type="checkbox"/> Otro, indica: <input type="checkbox"/> Nadie

SERVICIOS DE SALUD		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 043	¿Conoces una clínica o centro de salud donde puedes consultar sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí, indica: <input type="checkbox"/> No => SALTA A LA PREGUNTA P046
P 044	Durante el último año, ¿has visitado alguna clínica o centro de salud para consultar sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí => SALTA A LA PREGUNTA P046 <input type="checkbox"/> No
P 045	Según tu opinión, ¿cuáles son las tres razones por las cuales no visitas un centro de salud?	<input type="checkbox"/> No sé dónde es el centro de salud (medico) <input type="checkbox"/> El centro de salud es lejos <input type="checkbox"/> No tengo dinero para acudir al centro de salud <input type="checkbox"/> El horario de atención no es apropiado <input type="checkbox"/> No me gusta esperar mucho <input type="checkbox"/> El centro de salud no es amigables para los jóvenes <input type="checkbox"/> No tengo confianza en el personal de salud <input type="checkbox"/> En el centro de salud falta privacidad <input type="checkbox"/> No me parece necesario de consultar sobre salud sexual <input type="checkbox"/> Mi familia no me deja consultar en estos centros <input type="checkbox"/> Otro, indica:
P 046	¿Conoces algún proveedor de salud donde puedes pedir información sobre tu sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> No => SALTA A LA PREGUNTA P048 <input type="checkbox"/> Sí, un médico <input type="checkbox"/> Sí, una enfermera <input type="checkbox"/> Sí, un/a farmacéutico/a <input type="checkbox"/> Sí, una partera <input type="checkbox"/> Si, otro, indica:
P 047	Durante el último año ¿has visitado algún proveedor de salud para pedir información sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P 048	¿Ya tuviste relaciones sexuales (penetración)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'SÍ', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE A	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'NO', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE B
P A49	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? (penetración)	
P A50	¿Con cuantas personas diferentes has tenido relaciones sexuales en toda tu vida?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Más de 5
P B49	Según tu opinión, ¿qué lleva a los adolescentes a tener relaciones sexuales? (puedes anotar opción)	<input type="checkbox"/> El chico toma la iniciativa <input type="checkbox"/> La chica toma la iniciativa <input type="checkbox"/> Ambos toman la iniciativa <input type="checkbox"/> Sucede en el momento <input type="checkbox"/> Están curiosa/o (tienen curiosidad) <input type="checkbox"/> Otro, indica:

	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'SÍ', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE A	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'NO', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE B
		<input type="checkbox"/> No sé
P B50	¿Sientes presión para tener relaciones sexuales porque muchas personas de tu edad ya las tienen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P B51	¿Cuál es tu opinión sobre las experiencias sexuales?	<input type="checkbox"/> Es una experiencia agradable <input type="checkbox"/> No es una experiencia especial, neutral <input type="checkbox"/> Es una experiencia mala
P B52	¿Tendrías relaciones sexuales sin estar enamorada/o?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P A51	¿Has tenido relaciones sexuales con una persona sin estar enamorada/o?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P A52	¿Sentiste presión para tener relaciones sexuales porque muchas personas de tu edad ya las tienen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P A53	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca he tomado licor <input type="checkbox"/> Menos que una vez al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada quince días <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Más que tres veces en la semana
P A54	¿Cuándo fue LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Esta semana <input type="checkbox"/> La semana pasada <input type="checkbox"/> Hace dos semanas <input type="checkbox"/> Hace tres semanas <input type="checkbox"/> Hace un mes <input type="checkbox"/> Hace tres meses o mas <input type="checkbox"/> No sé
P A55	¿ LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales, por qué fue? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Yo tomé la iniciativa <input type="checkbox"/> Mi pareja tomó la iniciativa <input type="checkbox"/> Ambos tomamos la iniciativa <input type="checkbox"/> Sucedió en el momento <input type="checkbox"/> Estaba curiosa/o (tenía curiosidad) <input type="checkbox"/> Otro, indica: <input type="checkbox"/> No sé
P A56	¿Cómo te sentiste LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Fue una experiencia especial <input type="checkbox"/> No fue una experiencia especial <input type="checkbox"/> Fue una experiencia mala <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otra, indica:
P A57	¿ ALGUNA VEZ tu (o tu pareja) han usado uno de los siguientes métodos anticonceptivos? (puedes anotar mas de una	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, la píldora <input type="checkbox"/> Sí, condones <input type="checkbox"/> Sí, T de cobre <input type="checkbox"/> Sí, implante <input type="checkbox"/> Sí, inyecciones

