

**PUCE**

**Maestría en Epidemiología para la Salud Pública**

**Determinantes de la salud y embarazo adolescente en el año 2018**

**Autores**

Erika Elizabeth Andrade Tafur

Leonora Del Rocío Benavides Pozo

**Director de investigación**

María Fernanda Rivadeneira

**Fecha**

**Marzo 2024**

## **Determinantes de la salud y embarazo adolescente en el año 2018**

Erika Elizabeth Andrade Tafur <sup>a</sup>, Leonora Del Rocío Benavides Pozo <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Maestría en Epidemiología para la Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

**Financiación:** Sin financiación

**Agradecimientos:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Conflictos de intereses:** Ninguno

## Resumen

**Introducción:** Históricamente, el Ecuador ha sido uno de los países con la tasa más alta de embarazos adolescentes de Latinoamérica. Por tanto, esta temática permitió abordar y prevenir las complicaciones que pueden presentarse en los casos de embarazo adolescente, donde existe un mayor riesgo de mortalidad materna y neonatal.

**Objetivo:** Este artículo tuvo como objetivo identificar los determinantes socioeconómicos, comportamentales y de acceso a salud asociados al embarazo adolescente en el Ecuador.

**Metodología:** El estudio tuvo un enfoque observacional, analítico-transversal de base secundaria y se realizó con la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2018. La muestra incluyó a 5915 mujeres de 10 a 25 años a quienes se les preguntó sobre la edad de su primer embarazo. De este grupo, 4876 tuvieron un embarazo durante la adolescencia, entre los 10 y los 19 años.

**Resultados:** Los hallazgos de este estudio indicaron que la mayoría de las mujeres comenzaron su actividad sexual entre los 10 y los 19 años. Se observó una relación entre embarazo adolescente y menor educación de la mujer. Respecto a la ubicación geográfica, la Costa mostró una probabilidad 1,71 veces mayor (IC 95% 1,42-2,07) frente a las otras regiones. Asimismo, el sector rural presentó una probabilidad 1,34 veces mayor (IC 95% 1,16-1,53) que el área urbana. En los determinantes de acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, las adolescentes que no recibieron información sobre relaciones sexuales tienen 1,72 veces más probabilidad de embarazo (IC 95% 1,34-2,21) frente a aquellas que sí recibieron información. La probabilidad es mayor también en quienes no recibieron información sobre embarazo adolescente con el 1,98 (IC 95% 1,49-2,60).

**Conclusiones:** Las mujeres que presentan mayor probabilidad de embarazo adolescente son aquellas con menor nivel educativo, procedentes de la región Costa y del sector rural, así como aquellas que no recibieron información sobre salud sexual y reproductiva. Estos resultados evidencian la importancia de implementar políticas públicas que promuevan la educación sexual integral y garanticen un acceso equitativo a métodos anticonceptivos efectivos, con mayor énfasis en estrategias de interculturalidad, considerando las brechas existentes a nivel territorial.

**Palabras clave:** Embarazo adolescente, determinantes sociales de salud, Ecuador, estudio transversal.

## Abstract

**Introduction:** Historically, Ecuador has been one of the countries with the highest rate of teenage pregnancies in Latin America. Therefore, this topic made it possible to address and prevent the complications that may arise in cases of teenage pregnancy, where there is a greater risk of maternal and neonatal mortality.

**Objective:** This article aimed to identify the socioeconomic, behavioral and health access determinants associated with adolescent pregnancy in Ecuador.

**Methodology:** The study had a secondary-based observational, analytical-cross-sectional approach and was carried out with the database of the National Health and Nutrition Survey of the year 2018.

The sample included 5915 women aged 10 to 25 years who were asked about their first pregnancy. Of this group, 4,876 had a pregnancy during adolescence, between 10 and 19 years old.

**Results:** The findings of this study indicated that the majority of women began sexual activity between the ages of 10 and 19. A relationship was observed between teenage pregnancy and geographical location, where the Coast showed a 1.71 times greater probability (95% CI 1.42-2.07) compared to the other regions. Likewise, the rural sector presented a probability 1.34 times higher (95% CI 1.16-1.53) than the urban area. In the determinants of access to information on sexual and reproductive health, adolescents who did not receive information about sexual relations are 1.72 times more likely to be pregnant (95% CI 1.34-2.21) compared to those who did receive information. . The probability is also higher in those who did not receive information about teenage pregnancy with 1.98 (95% CI 1.49-2.60).

**Conclusions:** The women with the highest probability of teenage pregnancy are those from the Coastal region and the rural sector, as well as those who did not receive information on sexual and reproductive health. These results show the importance of implementing public policies that promote comprehensive sexual education and guarantee equitable access to effective contraceptive methods, with greater emphasis on intercultural strategies, considering the existing gaps at the territorial level.

