

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **CARMEN DIANA QUISHPE ZAGAL Y ROCIO PIEDAD CASTILLO ALVAREZ** con C.C. 1712750841 y 1103655674 respectivamente, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“AUTOESTIMA Y RELACIÓN DE PODER ASOCIADOS A DEBUT SEXUAL Y EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDÍAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE QUITO PERIODO FEBRERO-JUNIO 2017”**, previa a la obtención del título profesional de **Especialista en Pediatría** en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 29 de agosto de 2017



CARMEN DIANA QUISHPE ZAGAL
C.C. Nro. 1712750841



ROCIO PIEDAD CASTILLO ALVAREZ
C.C. Nro. 1103655674



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE PEDIATRÍA

TEMA: AUTOESTIMA Y RELACIÓN DE PODER ASOCIADOS A DEBUT SEXUAL Y EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDÍAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE QUITO PERÍODO FEBRERO-JUNIO 2017.

PROTOCOLO DE DISERTACIÓN

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AUTORAS:

ROCIO PIEDAD CASTILLO ALVAREZ

CARMEN DIANA QUISHPE ZAGAL

TUTOR METODOLÓGICO

DR. ALBERTO NARVAEZ

TUTOR ACADÉMICO

DRA. MARISOL BAHAMONDE

QUITO, JULIO 2017

DEDICATORIA

Carmen Quishpe

A mi hijo Nicolas Alexander, eres mi orgullo y mi gran motivación, liberas mis pensamientos todas las adversidades que se presentan y me impulsas cada día por superarme en ofrecerte siempre lo mejor. Contigo he logrado desarrollar con éxito mi carrera.

Rocio Castillo

A Dios todopoderoso por haberme dado vida para poder cumplir mis metas.

A mis hijos, Gabriel y Lucciana porque a su corta edad tuvieron que pasar momentos difíciles, y además largas horas y días sin la compañía de su madre, a pesar de ello luego de cada guardia encontramos momentos hermosos para jugar y una sola sonrisa me lleno de ánimos y fuerzas para seguir adelante con el desarrollo de este trabajo. Nunca me cansare de dar gracias a DIOS por tenerlos, son el amor de mi vida.

A mis padres, Livia María y José Víctor por ser ejemplo, simplemente me siento orgullosa de ser su hija, gracias por su compañía apoyo y consejo.

A mis hermanas, Elizabeth, Gracy y Ali por apoyarme siempre

A mi compañera, Carmita por su amistad sincera desde el inicio del posgrado.

AGRADECIMIENTO

Gracias de corazón a nuestros tutores, Doctora Marisol Bahamonde y Doctor Alberto Narváez, por su paciencia, dedicación, motivación criterio y aliento. Han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio contar con su apoyo y ayuda.

Gracias a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por brindarnos la oportunidad de realizar los estudio de especialización.

Gracias a todos los profesionales y trabajadores de PUCE por su atención y amabilidad en todo lo referente a nuestra vida como alumnas del posgrado de pediatría y en especial al Dr. Alfredo Naranjo Coordinador del Posgrado.

Gracias al Doctor Humberto Navas y Dra. Linda Arturo y a todo el magnífico equipo de médicos, enfermeras y trabajadores del departamento de adolescentes del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito por su colaboración.

Gracias y con inmenso amor a nuestros padres por su constante apoyo y consejo en todo momento.

A los amigos y amigas a los que hemos robado horas de compañía, por su presencia en las largas horas de trabajo en la tesis.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

OMS:	Organización mundial de salud
CEPAL:	La Comisión Económica para América Latina y el Caribe
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
INEC:	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
RIQ:	Rango intercuartílico
MEF:	Mujeres en Edad Fértil
ENIPLA:	Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes
HGOIA:	Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE PEDIATRÍA

TÍTULO

Autoestima y relación de poder asociados a debut sexual y embarazo precoz en adolescentes tempranas y tardías de Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora período febrero - junio 2017.

LUGAR

Servicio de Adolescentes de consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” de La Ciudad de Quito

AUTORAS

- Carmen Quishpe Zagal Médica egresada de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Rocío Castillo Alvarez Médica egresada de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Director de Disertación: Dra. Marisol Bahamonde, Adolescentóloga Pediatra tratante del Hospital Docente Los Valles, Profesora de Universidad Católica del Ecuador.
- Asesor metodológico: Dr. Alberto Narváez. MGH. M.D.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE EL PROYECTO

- Autoestima y relación de poder asociados a debut sexual precoz y embarazo
- Reducir el debut sexual precoz y toma de decisión en relación sexual.
- Embarazo en adolescentes

RESUMEN

Problema

En Ecuador, el 8% de mujeres de 15-24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años (Gaviria & Chaskel, 2012). En el HGOIA para el año 2000 las estadísticas reportaron que los embarazos en adolescentes representaban el 24% de los partos en esa casa de salud, en el 2013 incrementó al 36%. El inicio sexual precoz se relacionada probablemente por la presión ejercida del enamorado u otra persona, pares, influencia cultural, niveles de autoestima y escasa asertividad.

Objetivos General.

Estimar la relación entre autoestima y relación de poder con el debut sexual precoz y embarazo de adolescentes tempranas y tardías en la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora durante el periodo febrero a junio 2017.

Metodología

Se realizó un estudio analítico transversal de casos-contróles de base poblacional. El universo y la muestra son las adolescentes embarazadas tempranas y tardías (12-19 años) que acudieron a la consulta externa del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito. Para la evaluación de la autoestima se utilizó la escala de Rosemberg.

El análisis se realizó con el programa EPI-INFO 7.2. En las variables cualitativas se calcularon porcentajes y para cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis bivariado se calculó Razón de Momios (OR) con intervalos de confianza y pruebas de chi cuadrado con pruebas de significación estadística con valores de p menor de 0.05. Se realizó análisis multivariado con regresión logística, modelaje paso a paso, con el programa SPSS.

Resultados

Se estudiaron 145 adolescentes embarazadas, la edad más frecuente fue de 14-16 años (53%). Los factores asociados con debut sexual precoz fueron: a mayor educación de la embarazada, menor riesgo de relaciones tempranas (OR: 0,02, IC 95% 0,019-0,02); la relación familiar mala fue un riesgo alto para debut sexual precoz (OR: 3.5, IC95% 2.9-2.1, p: 0.028); las adolescentes con relaciones sexuales voluntarias, tuvieron menor riesgo de sexo precoz (OR: 0.19 IC95%, 0.22-0.17 p0.08). En el 11% de adolescentes de nuestro trabajo tuvieron su inicio sexual no voluntario.

La evaluación de los factores asociados con autoestima fueron: las adolescentes embarazadas que tuvieron malas relaciones familiares presentaron baja autoestima (OR: 8,58; IC: 7,8-9,3; p: 0.002), al igual que las adolescentes embarazadas que viven con amigos y casa hogar (OR: 4,38; IC: 3,8-4,9; p: 0.009); a menor escolaridad de los padres mayor riesgo autoestima baja (OR: 2,45; IC: 2,08-2,8; p: 0.014); la mayor edad de la pareja se asoció con baja autoestima (OR: 1,23; IC: 1,11-1,28; p: 0.012).

Conclusión

Mantener un trabajo constante en la autoestima de la niñez y adolescencia. Así como incentivar y educar en la asertividad lo cual permitirá empoderar a las mujeres adolescentes.

Palabras clave:

- Autoestima
- Relación de poder.
- Debut sexual.
- Embarazo.
- Adolescente precoz.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	iii
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	iv
RESUMEN	vii
INDICE DE CONTENIDOS	x
1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4. OBJETIVOS	7
4.1. Objetivo General	7
4.2. Objetivos Específicos.....	7
5. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	8
5.1. Ciclo de Vida de la Adolescencia	8
5.1.1. Definición.....	8
5.1.2. Clasificación de la adolescencia (temprana y tardía).....	9
5.1.3. Adolescencia Temprana	10
5.1.4. Adolescencia Tardía.....	11
5.2. Características Físicas y Psicológicas del Adolescente	12
5.2.1. Sexualidad	13
5.2.2. Comportamiento Sexual.....	13
5.2.3. Personalidad	15
5.2.4. Género	15

5.3. Inicio de la Vida Sexual	16
5.3.1. Inicio de vida sexual en la población en general.....	16
5.3.2. Iniciación sexual antes de los 15 años por país.....	18
5.3.3. Educación en Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador.....	19
5.3.4. Edad en la Menarquia en Adolescentes	20
5.3.5. Edad en la Primera Relación Sexual en el Ecuador	21
5.4. Condicionantes que Influyen en el Inicio de la Vida Sexual en Adolescentes	22
5.4.1. Autoestima	22
5.4.2. Escala de Autoestima de Rosemberg	24
5.4.3. Autoestima y vida sexual en adolescentes	26
5.4.4. Debut sexual de varones y mujeres versus autoestima	28
5.4.5. Relación de poder en relaciones de pareja de adultos y adolescentes...	29
5.5. Embarazo en Adolescentes	30
5.5.1. Contexto internacional	30
5.5.2. Estudios latinoamericanos.....	31
5.5.3. Situación en el Ecuador.....	36
5.6. Anticoncepción en Adolescentes	42
6. HIPÓTESIS	46
7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
8. MARCO METODOLÓGICO.....	48
8.1. Diseño de Estudio.....	48
8.2. Lugar de Estudio	48
8.3. Técnicas y Procedimientos.....	49
8.4. Universo y Muestra.....	49

8.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	50
8.6. Análisis de Datos.....	50
9. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	52
9.1. Confidencialidad y Consentimiento	52
9.2. Propósito del Estudio	53
9.3. Procedimiento	53
9.4. Duración.....	54
9.5. Beneficios para los Sujetos Involucrados en el Estudio	54
9.6. Los Riesgos y Posibles Molestias	54
10. RESULTADOS.....	55
10.1. Características Socio Demográficas de las Adolescentes	55
10.2.Características Familiares de las Adolescentes	57
10.3.Actividad Sexual y Salud Sexual y Reproductiva	58
10.4.Embarazo Actual	59
10.5.Autonomía y Autoestima.....	60
10.6.Factores Asociados a Autoestima	62
10.7.Factores Asociados a Debut Sexual Precoz.....	68
11. DISCUSIÓN	76
11.1.Debut Sexual Precoz, Relaciones de Poder y Autoestima.....	76
11.2.Factores Asociados a Debut Sexual Precoz.....	78
11.3.Factores Asociados a Autoestima	80
12. LIMITACIONES	82
13. CONCLUSIONES	83
14. RECOMENDACIONES	84

15.	ANEXOS.....	85
	ANEXO 1.- Aspectos Éticos	85
	Acta de Confidencialidad	85
	Consentimiento de la representante legal de la adolescente.....	86
	Asentimiento.....	90
	ANEXO 2.- Instrumentos	92
	ANEXO 3. Aspectos Administrativos	95
	ANEXO 4. Cronograma	96
16.	BIBLIOGRAFÍA.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cambios ocurridos durante la adolescencia.....	16
Tabla 2. Edad en la menarquia, por edad actual	20
Tabla 3. Escala de Autoestima de Rosemberg.....	26
Tabla 4. Grandes Regiones del Mundo: Tasa de Fecundidad del grupo de 15 a 19 años ...	32
Tabla 5. América Latina: Adolescentes que son madres según grupo de edades.....	33
Tabla 6. América Latina: Adolescentes que son madres según nivel educativo	35
Tabla 7. Mujeres de 15 a 24 años alguna vez embarazadas Ecuador, 2012	38
Tabla 8. Forma en que termino el primer embarazo por nivel de instrucción y edad	41
Tabla 9. Nivel de instrucción en el primer embarazo grupo étnico y quintil económico ...	42
Tabla 10. Operacionalización de Variables	47
Tabla 11. Características Sociodemográficas de adolescentes embarazadas.....	55
Tabla 12. Relaciones familiares y de pareja de las embarazadas adolescentes.. ..	56
Tabla 13. Características familiares de las adolescentes embarazadas.....	57
Tabla 14. Actividad sexual y Salud Sexual reproductiva de adolescentes embarazadas.. ..	58
Tabla 15. Actividad sexual y Salud Sexual reproductiva adolescentes embarazadas.. ..	59
Tabla 16. Actividad sexual adolescentes embarazadas.	60
Tabla 17. Autonomía y autoestima de las adolescentes HGOIA. 2017.....	61
Tabla 18. Relación características demográficas y autoestima Quito, HGOIA 2017.....	62
Tabla 19. Relaciones de pareja adolescentes embarazadas con Autoestima.	63
Tabla 20. Relación de adolescentes embarazadas con Autoestima. Quito, HGOIA 2017.	64
Tabla 21. Relación actividad sexual y salud reproductiva Quito, HGOIA 2017.....	65
Tabla 22. Relación actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes embarazadas .	66

Tabla 23. Relación Autonomía de adolescentes embarazadas con Autoestima.	66
Tabla 24. Factores asociados con autoestima de adolescentes embarazadas.....	67
Tabla 25. Relación características socio demográficas adolescentes embarazadas.....	68
Tabla 26. Relaciones pareja características familiares adolescentes	70
Tabla 27. Relaciones entre características familiares de adolescentes embarazadas	71
Tabla 28. Relación de actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes.....	72
Tabla 29. Relación de actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes.....	73
Tabla 30. Relación entre autonomía de adolescentes embarazadas.....	74
Tabla 31. Relación autoestima con debut sexual precoz.	74
Tabla 32. Relación sociodemográficos debut sexual precoz..	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Iniciación sexual antes de los 15 años	18
Figura 2. Información sobre sexualidad y salud reproductiva nivel de instrucción	19
Figura 3. Edad de la primera relación sexual por provincia	21
Figura 4. Edad mediana en la primera relación sexual según nivel de instrucción	22
Figura 5. Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas por provincia	39
Figura 6. Mujeres alguna vez embarazadas y edad actual (mujeres de 15 a 24 años).....	40
Figura 7. Métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual.....	45
Figura 8. Motivos por no utilizar anticonceptivos en la primera relación sexual.....	45

1. INTRODUCCIÓN

La OMS define la adolescencia como “Un período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre 12-19 años, etapa de transición más importante en la vida del ser humano” (OMS, 2016). La adolescencia tiene 2 etapas temprana 12 a 14 años pasa desde la preocupación por los cambios físicos iniciales a la aceptación de su propia imagen corporal y en la adolescencia tardía 15 a 19 años interés por la experimentación sexual, prioriza las relaciones íntimas. En esta etapa, surgen múltiples cambios fisiológicos psicológicos y de identidad (OMS, 2016) .

La sexualidad es empezar a conocerse con sus caracteres sexuales primarios y secundarios. En la adolescencia la sexualidad adquiere una connotación diferente y su expresión puede verse influenciada por varios factores entre ellos familia uniparentales, pobre educación sexual en el hogar, nula o pobre comunicación con los padres, noviazgo sin reglas claras, mayor escolaridad de los padres y el hecho que el padre o la madre trabajen, socioculturales: condición social baja, ambiente y contexto social, comportamiento y presión por parte de los pares o amigos, erotización de la televisión y medios de comunicación. Uno o varios de estos factores pueden llevar a debut sexual precoz o actividad sexual que ocurre de manera no planificada.

En México según un estudio publicado por, (García, 2013) el 32.7% de los adolescentes encuestados había tenido relaciones sexuales al menos una ocasión y la edad promedio fue de 16 años; el 33,8% declaró haber utilizado algún método

anticonceptivo y estos fueron 36,9% ritmo, coito interrumpido 23,6%, condón 12,3%. Las razones por las que no utilizaron preservativo fueron, que no sabían cómo usarlos y donde obtenerlos 39,4%, no planearon tener relaciones sexuales 28,9% y no creyeron embarazarse un 27,1% (Polanco, 2014).

Así mismo, un estudio en Ecuador publicado por CEPAL y UNICEF 2014, la actividad sexual precoz y el embarazo adolescente está en aumento. En los últimos años el índice de debut sexual precoz y embarazo adolescente es un motivo de preocupación. A ello se suma en nuestro medio la relación de poder ejercida por el propio enamorado, pares, influencia cultural u otra persona que propicia la primera relación sexual no consensuada, que se constituye en un evento no placentero sin decisión propia de la adolescente (UNICEF, 2014). A lo antes mencionado se asocian múltiples factores entre ellos la autoestima misma que adquiere especial atención en dos etapas de la vida, la primera es en edades tempranas, y la segunda en la adolescencia (Naranjo & Caño, 2012)

2. JUSTIFICACIÓN

Los estudios a nivel mundial y según datos de OMS cada año dan a luz 16 millones de niñas de edades comprendidas entre 15 y 19 años y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo (OMS, 2014).

Navarro, Carrasco, Sánchez y Tarrico (2004) “Atribuyen el debut precoz a una escasa información, a poseer creencias erróneas, tener una actitud negativa frente al uso de anticonceptivos, a las características de vulnerabilidad propias de la juventud y a no tener suficiente asertividad para la adquisición de métodos anticonceptivos o a la falta de convencimiento de la pareja sobre la necesidad de su utilización.”

Un estudio Europeo revisa la trayectoria de autoestima en función del género y se analiza por su disminución e inestabilidad durante la adolescencia temprana, y se encuentra fluctuaciones en respuesta a acontecimientos que a lo largo del desarrollo se han adquirido (Rodríguez C. N., 2012).

Un elevado porcentaje ha recibido educación sexual y sin embargo solo un 19 % dice estar informados en temas de sexualidad. Un 37% de los jóvenes refiere que no utiliza anticonceptivos porque reduce el placer y la espontaneidad de la relación, y un 62% cree que usar preservativo es difícil; 19% de ellos no carga preservativo por miedo a que piensen mal de ellos (Capuano, 2009).

En México los estudios de embarazo adolescente y autoestima en edades de 13 a 19 años el 89,9% de adolescentes estaban dedicadas al hogar. Un 86% presento autoestima baja, 82% embarazo no planeado. El 61% no utilizó ningún método anticonceptivo (Daza, Sexualidad en adolescentes, 2012).