	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'SÍ', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE A	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'NO', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE B
P A58	En LAS ÚLTIMAS TRES VECES que tuviste relaciones sexuales ¿cuántas veces tú y tu pareja han usado el condón?	<input type="checkbox"/> Sí, pastillas del día siguiente <input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> No sé
P A59	EN ESTE MOMENTO , ¿traes contigo un preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P A60	ACTUALMENTE , ¿tú o tu pareja están usando uno de los siguientes métodos anticonceptivos? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Sí, la píldora <input type="checkbox"/> Sí, T de cobre <input type="checkbox"/> Sí, implante <input type="checkbox"/> Sí, inyecciones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No tengo pareja en este momento
P A61	PARA CHICAS: ¿Tu estás embarazada ahora o has estado embarazada alguna vez?	<input type="checkbox"/> No => FIN DE LA ENCUESTA! <input type="checkbox"/> Sí, ahora estoy embarazada <input type="checkbox"/> Sí, antes estuve embarazada
	PARA CHICOS: ¿Ya has embarazado a alguien?	<input type="checkbox"/> No => FIN DE LA ENCUESTA! <input type="checkbox"/> No sé => FIN DE LA ENCUESTA! <input type="checkbox"/> Sí, ahora mi pareja está embarazada <input type="checkbox"/> Sí, antes he embarazado a una chica
P A62	¿Cuántos años tenías cuando estabas embarazada o cuando has embarazado a alguien?	<input type="checkbox"/> Menos de 15 años <input type="checkbox"/> Entre 15 y 18 años <input type="checkbox"/> Más de 18 años
P A63	En este caso, ¿tú o tu pareja han practicado algún aborto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P B53	¿Pienzas que las relaciones sexuales son necesarias para mantener la relación entre pareja/novio/novia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P B54	¿Con quién piensas que podrías hablar si tuvieras tu experiencia (puedes anotar opción)	<input type="checkbox"/> Con ninguna persona <input type="checkbox"/> Con mi mamá <input type="checkbox"/> Con mi papá <input type="checkbox"/> Con un/a profesor/a <input type="checkbox"/> Con personal de salud <input type="checkbox"/> Con mi hermana/hermano <input type="checkbox"/> Con mis amigas/amigos <input type="checkbox"/> Con otra persona:..... <input type="checkbox"/> Muy difícil
P B55	¿Qué tan difícil es resistir tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> No difícil, no fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muy fácil
P B57	¿Qué tan difícil es resistirse a tomar drogas?	<input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Difícil

	EN CASO QUE <u>TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'SÍ'</u> , CONTINÚA LLENANDO BLOQUE A	EN CASO QUE <u>TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'NO'</u> , CONTINÚA LLENANDO BLOQUE B
		<input type="checkbox"/> No difícil, no fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muy fácil
P B58	¿Qué tan difícil es resistirse a tomar alcohol?	<input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> No difícil, no fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muy fácil
P B59	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca he tomado licor <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada quince días <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Más de tres veces a la semana

Anexo 2: Escala de funcionalidad familiar.