**Keywords:** Adolescent pregnancy, social determinants of health, Ecuador, cross-sectional study.

## Introducción

La adolescencia comprende el estadio en el ciclo de vida de una persona que va en el rango de edad de 10 a 19 años y se divide en dos etapas: la adolescencia temprana, entre 10 y 14 años; y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años (1). Durante este periodo, los jóvenes experimentan un crecimiento físico y cambios hormonales, lo que representa una transición significativa (2). Uno de los aspectos fundamentales de esta etapa es la exploración de la sexualidad, que es una parte inherente del desarrollo biológico, psicológico y social de los adolescentes, especialmente si tienen una pareja (3). De hecho, en América Latina y el Caribe, aproximadamente la mitad de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos y más de la mitad de las mujeres tienen su primera experiencia sexual antes de los 20 años (4).

Las acciones que se adopten durante la adolescencia con relación a la salud sexual y reproductiva son cruciales, ya que pueden tener implicaciones en el futuro del adolescente, especialmente en lo que respecta al embarazo (5). El embarazo adolescente es uno de los principales problemas sociales, políticos, económicos y de salud en todo el mundo, ya que es la principal causa de muerte en la adolescencia tardía debido a complicaciones en el embarazo y el parto (4). Además, las mujeres en la adolescencia temprana tienen cuatro veces más probabilidades de morir que las mujeres mayores de 20 años, y los nacidos vivos de madres menores de 20 años tienen un mayor riesgo de mortalidad prenatal en comparación con las madres de 20 a 29 años.

Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a abandonar la escuela, lo que afecta su capacidad para desarrollar habilidades y encontrar trabajo, y a menudo resulta en pobreza. Incluso si continúan en la escuela, el embarazo puede limitar su capacidad para obtener una buena educación, lo que puede resultar en bajos logros académicos, limitadas oportunidades, bajos ingresos y una calidad de vida deficiente (6). Este problema no solo afecta a las adolescentes individualmente, sino que también tiene un impacto en sus familias y comunidades, perpetuando los ciclos de pobreza. Las adolescentes a menudo enfrentan la discriminación y la crítica social y familiar, independientemente de su estado civil (7).

Según el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la tasa de embarazo adolescente en la región es la segunda más alta del mundo, con un 18% de los embarazos ocurriendo en menores de 20 años (8). Además, según la OMS, cada año, alrededor de 16 millones de mujeres en la adolescencia tardía y cerca de 1 millón de mujeres menores de 15 años dan a luz en países de bajos y medianos ingresos (9). Debido a esta realidad, la educación sobre salud sexual y reproductiva se ha incorporado formalmente en las políticas educativas destinadas a los adolescentes en la región.

El embarazo adolescente se ha visto asociado a diferentes determinantes, tales como la pobreza, la falta de educación, ser parte de una minoría étnica o vivir en áreas rurales (10). Otras causas incluyen el matrimonio o la unión temprana, entornos familiares disfuncionales y abandono escolar, los cuales tienen implicaciones psicosociales y

afectan la salud y el bienestar tanto de las madres como de sus hijos. Los determinantes socioeconómicos, comportamentales y de acceso a salud son factores importantes que se asocian con el embarazo adolescente. El embarazo en la adolescencia puede acarrear graves consecuencias, como problemas de salud, dificultades socioeconómicas, bajo nivel educativo, falta de oportunidades laborales y bajos ingresos.

La educación, junto con el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, programas de promoción del uso de anticonceptivos y estrategias para mejorar el rendimiento escolar, son esenciales para prevenir el embarazo adolescente. Lamentablemente, en muchos casos, la educación sobre salud sexual y reproductiva es insuficiente, lo que aumenta el riesgo para los adolescentes. Esto preocupa a los gobiernos y organizaciones internacionales, ya que la educación sexual adecuada ha demostrado ser efectiva para reducir el número de embarazos adolescentes y retrasar la iniciación sexual (11).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ecuador tiene la tasa más alta de embarazo adolescente en la región (12). Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en 2019 se registraron 51,711 casos de nacidos vivos de madres adolescentes, y el 17,5% (49,895) de ellos proviene de la adolescencia tardía y el 0,6% (1,816) de la adolescencia temprana (13). Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), cinco niñas de 14 años y 136 adolescentes de 15 a 19 años se convierten en madres cada día. Además, según los datos del MSP sobre ingresos hospitalarios y registros de nacidos vivos en 2020, cada año dan a luz 3,000 niñas menores de 14 años, y siete de cada diez casos son resultado de violación sexual (14). Aunque la mayoría de los casos de embarazo adolescente se producen en adolescentes de 15 a 19 años, el alto número de casos en niñas de 10 a 14 años es alarmante, especialmente considerando su alta relación con el abuso sexual y su vulnerabilidad a complicaciones y muerte debido al embarazo y el parto.

La ausencia de una política efectiva del gobierno ha resultado en una preocupante situación de salud sexual y reproductiva en el país (15). A pesar de las políticas públicas implementadas, como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA) y la actual Política Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (PIPENA), que han mostrado resultados positivos, la tasa de embarazo adolescente, abortos e índices de morbilidad materna neonatal siguen siendo elevados (16), además de los efectos que provocan en el desarrollo mismo de la adolescente y la relación con su futuro hijo (17).