En Colombia un estudio realizado en adolescentes el 79,1 % de la población casi el 100 % tiene conocimientos de métodos anticonceptivos; esto nos lleva a pensar que no es la falta de información sino a elementos mucho más profundos como factores conductuales inclusive de género donde la pareja masculina insiste o toma la iniciativa y decisión de la relación coital e insiste constantemente hasta provocar una relación sexual no consensuada que en la mayoría de los casos no esperan que termine en embarazo (Candelaria, 2013).

En Ecuador datos estadísticos desde el año 2010-2012 en el que porcentaje de embarazos adolescentes fue de 23 %, además ocupa el primer lugar en la Región Andina después de Venezuela (ENSANUT-ECU, 2012).

En el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora el 2013 el embarazo en adolescentes fue de 36% según estadísticas de la institución.

El desarrollo de este trabajo tiene como finalidad evaluar y analizar la relación entre autoestima, relación de poder y debut sexual precoz; y debido al inicio cada vez más temprano de la actividad sexual adolescente y a la persistencia del embarazo adolescente en nuestro país el estudio servirá para conocer la problemática actual,

nuevos factores de riesgo y al no existir estudios locales del tema y conscientes que en tiempos actuales los adolescentes tienen grandes retos; consideramos realizar este estudio y diseñar medidas que apoyen la intervención, prevención de las campañas y programas sobre el tema; con el afán de reducir el número de niñas que a corta edad quedan embarazadas afectando no solo los ámbitos personal, familiar, social, educativo sino también la economía y realidad de nuestro país y del mundo entero.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre autoestima, y relación de poder con el debut sexual y embarazo precoz de adolescentes tempranas y tardías (12 -19 años), que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, durante el periodo febrero – junio del 2017?

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar la relación entre autoestima y relación de poder con el debut sexual precoz y embarazo de adolescentes tempranas y tardías (12-19 años), de la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, durante el período febrero – junio del 2017.

4.2. Objetivos Específicos

- Estimar la frecuencia de inicio sexual precoz en adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el período febrero- junio del 2017.
- Evaluar el nivel de autoestima de las adolescentes.
- Analizar la relación entre conocimientos de anticoncepción, relación de poder y autoestima con inicio sexual precoz.
- Analizar los factores socio demográfico y familiar que se relacionan con autoestima.

5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

5.1. Ciclo de Vida de la Adolescencia

5.1.1. Definición

La adolescencia conlleva un significado psicológico y otro demográfico. En primera instancia, es un periodo del ciclo vital humano caracterizado por la aparición de características sexuales secundarias, una evolución de los procesos psicológicos y modos de identificación del comportamiento y una transición de un estado de total dependencia a uno de dependencia relativa (Tarazona, 2006).

A continuación se presenta los cambios evolutivos durante la adolescencia:

- Reestructuración de la imagen corporal.
- Logro de independencia o emancipación emocional.
- Búsqueda y logro de habilidades y capacidades.
- Desarrollo y asunción de un sistema de valores apropiado y satisfactorio.
- Desarrollo psicosexual.
 - Identidad psicosexual de hombre o mujer.
 - Adaptación de impulsos biológicos al código de valores
 - Desempeño de un rol sexual.
- Logro de identidad personal.

Por otro lado, se define a la adolescencia por la afirmación de la individualidad, es decir, de la diferenciación de una persona ante los demás. En este proceso de individualización juegan un rol importante la interacción social, dado que es el contexto natural del desarrollo humano, y la satisfacción de necesidades básicas, estado que le permitirá cumplir estas tareas. Indudablemente es un estado de tránsito (Tarazona D. , 2005).

5.1.2. Clasificación de la adolescencia (temprana y tardía)

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante (OMS, 2017).

La adolescencia agrupa a las personas entre 12 y 19 años; a los jóvenes de 12 a 14 años, son considerados como “adolescentes tempranos” y los de 15 a 19 como “adolescentes tardíos”

5.1.3. Adolescencia Temprana

En esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (UNICEF, 2011).

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones (UNICEF, 2011).

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad (UNICEF, 2011).

Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar (UNICEF, 2011).

5.1.4. Adolescencia Tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las

opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones (UNICEF, 2011).

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del abajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea (UNICEF, 2011).

5.2. Características Físicas y Psicológicas del Adolescente

A continuación se describe los principales cambios que se dan origen en la adolescencia:

5.2.1. Sexualidad

Durante la adolescencia, la sexualidad surge con fuerza como parte del impulso hacia la madurez física y emocional, luego de haber permanecido latente en los años medios y finales de la infancia. Los adolescentes empiezan a desarrollar una escala y un código de valores propio, teniéndose como principales influencias a los padres, colegio, medios de comunicación social y, sobre todo, al grupo de pares (Group, 1981).

5.2.2. Comportamiento Sexual.

La adolescencia da lugar a la transformación del cuerpo en dos sentidos: como vía de disfrute sexual y atracción física para otras personas así como también para la procreación. Se manifiesta en los siguientes aspectos:

- **Fantasías y Deseos**

Se dice que casi todos los adolescentes varones tienen fantasías sexuales mientras se auto-estimulan eróticamente, imaginan juegos sexuales o coitos con personas que conocen o han visto en fotos; en tanto las mujeres adolescentes también experimentan fantasías, pero no son tan específicamente eróticas como las de los chicos o de las mujeres adultas, más bien tienden a contener ideas románticas y de índole sentimental (Group, 1981).

- **Caricias**

Las caricias se debe a la curiosidad que existe por el cuerpo de la pareja, tienen gran relevancia el autoerotismo y la masturbación o auto-estimulación debido a que los adolescentes experimentan la necesidad de experiencias sexuales pero aún no estarían aptos para el inicio de los juegos intersexuales o del cortejo (González, Rojas, Hernández, & Olaiz, 2000).

- **Atracción y búsqueda de pareja**

En esta etapa surge el impulso a iniciar relaciones de pareja, originando un conjunto de emociones y sentimientos que se expresan en los llamados enamoramientos fugaces (González, Rojas, Hernández, & Olaiz, 2000).

- **Coito**

Los adolescentes se encuentran preparados biológicamente para sostener relaciones sexuales pero no psicológicamente, por lo menos la mayoría, por lo que el inicio sexual suele darse en condiciones de riesgo debido a la “clandestinidad” en que se practican y a la falta de madurez psicológica requerida para llevarlas responsablemente (Tarazona D. , 2005).

5.2.3. Personalidad

En la adolescencia se desarrollan y consolidan importantes formaciones psicológicas como la concepción moral del mundo, con todo un sistema de conceptos, criterios y opiniones propias acerca de la vida y las relaciones humanas y también se profundiza el concepto de sí mismo. Es un momento propicio para contribuir a formar valores, comportamientos, actitudes sexuales, adecuada autoestima, responsabilidad e independencia (Martín & Reyes, 2003).

5.2.4. Género

La interiorización de los roles de género genera conflictos y diferencias en los adolescentes, por un lado a los hombres se les impulsa a definir su identidad en función al éxito sexual mientras que las mujeres deben conciliar verse atractivas y, a la vez, reprimirse sexualmente (Group, 1981).

Tabla 1. Cambios ocurridos durante la adolescencia

Físicos	En mujeres y varones: Aceleración del crecimiento. Aumento de la sudoración. Presencia de acné. Rostro similar al de un joven. Tono de voz.	Sólo en mujeres: Menarquia. Desarrollo de senos. Ensanchamiento de las caderas. Aparición de vello púbico y axilar. Desarrollo de la vulva y la pelvis.	Sólo en varones: Crecimiento del pene, escroto y testículos. Polución nocturna. Erección matutina. Crecen los músculos de la espalda. Aparición del vello púbico y axilar.
Emocionales	En mujeres y varones: Cambios en el estado anímico. Modificaciones de la conducta y agresividad. Mayor dependencia emocional de los pares que de los padres. Cambios en la autoestima. Preocupación por su comportamiento e identidad sexual.		
Sexuales	En mujeres y varones: Activación del deseo sexual. Iniciación de las actividades sexuales. Actitudes en relación con los cambios sexuales (temor, duda, vergüenza) Cambio en la actitud de las personas de su entorno.		

Fuente: Focus and Young Adults. 1998.

5.3. Inicio de la Vida Sexual

5.3.1. Inicio de vida sexual en la población en general

El adelanto de la menarquia se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes. Existen grandes contradicciones: por una parte, las características biológicas permiten la reproducción más temprana y, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera a un sujeto adulto con todos los derechos y deberes. Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco del matrimonio, socioculturalmente

aceptado, estableciéndose expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes (Gaviria & Chaskel, 2012).

Algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos. En un estudio realizado en adolescentes escolarizadas de nueve países del Caribe, 1 /3 admitió haber tenido relaciones sexuales y, de ellas, el 50% reportaron haber sido coaccionadas. La proporción de mujeres de la región que han tenido por lo menos una relación sexual antes de los 20 años varía entre el 42-63%. En Ecuador, el 8% de mujeres de 15-24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando al 30% antes de los 18 años y llega al 46,2% antes de cumplir 25 años (Gaviria & Chaskel, 2012).

La edad de la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad. En Perú, alcanza al 42% de adolescentes y jóvenes. Del total de mujeres de 20-49 años que señalaron haberse iniciado sexualmente, el 57,2% reportó que tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 20 años. En Bolivia, el 91% de las mujeres de zonas rurales se iniciaron sexualmente antes de los 18 años. En las zonas urbanas, el porcentaje alcanza el 84%. En Venezuela, la proporción de mujeres de 15-24 años iniciadas sexualmente antes de los 18 años corresponde al 60% (Gaviria & Chaskel, 2012).

5.3.2. Iniciación sexual antes de los 15 años por país

En la adolescencia y la juventud, la exploración de la sexualidad juega un papel muy importante para el desarrollo físico y emocional de las personas. Por ello, en esta etapa vital es importante adquirir nuevos cuidados y hábitos saludables. Además, es necesario garantizar a adolescentes y jóvenes el derecho a la información y el acceso a servicios de salud e insumos de prevención, porque las condiciones en las que toman decisiones sobre su sexualidad y las oportunidades de educación en esta materia tendrán un importante efecto, tanto en su calidad de vida como en las tendencias poblacionales de las siguientes décadas (UNICEF, 2015).

En 11 países de la región, una de cada nueve mujeres de 15 a 24 años había tenido su primera relación sexual antes de haber cumplido los quince años (11%). Mientras en algunos países este valor superaba el 13%, en otros (Paraguay, Belice, Perú y Bolivia) rondaba el 7%. Ver Figura 1.

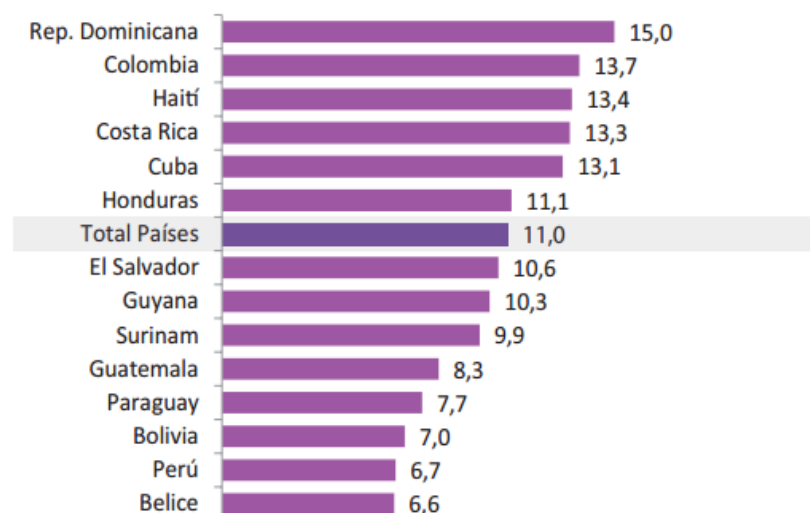


Figura 1. Iniciación sexual antes de los 15 años

Fuente: Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe. UNICEF, 2015.

5.3.3. Educación en Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador

La recepción de información sobre sexualidad y salud sexual está directamente relacionada con el nivel de educación de la mujer. Es así que la información de cada uno de los temas es proporcionalmente mayor (sobrepasa al 80 %) en las mujeres con instrucción secundaria y con instrucción superior o de posgrado. La única excepción se reporta con relación a la recepción de información sobre la píldora anticonceptiva de emergencia, cuya proporción es menor a la de otros temas en todos los niveles de instrucción (ENSANUT-ECU, 2012).

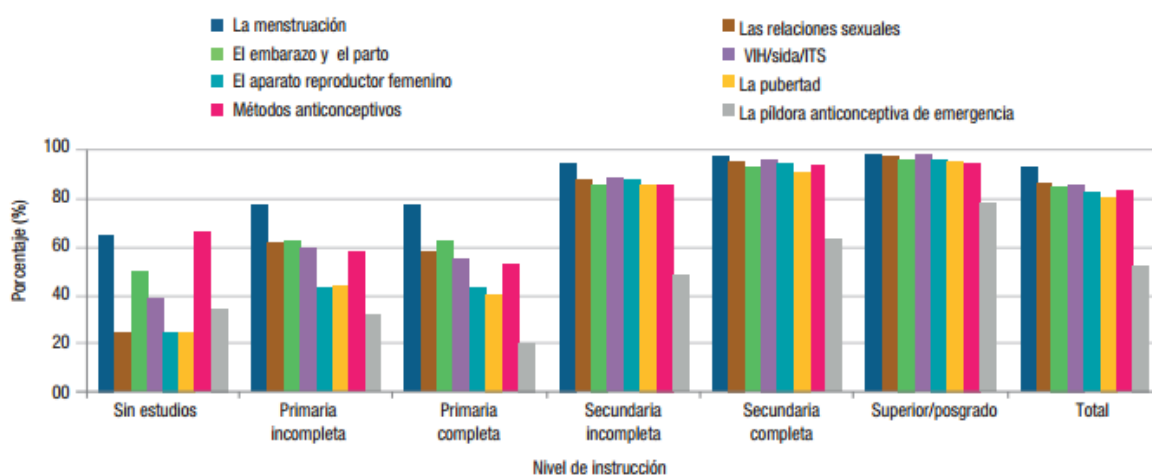


Figura 2. Recepción de información sobre temas de sexualidad y salud reproductiva por nivel de instrucción

Fuente: MSP / INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

Además se destaca la recepción de información sobre la menstruación, que sobrepasa el 60 % en todos los niveles de instrucción. Según lo expuesto se puede decir que la recepción de información sobre sexualidad y salud reproductiva es menor en las instancias primarias de los planteles educativos.

5.3.4. Edad en la Menarquia en Adolescentes

En la Tabla 2. Se presenta la distribución porcentual a nivel nacional de las Mujeres en Edad Fértil - MEF en la cual se observa que tuvieron un inicio a los 12 años (36.6%) teniendo al momento 15 a 17 años según su edad actual, el resto en porcentajes mínimos.

Tabla 2. Edad en la menarquia, por edad actual

Edad de la MEF en la menarquía (años)	Edad Actual				Total	
	15-17	18-19	20-22	23-24	n	%
	%	%	%	%		
<11	4,3	3,8	2,4	3,5	129,0	3,5
11	15,9	14,0	13,6	10,1	521,0	13,7
12	36,5	29,7	29,8	28,8	1.484,0	34,6
13	26,0	30,9	25,3	24,0	1.181,0	26,4
14	10,3	14,0	15,2	18,0	764,0	14,0
15	5,5	5,7	9,9	9,6	447,0	7,7
16	0,3	1,0	3,3	4,0	96,0	2,0
17	0,0	0,7	0,4	1,5	25,0	0,6
18	0,0	0,0	0,1	0,2	6,0	0,1
No ha menstruado todavía	1,1	0,0	0,0	0,3	5,0	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	4.658,0	100,0
Promedio de edad en la menarquía (años)	13,3	12,6	12,8	13,2	13,0	

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador 2012.

En este cuadro se observa que un 31.6 % de mujeres tuvo su primera menarquia a los 12 años; un 26.4 %, a los 13 años; un 14 %, a los 14 años; un 13.7 %, a los 11 años; y un 7.7 %, a los 15 años; el porcentaje restante corresponde a proporciones muy pequeñas. Además, se observa que la edad promedio de la menarquia en el total de mujeres de 15 a 24 años es de 13 años (ENSANUT-ECU, 2012).

5.3.5. Edad en la Primera Relación Sexual en el Ecuador

En la Figura 3 se presenta la edad de la primera relación sexual en las mujeres de 15 a 24 años por categoría de edad y ubicación geográfica; siendo Loja la provincia que cuenta con un promedio de edad mucho más alto (20 años) de mujeres que han experimentado su primera relación sexual, seguido por Chimborazo y Azuay.