Dimensiones	Definición	Indicadores positivos	Indicadores negativos
Comunicación	Es el intercambio de información, que permite establecer las pautas de relación en los diferentes niveles del sistema familiar.	Buena comunicación, comunicación abierta, saber escuchar a los demás, platicar lo que sucede a cada integrante de la familia, comunicación pareja.	La no comunicación, la falta de comunicación, la mala comunicación padres-hijos.
Normas y valores	Son los patrones de relación establecidos al interior de la familia, mediados por principios éticos.	Sinceridad, lealtad, solidaridad, honestidad, apoyo moral, igualdad, rectitud, libertad de expresión, equidad.	Falta de integridad, desconfianza, falta de respeto, engaño, mentira, deshonestidad.
Afecto	Es la expresión de sentimientos entre los integrantes de la familia.	Amor, cariño, entrega, comprensión, afecto, unión, compartir, intimidad, interés, cohesión, sobrellevar bien el matrimonio.	Desamor, falta de afecto, de cariño, de interés, no demostrar sentimientos.
Instrumental	Son las acciones realizadas por los miembros de la familia que garantizan los recursos necesarios para su funcionamiento.	Toma de decisiones, solución de problemas, derechos y obligaciones, cuidar la educación de los hijos, llevar buena relación con la pareja.	Indisciplina, malos hábitos, adicciones, relación de pareja monótona, violencia familiar.
Estructura	Son los elementos que le dan sentido de pertenencia e identidad a los integrantes de la familia.	Integración familiar, ambiente cordial, estar bien con la familia, buen trato con hijos, darle lo mejor a la pareja.	Desintegración familiar, mala convivencia entre hermanos, no llevarse bien con los hijos.
Esparcimiento	Son las actividades recreativas que realizan los integrantes de la familia.	Pasear, convivir, diversión, salir juntos, comer juntos.	Desinterés, apatía, Indiferencia.
Organización	Son las pautas de relación acordadas en la familia que permite a sus integrantes conocer los roles que les corresponde.	Límites, reglas, jerarquías, relación padres- hijos.	Límites difusos, rígidos, reglas imprecisas, jerarquías confusas, falta de autoridad o autoridad exagerada.

Anexo 3: Formulario para recolección de datos.

2.- Preguntas del cuestionario del Proyecto CERCA, adaptadas a la escala de funcionalidad familiar

Comunicación	Pregunta	si	no
	actualmente ¿ sientes que puedes hablar con tus padres sobre tu sexualidad		
	Actualmente ¿ sientes que puedes hablar con tu pareja – novio – novia sobre tu sexualidad?		
	Actualmente, sientes que puedes hablar con tus amigos- amigas sobre sexualidad		
	Aparte de tus padres, pareja- novio- novia y amigos ¿has hablado ya con otra persona sobre tu sexualidad?	si señala si con un hermano mayor si con otro miembro de la familia	
	¿Con quién te gustaría comunicarte más sobre tu sexualidad?	si señala mi mama mi papa	
	Actualmente , tu o tu pareja están usando alguno de los siguientes métodos anticonceptivos	si señala por lo menos un metodo	
	¿Con quién piensas que pudieras hablar si tuvieras tu experiencia?	si señala con mi mama con mi papa	
Normas y valores	¿Qué importancia tiene la religión en tu vida?		
	Decir groserías es peor para una muchacha que para un muchacho		
	En una cita, el muchacho debe correr con todos los gastos		
	Como promedio las muchachas son tan inteligentes que los muchachos		
	Está bien que una muchacha guste de jugar deportes rudos		
	Los muchachos son mejores líderes que las muchachas		
	Está bien que una muchacha invite a un muchacho a salir		
Afecto	En general, ¿piensas que tienes una vida feliz?		
	¿Piensas que puedes estar orgulloso – orgullosa de ti misma?		
	¿Piensas que eres una buena persona?		
	¿Piensas que tienes algunas cualidades?		
	¿En general piensas que eres una persona fracasada?		
	¿Tendrías relaciones sexuales sin		

Comunicación	Pregunta	si	no
	estar enamorada o enamorado?		
	¿Has tenido relaciones sexuales con una persona sin estar enamorada		
Instrumental	¿Actualmente trabajas?		
	Las muchachas deberían preocuparse más por convertirse en buenas esposas y madres que en desear una carrera profesional o comercial.		
	Las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos		
	¿Con que frecuencia consumes bebidas alcohólicas?		
	¿Qué tan difícil es resistir a tener relaciones sexuales?		
	¿Qué tan difícil es resistirse a tomar drogas?		
	¿Con que frecuencia consumes bebidas alcohólicas?		
Estructura	¿Los últimos tres años, cuanto tiempo viviste junto con tu mama?		
	¿Los últimos tres años, cuanto tiempo viviste junto con tu papa?		
	En la familia, los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela		
	En general, el papá debería tener más autoridad que la mama en la toma de decisiones familiares		
	Es más importante para los muchachos que para las muchachas de tener buenos resultados en la escuela		
	Si tanto el esposo como la esposa tienen trabajo, el marido debería compartir el trabajo del hogar como el lavado de platos y de la ropa		

LÓGICA ESENCIAL DEL PROGRAMA SOBRE IDENTIDAD DE GÉNERO Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR.