El estudio de Manosalvas, Guerra y Huitrado titulado “Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador” (18), analiza la política pública implementada a través de las estrategias ENIPLA y PNFF. Los autores mencionan cambios significativos en la manera de entender el problema, proponer soluciones y establecer objetivos. Se ha producido un desplazamiento en la perspectiva liberal que existía con respecto a la sexualidad y el embarazo adolescente, hacia una perspectiva más conservadora. El papel del Estado ha pasado de ser activo en la provisión de bienes y servicios, incluyendo métodos anticonceptivos, a ser subsidiario y esperando que la

familia sea la principal fuente de provisión. Sin embargo, lo que se espera que la familia proporcione son normas de comportamiento acordes con una ética particular que están tratando de establecer como el interés general.

El objetivo de esta investigación es identificar los determinantes socioeconómicos, comportamentales y de acceso a salud asociados al embarazo adolescente en el Ecuador, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) publicada en 2018. Identificar estos determinantes es necesario, a fin de generar evidencia que pueda orientar la toma de decisiones respecto a la prevención del embarazo adolescente y contribuir, con ello, a mejorar la calidad de vida de los adolescentes y sus hijos en el país.

### **Metodología**

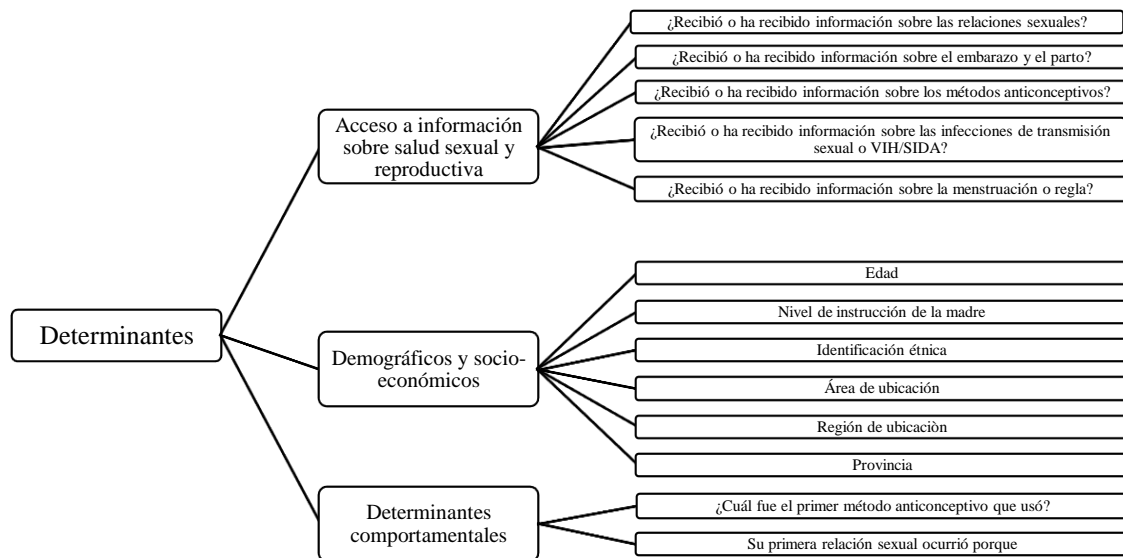
El estudio posee un enfoque observacional, analítico transversal de base secundaria, en el que se analiza la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en el año 2018 (ENSANUT 2018), llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) publicada en 2018 comprende los datos de hogares investigados por la ENSANUT. La información recopilada versa sobre salud sexual y reproductiva, salud en la niñez, estado nutricional, acceso a programas de primera infancia, así como datos relacionados con el acceso a los servicios de salud. La encuesta puede ser descargada libremente en el siguiente enlace: <https://datosabiertos.gob.ec/dataset/encuesta-salud-nutricion-2018>

La muestra estuvo constituida por 5915 mujeres en edades comprendidas entre los 10 y los 25 años, que respondieron a la pregunta: *¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?* A partir de esta pregunta, se definió embarazo adolescente a todas aquellas mujeres cuyo primer embarazo fue entre los 10 y los 19 años, para lo cual se consideró la definición de la Organización Mundial de la Salud, que establece como embarazo adolescente o embarazo precoz a aquel que se presenta entre la etapa inicial de la adolescencia o la pubertad, que marca el comienzo de la edad fértil, hasta el final de la adolescencia, que abarca hasta los 19 años.

Se procedió a la selección de las variables independientes (determinantes) a analizar, para lo que se consideró su contemplación en los referentes teóricos enunciados previamente y su aparición en la base de datos disponible.

De la selección realizada, resultaron las variables independientes (determinantes) que se muestran en la Figura 1. Seleccionadas las 13 variables independientes, se procedió a la filtración de la base de datos relativa a 5915 mujeres menores de 25 años seleccionadas, para esto se utilizaron los criterios de inclusión siguientes:

1. Pertenecen al sexo femenino mujeres menores de 25 años.
2. Mujeres que experimentaron un embarazo entre los 10 y 19 años.