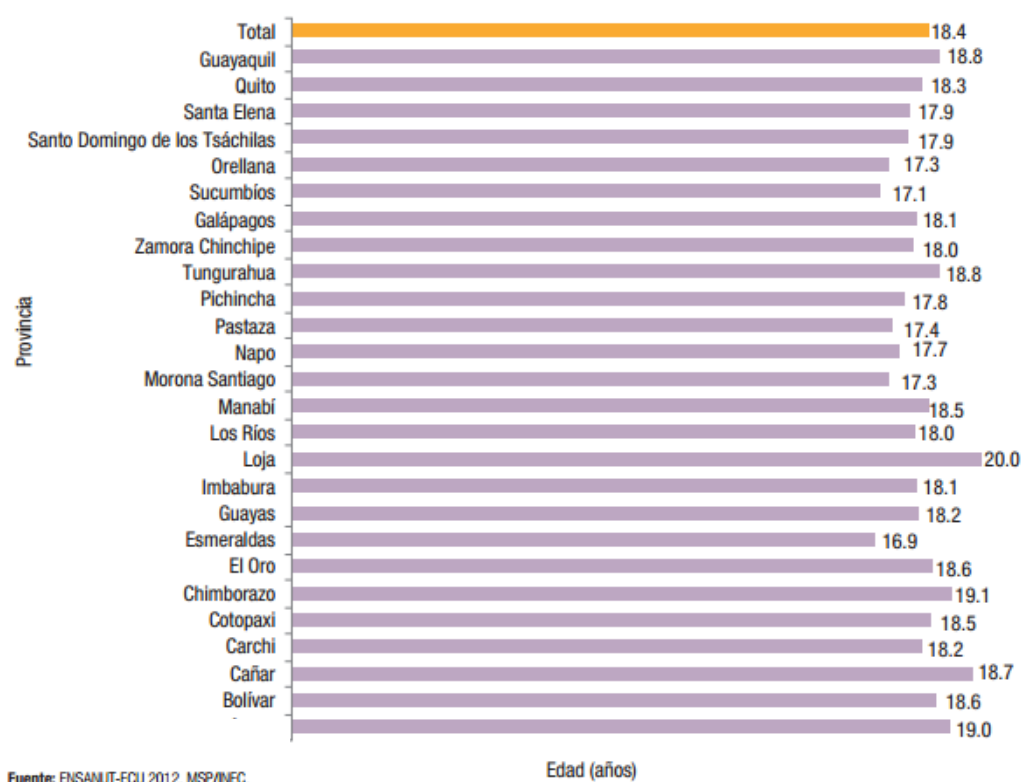


Figura 3. Edad de la primera relación sexual por provincia

Fuente: MSP-INEC.ENSANUT-ECU. Ecuador 2012.

En la Figura 4 se presenta la edad mediana (valor de la edad en años) de la primera relación sexual que es de 18.5 años; la edad mediana de la primera unión, de 21.6 años; y la edad mediana al primer nacimiento, de 21.2 años (ENSANUT-ECU, 2012).

Las mujeres con mayor nivel de educación inician su actividad sexual a una edad mediana más tardía (21.1 años) que las mujeres con ningún nivel educativo (16.5 años). De forma similar, se observa un retraso en la conformación de uniones y en la maternidad cuyo inicio se da a una edad mediana de 25.9 años para las mujeres de educación superior frente a las mujeres de ningún nivel educativo (20.1 años).

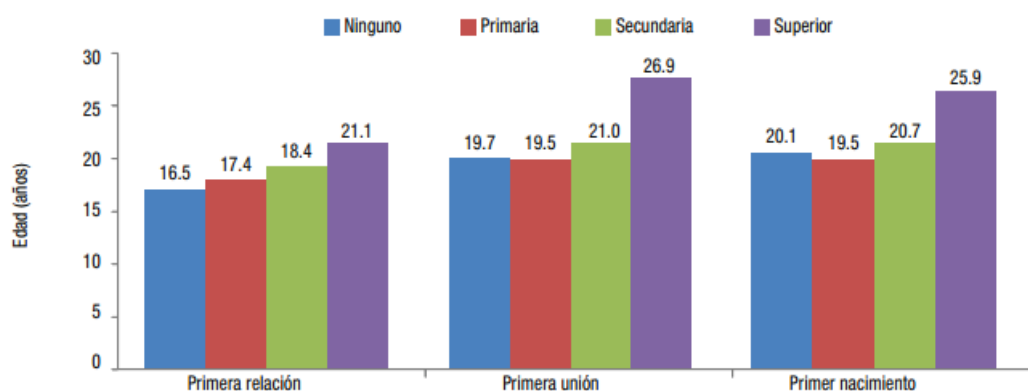


Figura 4. Edad mediana en la primera relación sexual según nivel de instrucción

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador 2012.

5.4. Condicionantes que Influyen en el Inicio de la Vida Sexual en Adolescentes

5.4.1. Autoestima

La autoestima se define como un sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la

retroalimentación de los otros (Rodríguez & Caño, 2012). Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la consciencia de sí mismo: la capacidad de establecer una identidad y darle un valor. En otras palabras, “tú tienes la capacidad de definir quién eres y luego decidir si te gusta o no tu identidad”. El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente mantienen vivo (Rodríguez & Caño, 2012).

En este sentido, la adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal. Al hacerlo, el o la adolescente se formula una serie de preguntas sobre sí mismo, por ejemplo "¿soy atractivo?" "¿soy inteligente?" "¿soy aceptado por mis compañeros?" Gradualmente empieza a separar lo que cree que es verdad sobre sí mismo/a de lo que considera erróneo y a formularse sus propios conceptos sobre su persona (Rodríguez & Caño, 2012).

Cuanto mayor sea la aceptación que se siente, tanto en la familia como en los/as compañeros/as, mayores serán las posibilidades de éxito. En la adolescencia tanto el grupo familiar, el de la escuela, los amigos, los medios de comunicación contribuyen a

moldear la autoestima. Pero en esta etapa se conjugan otros elementos, pues durante la adolescencia la autoestima tiende a debilitarse (Rodríguez & Caño, 2012).

5.4.2. Escala de Autoestima de Rosemberg

La autoestima supone una evaluación global de la consideración positiva o negativa de uno mismo. Es sólo un componente del más amplio concepto de sí mismo, que Rosemberg define como **“la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto”**. Además de la autoestima, la autoeficacia y la auto-identidad son una parte importante del concepto de sí mismo (Garrido, 2015).

Gran parte de la obra de Rosemberg se centró en examinar cómo la posición social, las variables raciales o étnicas y los contextos institucionales, como la escuela o la familia se relacionan con la autoestima. Estas variables proporcionan un conjunto característico de experiencias que se interpretan activamente por los individuos dando forma al concepto de sí mismo (Garrido, 2015).

Además de examinar la autoestima como el resultado de estas variables sociales, también fue analizada a menudo como una variable independiente. Debe tenerse en cuenta que la autoestima es generalmente una característica estable en los adultos, por lo que no es fácil de manipular como resultado de los diseños experimentales (Garrido, 2015).

La Escala de Autoestima de Rosemberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque se suele considerar como rango normal de puntuación el situado entre 25 y 35 puntos. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a población normal, formada por estudiantes universitarios. Es de prever que en la población general se encuentren casos de individuos con diversos niveles de autoestima, siendo muy minoritarios los casos extremos, ya sea por máxima o mínima autoestima (Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007).

La forma de interpretar la puntuación obtenida es la siguiente:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

Tabla 3. Escala de Autoestima de Rosemberg

No	PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2.	Estoy convencida de que tengo cualidades buenas				
3.	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4.	Tengo una actitud positiva hacia mí misma				
5.	Pienso que soy una chica lista.				
6.	Siento que no tengo mucho que estar orgullosa.				
7.	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.				
8.	A veces creo que no soy buena persona				
9.	Me pongo nerviosa cuando me pregunta el profesor				
10.	Normalmente olvido lo aprendido.				

Fuente: Instrumentos Validados Unidad de Investigación de Psicología (UIP) Escala de Autoestima de Rosemberg Valencia 2000

5.4.3. Autoestima y vida sexual en adolescentes

La sexualidad y la adolescencia son dos conceptos, que juntos, en nuestra sociedad y ámbito médico ocasionan inquietud por los riesgos que se tienen: embarazo no planificado, enfermedades de transmisión sexual, además de las críticas morales. La adolescencia es un período importante en el proceso de construcción de modelos socio-culturales. Es la etapa más conflictiva en la relación entre padres e hijos. Los adolescentes deben tomar decisiones respecto a la expresión sexual, que va desde la abstinencia total, hasta la máxima promiscuidad. Esta fase del desarrollo del joven depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad (Mendoza, Arias, Pedroza, Micolta , & Ramírez, 2012).

Así mismo, la impulsividad que acompaña a estas edades de la adolescencia, la falta de conocimientos sobre la sexualidad y las prácticas sexuales junto con las ideas vagas o distorsionadas, la inexperiencia con la creencia de “estar de vuelta de todo”, la influencia social, la disfunción familiar, etc, son algunos de los factores de riesgo asociados a, por ejemplo, los embarazos no deseados en adolescentes. Sin embargo, se ha demostrado que en la mayoría de los casos la base de toda esta problemática asociada a la conducta sexual (embarazos tempranos, enfermedades de transmisión sexual, prácticas sexuales no deseadas, etc.) es de orden psicológico. Entre ellos, la baja autoestima es sin duda el factor más estudiado y comprobado como agente fundamental de las conductas de riesgo, ya que de ella nace la inseguridad, el miedo a ser rechazado, tener bajas aspiraciones en la vida o una falta de autocontrol emocional (Molina, 2016).

Evitar o negar el comportamiento sexual de los preadolescentes o adolescentes es una práctica habitual y muy arriesgada. No dejarles salir por la noche, intentar evitar según qué compañías, no querer comprarles preservativos, negarnos a hablar del tema con ellos, etc. No evitará que tu hija o tu hijo pierdan la virginidad y realicen prácticas sexuales con otras personas, lo único que generará es distancia en esa área vital tan crucial, el desconocimiento de sus pasos, incomunicación y privarles de un valioso recurso para afrontar todas sus dudas y posibles situaciones de conflicto que puedan surgir (rotura de un preservativo, incomodidad con la pareja, etc.) (Molina, 2016).

5.4.4. Debut sexual de varones y mujeres versus autoestima

Los adolescentes no acuden habitualmente a controles en salud. Y los que lo hacen no suelen consultar por sus comportamientos. Unos pocos consultan por su sexualidad, ya sea a través de preocupaciones por su desarrollo, en búsqueda de información o de un método anticonceptivo. En la adolescencia temprana, adolescentes y acompañantes requieren información sobre anatomía y fisiología de los genitales, el significado de los cambios puberales, la menstruación, la eyaculación, la masturbación y para diferenciar aspectos normales del desarrollo de enfermedades o problemas. Es aconsejable no perder oportunidades para favorecer la reflexión sobre el inicio de las relaciones sexuales promoviendo la postergación o la protección adecuada. Oportunidad, respeto al pudor, la privacidad y la confidencialidad son claves para entablar este diálogo (OPS, 2010).

En la adolescencia media/tardía, algunas jóvenes solicitan métodos anticonceptivos. Es esencial orientar en la prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual, en la importancia de la comunicación con la pareja y del respeto mutuo, además de brindar la explicación detallada de los métodos anticonceptivos, especialmente, el preservativo. Los varones suelen tener relaciones antes que las jovencitas, pero rara vez consultan. Es clave tratar de incluirlos en el diálogo. Es de recordar que, en muchas ocasiones, los adolescentes no han podido hablar con nadie en el hogar ni en la escuela sobre la sexualidad, sobre sus sentimientos, sus emociones, la forma de relacionarse con pares y, especialmente, del sexo opuesto. Y esto es más frecuente en el contexto de la pobreza y, sobre todo, si existe violencia familiar (OPS, 2010).

La autoestima en la adolescencia temprana parece ejercer influencia respecto de un debut sexual precoz, actuando, este factor, de forma diferente en mujeres y en varones. Las mujeres con baja autoestima tienen tres veces más posibilidades de iniciarse sexualmente en forma temprana; por el contrario, los varones con alta autoestima tienen una posibilidad 2,4 veces mayor de debutar sexualmente en los siguientes 22 meses. La alta autoestima suele ser un factor protector para evitar comportamientos de riesgo (OPS, 2010).

5.4.5. Relación de poder en relaciones de pareja de adultos y adolescentes

La violencia de género se define como el conjunto de agresiones que se ejercen contra las mujeres por ser mujeres, que tengan o puedan tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, "... inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

Tiene sus orígenes en la desigualdad existente entre hombres y mujeres, es decir, "... en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas" (Torres, 2004). Se constituye como un fenómeno histórico y dinámico a partir y dentro de relaciones sociales dadas (Freyermuth, 2004).

En este sentido, es común que las mujeres sean representadas como víctimas de la violencia e incapaces de enfrentarse a los varones, a pesar de que los planteamientos

teóricos utilicen conceptos como el de “resistencia”. Se ha visto que, la permanencia en relaciones donde hay violencia obedece a un complejo patrón de determinaciones sociales; este tipo de análisis constituye un importante aporte a la literatura, porque derriba concepciones pre-establecidas sobre la violencia en pareja y abre nuevos caminos para la intervención. En algunos de los casos estudiados, que describen como “tétrico” el control que se ejerce sobre ellas, y llegan al punto de quedar inconscientes por los golpes-, las mujeres permanecen en la relación simplemente porque temen por su vida, pero, además del miedo, están las normas de género inculcadas desde la niñez, que incentivan el sometimiento femenino: la creencia de que el amor “lo puede todo”, el valor asociado con la virginidad, y el sentimiento de culpa al perderla, que sin duda contribuyen a que una relación violenta se prolongue a lo largo del tiempo (Vásquez & Castro, 2008).

5.5. Embarazo en Adolescentes

5.5.1. Contexto internacional

El embarazo en adolescentes es un tema que se debe dar mayor atención a la educación y apoyo a las niñas con el fin retrasar la maternidad. Según, (Rosen, 2009) en un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS, las adolescentes menores de 16 años tienen riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50%. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el

embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus recién nacidos (OMS, 2017).

Se estima que 16 millones de niñas de edades entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según (Rosen, 2009). Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Los partos en adolescentes, oscilan alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (OMS, 2017).

En Europa existen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar. En Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria (OMS, 2017).

5.5.2. Estudios latinoamericanos

Tasa de fecundidad en adolescentes por regiones

Esta resistencia al descenso de la fecundidad adolescente ha conducido a Latinoamérica a una posición ambigua a escala global. Por una parte, ella presenta niveles de fecundidad inferiores a la media mundial y de los países en desarrollo. Pero

por otra, registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ostensiblemente la media mundial, solo superados por los índices de África, y es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos (CEPAL, 2007).

Tabla 4. Grandes Regiones del Mundo: Tasa de Fecundidad del grupo de 15 a 19 años

Región	Tasa General Fecundidad 2007	Tasa específica de fecundidad: 15-19 años, 2007	Porcentaje del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente
El mundo	2,55	52,9	13
África	4,68	103,4	17
Asia	2,35	39,94	11
Europa	1,43	17,41	7
América Latina y el Caribe	2,38	75,67	18
América del Norte	1,98	45,49	12
Oceanía	2,23	25,5	7

Fuente: Maternidad adolescente para América Latina y el Caribe. CEPAL, 2007

La persistencia en la región de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes inquieta y tiene concomitancias culturales y políticas. Entre las primeras cabe destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la “erotización” de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constatararse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes (CEPAL, 2007).

Adolescentes que son madres según grupo de edades

En América Latina el embarazo adolescente según grupo de edad, ocupa el primer lugar Panamá, seguido de Brasil, Nicaragua, Costa Rica y Ecuador con 32,9% para las adolescentes de 18-19 años.

Tabla 5. América Latina (Países seleccionado): Adolescentes que son madres según grupo de edades

Países y fechas censales	Grupos de edades	Porcentaje de jóvenes madres					
		Indígenas			No indígenas		
		Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
Brasil, 2010	15 a 17 años	10,6	22,9	18,7	6,4	8,6	6,8
	18 a 19 años	26,8	46,9	39,4	18,2	26,6	19,5
	Total 15 a 19 años	17,0	31,6	26,4	11,1	15,2	11,8
Colombia, 2005	15 a 17 años	7,6	11,8	10,9	6,7	11,7	7,7
	18 a 19 años	24,1	34,1	31,7	22,0	36,6	24,8
	Total 15 a 19 años	14,1	20,1	18,7	12,7	20,7	14,3
Costa Rica, 2011	15 a 17 años	8,5	20,3	17,0	5,3	6,7	5,7
	18 a 19 años	23,6	42,1	36,1	17,0	22,2	18,4
	Total 15 a 19 años	15,2	28,7	24,7	10,0	12,6	10,8
Ecuador, 2010	15 a 17 años	9,0	9,6	9,5	8,3	11,9	9,6
	18 a 19 años	28,9	34,2	32,9	25,2	34,1	28,1
	Total 15 a 19 años	17,4	18,5	18,3	15,0	20,3	16,8
México, 2010	15 a 17 años	6,3	7,4	6,9	5,7	7,1	6,0
	18 a 19 años	23,4	27,4	25,3	20,6	25,8	21,6
	Total 15 a 19 años	13,2	14,8	14,0	11,6	14,2	12,2
Nicaragua, 2005	15 a 17 años	10,9	15,1	13,4	8,5	14,7	11,2
	18 a 19 años	29,7	45,3	38,4	27,7	42,5	33,5
	Total 15 a 19 años	18,2	25,6	22,5	16,2	25,1	19,9
Panamá, 2010	15 a 17 años	16,9	20,5	19,6	5,7	8,9	6,7
	18 a 19 años	38,8	54,2	49,7	19,1	28,6	21,7
	Total 15 a 19 años	26,0	32,4	30,7	11,3	16,2	12,7
Perú, 2007	15 a 17 años	4,0	8,0	5,7	4,6	10,4	5,7
	18 a 19 años	15,7	31,7	21,9	17,1	36,4	20,0
	Total 15 a 19 años	8,6	16,4	11,8	9,7	19,6	11,4
Uruguay, 2011	15 a 17 años	6,0	4,1	6,0	4,6	4,9	4,6
	18 a 19 años	20,2	25,8	20,4	16,9	21,9	17,1
	Total 15 a 19 años	11,6	12,5	11,6	9,3	11,3	9,4

Fuente: CEPAL. Procesamiento especial de las bases de micro datos censales. América Latina, 2014.