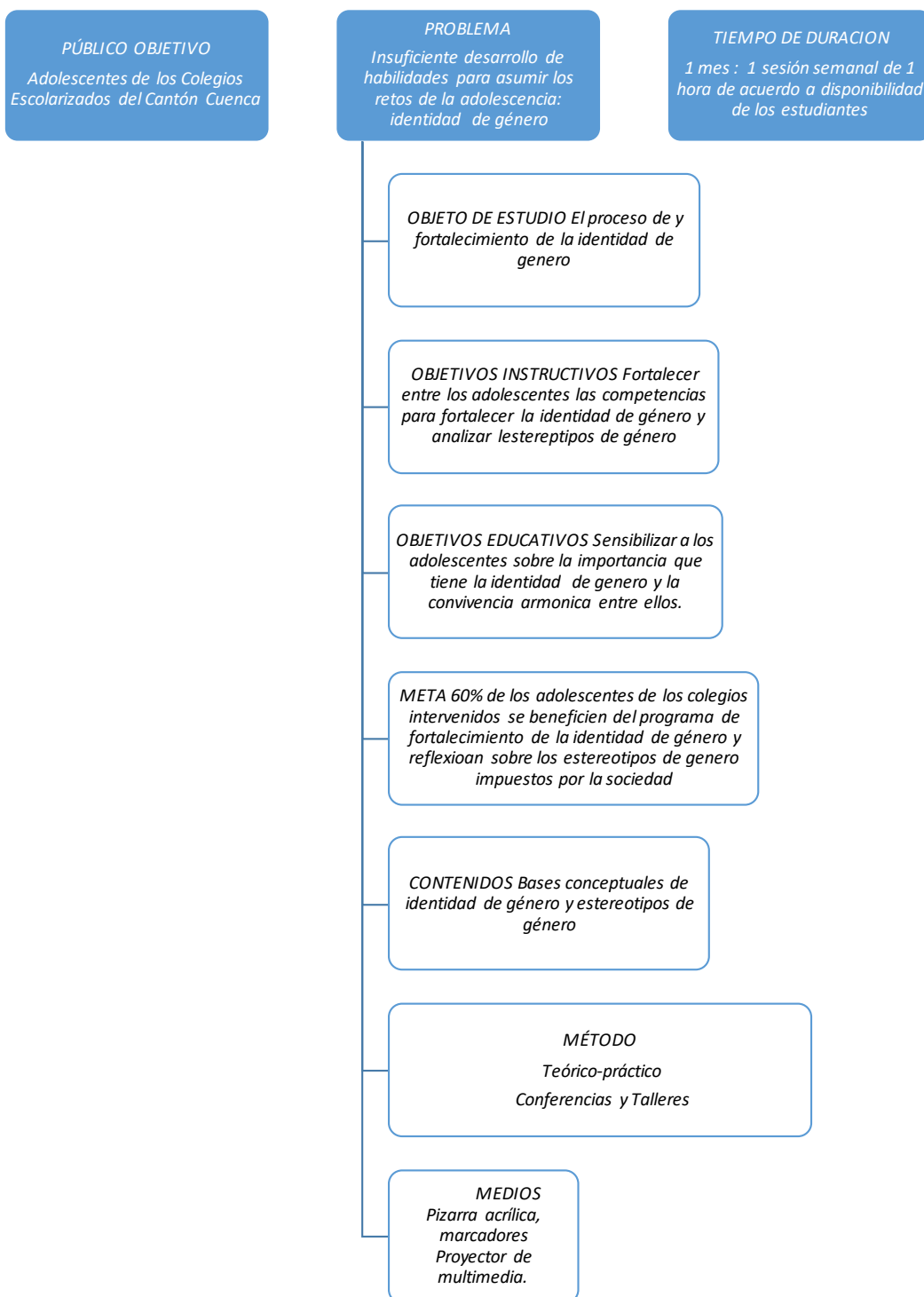
I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano, caracterizada por cambios a nivel biológico, psicológico, social, cultural y espiritual. La influencia de la sociedad a través de los grupos de pares, medios de comunicación, normas y valores culturales transmitidos de generación a generación, conlleva a interiorizar estereotipos de género y luego a configurar su identidad de género en base a ideas de superioridad masculina.