**Figura 1. Variables independientes (determinantes) en estudio.**

**Fuente:** Autoras.

De la base de datos resultante, se procedió a la codificación de las variables a partir de sus estados de naturaleza y sus manifestaciones. Los resultados se muestran en el cuadro 1.

Para desarrollar todos los análisis se utilizó el paquete estadístico *Statistic Program for Social Science* (SPSS) en su versión 25.0 para Windows.

## Resultados

La muestra está constituida por 5915 mujeres de 10 a 25 años, de las que 4876 tuvieron su primer embarazo antes de cumplir los 20 años. Los datos presentados en la Tabla 1 muestran que la prevalencia del embarazo en adolescentes dentro de la población femenina de 10 a 19 años es del 82.43%. Este hallazgo señala que una proporción considerable de mujeres en este grupo de edad ha experimentado un embarazo durante su adolescencia.

Tabla 1. Prevalencia del Embarazo Adolescente en mujeres de 10 a 19 años - ENSANUT 2018

	Recuento	Mujeres < 25 años	Prevalencia
Embarazo en adolescentes	4876	5915	82.43%

Fuente: ENSANUT 2018 Mujeres en edad fértil  
Realizado por: Autoras

En la Tabla 2, la tasa de embarazo del 11.03% entre las mujeres en edad fértil indica una incidencia notablemente alta de embarazos en adolescentes en la población estudiada. Este dato subraya la urgencia de abordar los desafíos asociados con los embarazos en adolescentes, como interrupciones en la educación, riesgos para la salud materna y neonatal, y posibles implicaciones socioeconómicas.

Es imprescindible implementar programas educativos integrales sobre salud sexual y reproductiva, junto con el acceso a métodos anticonceptivos, como una prioridad para reducir la incidencia de embarazos no planificados. Se requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a profesionales de la salud, educadores y la comunidad en general para implementar medidas preventivas y de apoyo. Además, las estrategias de intervención deben tener en cuenta la contextualización cultural y social, reconociendo las particularidades de la comunidad en cuestión.

En resumen, esta elevada tasa de embarazo resalta la necesidad crítica de estrategias específicas y adaptadas para abordar los embarazos en adolescentes y trabajar hacia la reducción de esta tasa en el futuro.

Tabla 2. Tasa del Embarazo Adolescente en mujeres de 10 a 19 años - ENSANUT 2018

	Recuento	MEF	TASA
Embarazo en adolescentes	4876	48700	11,03%

Fuente: ENSANUT 2018 Mujeres en edad fértil  
Realizado por: Autoras

Las características de la muestra, como se presentan en la Tabla 3, revelan que las mujeres que tuvieron un embarazo adolescente residen principalmente en la región Costa con el 38,14%, en la Sierra con el 32,42%, en la Amazonía con el 27,75% y en la región Insular con el 1,68%. Asimismo, la mayoría, con el 56,5%, habita en zonas urbanas, mientras que el 43,5% en áreas rurales. En cuanto a provincias, las tres con mayores registros de embarazo adolescente son las siguientes: Santo Domingo de los Tsáchilas con el 7,42%, Manabí con el 7,38% y El Oro con el 7,34%, todas pertenecientes a la región litoral.

En cuanto a la identificación étnica, la gran mayoría con el 73,8% se considera mestiza, seguida del 15,0% que se identifica como indígena. Respecto al nivel de instrucción, se evidencia que el 58,0% completó sus estudios de Educación media-bachillerato y apenas el 7,4% ha alcanzado la educación superior. Por último, el 35,1% de las mujeres están solteras, el 29,9% viven en unión libre con sus parejas y el 25,0% están casadas.

Tabla 3. Características de las mujeres con primer embarazo en la adolescencia-ENSANUT 2018 (n = 4876)

Características Demográficas	Recuento	% del N de columna
<b>Región</b>		
Costa	1860	38,14%
Sierra	1581	32,42%
Amazonía	1353	27,75%
Insular	82	1,68%
<b>Área</b>		
Urbano	2756	56,5%
Rural	2120	43,5%
<b>Provincia</b>		
Azuay	117	2,40%
Bolívar	104	2,13%
Cañar	183	3,75%
Carchi	144	2,95%
Cotopaxi	140	2,87%
Chimborazo	135	2,77%
El Oro	358	7,34%
Esmeraldas	269	5,52%
Guayas	333	6,83%
Imbabura	147	3,01%
Loja	140	2,87%
Los Ríos	420	8,61%
Manabí	360	7,38%
Morona Santiago	206	4,22%
Napo	211	4,33%

Pastaza	141	2,89%
Pichincha	147	3,01%
Tungurahua	117	2,40%
Zamora Chinchipe	183	3,75%
Galápagos	69	1,42%
Sucumbíos	238	4,88%
Orellana	201	4,12%
Santo Domingo de los Tsáchilas	362	7,42%
Santa Elena	151	3,10%
<b>Identificación Étnica</b>		
Mestizo	3600	73,8%
Indígena	729	15,0%
Afroecuatoriano	237	4,9%
Montubio u otros	248	5,1%
Blanco	62	1,3%
<b>Nivel de instrucción</b>		
Ninguno-centro de alfabetización	37	0,8%
Educación Básica	1651	33,9%
Educación Media-Bachillerato	2828	58,0%
Educación Superior	360	7,4%
<b>Estado civil</b>		
Casado	1221	25%
Divorciado	82	1,7%
Separado	328	6,7%
Soltero	1713	35,1%
Unión de hecho	50	1,0%
Unión libre	1460	29,9%
Viudo	22	0,5%