La desigualdad de la maternidad adolescente según nivel educativo y zona de residencia

En la tabla que a continuación se presenta, se incluye tanto valores como a desigualdad social que afecta al indicador, una primera cifra corresponde a la probabilidad de ser madre en la adolescencia sin distingos socioeconómicos, y respecto de ella se aprecia un descenso generalizado entre el 2000 y 2010. Con todo en dos países de siete (Ecuador y República Dominicana) hay un aumento, y en uno se aprecia estabilidad (México). De cualquier manera, este valor nacional muestra que entre un 22,3% (Uruguay) y un 39,8%(República Dominicana) de las muchachas son madres durante la adolescencia (Rodríguez J. , 2014).

Cuando se diferencia por nivel educativo, se advierte que en todos los países más de la mitad de las muchachas con bajo nivel de escolaridad son madres durante la adolescencia, porcentaje que supera el 70% en el caso de República Dominicana y se eleva hasta en un 73% en el de la zona rural del mismo país. Como contrapartida, las adolescentes que ingresan al nivel superior tienen probabilidades sensiblemente más bajas de ser madres, que se mueven en un 12% en República Dominicana hasta un 3% en Uruguay (Rodríguez J. , 2014).

Tabla 6. América Latina (Países seleccionado): Adolescentes que son madres según nivel educativo

País	Nivel educativo	2000				2010			
		Urbano	Rural	Total por nivel educativo	Total nacional ^a	Urbano	Rural	Total por nivel educativo	Total nacional ^a
Brasil	Hasta primaria completa	51,5	48,4	53,1	31,8	48,7	51,3	49,8	25,5
	Educación intermedia	18,4	14,4	18,1		21,4	21,3	21,4	
	Ingresos a educación superior	3,5	4,4	3,6		3,5	5,1	3,6	
	Desigualdad	15,1	11,0	14,6		13,9	10,5	13,9	
Costa Rica	Hasta primaria completa	49,0	52,0	50,7	32,3	50,6	54,1	52,1	25,8
	Educación intermedia	24,9	27,7	25,7		24,4	27,0	25,1	
	Ingresos a educación superior	5,1	5,7	5,2		5,4	7,5	5,7	
	Desigualdad	9,6	9,2	9,7		9,5	7,2	9,1	
Ecuador	Hasta primaria completa	51,4	51,9	51,7	37,8	60,4	59,7	60,0	38,3
	Educación intermedia	18,4	15,9	17,8		45,6	41,9	45,0	
	Ingresos a educación superior	7,9	7,5	7,8		11,4	11,6	11,5	
	Desigualdad	6,5	6,9	6,6		5,3	5,2	5,2	
México	Hasta primaria completa	47,9	47,1	47,6	31,8	54,6	50,6	53,8	31,7
	Educación intermedia	28,8	29,3	28,9		33,7	34,5	33,9	
	Ingresos a educación superior	3,7	4,7	3,7		4,2	4,4	4,2	
	Desigualdad	13,0	10,0	12,8		13,0	11,6	12,6	
Paraguay	Hasta primaria completa	55,7	68,6	64,3	38,4	56,3	68,5	64,6	34,7
	Educación intermedia	34,5	39,3	35,6		31,6	40,3	33,9	
	Ingresos a educación superior	6,9	7,3	6,9		7,4	8,8	7,7	
	Desigualdad	8,1	9,4	9,3		7,6	7,8	8,4	
Rep. Dominicana	Hasta primaria completa	57,8	61,0	59,3	35,4	69,7	73,2	70,9	39,8
	Educación intermedia	30,7	33,7	31,6		42,5	44,5	43,0	
	Ingresos a educación superior	9,5	12,4	10,1		11,7	14,9	13,2	
	Desigualdad	6,1	4,9	5,9		5,9	4,9	5,0	
Uruguay	Hasta primaria completa	51,6	44,9	50,6	28,0	54,4	44,6	53,5	22,3
	Educación intermedia	25,5	31,4	25,8		29,0	30,5	29,1	
	Ingresos a educación superior	4,8	5,4	4,8		3,1	4,6	3,1	
	Desigualdad	10,7	8,3	10,5		17,8	9,7	17,3	

Fuente: Procesamiento especiales de las bases de microdatos censales, CEPAL 2014

Numerosos países de la región han promulgado leyes, políticas y han implementado programas destinados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, además de ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención del embarazo. Después de varios años, y con polémica en algunos casos se establecieron por ley principios como el de confidencialidad, clave para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La percepción de que existen “barreras de acceso” a los servicios –por factores económicos, culturales, legales o reglamentarios, institucionales, familiares, por desigualdad de género o limitaciones del equipo de salud, entre otras- se ha ido consolidando en el diseño de políticas, de modo que se ha fomentado la acción pública orientada a abatirlas (Rodríguez J. , 2014).

Con todo, hay muchos desafíos por delante, la región de América Latina sigue siendo la de mayor fecundidad adolescente en el mundo después de África Subsahariana; así mismo, la maternidad adolescente está crecientemente asociada a un incumplimiento de derechos, por lo que se requiere una actuación inmediata por parte de cada uno de los Gobiernos que incluya no sólo una educación sexual integral sino estrategias que permitan el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que incluya la provisión de anticoncepción.

5.5.3. Situación en el Ecuador

Para prevenir embarazos precoces, es necesario que individuos, familias, comunidades e instituciones reconozcan que las niñas necesitan un tiempo adecuado

para su crecimiento y desarrollo, en un proceso que les permita dejar atrás la niñez y la adolescencia para llegar a ser mujeres antes de convertirse en esposas y madres. Esto se puede conseguir mediante intervenciones integrales que tomen en cuenta a todos los actores en general, dejando de lado esquemas de vergüenza, rechazo y estigma asociados con el embarazo adolescente. Por otro lado, cuando ocurren dichos embarazos, los servicios de salud deben estar preparados para prestar una atención eficaz, que garantice el bienestar y la supervivencia de la madre y el recién nacido.

En la tabla 7 se evidencia que un 42 % de mujeres estuvo alguna vez embarazada. De este porcentaje, un 14.7 % fue de embarazos maritales y un 27.3 %, embarazos premaritales. También se observa en el cuadro que la proporción de mujeres alguna vez embarazadas es más alta en las mujeres con instrucción primaria (63.3 %) que en las mujeres con instrucción superior o de posgrado (33.9 %). Además, al estudiar el desglose por quintil económico se reporta que la proporción de mujeres alguna vez embarazadas es más alta en el quintil 1 (Q1: 48 %) y menor en el quintil 5 (Q5: 28.2 %). Por ende, se puede decir que tanto el nivel de instrucción como el nivel económico de las mujeres son factores influyentes en la ocurrencia de embarazos, maritales o premaritales.

Tabla 7. Mujeres de 15 a 24 años alguna vez embarazadas, por clasificación del primer embarazo, nivel de instrucción, y quintil económico. Ecuador, 2012

Características seleccionadas	Tipo de embarazo		Alguna vez embarazada	Nunca embarazada	Sin experiencia sexual	Total	
	Marital	Premarital				%	N
	%	%	%	%	%	%	N
Total	14,7	27,3	42,0	15,3	42,8	100,0	4.313
Ninguno	*	*	*	*	*	*	*
Primaria	26,5	36,8	63,3	11,8	25,0	100,0	908
Secundaria	13,3	24,8	38,1	13,4	48,5	100,0	2.687
Superior / Posgrado	7,7	26,2	33,9	24,4	41,7	100,0	702
Quintil Económico							
Q1 (Pobre)	21,6	26,4	48,0	13,7	38,3	100,0	1.327
Q2	20,0	31,7	51,7	10,6	37,6	100,0	1.028
Q3 (Intermedio)	15,4	25,9	41,3	16,2	42,5	100,0	822
Q4	9,9	31,0	40,9	14,8	44,3	100,0	622
Q5 (Rico)	6,7	21,5	28,2	20,8	51,0	100,0	514

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

En la siguiente figura se puede evidenciar que las provincias con mayor porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas se encuentran Orellana (60,2%), Santo Domingo de los Tsáchilas (56,9%) y Napo (56,2%); mientras que las provincias con una menor tasa de mujeres alguna vez embarazadas son Loja (31.7 %), Chimborazo (31.7 %), Cotopaxi (32.4 %) y Galápagos (32.6 %).

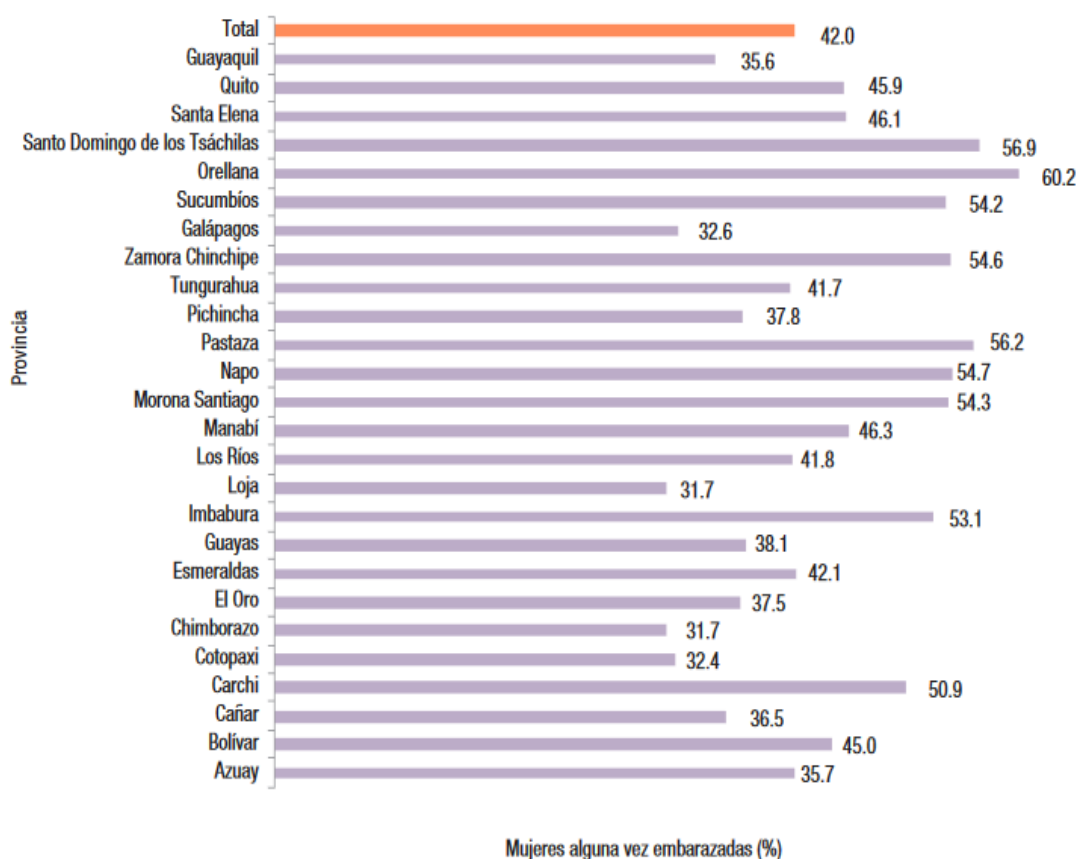
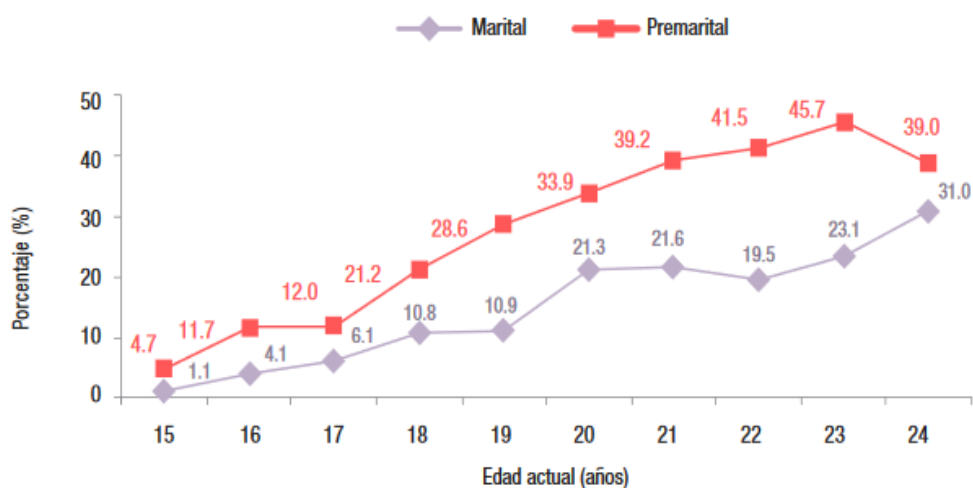


Figura 5. Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas por provincia (mujeres de 15 a 24 años)

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

Según ENSANUT, analizando el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas según la clasificación de embarazo (marital o premarital) y según la edad actual de la mujer se encontró que, a partir de los 16 años se observa una mayor proporción de mujeres que se embarazaron en estado premarital, en comparación con aquellas en estado marital.



Fuente: ENSANUT-ECU 2012. MSP/INEC.
Elaboración: Freire WB. *et al.*

Figura 6. Mujeres alguna vez embarazadas por clasificación del embarazo y edad actual (mujeres de 15 a 24 años)

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

En la siguiente tabla 8 se presenta información respecto a la forma en que termino el primer embarazo, desprendiéndose un 89.6 % de embarazos terminó con un nacido vivo; un 4.2 % terminó en un aborto; un 1 %, con un nacido muerto; y un 5.3 % todavía estaba embarazada el momento de la encuesta. Además, se desprende del cuadro que los abortos fueron más frecuentes cuando la mujer tenía menos de 15 años (7.5 %) y en las mujeres con instrucción superior o posgrado (5.8 %).

Tabla 8. Forma en que termino el primer embarazo por nivel de instrucción y edad (mujeres de 15 a 24 años alguna vez embarazadas)

Forma en que terminó el embarazo	Forma en que termino el primer embarazo				Total	
	Nacido Vivo	Pérdida (aborto)	Nacido muerto	Aún embarazada		
	%	%	%	%	%	n
Total	89,6	4,2	1,0	5,3	100	3.252
Nivel de instrucción						
Ninguno	*	*	*	*	*	*
Primaria	94,2	1,5	0,2	4,0	100	860
Secundaria	87,6	4,9	1,7	5,8	100	1.962
Superior / Posgrado	88,4	5,8	0,1	5,7	100	413
Edad de la MEF en el momento del embarazo						
<15	92,4	7,5	0,0	0,1	100	236
15-17	89,4	4,1	1,2	5,3	100	1.442
18-19	90,4	3,4	1,5	4,6	100	986
20-24	88,7	4,5	0,1	6,6	100	584

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

En la Tabla 9 se presenta que un 0.9 % de las mujeres no estudiaba en el momento del embarazo, un 4.4 % estaba cursando la primaria, un 70.9 % estaba cursando la secundaria y un 23.8 % estaba realizando sus estudios superiores o de posgrado, así como se refleja dicha información por grupo étnico.

Tabla 9. Nivel de instrucción en el momento del primer embarazo por grupo étnico y quintil económico

Nivel de instrucción	No estudiaba	Primaria	Secundaria	Superior / Posgrado	Total	n
	%	%	%	%	%	
Total	0,9	4,4	70,9	23,8	100	1.590
Grupo étnico						
Indígena	5,2	7,1	67,5	20,2	100	214
Afro ecuatoriano	1,6	5,6	69,1	23,7	100	78
Montubio	0,0	20,6	68,5	10,9	100	27
Mestizo, blanco y otro	0,6	3,7	71,3	24,5	100	1.271
Quintil económico						
Q1 (Pobre)	1,2	14,2	74,4	10,1	100	415
Q2	2,7	3,9	79,4	14,0	100	390
Q3 (Intermedio)	0,6	6,0	71,8	21,6	100	337
Q4	0,0	0,4	78,5	21,2	100	256
Q5 (Rico)	0,0	0,3	48,2	51,5	100	192

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

5.6. Anticoncepción en Adolescentes

La salud reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos a la reproducción en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo, cuántos y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y parto de forma segura (OMS, 2017).

Dentro del campo de la salud, la anticoncepción está dirigida no sólo a evitar el embarazo ni la transmisión de enfermedades sino a favorecer el desarrollo de la sexualidad entre la pareja. La anticoncepción y la sexualidad son dos actividades inseparables y que pueden ser practicadas libremente por los seres humanos. Para estas prácticas es de vital importancia conocer sobre los métodos de anticoncepción por su influencia directa en la salud, en el control de la natalidad y en la mortalidad; para lo cual nacen los métodos anticonceptivos o de planificación familiar naturales, químicos, hormonales, entre otros (INEC).

Los Métodos Anticonceptivos aparecen en la sociedad actual alrededor de los años 60, pero los Métodos Naturales ya fueron practicados antes que los Métodos Químicos, Hormonales o Quirúrgicos. Muchas personas ven a estos métodos como los supresores de la concepción y, probablemente es poca la población que tiene un conocimiento más amplio sobre su uso, la ayuda que brindan en la planificación familiar y la protección de su salud. El por qué y para qué están destinados, sus ventajas y desventajas. Generalmente los métodos anticonceptivos están asociados directamente con el control de la natalidad y pocas veces se relaciona con un método de prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual (INEC).

La recepción de información sobre el funcionamiento, eficacia, ventajas del uso de anticonceptivos y fuentes de obtención, en las adolescentes y las mujeres que inician la vida adulta, representa una de las alternativas para evitar embarazos precoces, el VIH/Sida y otras ITS y la mortalidad materna. Sin embargo, las relaciones sexuales no

planificadas y la falta de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, representan barreras reales en el uso de dichos métodos (ENSANUT-ECU, 2012).

Según información de la Organización Mundial de la Salud, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%.

En la Figura 5 se presenta un detalle de los métodos anticonceptivos utilizados por mujeres de 15 a 24 años en su primera relación sexual en el Ecuador, en donde se evidencia que dos de cada tres mujeres (67.7 %) no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El anticonceptivo más usado fue el condón (25 %), seguido por el retiro (3 %) y las pastillas anticonceptivas (2.1 %). Cabe resaltar que el uso del condón ha aumentado, del 6.7 %, en 2004, al 25 %, en 2012 (ENSANUT-ECU, 2012).