II. JUSTIFICACION

La investigación realizada ha permitido caracterizar la necesidad de mejorar la identidad y percepción de género en adolescentes escolarizados del Cantón Cuenca - Ecuador , pues los resultados evidencian que por el hecho de ser hombres tienen conductas de riesgo como mayor número de compañeras sexuales, inicio más precoz en las relaciones sexuales e ideas de superioridad respecto a las mujeres., y que valoradas se ubican en aun en una condición susceptible de ser modificada a partir del proceso de intervención , es así que como un aporte del proceso de investigación científica se plantea la **LÓGICA ESENCIAL DEL PROGRAMA SOBRE IDENTIDAD DE GÉNERO Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR.**

LÓGICA ESENCIAL DEL PROGRAMA SOBRE IDENTIDAD DE GÉNERO Y ESTEREOTIPOS DE GENERO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR.



PROGRAMA SOBRE IDENTIDAD DE GÉNERO Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR. 2017

IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género es el concepto que se tiene de uno mismo como ser sexual y de los sentimientos que esto conlleva; se relaciona con cómo vivimos y sentimos nuestro cuerpo desde la experiencia personal y cómo lo llevamos al ámbito público, es decir, con el resto de las personas. Se trata de la forma individual e interna de vivir el género, la cual podría o no corresponder con el sexo con el que nacimos. Si bien existe una diversidad de identidades de género, habitualmente se considera un espectro con dos extremos: la identidad atribuida a las mujeres y la relacionada con los hombres. Sin embargo se debe puntualizar que la identidad de género: Es independiente de la orientación sexual e incluye las formas en las que una persona se autodenomina y presenta frente a las demás, además incluye la libertad de modificar la apariencia o la función corporal a través de roles sociales de género, técnicas médicas, quirúrgicas o de otra índole. <https://www.iguales.cl/incidencia-politica/ley-de-identidad-de-genero->

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Los estereotipos de género se refieren a las actitudes, juegos, vestimenta, ocupaciones que una sociedad asume como propias para el hombre y para la mujer, tomando como referencia lo biológico del sexo. A través de los estereotipos, se limita las posibilidades de actuación de las personas, ya que se las ubica en una forma determinada de ver y vivir la realidad, pues están cargados de valoración sobre género, favoreciendo a fomentar la matriz de la dominación masculina. (Crespo, 2014, p.26)

Anexo 4: Informe de originalidad Turnitin

**Características del embarazo y
funcionalidad familiar en las
áreas de intervención del
proyecto “CERCA”, Cuenca año
2014.**

por Nancy Eulalia Auquilla Díaz

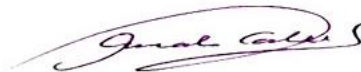
Fecha de entrega: 06-nov-2019 04:39p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1208545192

Nombre del archivo: TESIS_FINAL_DOCTORA_NANCY_AUQUILLA.docx (1.67M)

Total de palabras: 13720

Total de caracteres: 74379



Características del embarazo y funcionalidad familiar en las áreas de intervención del proyecto "CERCA", Cuenca año 2014.

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	9%	1%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.redu.edu.ec Fuente de Internet	1%
2	www.ciqa.mx Fuente de Internet	1%
3	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
4	www.revistapediatria.cl Fuente de Internet	1%
5	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
6	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1%

Juan Carlos S

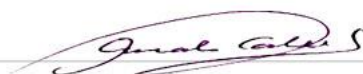
9	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	lildbi.fcm.unc.edu.ar Fuente de Internet	<1%
12	tamarugo.cec.uchile.cl Fuente de Internet	<1%
13	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
14	alternativas.me Fuente de Internet	<1%
15	www.bvs.org.ni Fuente de Internet	<1%
16	www.psiquiatria.fmed.edu.uy Fuente de Internet	<1%
17	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
18	Elva Diaz. "Probabilistic Graphical Markov Model Learning: An Adaptive Strategy", Lecture Notes in Computer Science, 2009 Publicación	<1%
19	icrh.org Fuente de Internet	<1%

José Carlos

20	www.eclac.cl Fuente de Internet	<1%
21	www.nic.ops-oms.org Fuente de Internet	<1%
22	www.archivosdemedicina.com Fuente de Internet	<1%
23	www.revistasochog.cl Fuente de Internet	<1%
24	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1%
25	pe.linkedin.com Fuente de Internet	<1%
26	portalfio.org Fuente de Internet	<1%
27	repository.uniminuto.edu Fuente de Internet	<1%
28	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
29	www.minsal.cl Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Activo



Excluir coincidencias < 15 words