Fuente: ENSANUT 2018 Mujeres en edad fértil

Realizado por: Autoras

En la Tabla 4 sobre los factores de riesgo en el embarazo adolescente, los datos dan a conocer una serie de patrones significativos en las conductas sexuales y la planificación familiar de las mujeres adolescentes. Se destaca que el 68,6% no usó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, a diferencia del 31,4% que sí lo hizo.

Asimismo, el 88,6% se casó o se unió a una pareja por primera vez de los 20 a los 25 años. Es decir, posterior al embarazo adolescente. Con respecto a la edad de la primera relación sexual, se observa que el 77,0% la tuvo en edad de 15 a 19 años y el 22,7% de 10 a 14 años. Este hallazgo resalta la importancia de abordar la salud reproductiva desde

las etapas iniciales de la adolescencia y de proporcionar recursos educativos que se ajusten a las necesidades de este grupo demográfico.

Tabla 4. Determinantes comportamentales en Adolescentes Embarazadas

Factores de riesgo	Recuento	% del N de columna
<b>Uso de método anticonceptivo durante la primera relación sexual</b>		
Sí	1532	31,4%
No	3344	68,6%
<b>Edad cuando se casó o unió por primera vez</b>		
15-19	557	11,4%
20-25	4319	88,6%
<b>Edad de la primera relación sexual</b>		
5-9	15	0,3%
10-14	1107	22,7%
15-19	3754	77,0%

Fuente: ENSANUT 2018 Mujeres en edad fértil

Realizado por: Autoras

En la Tabla 5 en la que se efectúa el análisis de regresión logística binaria, donde se examinó la relación entre la variable dependiente “embarazo adolescente” y las variables independientes “determinantes sociales”, los resultados indican que con respecto a los “determinantes sociodemográficos”, las mujeres con ninguna instrucción o centro de alfabetización tienen 11,66 veces más probabilidades de tener un embarazo adolescente en comparación con aquellas con educación superior. Asimismo, se observa que las mujeres con educación básica tienen 6,30 más probabilidades de embarazo adolescente, mientras que aquellas con educación media/bachillerato tienen 2,76 veces más probabilidades. Estos hallazgos sugieren una asociación significativa entre el nivel de instrucción y el riesgo de embarazo adolescente.

En cuanto a la etnia, no se encontraron diferencias significativas entre las diferentes etnias en relación al embarazo adolescente. Las mujeres de la región Costa tienen 1,71 veces más probabilidades de experimentar un embarazo adolescente en comparación con aquellas que residen en la región Insular. Además, se observa que las mujeres de la región Sierra tienen 1,27 veces más probabilidades de embarazo adolescente, mientras que aquellas de la región Amazónica tienen 1,17 veces más probabilidades. Estos hallazgos sugieren que existe una asociación significativa entre la región de residencia y el riesgo de embarazo adolescente.

Los resultados del análisis revelaron que, en el área rural, la probabilidad de experimentar un embarazo adolescente es 1,34 veces mayor que en el área urbana. Esto sugiere que el entorno rural puede estar asociado con un mayor riesgo de embarazo en mujeres jóvenes en comparación con el entorno urbano.

A nivel de provincia, las mujeres adolescentes de las provincias amazónicas de Napo con 4,33, Morona Santiago con 4,22 y Zamora Chinchipe con 3,75 tienen mayores probabilidades de embarazo adolescente en comparación con una de las provincias de la costa ecuatoriana, Santa Elena.

Sobre los determinantes de “acceso a información sobre salud sexual y reproductiva”, las mujeres que no recibieron información sobre relaciones sexuales tienen 1,72 veces más probabilidades de experimentar un embarazo adolescente en comparación con aquellas que sí recibieron esta información. Adicionalmente, se observa que las mujeres que no saben o no respondieron tienen 1,57 veces más probabilidades de embarazo adolescente. Estos hallazgos indican que la recepción de información sobre relaciones sexuales puede tener un impacto significativo en la prevención del embarazo adolescente.

Los resultados dan cuenta de que las mujeres que no recibieron información sobre embarazo adolescente tienen 1,98 veces más probabilidades de tener un embarazo en esta etapa frente a aquellas mujeres que sí recibieron esta información. Paralelamente, se observa que las mujeres que no saben o no respondieron tienen 1,12 veces más probabilidades de embarazo adolescente. Estos hallazgos apuntan a que la recepción de información sobre embarazo adolescente es de gran importancia en la prevención del embarazo adolescente.