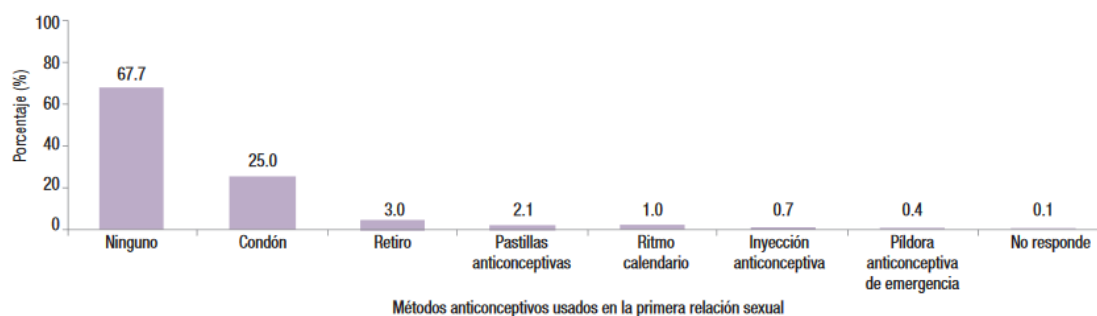


Figura 7. Métodos anticonceptivos usados en la primera relación sexual (mujeres de 15 a 24 años que usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual)

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

Se evidencia en la Figura 8 que a escala nacional los tres motivos principales para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual son: No esperaba tener relaciones sexuales (58.2 %), No conocía los métodos anticonceptivos (18.5 %) y No pudo conseguirlos (4 %).

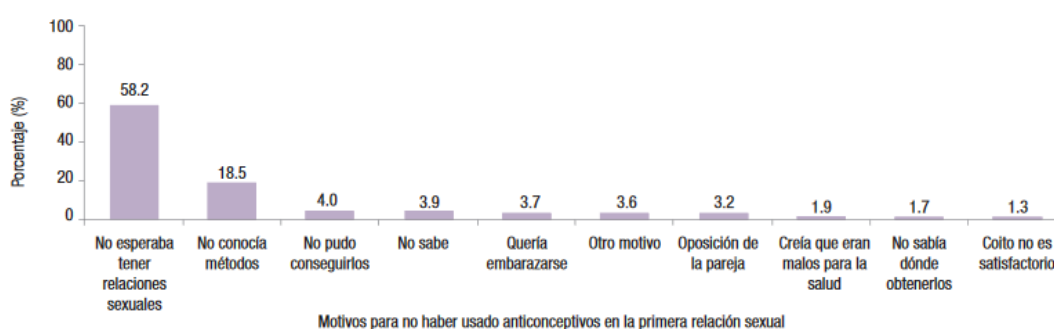


Figura 8. Motivos por no haber utilizado anticonceptivos en la primera relación sexual

Fuente: MSP-INEC. ENSANUT-ECU. Ecuador, 2012.

6. HIPÓTESIS

La autoestima y la relación de poder inciden en el debut sexual precoz y embarazo en adolescentes tempranas y tardías (12-19 años), de la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, durante el período febrero– junio del 2017.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 10. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS
Características demográficas	Características de la población en estudio	Edad Estado civil Escolaridad	Años 12 a 14 15 a 19 Condición conyugal Si No	Adolescencia Temprana Adolescencia Tardía Soltera Casada Unión libre Escuela Colegio
Actividad sexual Y reproductiva Edad Primera Relación	Primer contacto físico entre personas con el fin de dar o recibir placer sexual o con fines reproductivos	Años	11-15 años	Debut sexual temprano Debut sexual tardío
Voluntariedad de primera relación	Es iniciar su actividad sexual coital por decisión propia	Adolescentes que iniciaron voluntariamente Adolescentes con relación no voluntaria	Si No	Consensuada No consensuada
Prácticas de salud Sexual.	Aspectos y prácticas que potencian al sexual dentro de la sociedad y cultura.	Prácticas de salud sexual Usó de algún método anticonceptivo de protección durante primera relación sexual.	Percepción del conocimiento sobre anticonceptivos.	1=si 2=no
Autoestima	Sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo.	Nivel de Autoestima Autoestima personal Autoestima familiar Autoestima escolar	Puntaje escala Rosemberg	30-40 Elevada 26-29 Media 25 Baja
Relación de Poder (autonomía)	Es la persona o multitud de personas que Interaccionan de manera coercitiva.	Autonomía. Quién toma la decisión en el momento de tener relaciones sexuales. Quién decide qué anticonceptivos y quién debe usarlos. Quién decide con qué frecuencia verse?	Usted (Puntaje 2) Pareja (Puntaje 0) Los dos (Puntaje 1)	No autonomía 0 Baja 2 Media 3-4 Alta 5-6.

8. MARCO METODOLÓGICO

8.1. Diseño de Estudio

Estudio Analítico transversal de casos-controles de base poblacional.

8.2. Lugar de Estudio

Se estudió a las adolescentes tempranas y tardías de 12-19 años que acudieron al Servicio de Adolescentes de consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” De La Ciudad de Quito.

Este hospital fue fundada como “Asilo Vallejo-Rodríguez” Juana Miranda 1899 lleva su nombre escogido en honor al ex - presidente de la República Dr. Isidro Ayora Cueva Inaugurada el 8 de marzo de 1951. Es un Hospital de Especialidad, en donde se brinda atención a madres y recién nacidos/as (RN) de todo el país. El hospital cuenta con una dotación de 249 camas y la atención en las áreas de obstetricia, ginecología, pediatría, y odontología, para madres adultas y adolescentes para las que cuenta con un servicio que brinda atención integral a las / los adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva corresponde al 36% del total de Consultas Externas del HGOIA. (2015). Está Ubicado en Pichincha Cantón: Quito Parroquia: San Blas, Dirección: Av. Gran Colombia N14-66 y Sodiro. Teléfonos: 593-02-2224503.

8.3. Técnicas y Procedimientos

Se estudiaron a las adolescentes tempranas y tardías (12-19 años), que acudieron a la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, para lo cual se diseñó una encuesta estructurada en 6 partes, información sociodemográfica, identificación, características familiares, actividad sexual y reproductiva, autonomía, y autoestima, utilizando los parámetros del cuestionario de evaluación de autoestima de Rosemberg modificado y encuesta de sexualidad general (prácticas de Beckwith) en el período febrero -junio del 2017. La encuesta se administró cara a cara y auto administró y/o función de la preferencia de la encuestada.

8.4. Universo y Muestra

El universo constituye las adolescentes tempranas y tardías (12-19 años), que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora, en el período febrero - junio 2017.

- Se calculó el tamaño de muestra en el programa Epidat 3.1
- El nivel de confianza: OR estimado
- Precisión = 5%
- N = Tamaño de la muestra 145
- N=Tamaño de la población: 880 adolescentes estimadas que se atienden cada año.

8.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Adolescentes tempranas y tardías (10-19 años), que acuden a Consulta Externa de Adolescentes del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período febrero- junio del 2017.
- Consentimiento del representante legal.
- Asentimiento de la adolescente.

Los criterios de exclusión fueron:

- Adolescentes tempranas y tardías (10-19 años), que no desean participar del estudio.
- Adolescentes tempranas y tardías que abandonen el proceso de la encuesta.
- Sin consentimiento del representante legal.
- Adulta.

8.6. Análisis de Datos

Se elaboró una base de datos en el programa EXCEL. El análisis se realizó mediante el programa EPI-INFO 7.2. Para evaluar las variables cualitativas se calcularon porcentajes y para las cuantitativas medidas de tendencia central, (media, medianas), y medida de dispersión (desviación estándar y rango intercuartílico). Para el análisis

bivariar se calcularon medidas de disociación Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza y pruebas de chi cuadrado con pruebas de significación estadísticamente significativa de valores de p menor de 0.05.

Se realizó un análisis multivariado utilizando el programa SPSS con licencia de la Universidad Católica, se hizo un modelaje paso a paso y se introdujo a todas las variables que presentaban valores de p menores 0.20. Para los dos análisis multivariales, el primero la relación entre la variable dependientes debut sexual precoz y el segundo para autoestima.

9. ASPECTOS BIOÉTICOS

9.1. Confidencialidad y Consentimiento

No se compartió la identidad de las adolescentes que participen en la investigación. La Información que se obtuvo con este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La Información de la identidad de las adolescentes será puesta fuera de alcance y nadie. No se compartirá ni entregará a nadie excepto a las autoras quienes tendrán acceso a la información.

- **Firma de acta de confidencialidad** se adjunta debidamente firmada (anexo 1).
- **Anonimato de datos** se utilizó un código en vez de nombres, apellidos, números de historias clínicas, con el fin de no revelar datos que puedan identificar a la adolescente en estudio.
- **Uso exclusivo de información para esta investigación**, los datos obtenidos serán de uso solo para el desarrollo de esta investigación la misma que será publicada en una revista indexada.
- **Consentimiento informado** que fue explicado al representante legal (madre) de la adolescente y firmado (Anexo 2).
- **Asentimiento informado** de la adolescente debidamente explicado, solicitado y firmado por cada una de las adolescentes (Anexo 3).
- **Obtención de consentimiento para la participación en el estudio.** Se adjunta consentimiento informado de la OMS para el representante legal en

este caso la madre y el asentimiento para cada una de las adolescentes, previamente firmado.

9.2. Propósito del Estudio

El desarrollo de este trabajo tiene como finalidad evaluar y analizar la relación entre autoestima, relación de poder y debut sexual precoz; debido al inicio cada vez más temprano de la actividad sexual adolescente y a la persistencia del embarazo adolescente en nuestro país el estudio servirá para conocer la problemática actual, nuevos factores de riesgo y al no existir estudios locales del tema y conscientes que en tiempos actuales los adolescentes tienen grandes retos; consideramos realizar este estudio y diseñar medidas que apoyen la intervención, prevención de las campañas y programas sobre el tema; con el afán de reducir el número de niñas que a corta edad quedan embarazadas afectando no solo los ámbitos personal, familiar, social, educativo sino también la economía y realidad de nuestro país y del mundo entero.

9.3. Procedimiento

Se encuestó a las adolescentes tempranas y tardías (10-19 años), que acuden a la Consulta Externa de adolescentes del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora, utilizando el cuestionario de evaluación de autoestima con el fin de analizar la relación entre autoestima y relación de poder en el debut sexual precoz y embarazo de

adolescentes, durante el período febrero – junio del 2017 desde las 10 horas hasta las 16 horas, con un tiempo aproximado para llenar la encuesta de 5-8 minutos.

9.4. Duración

Cinco meses período comprendido febrero – junio del 2017.

9.5. Beneficios para los Sujetos Involucrados en el Estudio

Una vez evaluado el nivel de autoestima se emitirá un informe al departamento de psicología que abordará y manejará este aspecto; maximizando el bienestar de la adolescente según considere.

9.6. Los Riesgos y Posibles Molestias

Las adolescentes pueden pensar que proveer información para un trabajo de análisis es violar su privacidad sin embargo no incluye ningún tipo de riesgo y la información obtenida será utilizada explícitamente para lo antes indicado, no incluye ningún tipo de riesgo.

10. RESULTADOS

10.1. Características Socio Demográficas de las Adolescentes

Se estudiaron 145 adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa desde febrero a junio 2017. La edad más frecuente fue de 14-16 años (53%), seguido de 17 a 19 años (44.1%) y 13 años (2.76%), con un promedio de 16 años. En su gran mayoría fueron del área urbana, de la provincia de Pichincha cantón Quito (85,52%); solo tres embarazadas fueron de Imbabura y Cotopaxi (14,49%). Más de la mitad de las embarazadas continúan estudiando (60.69%). Trabajan (9%), otras actividades (2.76%).

Tabla 11. Características Sociodemográficas de adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017.

VARIABLES	No	%
Edad en años (n=145)		
13 años	4	2,76%
14 a 16	77	53,10%
17 a 19	64	44,14%
Media (DE) 16,3 (1,3)	Mediana (RIQ) 16,0 (16-17)	
Provincia (n=145)		
Pichincha	142	97,93%
Otros	3	2,07%
Cantón (n=145)		
Quito	140	96,55%
Otros	5	0,69%
Área (n=145)		
Urbana	124	85,52%
Rural Suburbana	21	14,49%
Estudia actualmente (n=145)		
Si	89	61,38%
No	56	38,62%
Trabaja (n=145)		
No	132	91,03%
Si	13	8,97%
Actividad (n=145)		
Estudiante	88	60,69%
Quehacer domestico	47	32,41%
Vendedora	6	4,14%
Otras.	3	2,76%

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

La edad de la pareja actual de las adolescentes fue de 18-21 años (58,27%), seguido de 14-17 y 22-25 años con frecuencias iguales (18.11 %). Las adolescentes viven en su mayoría con su familia (70.34%), seguido de la pareja (24.14%). En estado civil predominaron las solteras (67.59%). La mayoría no han vivido con otra pareja (85%), y han tenido otra pareja previa el (18%). El sustento familiar estuvo dado por los padres (65.52%).

**Tabla 12. Relaciones familiares y de pareja de las embarazadas adolescentes.
Quito, HGOIA 2017.**

Variable	No	%
Edad Pareja Actual (n=145)		
14 a 17	23	18,11%
18 a 21	74	58,27%
22 a 25	23	18,11%
27 a 30	7	5,51%
Media (DE)	19.6 (2.9)	
Mediana (RIQ)	19 (18-21)	
Con Quien vive (n=145)		
Familia	102	70,34%
Pareja	35	24,14%
Madre	5	3,45%
Amigos+ casa hogar	3	2,07%
Estado civil (n=145)		
Soltera	98	67,59%
Unión Libre + Casada	47	32,04%
Tiene Pareja (n=145)		
Con	103	85,12%
Sin	18	14,88%
Se Embarazó (n=145)		
No	94	95,92%
Si	4	4,08%
Sustento hogar (n=145)		
Padres	95	65,52%
Pareja	37	25,52%
Padres-nov	9	6,21%
Otros	4	2,76%

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

10.2. Características Familiares de las Adolescentes

El tipo de familia en el grupo de estudio fue mayormente de tipo nuclear (66,21%), seguido de monoparental (24,83%) y extenso (8,97%). Las relaciones familiares fueron buenas en la mayoría (82%), muy pocas refirieron malas relaciones (2%). La instrucción predominante, tanto de la madre como del padre, fue primaria completa (42,5% y 42,7), seguido de secundaria completa del padre (25,52%), madre (29,66%). Las frecuencias de instrucción superior incompleta tanto del padre como la madre fueron inferiores (9,5%).

Tabla 13. Características familiares de las adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017

Variable	No	%
Tipo familiar (n=145)		
Nuclear	96	66,21%
Monoparental	36	24,83%
Extensa	13	8,97%
Relación familiar (n=145)		
Buena	119	82,07%
Regular	23	15,86%
Mala	3	2,07%
Instrucción padre (n=145)		
Primaria completa	62	42,76%
Secundaria completa	37	25,52%
No relación	17	11,72%
Secundaria incompleta	13	8,97%
Primaria incompleta	7	4,83%
Superior incompleta	7	4,83%
Superior completa	2	1,38%
Instrucción madre (n=145)		
Primaria completa	66	45,52%
Secundaria completa	43	29,66%
Secundaria incompleta	14	9,66%
Primaria incompleta	10	6,90%
Superior incompleta	8	5,52%
No relación	4	2,76%

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

10.3. Actividad Sexual y Salud Sexual y Reproductiva

Inicio sexual

Un tercio de las encuestadas refirió un inicio sexual temprano 11-15 años (66,90%). En la mayoría de los casos los amigos no influyeron en el inicio sexual (93,79 %). En cuanto a su primera relación sexual coital un 11% dijeron que no fue voluntaria, lo que sugiere que pudo tratarse de violación; más de la mitad, decidieron juntos (51,72%).

Tabla 14. Actividad sexual y Salud Sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017.

VARIABLE	No	%
Edad primera relación sexual (n=145)		
11 a 15	97	66,90%
16 a 18	31	21,38%
No responde	17	11,72%
Media (DE)	14.6 (1.3)	
Mediana (RIQ)	15 (14-16)	
Decisión amigos (n=145)		
No	136	93,79%
Si	9	6,21%
Relación voluntaria (n=145)		
Si	129	88,97%
No	16	11,03%
Como Decidió (n=129)		
Decidieron juntos	77	59,69%
Simplemente paso	39	26,90%
Le convenció su pareja por insistencia ¹⁰		7,75%
Otras Razones	8	5,52%
Por curiosidad	2	1,55%
Usted le convenció	1	0,78%

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

La edad de la persona con quien tuvo su primera relación sexual fue 17-20 años (48.28%), 13-16 años (25.52%), no usaron anticonceptivos (58.62%), utilizaron (41.38%), método utilizado preservativo (86.67%).

Tabla 15. Actividad sexual y Salud Sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017.

VARIABLE	No	%
Edad de la persona con quien tuvo su primera Relación Sexual (n=145)		
13 a 16	37	25,52%
17 a 20	70	48,28%
21 a 28	19	13,10%
No sabe	19	13,10%
Media (DE) 18 (2.8)		
Mediana (RIQ) 18 (16-19)		
Tiempo de Relación (n=145)		
Menos 1 año	50	34,48%
1 año	59	40,69%
2 años y más	36	24,83%
Anticonceptivos primera relación sexual (n=145)		
No	85	58,62%
Si	60	41,38%
Métodos utilizado		
Preservativo	52	86,67%
Otro	8	13,34%

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

10.4. Embarazo Actual

En relación a la edad de la persona que embarazó, cerca de la mitad fueron adolescentes (48.28%), el 3,45% fueron de 30 a 45 años. Los restantes son jóvenes (6.21%) y adultos jóvenes (31.7%). En el tiempo de relación un tercio menos de un año (31%) seguido de 1 año. La relación actual es de novios en más de dos tercios (70.34%), seguido de esposo o pareja; un pequeño porcentaje fueron desconocidos o familiares, lo

que puede relacionarse con violación padrastra (4.83%). La relación no fue voluntaria en (8.28%), lo que sugiere violación.