Se demuestran que las mujeres que no recibieron información sobre métodos anticonceptivos tienen 1,52 veces más probabilidades de tener un embarazo adolescente. Seguidamente, se observa que las mujeres que no saben o no respondieron tienen 1,76 veces más probabilidades de embarazo adolescente. Estos hallazgos corroboran la importancia de recibir información sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos.

Además, los resultados exponen que las mujeres que no recibieron información sobre enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA tienen 2,07 veces más probabilidades de tener un embarazo adolescente. A continuación, se observa que las mujeres que no saben o no respondieron tienen 0,53 veces más probabilidades de embarazo adolescente.

Los resultados presentan que las mujeres que no recibieron información sobre la menstruación tienen 1,50 veces más probabilidades de tener un embarazo adolescente. En el caso de las mujeres que no saben o no respondieron tienen 1,09 veces más probabilidades de embarazo adolescente. Estos hallazgos determinan la importancia de recibir información en este aspecto.

En los determinantes comportamentales, no se halló una asociación relevante entre el embarazo adolescente y el primer método anticonceptivo utilizado por las madres adolescentes. Lo propio se observa cuando la adolescente es consultada sobre si pensaba que podía quedar embarazada después de su primera relación sexual. En contraste, sí existe una relación entre el motivo de ocurrencia de la primera relación sexual con el embarazo adolescente. Así, entre las mujeres que convencieron a su pareja de mantener una relación sexual temprana existe 4,53 más posibilidades de embarazo adolescente y

entre las que fueron convencidas por su pareja, 1,67 de probabilidades frente a aquellas que respondieron que no saben o no conocen.

Tabla 5. Regresión logística binaria entre el embarazo adolescente y los determinantes sociales

<b>Modelo de Regresión logística binaria entre el embarazo adolescente y los determinantes sociales</b>					
	Embarazo adolescente n (%)	OR	IC95%		Sig.
			Inferior	Superior	
<b>Determinantes sociodemográficos</b>					
-Nivel instrucción de la madre					
Ninguno-centro de alfabetización (1)	n=37 (0,8)	11,665	2,785	48,869	0,000*
Educación básica (2)	n=1651 (33,9)	6,309	5,01	7,946	0,001
Educación media-bachillerato (3)	n=2828 (58,0)	2,765	2,294	3,333	0,000*
Educación superior (0) *	n=360 (7,4)	Ref.			
-Identificación étnica					
Afroecuatoriano (1)	n=237 (4,9)	0,893	0,568	1,404	0,625
Blanco (2)	n=62 (1,3)	0,672	0,355	1,271	0,222
Indígena (3)	n=729 (15,0)	1,109	0,759	1,62	0,594
Mestizo (4)	n=3600 (73,8)	0,761	0,546	1,062	0,108
Montubio u otros (0) *	n=248 (5,1)	Ref.			
-Área de ubicación					
Rural (1)	n=2120 (43,5)	1,34	1,166	1,538	0,000*
Urbano (0) *	n=2756 (56,5)	Ref.			
-Región de ubicación					
Costa (1)	n=1860 (38,14)	1,715	1,42	2,071	0,000*
Sierra (2)	n=1581 (32,42)	1,267	1,091	1,472	0,002
Amazonía (3)	n=1353 (27,75)	1,168	0,661	2,064	0,593
Insular (0) *	n=82 (1,68)	Ref.			
-Provincia					
Azuay (1)	n=117 (2,40)	,818	,488	1,370	,445
Bolívar (2)	n=104 (2,13)	,707	,422	1,186	,189

Cañar (3)	n=183 (3,75)	1,023	,632	1,658	,925
Carchi (4)	n=144 (2,95)	,788	,484	1,281	,337
Cotopaxi (5)	n=140 (2,87)	,903	,547	1,493	,692
Chimborazo (6)	n=135 (2,77)	,829	,503	1,364	,460
El Oro (7)	n=358 (7,34)	1,036	,676	1,585	,872
Esmeraldas (8)	n=269 (5,52)	1,354	,849	2,159	,203
Guayas (9)	n=333 (6,83)	1,132	,732	1,751	,576
Imbabura (10)	n=147 (3,01)	1,480	,851	2,574	,165
Loja (11)	n=140 (2,87)	1,101	,652	1,858	,719
Los Ríos (12)	n=420 (8,61)	1,428	,926	2,203	,107
Manabí (13)	n=360 (7,38)	1,313	,846	2,037	,224
Morona Santiago (14)	n=206 (4,22)	2,592	1,450	4,633	,001
Napo (15)	n=211 (4,33)	1,831	1,082	3,100	,024
Pastaza (16)	n=141 (2,89)	1,044	,623	1,749	,871
Pichincha (17)	n=147 (3,01)	1,028	,618	1,710	,917
Tungurahua (18)	n=117 (2,40)	,866	,514	1,459	,589
Zamora Chinchipe (19)	n=183 (3,75)	2,093	1,187	3,693	,011
Galápagos (20)	n=69 (1,42)	1,158	,597	2,244	,665
Sucumbíos (21)	n=238 (4,88)	1,576	,962	2,582	,071
Orellana (22)	n=201 (4,12)	1,405	,850	2,322	,185
Santo Domingo de los Tsáchilas (23)	n=362 (7,42)	1,111	,723	1,706	,631
Santa Elena (24) *		Ref.			
<b>Acceso a información sobre salud sexual y reproductiva</b>					
-Recibió información sobre relaciones sexuales					
No (1)	n=569 (11,67)	1,724	1,34	2,218	0,000*
No sabe/no responde (2)	n=7 (0,14)	1,569	0,193	12,77	0,674
Si (0) *	n=4300 (88,19)	Ref.			
-Recibió información sobre embarazo adolescente					
No (1)	n=518 (10,62)	1,975	1,495	2,608	0,000*
No sabe/no responde (2)	n=5 (0,10)	1,125	0,131	9,636	0,915
Si (0) *	n=4353 (89,27)	Ref.			
-Recibió información sobre métodos anticonceptivos					