Tabla 16. Actividad sexual y Salud Sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017.

VARIABLE	No	%
Edad de la persona que la embarazo (n=145)		
14 a 16	9	6,21%
17 a 19	70	48,28%
20 a 23	46	31,72%
24 a 28	9	6,21%
30 a 45	5	3,45%
No sabe	6	4,14%
Media (DE) 20 (4)		
Mediana (RIQ) 19 (18-21)		
Tiempo de Relación con persona que la embarazó (n=145)		
Menos1 año	45	31,03%
1 año	59	40,69%
2a3años	33	22,76%
4a6años	3	2,07%
No relación	5	3,45%
Relación con la pareja que quedó embarazada (n=145)		
Novio	102	70,34%
Esposo +pareja	25	17,24 %
Amigo +compa	9	6,21%
Desconocido	7	4,83%
Familiar +padrastra	2	1,38%
Relación voluntaria (n=145)		
Si	133	91,72%
No	12	8,28%

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

10.5. Autonomía y Autoestima

Existió un porcentaje importante de adolescentes que no tienen autonomía (29.66%) con un puntaje promedio de 3.1 con un puntaje máximo de 4. En relación a las preguntas que se hicieron con autonomía cerca de la mitad no tuvieron autonomía, la

decisión de relaciones sexuales la tomo solo la pareja (45.83%). En uso de anticonceptivos se repite la falta de autonomía con un mayor porcentaje, solo decide la pareja (60%), aunque hay que resaltar que los indicadores de autonomía cerca de la mitad hay autonomía y la otra mitad no.

En relación a autoestima hay un predominio de autoestima media (42,1% con 26-29 de puntaje) autoestima media (42.07), seguido de elevada (38.6%) y baja (19.31%).

Tabla 17. Autonomía y autoestima de las adolescentes. Quito, HGOIA. 2017

VARIABLE	No	%
Autonomía (n=145)		
No autonomía	33	22,16%
Baja	36	24,83%
Media	33	22,76%
Alta	43	29,66%
Media (DE) 3.1 (2.2)		
Mediana (RIQ) 4(2-6)		
Decisión de relaciones sexuales (n=145)		
Usted	61	42,36%
Los dos	15	10,42%
Pareja	67	45,83%
No relación	2	1,39%
Decisión de usar anticonceptivo (n=145)		
Usted	82	56,94%
Pareja	60	40,97%
Los dos	1	0,69 %
No relación	2	1,39%
Frecuencia de verse (n=145)		
Usted	69	47,59%
Pareja	60	41,38%
Los dos	14	9,66%
No relación	2	1,38%
Autoestima		
Puntajes (n=145)		
Alta	56	38,62%
Media	61	42,07%
Baja	28	19,31%
Media (DE) 28.5 (3.6)		
Mediana (RIQ) 28 (26.30)		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

10.6. Factores Asociados a Autoestima

Factores sociodemográficos y familiares

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas por características demográficas y laborales con autoestima, se encontró que las adolescentes de áreas urbanas presentan mayor riesgo de autoestima baja y media que las rurales y suburbanas, así como las más jóvenes 13-15 años tienen frecuencia mayor de autoestima baja. Cuando evaluamos nivel de estudio y autoestima, no hay diferencias significativas.

Tabla 18. Relación entre características demográficas y autoestima de adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017

Variables	Autoestima				OR (IC95%)	Valor p
	Baja y Media (n=89)		Alta (n=56)			
	No	%	No	%		
Área						
Rural y suburbana (n=21)	10	47,62%	11	52,38%	0,51 (0,20-1,3)	0,08
Urbana (n= 124)	79	63,71%	45	36,29%		
Provincia						
Imbabura (n=39)	1	33,33%	2	66,67%	0,30 (0,02-3,4)	0,19
Pichincha (n=142)	88	61,97%	54	38,03%		
Edad						
13a 15 (n=31)	20	64,52%	11	35,48%	1,18 (0,51-2,7)	0,34
16a19 (n=114)	69	60,53%	45	39,47%		
Estudian						
Si (n=89)	54	60,67%	35	39,33%	0,92 (0,46-1,8)	0,41
No (n=56)	35	62,50%	21	37,50%		
Nivel de educación						
Colegio (n=136)	85	62,50%	51	37,50%	2,08 (0,53-8,1)	0,15
Escuela (n=9)	4	44,44%	5	55,56%		
Trabajo						
Si (n=13)	8	61,54%	5	61,54%	1,00(0,63-1,5)	0,49
No (n=132)	81	61,36%	51	38,64%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Relaciones de pareja y características familiares

En autoestima y relaciones familiares con variable edad de la pareja no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, pero las que viven con la pareja, las casadas y unión libre tuvieron autoestimas más bajas.

Tabla 19. Relaciones de pareja, características familiares de adolescentes embarazadas con Autoestima. Quito, HGOIA 2017.

Variables	Autoestima				OR (IC95%)	Valor p
	Baja y Media (n=89)		Alta (n=56)			
	No	%	No	%		
Vive con						
Amigo+ casa hogar (n=3)	0	00,00%	3	100,00%		0,06
Familia+ madre (n=107)	65	60,75%	42	39,25%		
Pareja (n=35)	24	68,57%	11	31,43%		
Estado civil						
Soltera (n=98)	57	58,16%	41	41,84%	0,65(0.31-1.35)	0,13
Unión libre+ cas (n=47)	32	68,09%	15	31,91%		
Edad de la pareja						
14y15 (n=4)	3	75,00%	1	25,00%		0,8
16a19 (n=70)	42	60,00%	28	40,00%		
20a24 (n=45)	30	66,67%	15	33,33%		
25a30 (n=8)	5	62,50%	3	37,50%		
Vivido con otra pareja						
Si (n=9)	5	55,56%	4	44,44%	0,78 (0.2-3.)	0,36
No (n=135)	83	61,48%	52	38,52%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

En relación a las características de la familia no encontramos diferencias significativas pero cuando el sustento de la familia proviene de la pareja la autoestima es más baja. Adolescentes con familia extensa así como la comunicación mala y regular se asocian hasta un 84.62% a autoestima baja y media. Se encontró que adolescentes con buena comunicación familiar tuvieron menor riesgo de autoestima baja y media

comparado con otros. En la variable instrucción del padre mientras más baja sea la escolaridad mayor es la frecuencia de autoestima baja.

Tabla 20. Relación entre características familiares de adolescentes embarazadas con Autoestima. Quito, HGOIA 2017.

Variables P	Autoestima				OR (IC95%)	Valor
	Baja y Media (n=89)		Alta (n=56)			
	No	%	No	%		
Sustento familiar						
Pareja (n=37)	26	70,27%	11	29,73%	0,16	
Padres-nov (n=104)	62	59,62%	42	40,38%		
Otros (n=4)	1	25,00%	3	75,00%		
Tipo familiar						
Mononuclear (n=36)	21	58,33%	15	41,67%	0,19	
Nuclear (n= 96)	59	61,46%	37	38,54%		
Extensa (n=13)	9	69,23%	4	30,77%		
Relación de comunicación						
Buena (n=119)	67	56,30%	52	43,70%	4,2 (1.3-13.1)	0,003
Mala y regular(n=26)	22	84,62%	4	15,38%		
Instrucción del padre						
Primaria (n=69)	48	69,57%	21	30,43%	0,04	
Secundaria (n=50)	29	58,00%	21	42,00%		
Superior (n=9)	2	22,22%	7	77,78%		
No relación (n=17)	10	58,82%	7	41,18%		
Instrucción Madre						
Primaria (n=76)	49	64,47%	27	35,53%	0,6	
Secundaria (n=57)	32	56,14%	25	43,86%		
Superior (n=8)	4	50,00%	4	50,00%		
No relación (n=4)	4	100,00%	0	0,00%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Salud sexual y reproductiva y relaciones de poder

En lo que se refiere a autoestima con influencia de los amigos no hubo asociaciones estadísticamente significativas, sin embargo presentaron riesgo de autoestima media y baja más tendencia a baja y media autoestima hasta un 66%. Tienen mayor riesgo de baja autoestima aquellas que no saben la edad de la persona con quien tuvo la primera

relación sexual, tiempo corto de relación, que tuvieron una relación sexual no voluntaria.

Tabla 21. Relación entre actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes embarazadas con Autoestima. Quito, HGOIA 2017

Variables	Autoestima		OR (IC95%)	Valor p		
	Baja y Media (n=89)	Alta (n=56)				
	No	%	No	%		
Influencia de amigos						
Si (n=9)	6	66,67%	3	33,33%	1,2 (0.30-5.32)	0,38
No (n=136)	83	61,03%	53	38,97%		
Edad de la primera relación sexual						
11 a 15 (n=97)	61	62,89%	36	37,11%	0,69	
16 a 18 (n=31)	17	54,84%	14	45,16%		
No responde (n=17)	11	64,71%	6	35,29%		
Relación voluntaria						
Si (n=129)	79	61,24%	50	38,76%	0,94(0.32-2.77)	0,46
No (n=16)	10	62,50%	6	37,50%		
Edad de persona primera relación sexual						
13 a 16 (n=37)	22	59,46%	15	40,54%	0,76	
17 a 20 (n=70)	44	62,86%	26	37,14%		
21 a 28 (n=19)	10	52,63%	9	47,37%		
No sabe (n=19)	13	68,42%	6	31,58%		
Tiempo de relación						
1 a 6m (n=54)	35	64,81%	9	35,19%	0,58	
7 a 11m (n=9)	5	55,56%	4	44,44%		
1 a 2a (n=45)	27	60,00%	18	40,00%		
3 a 6a (n=12)	5	41,67%	7	58,33%		
No relación (n=25)	17	68,00%	8	32,00%		
Anticoncepción en primera relación sexual						
Si (n=60)	40	66,67%	20	33,33%	1,4 (0.73-2.9)	0,13
No (n=85)	49	57,65%	36	42,35%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

En cuanto a autoestima con las variables del embarazo actual no se halló asociaciones, estadísticamente significativas, pero hubo mayor riesgo de autoestima baja mientras más joven es la adolescente 14-15 años, en tiempo de relación de 1 año y menos, cuando su relación es con desconocido seguido de familiar y compañero.

Tabla 22. Relación entre actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes embarazadas con Autoestima. Quito, HGOIA 2017

Variables	Autoestima				OR (IC95%)	Valor p
	Baja y Media (n=89)		Alta (n=56)			
	No	%	No	%		
Edad en años de la embarazada						
14 a 15 (n=6)	5	83,33%	1	16,67%		0,35
16 a 19 (n=73)	47	64,38%	26	64,38%		
20 a 24 (n=49)	26	53,06%	23	46,94%		
25ymas (n=11)	6	54,55%	5	45,45%		
No sabe (n=6)	5	83,33%	1	16,67%		
Tiempo de relación						
Menos1año (n=50)	33	66,00%	17	34,00%		0,05
1año (n=59)	40	67,80%	19	32,20%		
2 años y + (n=36)	16	32,20%	20	55,56%		
Relación de pareja						
Amigo + compañero (n=9)	6	66,67%	3	33,33%		0,67
Desconocido (n=2)	2	100,00%	0	0,00%		
Familiar (n=3)	2	66,67%	1	33,33%		
Novio y esposo (n=127)	76	59,84%	51	40,16%		
Relación voluntaria						
Si (n=133)	83	62,41%	50	37,59%	1,6 (0,50-5,4)	0,20
No (n=12)	6	50,00%	6	50,00%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

No se halló asociación entre autoestima y autonomía, sin embargo en más de la mitad de las adolescentes hubo relación de poder y por tanto riesgo de baja autoestima (67.74%).

Tabla 23. Relación entre Autonomía de adolescentes embarazadas con Autoestima.

Quito, HGOIA 2017

Variables	Autoestima				OR (IC95%)	Valor p
	Baja y Media (n=89)		Alta (n=56)			
	No	%	No	%		
Autonomía						
No autonomía (n=33)	20	60,61%	13	39,39%		0,57
Baja (n=38)	25	65,7%	13	34,21%		
Media (n=31)	21	67,74%	10	32,26%		
Alta (n=43)	23	53,49%	20	46,51%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Para el nivel de autoestima en el análisis multivarial las variables que presentaron asociaciones estadísticamente significativas fueron las relaciones familiares, con quien vive, instrucción del padre, edad de la persona de la que está embarazada.

Las embarazadas que presentan malas relaciones familiares tienen 8.5 veces más probabilidad de baja autoestima. Las adolescentes que viven con amigos presentan 4,3 veces más bajo autoestima de las que viven con familiares. La instrucción primaria completa del padre tuvo 2,5 veces más riesgo de bajo autoestima. La mayor edad de la persona que embarazó a la adolescente aumenta 1,23 veces más el riesgo de autoestima baja.

Tabla 24. Factores asociados con autoestima de adolescentes embarazadas. Quito, HGOIA 2017

VARIABLES	AUTOESTIMA MEDIA /BAJA		
	OR Ajustado		
	OR	IC 95%	Valor p
Relaciones familiares (malas)	8,58	7,8 – 9,3	0,002
Con quien vive (amigos y casa hogar)	4,38	3,8 - 4,9	0,009
Instrucción del padre (primaria)	2,45	2,08-2,8	0,014
Edad de persona de quien está embarazada	1,23	1,11-1,28	0,012

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

10.7. Factores Asociados a Debut Sexual Precoz

Factores sociodemográficos y familiares

No se evidenciaron asociaciones significativas entre las variables edad de inicio de primera relación sexual y el área de procedencia, sin embargo las adolescentes del área rural, suburbano y de provincia tuvieron una mayor probabilidad de inicio de primera relación sexual precoz en edades comprendidas entre 11-15 años en relación a las del área urbana.

Tabla 25. Relación entre características socio demográficas de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017.

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				Valor p
	11a15+ NR (114)		16ª18(31)		
	No	%	No	%	
Área					
Rural +sub (n=21)	18	85,71%	3	14,29%	0,31
Urbana (n=124)	96	77,42%	28	22,58%	
Provincia					
Imbabura (n=3)	3	100%	0	0,00%	0,39
Pichincha (n=142)	111	78,17%	31	21,83%	
Estudian					
SI (n=8)	71	79,77%	18	20,22%	0,63
NO (n=56)	43	76,79%	13	23,21%	
Nivel de estudios					
Colegio (n=136)	107	88,23%	29	21,32%	0,9
Escuela (n=9)	7	32,43%	2	22,22%	
Trabajan					
SI (n=13)	11	84,61%	2	15,38%	0,8
NO (n=132)	103	78,03%	29	21,97%	

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Relaciones de pareja y características familiares

La edad de inicio de actividad sexual estuvo entre 16-19 años, seguida de 13 a 15 años con una media - 0.22 no estadísticamente significativa.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad de inicio y el nivel de estudios la mayoría fueron estudiantes de colegio de edades entre 11 y 15 años y no trabajan.

No hubo significación estadística entre edad de inicio de primera relación sexual y con quien vive, pero tuvieron mayor riesgo aquellas adolescentes solteras entre 11 a 15 años que viven en casa de amigos y casa hogar (100%) seguidas de las que viven con la madre (78%), familia y con la pareja en mínimo porcentaje.

No hubo asociación entre edad de la pareja y debut sexual precoz pero mientras menor edad tenga, incrementa el riesgo de inicio de actividad sexual (100%), así como, en las adolescentes en las que el sustento del hogar estuvo dado por otros (amigos, vecinos).

Tabla 26. Relaciones de pareja y características familiares de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				OR (IC95%)	Valor p
	11a15 +NR (114)		16a8 (31)			
	No	%	No	%		
Vive con						
Amigo+casa hogar (n=3)	3	100,00%	0	0,00%		0,6
Familia y madre (n=107)	84	78,50%	23	21,50%		
Pareja (n=35)	27	77,14%	8	22,86%		
Estado civil						
Soltera (n=98)	79	80,61%	19	19,39%	1,42 (0.6-3.2)	0,2
Unión Libre + cas (n=47)	35	74,47%	12	25,53%		
Edad en años de la pareja						
14y15 (n=4)	4	100,00%	0	0,00%		0,28
16a19 (n=70)	51	72,86%	19	27,14%		
20a24 (n=45)	38	84,44%	7	15,56%		
25a30 (n=8)	7	87,50%	1	12,50%		
Tienen pareja						
Con (n=127)	100	78,74%	27	21,26%	1,05 (0,32- 3,4)	0,44
Sin (n=18)	14	77,78%	4	22,22%		
Vivido con otra pareja						
Si (n=9)	6	66,67%	3	33,33%	0,50 (0,12-2,2)	0,20
No(n=135)	107	33,33%	28	20,74%		
Sostén económico						
Otros(n=4)	4	100,00%	0	0,00%		0,52
Pareja(n=37)	28	75,68%	9	24,32%		
Padres-nov(n=104)	82	78,85%	22	21,15%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre edad de inicio de primera relación sexual de adolescentes con familias extensas, seguido de mononuclear. Así mismo en las adolescentes con relaciones familiares mala y regular. Hubo riesgo directo cuando el padre y la madre tienen instrucción primaria completa, así mismo el riesgo incrementa si la instrucción es superior completa y si no hay relación con el padre.

Tabla 27. Relaciones entre características familiares de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017.

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				OR (IC95%)	Valor p
	11a15 +NR (114)		16 a 18 (31)			
	No	%	No	%		
Tipo de familia						
Mononuclear (n=36)	33	91,67%	3	8,33%		0,004
Nuclear (n=96)	68	70,83%	28	29,17%		
Extensa (n=13)	13	100,00%	0	0,00%		
Relación familiar						
Mala-regular(n=26)	23	88,46%	3	11,54%	2,3 (0,65-8,4)	0,09
Buena(n=119)	91	76,47%	28	23,53%		
Instrucción del Padre						
Primaria(n=69)	53	76,81%	16	23,19%		0,08
Secundaria(n=50)	36	72,00%	14	28,00%		
Superior(n=9)	8	88,89%	1	11,11%		
No relación(n=17)	17	100,00%	0	0,00%		
Instrucción de la madre						
Primaria(n=76)	68	89,47%	8	10,53%		0,008
Secundaria(n=57)	37	64,91%	20	35,09%		
Superior(n=8)	6	75,00%	2	75,00%		
No relación(n=4)	3	75,00%	1	25,00%		

(*) NR= No responde

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Salud sexual y reproductiva, relaciones de poder

No hubo asociaciones entre edad de inicio y la influencia de amigos, pero si el riesgo aumenta si es decisión solo de la adolescente (78.68%). Hallamos diferencias significativas estadísticamente entre la edad de la primera relación sexual y tiempo de relación con aquellas que no saben (p 0.0002). Se incrementó el riesgo cuando utilizan métodos anticonceptivos (80%) y más de la mitad (84.6%) utilizó preservativo.

Tabla 28. Relación de actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017.

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				OR (IC95%)	Valor p
	11a15 +NR (114)		16a18 (31)			
	No	%	No	%		
Influencia de amigos en la primera relación sexual						
Si (n=9)	7	77,78%	2	22,22%	0,94(0,18-4,8)	0,45
No(n=136)	107	78,68%	29	21,32%		
Primera relación sexual voluntaria						
Si(n=129)	98	75,97%	31	24,03%		0,008
No(n=16)	16	100,00%	0	0,00%		
Tiempo de relación						
1a6m(n=54)	49	90,74%	5	9,26%		0,0002
7a11m(n=9)	3	33,33%	6	66,67%		
1a2a(n=45)	30	66,67%	15	33,33%		
3a6a(n=12)	9	75,00%	3	25,00%		
No relación(n=25)	23	92,00%	2	8,00%		
Método anticonceptivo						
Si(n=60)	48	80,00%	12	20,00%	1,15(0,51-2,5)	0,37
No(n=85)	66	77,65%	19	22,35%		
Método utilizado						
Preservativo(n=52)	44	84,62%	8	15,38%	5,5(1,13-26,6)	0,024
Otro(n=8)	4	50,00%	4	50,00%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

En relación a edad de primera relación sexual con variables como edad de la persona que la embarazó aumenta el riesgo de actividad sexual temprana a los 14-15 años así como en las que no saben y si la relación es voluntaria (76.9%).

Tabla 29. Relación de actividad sexual y salud reproductiva de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				Valor p
	11 a 15 +NR (114)		16 a 18(31)		
	No	%	No	%	
Edad de la persona que la embarazo					
14 a 15(n=6)	6	100,00%	0	0,00%	0,08
16 a 19(n=73)	61	83,56%	12	16,44%	
20 a 24(n=49)	33	67,35%	16	32,65%	
25ymas(n=11)	8	72,73%	3	27,27%	
No sabe(n=6)	6	100,00%	0	0,00%	
Tiempo de relación					
Menos1a(n=50)	42	84,00%	8	16,00%	0,25
1año 1 (n=59)	47	79,66%	12	20,34%	
2 años y +(n=36)	25	69,44%	11	30,56%	
Relación de pareja					
Amigo + compañero(n=9)	7	77,78%	2	22,22%	0,6
Desconocido(n=2)	2	100,00%	0	0,00%	
Familia(n=3)	3	100,00%	0	0,00%	
Novio-esposo (n=127)	98	77,17%	29	22,83%	
Relación voluntaria					
Si (n=133)	102	76,69%	31	23,31%	0,024
No(n=12)	12	100,00%	0	0,00%	

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Existe relación estadística de inicio precoz de actividad sexual y uso de métodos anticonceptivos, si decide la pareja, así mismo si es el novio el que decide, y hay riesgo de hasta un 73% cuando decide ella, en quien decide cuando tener relaciones y cuando verse el riesgo es mayor si ella es quien decide, sin significancia estadística.

Tabla 30. Relación entre autonomía de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				OR (IC95%)	Valor p
	11a15 +NR (114)		16 a 18(31)			
	No	%	No	%		
Decisión de tener relaciones sexuales						
0(n=66)	52	78,79%	14	21,21%	0,17	
1(n=15)	9	60,00%	6	40,00%		
2(n=61)	50	81,97%	11	18,03%		
Decisión en utilización de métodos anticonceptivos						
0(n=58)	50	86,21%	8	13,79%	0,03	
1(n=1)	0	0,00%	1	100,00%		
2(n=82)	60	73,17%	22	26,83%		
Frecuencia de verse						
0(n=60)	46	76,67%	14	23,33%	0,29	
1(n=14)	9	64,29%	5	35,71%		
2(n=69)	57	82,61%	12	17,39%		
Autonomía						
No autovía (n=33)	28	84,85%	5	15,15%	0,5	
Baja (n=38)	28	73,68%	10	26,32%		
Media (n=31)	23	74,19%	8	25,81%		
Alta(n=43)	35	81,40%	8	18,60%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

No hubo asociación en el grupo de estudio entre autoestima e inicio de primera relación sexual que sea significativa, sin embargo cuando el autoestima es media y baja aumenta el riesgo de debut sexual precoz.

Tabla 31. Relación entre autoestima de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017

Variables	Edad de inicio de la primera relación sexual				OR (IC95%)	Valor p
	11a15 +NR (114)		16 a 18(31)			
	No	%	No	%		
Autoestima						
Media-baja	72	80,90%	17	19,10%	89 1,4(0,63-3,1)	0,20
Alta	42	75,00%	14	25,00%		

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

Se realizó análisis multivarial con regresión logística y las variables que se asociaron a debut sexual precoz, en las adolescentes tempranas y tardías fueron, nivel educación de la embarazada, a mayor educación, menor riesgo de relaciones tempranas (OR= 0,02, IC 95% 0,019-0,02). Relación familiar mala fue un riesgo alto para debut sexual precoz (OR: 3.5, IC95% 2.9-2.1, p: 0.028). Las adolescentes con relaciones sexuales voluntarias, tuvieron menor riesgo de sexo precoz (OR= 0.19 IC95%, 0.22-0.17 p0.08).

Tabla 32. Relación entre características sociodemográficos de adolescentes embarazadas con debut sexual precoz. Quito, HGOIA 2017.

VARIABLES	DEBUT SEXUAL PRECOZ		
	Ajustados		
	OR	IC 95%	Valor p
Nivel de educación adolescente	0,020	0,019-0,020	0,001
Relaciones familiares malas	3,5	2,9 – 2,1	0,028
Relación voluntaria	0,19	0,22-0,17	0,008

Elaborado por: Castillo R., Quishpe Carmen.

11. DISCUSIÓN

11.1. Debut Sexual Precoz, Relaciones de Poder y Autoestima

En el presente estudio se encontró que el 63% de las adolescentes embarazadas debutaron sexualmente antes de los 15 años, con un promedio de 16 años. Estos datos coinciden con un estudio en 158 adolescentes embarazadas en México en donde el 67.1% iniciaron las relaciones sexuales antes de los 15 años, con promedio de edad de debut sexual de 15.6 años (Cuauhtémoc, 2013).

El debut sexual precoz es un problema reportado en varios estudios. Según reportes de la ENSANUT Ecuador (2012), el 11 % de las adolescentes menores de 15 años debutaron sexualmente. La UNICEF también reporta un resultado similar a ENSANUT en varios países de la región en mujeres entre 15 y 24 años, encontrando que el 11% de ellas tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años (UNICEF, 2015). En Ecuador, según un estudio del 2012, el 8% de mujeres de 15-24 años han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando al 30% antes de los 18 años y llega al 46,2% antes de cumplir 25 años (Gaviria & Chaskel, 2012). En un estudio venezolano se reporta que el 60% de las mujeres entre 15 y 24 años, afirmaron haber iniciado su primera relación sexual antes de los 18 años.

En nuestro estudio se encontró baja autoestima en 19,35% de las embarazadas adolescentes, seguido de media 42.07%. Estudios similares en embarazadas adolescentes, reportaron valores diferentes de niveles de autoestima. Liezel y

Monterrosa, en México, reportaron 27% de baja autoestima, 63% moderada y 9% alta (Liezal Ulloque-Caamaño&Álvaro Monterrosa-Castro&, 2015). Camargo en Chile, utilizando la escala de Rosemberg, observó que el 31,82% presentó autoestima baja, el 59,09% normal y el 9,09% autoestima alta (Camargo, 2011). Esto hallazgos de menor frecuencia de autoestima baja pueden explicarse, por un lado, por una mayor aceptación del embarazo adolescente en un país como Ecuador con gran diversidad socio cultural y menor desarrollo socioeconómico que Chile y México, pero también porque las embarazadas adolescentes que acuden al servicio de adolescentes del HGOIA reciben intervenciones psicológicas, apoyo familiar y social desde la primera consulta. En el presente estudio no se investigó el tiempo de reclutamiento e intervención de las adolescentes embarazadas para evaluar si esta variable influía en la autoestima.

En la evaluación de relaciones de poder con la pareja relación se encontró que más de la mitad de las adolescentes del estudio no tienen autonomía (60.61 %). Un hecho realmente preocupante, en este aspecto, es que la decisión de tener relaciones sexuales en su mayoría la tomó la pareja de la adolescente (45.83%). Esto podría estar relacionado con la falta de asertividad de las adolescentes para decir “no”; a ello se suma conceptos de género y valores arraigados desde la niñez en donde la noción de virilidad se impone social y culturalmente, por el contrario para las mujeres la expectativa se centra en una sexualidad sin erotismo (Checa, 2005). Según Tuñón y Nazar el desencuentro común entre mujeres y varones es cuando estos demandan tener relaciones sexuales como “muestra de amor” y ellas subliman en la futura maternidad el acceso al placer sexual (Tuñón Esperanza, 2004).

No se estudió, si el embarazo fue deseado, solamente se preguntó si la relación sexual fue voluntaria. En futuros estudios hay que incluir esta variable.

11.2. Factores Asociados a Debut Sexual Precoz

Los factores que se asociaron con debut sexual precoz en el análisis multivariado fueron: las relaciones familiares malas, baja instrucción de la adolescente y la relación no voluntaria que ocasionó el embarazo. Se encontró una asociación muy fuerte con nivel educación de la embarazada, a mayor educación, menor riesgo de relaciones tempranas (OR: 0,02, IC 95% 0,019-0,02). Esto coincide con un estudio realizado por Arillo Gloria México 2008, que menciona que a mayor educación, menor porcentaje de mujeres adolescentes sexualmente activas, debido a que las mujeres sin escolaridad suelen unirse de manera temprana, y cuando la adolescente tiene estudios, su proyecto de vida se amplía y tiende a postergar el inicio de la vida sexual o adoptar la práctica de un sexo más seguro (Menkes Bancet, 2003).

Según Arias, Guatemala 2014, si la mujer recibe 10 o más años de escolaridad tiene 4 veces menos probabilidad de iniciar su actividad sexual antes de cumplir los 20 años, en relación aquellas que han recibido 4 años de escolaridad (Arias, 2014). De ahí que el Estado debe garantizar el acceso y permanencia de la educación del adolescente hasta noveno grado. En Ecuador según el Código de Niñez y Adolescencia la educación pública es laica en todos sus niveles, obligatoria hasta el décimo año de educación básica y gratuita hasta el bachillerato o su equivalencia (Congreso Nacional, 2008).

En el presente estudio la relación familiar mala fue un riesgo alto para debut sexual precoz (OR: 3.5, IC95% 2.9-2.1, p: 0.028). Este hallazgo coincide con Martínez que reporta, las relaciones familiares malas influyen directamente en el comportamiento adolescente, por lo que menciona estrategias para mejorarlas como la comunicación familiar que debe ser dinámica en todo momento y etapa evolutiva de la familia. Mantener la autoestima bien construida y reconocer estrategias para ser asertivos y consistentes a la hora de enfrentar problemas, advierte la necesidad de apoyar a las madres y padres en la adquisición de habilidades sociales y de orientación para la vida familiar (Martinez, 2012).

Las adolescentes con relaciones sexuales voluntarias, tuvieron menor riesgo de sexo precoz (OR: 0.19 IC95%, 0.22-0.17 p0.08). En nuestro estudio 11% de adolescentes tuvieron su inicio sexual no voluntario (violación). Un estudio publicado por el Consejo Nacional para la igualdad de género 2014 informa que la violencia sexual en Ecuador es cada vez más elevada con un total (53,5%) , de estos, un 10.4% corresponde a abuso sexual antes de los 18 años de edad, 45% por amigos y familiares, enamorados o conocidos 37% ,el 40% de las niñas y adolescentes no comunicaron lo ocurrido, el 28% no fue creído por los allegados, 16% calló por que el agresor pidió guardar silencio, 55,6% la familia tomó medidas y el 15% denunció (INEC, 2014) .

La violación sexual en cualquiera de los ámbitos produce efectos devastadores para las mujeres incluyendo: feminicidio, lesiones y daños físicos, deterioro de la autoestima, depresión, intento de suicidio, alteraciones emocionales y psicológicas. Por

lo tanto es obligación del Estado otorgar la tutela oportuna y eficaz en cada caso, lo cual dará más confianza a las mujeres para denunciar cualquier hecho de violencia.

No se encontró asociaciones estadísticamente significativas entre inicio sexual precoz con nivel de autoestima y autonomía. En estudios recientes se reporta que la baja autoestima, así como el hecho “me convenció por insistencia” es predictor de un inicio sexual temprano y sin duda el factor más comprobado como agente de las conductas sexuales de riesgo es la baja autoestima, ya que de ella nace la inseguridad, el miedo a ser rechazado, tener bajas aspiraciones en la vida o una falta de autocontrol emocional (Castro, 2010). La discrepancia con nuestro estudio se explicaría porque el grupo de este estudio son adolescentes embarazadas con intervenciones previas.

11.3. Factores Asociados a Autoestima

La evaluación de los factores asociados con autoestima se encontraron las variables que presentaron asociaciones estadísticamente significativas fueron: las malas relaciones familiares, vivir con amigos y casa hogar, baja instrucción del padre y la mayor edad de la persona de la que está embarazada.

Las adolescentes embarazadas que tuvieron malas relaciones familiares presentaron baja autoestima (OR: 8,58; IC: 7,8-9,3; p: 0.002), al igual que las adolescentes embarazadas que viven con amigos y casa hogar (OR: 4,38; IC: 3,8-4,9; p= 0.009). Coincidiendo con esta hallazgo, Monserrat en México, refiere que el embarazo adolescente está vinculado con disfuncionalidad familiar, ya que la gran mayoría de las

adolescentes encuestadas se encontraban en núcleos familiares desintegrados y una pésima comunicación, afectando la autoestima (Montserrat Muñoz&, 2015).

En relación a la instrucción, el en presente estudio se encontró que a menor escolaridad mayor riesgo autoestima baja (OR: 2,45; IC: 2,08-2,8; p: 0.014), Lo anterior concuerda con un informe de Coleman, Campbell, Hobson, Mcpartland, que también reporta que la escolaridad baja de los padres influye en niveles bajos autoestima de las adolescentes (Valdez M. , 2009). Valdez México 2014, considera la escolaridad y cultura de los padres, variable importante del autoestima de adolescentes (Valdez S. , 2014).

Otra variable vinculada fuertemente a baja autoestima es la edad de la persona que embarazo a la adolescente, a mayor edad de la pareja más baja autoestima (OR: 1,23; IC: 1,11-1,28; p: 0.012). El grupo de edad de la persona con quien tuvo su primera relación sexual de mayor frecuencia fue 17-20 años (48.3%). Un estudio chileno, en embarazadas adolescentes con autoestima baja, encontró que la edad de la pareja fue significativamente mayor, el 64,3% fueron adultos (Liezal Ulloque-Caamaño&Álvaro Monterrosa-Castro&, 2015). Wilson–Mitchell 2015, evidenciaron que la mayoría de adolescentes embarazadas con baja autoestima (edad promedio 15,6±0,9 años) tenían adultos como pareja (75%) (Wilson-Mitchell, 2015).

12. LIMITACIONES

- Tamaño de la muestra se realizó a 145 adolescentes embarazadas, en función del tiempo no se logró captar un mayor número.
- Estudio realizado en un solo hospital, lo cual no permite extrapolar los resultados.

13. CONCLUSIONES

- La edad de debut sexual de las adolescentes tempranas y tardías del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora es de 11-14 años.
- El nivel de autoestima, utilizando la escala de Rosemberg, en las adolescentes embarazadas fue bajo (19.31%) comparado con otros estudios.
- Los factores asociados a debut sexual precoz fueron: nivel de educación de la adolescente, relaciones familiares malas y las relaciones sexuales no voluntarias.
- Los factores asociados a autoestima baja fueron: relaciones familiares malas, el vivir con amigos y casa hogar, instrucción primaria del padre y la edad de la persona de quien está embarazada (adultos).
- Las adolescentes embarazadas no tuvieron autonomía en el 84,85 %.

14. RECOMENDACIONES

- Consideramos que se debe iniciar información dinámica y constante de los programas instaurados por el MSP en adolescencia temprana y evaluar.
- Se debe fomentar buenas relaciones familiares valoradas por personal de los centros de salud (médico, psicólogo, enfermera, trabajo social) mediante estrategias a los padres o tutores, en la adquisición de habilidades sociales y de orientación para la vida familiar.
- Otorgar información a los padres acerca de la importancia de la autonomía y asertividad en la vida de la adolescente.
- Aplicación de la escala de Rosemberg modificada y seguimiento en las unidades hospitalarias donde se atienden adolescentes embarazadas.
- Se debe mantener un trabajo constante en la autoestima de la niñez y adolescencia sobre todo en la temprana, sea con talleres de crecimiento personal, actividades extracurriculares de beneficio personal y colectivo.
- Se recomienda realizar estudios similares multicentricos comparando lugares con intervenciones como el HGOIA con unidades de salud sin intervenciones y con muestras más grandes.