No (1)	n=442 (9,06)	1,52	1,159	1,993	0,002*
No sabe/no responde (2)	n=8 (0,16)	1,761	0,22	14,092	0,594
Si (0) *	n=4426 (90,77)	Ref.			
<b>-Recibió información sobre enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA</b>					
No (1)	n=592 (12,14)	2,068	1,586	2,696	0,000*
No sabe/no responde (2)	n=7 (0,14)	0,53	0,137	2,052	0,358
Si (0) *	n=4277 (87,71)	Ref.			
<b>-Recibió información sobre la menstruación</b>					
No (1)	n=357 (7,32)	1,5	1,112	2,022	0,008*
No sabe/no responde (2)	n=5 (0,10)	1,092	0,127	9,359	936
Si (0) *	n=4514 (92,57)	Ref.			
<b>Determinantes comportamentales</b>					
<b>-Primer método anticonceptivo usado</b>					
Píldora o pastilla anticonceptiva (1)	n=1432 (29,37)	19005586 3,865	,000	.	,000
Condón o preservativo masculino (2)	n=1014 (20,80)	,655	,150	2,852	1,000
Coito interrumpido (3)	n=87 (1,78)	,078	,008	,792	,573
Inyección anticonceptiva (4)	n=1071 (21,96)	,098	,015	,646	,031
Implante (5)	n=973 (19,95)	,306	,051	1,835	,016
Dispositivo intrauterino-diu o T de cobre (6)	n=50 (1,03)	,400	,092	1,743	,195
Pastillas anticonceptivas de emergencia (7)	n=137 (2,81)	,602	,127	2,850	,222
Método del ritmo (8)	n=75 (1,54)	,516	,119	2,250	,522
Esterilización femenina (9)	n=17 (0,35)	,848	,194	3,711	,379
Esterilización masculina (10)	n=2 (0,04)	,588	,117	2,957	,827
Condón o preservativo femenino (11)	n=5 (0,10)	,436	,096	1,971	,520
Método de lactancia-melo (12) *	n=13 (0,25)	Ref.			
<b>-Su primera relación sexual ocurrió porque:</b>					
Lo decidieron juntos (1)	n=3248 (66,61)	1,141	,972	1,339	,107
Simplemente pasó (2)	n=1218 (24,98)	1,067	,791	1,439	,670
Le convenció su pareja (3)	n=267 (5,48)	1,679	,590	4,780	,332

Usted le convenció (4)	n=30 (0,61)	4,533	1,656	12,409	,003*
Fue sin consentimiento (5)	n=81 (1,66)	,796	,378	1,674	,547
No sabe/No conoce (6) *	n=32 (0,66)	Ref.			

Fuente: ENSANUT 2018 Mujeres en edad fértil

Realizado por: Autoras

## Discusión

Los resultados de este estudio revelaron que la mayoría de los jóvenes inician su vida sexual entre los 10 y 19 años. Este hallazgo está en línea con la investigación realizada por Mendoza, Claros y Peñaranda<sup>4</sup>, quienes confirmaron que, en las regiones de América Latina y el Caribe, aproximadamente la mitad de las jóvenes menores de 17 años son sexualmente activas, y más del 50% de las mujeres tienen su primera experiencia sexual antes de cumplir los 20 años. Este panorama insiste en la importancia de implementar programas de educación sexual desde edades tempranas, así como garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva y métodos anticonceptivos, como estrategias fundamentales para abordar las necesidades y realidades de la juventud en materia de salud sexual y reproductiva.

A pesar de lo mencionado anteriormente, es importante destacar que la tasa de embarazo adolescente registró una disminución en 2018, alcanzando el 11,03%, en comparación con el 18,3% reportado en 2012 según datos de la ENSANUT, donde un porcentaje considerable de adolescentes entre 15 y 19 años informaron haber experimentado la maternidad<sup>23</sup>.

Esta investigación también detectó un alto porcentaje de mujeres adolescentes que no utilizaron ningún método anticonceptivo durante su primera relación sexual. En comparación con el estudio de Jijón<sup>24</sup>, que destaca las razones habituales por las que las mujeres no utilizaron anticonceptivos en su primera experiencia sexual, estas suelen ser principalmente porque la relación sexual no fue planificada o fue inesperada, seguida por la falta de conocimiento, la falta de acceso, la oposición de la pareja y el deseo de concebir.