15. ANEXOS

ANEXO 1.- Aspectos Éticos

Acta de Confidencialidad

Al objeto de garantizar la confidencialidad del presente proyecto “autoestima y relación de poder asociados a debut sexual y embarazo precoz en adolescentes tempranas y tardías de Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora período febrero - junio 2017”, se hace necesario la firma de un acta que garantice niveles de confianza.

Nosotras las Doctoras: Carmen Quishpe Zagal, Rocio Castillo Alvarez, nos comprometemos a cumplir los siguientes aspectos:

No se revelara la identidad de las adolescentes que participen en la investigación.

La Información que obtengamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial, y no se divulgará y nadie, sino las investigadoras tendrán acceso a verla.

En acuerdo a esta acta, y en prueba de su conformidad se firma por duplicado.

Lugar y fecha:

Dra. Carmen Quishpe

CI: 1712750841

Dra. Rocio Castillo

CI: 1103655674

Consentimiento de la representante legal de la adolescente

Nombre del Investigador Principal: DRA: CARMEN DIANA QUISHPE

DRA: ROCIO CASTILLO

Nombre de la Organización: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador

Nombre del Patrocinador: Postgrado de Pediatría

Nombre de la Propuesta y versión: Autoestima y relación de poder asociados a debut sexual y embarazo precoz en adolescentes tempranas y tardías que acuden a la consulta externa de Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, periodo febrero - junio 2017

Objetivo: Analizar la relación entre autoestima y relación de poder en el debut sexual precoz y embarazo de adolescentes tempranas y tardías (12-19 años), de la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

Introducción: Estudios realizados a nivel mundial y Latinoamérica en países similares a Ecuador: demuestran que existe un incremento en el inicio de actividad sexual siendo cada vez más temprana, así como encontraron varios factores asociados a dicha actividad como: familiares, psicológicos, la presión de la pareja, amigos e influencia cultural.

Justificación: El desarrollo de este trabajo tiene como finalidad evaluar y analizar la relación entre autoestima, relación de poder y debut sexual precoz; y debido a la persistencia del embarazo adolescente en nuestro país al no existir estudios del tema y conscientes que en tiempos actuales los adolescentes tienen grandes retos; consideramos realizar este estudio y diseñar medidas que apoyen la intervención, prevención de las campañas y programas sobre el tema en estudio; con el afán de reducir el número de adolescentes que a corta edad quedan embarazadas afectando no solo los ámbitos personal, familiar, social, educativo sino también la economía y realidad de nuestro país y del mundo entero.

Condiciones Éticas

No se compartirá la identidad de las adolescentes que participen en la investigación. La Información que obtengamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La Información de la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino las investigadoras tendrán acceso a verla. No se compartirá ni entregará a nadie excepto a las Dras. Quishpe, Castillo, quienes tendrán acceso a la información, tal como patrocinadoras de la investigación, y médicas de la institución.

Firma del acta de confidencialidad se adjunta debidamente firmada (Anexo 1)

Anonimato de datos. No se utilizará nombres, apellidos, números de historias clínicas, con el fin de no revelar datos que puedan identificar a la adolescente en estudio.

Uso exclusivo de información para esta investigación. Los datos obtenidos serán de uso solo para el desarrollo de esta investigación la misma que será publicada en una revista indexada

Solicitamos a usted su autorización en calidad de representante de la adolescente en etapa temprana y tardía (10-19 años) que acuden al control por consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora a ser participantes de la investigación y evaluación del tema autoestima y relación de poder asociados a debut sexual y embarazo precoz en adolescentes tempranas y tardías con el fin de evaluar la relación que existe entre el autoestima y la relación de poder ante la decisión de relaciones sexuales coitales tempranamente .

Su hija no sufrirá ningún daño, y podrá retirarse cuando ella lo considere.

Tipo de Intervención de Investigación

La investigación a realizarse consiste en recopilar datos utilizando parámetros del cuestionario de evaluación de autoestima de Rosemberg modificado y encuesta de sexualidad general (prácticas de becwith) en el período marzo -junio del 2017.

Procedimientos y Protocolo

Se utilizará el cuestionario de evaluación de autoestima, y la encuesta de sexualidad general.

En el instrumento constan parámetros para explorar:

- Autoestima personal
- Autoestima académico

- Autoestima familiar.

Preguntas generales de situación económica, nivel social, aspectos familiares y preguntas de sexualidad como utilización de anticonceptivos, cuales conoce, si son fáciles de conseguir, quien lo hace, entre otras.

A Quién Contactar

Si su hija tiene alguna inquietud respecto a la encuesta cualquier momento o incluso después de haber iniciado el estudio, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas:

Dra. Carmen Diana Quishpe Zagal Pontificia Universidad Católica del Ecuador
0987063946 di_anny@hotmail.es

Dra. Rocio Piedad Castillo Alvarez Pontificia Universidad Católica del Ecuador
0983742872 rose1904toy@hotmail.com

Yo _____ en calidad de representante autorizo y consiento voluntariamente a la adolescente, participar en esta investigación.

Firma de representante _____ **Fecha** _____

Día/mes/año

Si es analfabeta huella digital:

Asentimiento

Molestias:

Si usted presenta molestia debe comunicarnos lo más pronto posible y/o sus padres. Durante el tiempo de llenado de las encuestas no serán largas y se contestara en el mismo día.

Beneficios:

La investigación será tratada sin costo. Puede que no haya beneficio para usted, en este momento pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Habrá beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, en las adolescentes actuales y en generaciones futuras.

Entiendo que la investigación consiste en evaluar por medio de una encuesta el autoestima y la relación de poder y el debut sexual precoz en adolescentes tempranas y tardías que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información y la entiendo.

Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo.

Yo _____ **acepto voluntariamente**
participar en esta investigación.

Firma _____

Fecha _____

Día/mes/año _____

Si es analfabeta

Huella digital _____

ANEXO 2.- Instrumentos

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR POSTGRADO DE PEDIATRÍA

No de encuesta: _____

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. Lugar de residencia:

1. Provincia: _____ 2. Cantón: _____ 3. Parroquia: _____
 Área: Urbana () Área Suburbana () Área Rural ()

2. Estudia: 1. Si () 2. No ()
 Escuela () Colegio () Fiscal () Privado () Fiscomisional.
 Curso.....

Si no estudia cuantos años estudió:

3. Trabaja: 1. Si () Actividad a la que se dedica
 2.No ()

II. IDENTIFICACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. Actualmente con quien vive:

a. () Sola b. () Con su familia c. () Con amigos d. () Con su pareja

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

a. Soltera () b. Casada () c. Unión libre () d. Divorciada () e. Viuda ()

4. Cuantos años tiene su pareja actual:

5. ¿Ha vivido con otra pareja alguna vez?

a. Si () b. No () ¿Cuántos años tenía?.....Se embarazo? Si.....No....

6. ¿Quién sostiene económicamente su hogar?

a. Padres () b. Pareja () c. Los dos () d. Otros ()

III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

1.- Tipo de familia:

- a. Familia nuclear: Padre, Madre y hermanos ()
 b. Familia extensa: abuelos, tíos, primos y otros parientes ()
 c. Familia monoparental: madre o e padre ()

2.- Sus relaciones de comunicación con los padres lo consideras:

a. Buena () b. Regular () c. Mala ()

3.- Instrucción de padres:

Padre: a. Primaria () b. Secundaria () c. Superior () Años de estudio: ____
 Madre: a. Primaria () b.-Secundaria () c.-Superior () Años de estudio: ____

IV. ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Primera Relación

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

- a. Años () b. No desea responder ()

2. Sus amigas /os influyeron en la decisión de tener relaciones sexuales

- a. Si () b. No ()

3. Su primera relación sexual fue voluntaria.

- a. Si () b. No () (si la respuesta es negativa, pasar a la pregunta 7 .Gracias)

Si la respuesta fue sí, cómo decidió:

- a. Decidieron juntos ()
 b. Usted le convenció ()
 c. Le convenció su pareja por insistencia ()
 e. Simplemente pasó ()
 f. Por curiosidad ()
 g. Otras razones () Especificar_____

4. ¿Qué edad aproximadamente tenía la persona con quien tuvo la primera relación sexual (coito)?

- a. Años () b. No sabe ()

5. ¿Cuánto tiempo de relación tenía con la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

- a. Meses () b. Años () c. No tuvo relación ()

6. ¿Usó usted o él-ella algún método anticonceptivo o de protección durante esa primera relación sexual?

- a. Si () b. No ()

Si la respuesta es sí, que método utilizó:

- a. Condón () b. Píldora del día después () c. Ritmo () d. Otro: () Especificar

Embarazo actual

7. ¿Qué edad tiene la persona de quién está embarazada (coito)?

- a. Años () b. No sabe ()

8. ¿Cuánto tiempo de relación tiene o tenía con la persona que la embarazo?

- a. Meses () b. Años () c. No tuvo relación ()

9. ¿Cuál es su relación con la pareja que quedó embarazada?

- a. Esposo () b. Compañero () c. Novio () d. Amigo () e. Familiar ()
 f. Desconocido () g. Otro, cuál?_____

10. Esta relación fue voluntaria.

- a. Si () b. No ()

V. AUTONOMÍA

1. Quien toma la decisión en el momento de tener relaciones sexuales.

- a. Usted () b. Pareja () c. Los dos ()

2. Quién decide qué anticonceptivos y quién debe usarlos?

- a. Usted () b. Pareja () c. Los dos ()

3. Quién decide con qué frecuencia verse?

- a. Usted () b. Pareja () c. Los dos ()

VI. AUTOESTIMA

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2.	Estoy convencida de que tengo cualidades buenas				
3.	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4.	Tengo una actitud positiva hacia mí misma				
5.	Pienso que soy una chica lista.				
6.	Siento que no tengo mucho que estar orgullosa.				
7.	Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.				
8.	A veces creo que no soy buena persona				
9.	Me pongo nerviosa cuando me pregunta el profesor				
10	Normalmente olvido lo aprendido.				

SEGUIMIENTO Y RESULTADO DE LA ENTREVISTA

Fecha de la entrevista: _____

Hora de inicio de la entrevista: _____

Hora de finalización de la entrevista: _____

Resultado de la entrevista

1. Completa () 2. Incompleta () 3. Rechazo () Otro: _____

Nombre del entrevistador: _____

ANEXO 3. Aspectos Administrativos

Recursos humanos

El equipo de investigación estará conformado por los dos autores de la tesis, el asesor metodológico y directora académica, quienes son docentes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Recursos materiales

Los autores suministrarán la escala de evaluación y la encuesta impresos y papelería para la recolección de los datos, así como, los computadores y memorias flash para el análisis de datos y realización del informe final. Los libros médicos, revistas médicas y otros documentos científicos serán facilitados por la Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Presupuesto

Los gastos de uso de movilización, internet, papelería e informe final serán financiados por los autores.

RUBRO	COSTO
Papelería	200
Internet	100
Movilización	300
Informe final	600

ANEXO 4. Cronograma

Actividades	Sep 2016	Oct 2016	Nov-Dic 2017	Ene 2017	Mar-Abril 2017	May-jun 2017	Jul-Agos 2017
Identificación del tema problema e investigación bibliográfica							
Elaboración del marco teórico							
Elaboración de instrumentos							
Validación de instrumentos							
Selección de la muestra							
Aplicación de instrumentos							
Tabulación de los datos							
Análisis de los datos							
Redacción de avance de tesis							
Revisión de avance de tesis con director							
Determinación de criterios para medir el desempeño del proyecto							
Aplicación de pruebas estadísticas de correlación							
Redacción de borrador final de tesis							
Revisión de borrador final de tesis							
Presentación de la tesis							

16. BIBLIOGRAFÍA

- Albo, M., Núñez, J., Navarro, J., & Grijalvo, J. (2007). *The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students*.
- Arias, M. (2014). Factores que influyen en la práctica temprana de relaciones sexo genitales. *Revista Universidad Rafaela Andina* .
- Camargo, C. (2011). Autoestima en adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología Universitaria*.
- Candelaria. (2013). *La adolescencia y su interrelacion con el entorno* .
- Capuano, A. (2009). *Infancia, Adolescencia y cambio social*.
- Castro, B. (2010). Variables Psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 84.
- CEPAL. (2007). Maternidad Adolescente en América Latina y El Caribe. *Desafíos*, 5.
- Checa, S. (2005). Implicaciones del Género en la Construcción de la Sexualidad Adolescente. *Canales de educación común, adolescencia y juventud*.
- Congreso Nacional. (2008). *Código de la Niñez y la Adolescencia*.
- Cuauhtémoc, D. (2013). La adolescente embarazada: Información, creencias y actitudes hacia la sexualidad. *Revista de Ginecología*.
- COIP. (2014). Quito.
- Daza, E. V. (2012). *Sexualidad en adolescentes*. Instituto Mexicano de Seguridad Social.
- DIAGRAM GROUP. (1981). *El Sexo, Manual Práctico ilustrado para la relación sexual*. España.
- Emma, V. D. (2012). *La sexualidad en adolescentes* . Instituto Mexicano Seguro Social.

- ENSANUT-ECU. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Quito.
- FOCUS on Young Adults. (1998). *Manual de capacitación para facilitadores. Mejorando habilidades y destrezas de comunicación interpersonal*.
- Freyermuth. (2004). *La violencia de género como factor de riesgo en la maternidad*.
- Frias, M. (2013). Relaciones Parentales y calidad de vida en Adolescentes . *Ciencias Psicológicas*.
- Garaigordobil. (2007). Intervención con adolescentes. *Revista Internacional de Psicología*.
- García, B. (2013). *Embarazo en Adolescentes un problema de Salud Pública*. GACETA UNAM.
- Garrido, J. M. (2015). *Psicopedia Información y Recursos sobre Psicología*. Obtenido de Medir la Autoestima con la Escala de Rosenberg: <http://psicopedia.org>
- Gaviria, S., & Chaskel, R. (2012). Embarazo en adolescentes de América Latina y el Caribe: Impacto psicosocial. 8-9.
- González, C., Rojas, R., Hernández, M., & Olaiz, G. (2000). *Perfil del Comportamiento Sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad*. México: ENSA 2000.
- Group, D. (1981). *El Sexo, Manual Práctico ilustrado para la relación sexual*. España.
- Gutierrez-Malaver. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Publica*.
- INEC. (2014). Analisis de los resultados de la encuesta nacional sobre relaciones familiares. *La violencia de genero contra las mujeres del Ecuador*, 34-114.
- INEC. (s.f.). Las mujeres ecuatorianas que conocen y usan los métodos anticonceptivos. *Ecuador en Cifras*.

- Liezel Ulloque-Caamaño&Álvaro Monterrosa-Castro&, C. A.-A. (2015). Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe Colombiano. *Revista Chilena*.
- Martín, L., & Reyes, Z. (2003). Conducta Sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 183-187.
- Martinez, R. A. (2012). Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares . *Observatorio infancia*, 45-52.
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta , P., & Ramírez, A. (2012). *Actividad sexual en adolescencia temprana*.
- Menkes Bancet, C. (2003). *Sexualidad y Embarazo Adolescente en México*. Papeles de poblacion.
- Molina, I. (2016). Obtenido de Adolescencia, Sexualidad y Autoestima: <http://www.parentepsis.com/adolescencia-sexualidad-autoestima/>
- Monserrat Muñoz&, R. A. (2015). Exploración psicológica de madres adolescentes con parejas mayores a ellas. *Investigación crítica*.
- Naranjo &Caño, R. (2012). Autoestima en la Adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therap*, 390.
- OMS. (2014). *Embarazo y Adolescencia*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2016). *Adolescencia y Autoestima*. PEMEX, 1-5.
- OMS. (2017). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>
- OPS. (2010). Abordaje de la sexualidad adolescente. *Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. ONU.

- Polanco, J. J. (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud*. República Dominicana: ICF Internacional.
- Rodriguez, C. N. (2012). Sexualidad y Adolescencia. *Revista Universidad De Málaga*, 390-392.
- Rodriguez, C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.
- Rodriguez, J. (2014). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina*. Obtenido de <http://repositorio.cepal.org>.
- Rosen. (2009). *Embarazo en Adolescentes*. OMS Boletín de Información .
- Salud, O. M. (2016). *Dirección de Administración de Salud*. PEMEX.
- Tarazona. (2006). *Autoestima, satisfacción con la vida. Habilidad en Adolescentes*.
- Tarazona, D. (2005). Estado del Arte sobre el Comportamiento Sexual Adolescente. *Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo*, 1-18.
- Torres, M. (2004). *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México.
- Tuñon Esperanza, N. A. (2004). *Género Escolaridad y Sexualidad en Adolescentes Solteros del Sureste de México*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- UNICEF. (2011). *La adolescencia temprana y tardía*. Punto de Mira.
- UNICEF. (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe*.
- UNICEF. (2015). *Una aproximación a la situación de adolescentes de America Latina y el Caribe*. Panamá: UNICEF.
- Valdez, M. (2009). Participación de los padres. *Revista Electrónica de Investigación*.

Valdez, S. (2014). Nivel de autoestima. *Revista de investigación académica*.

Vásquez, V., & Castro, R. (2008). *Violencia en el noviazgo entre adolescentes. Mi novio sería capaz de matarme?*

Wilson-Mitchell. (2015). *Diseño de esquema General de la evaluación del embarazo en adolescente*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Yuri Paulin Holguín M.1, L. A. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Científica Chilena*.