Los resultados de este estudio además resaltaron una asociación significativa entre el área de residencia con el riesgo de embarazo adolescente. Se observó que las mujeres que viven en áreas rurales y la región Costa, tienen mayores probabilidades de experimentar un embarazo durante la adolescencia. Estos hallazgos respaldan las conclusiones de Rojas<sup>10</sup>, quien también identificó que la incidencia del embarazo adolescente está influenciada por diversos determinantes, como la pertenencia a una minoría étnica o la ubicación geográfica en áreas rurales. Este vínculo entre la etnia y el entorno residencial con el embarazo adolescente evidencia la necesidad de abordar las disparidades sociales y estructurales en las intervenciones dirigidas a la prevención del embarazo en la adolescencia.

Igualmente, en este estudio se encontró una asociación significativa entre el nivel de instrucción y el riesgo de embarazo adolescente, ya que las mujeres con ningún nivel de instrucción tienen mayores probabilidades de tener un embarazo durante la adolescencia. Estos hallazgos se corroboran con las conclusiones de Rojas<sup>10</sup>, quien también identificó la educación como uno de los factores determinantes en esta situación.

El enfoque propuesto por Mulet, Deyá, Hernández y Frías<sup>17</sup> hace énfasis en la importancia de implementar programas de educación sexual como medida preventiva para abordar la problemática del embarazo adolescente. Esto coincide con lo hallado en este estudio, donde se verifica que la falta de información sobre relaciones sexuales incide en la ocurrencia de un embarazo adolescente. Lo anterior ratifica la necesidad de fortalecer programas educativos que brinden información adecuada y accesible sobre salud sexual y reproductiva, contribuyendo así a la prevención de embarazos no planificados en los adolescentes.

En esta investigación, se pudo establecer una clara asociación entre el acceso a información sobre métodos anticonceptivos y la incidencia de embarazo en la adolescencia. Estos hallazgos concuerdan con las reflexiones planteadas por Manosalvas, Guerra y Huitrado<sup>18</sup>, quienes destacaron el papel crucial del Estado no solo como proveedor de métodos anticonceptivos, sino también como un actor clave en la provisión de información precisa y oportuna. Estos resultados refuerzan la importancia de políticas públicas que promuevan la educación sexual integral y el acceso equitativo a métodos anticonceptivos como estrategias efectivas para la prevención del embarazo adolescente.

Finalmente, se deben señalar las principales fortalezas y limitaciones de esta investigación. Una de las primeras fortalezas se encuentra en la amplitud de los datos, pues se recopiló información de una muestra considerable de mujeres que experimentaron un embarazo adolescente, lo que proporciona una base sólida para el análisis y las conclusiones. Una segunda fortaleza es el enfoque multidimensional, ya que se examinaron una variedad de variables que pueden influir en el embarazo adolescente, desde características demográficas hasta acceso a información sobre salud sexual y reproductiva. La tercera fortaleza es el análisis estadístico riguroso, debido a que se utilizó el análisis de regresión logística binaria que proporciona una evaluación cuantitativa de la relación entre las variables independientes y el embarazo adolescente, lo que permite identificar patrones significativos y establecer asociaciones claras.

Entre las limitaciones que se muestran en el estudio está la presencia de respuestas “No sabe/no responde” en algunas variables, lo que incrementa los posibles sesgos en la recopilación de datos o la falta de información precisa por parte de los participantes. Es importante mencionar que, aunque se abordan diversas variables, como la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos, el estudio podría beneficiarse de una exploración más profunda de otros aspectos, como las dinámicas familiares y las

influencias culturales, que también pueden desempeñar un papel en el embarazo adolescente.

### **Conclusiones**

Las principales variables relacionadas con el embarazo adolescente fueron, en primer lugar, la educación (analfabetas y con educación básica), lo que a su vez podría estar relacionado con la evidente falta de información sobre salud sexual y reproductiva. Esto respalda la importancia de políticas públicas que promuevan la educación sexual integral y el acceso equitativo a métodos anticonceptivos. En segundo lugar, se encuentra la región, particularmente la costa, donde está la mayor población de madres adolescentes.

Se concluye que la mayoría de los jóvenes en Ecuador inician su vida sexual entre los 15 y 19 años. Esto comprueba la necesidad urgente de implementar programas de educación sexual desde edades tempranas y asegurar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como métodos anticonceptivos.

De este modo, se proporciona una visión integral de los determinantes del embarazo adolescente en Ecuador y se destaca la importancia de intervenciones integrales y contextualizadas para abordar esta problemática de manera efectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palacios X. Adolescencia:¿ una etapa problemática del desarrollo humano? Revista Ciencias de la Salud, 17(1). 2019:5-8.
2. Venegas M, Valles B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Pediatría Atención Primaria, 21(83). 2019:109-19.
3. Saavedra C, García A, Hernández A. Inicio de la vida sexual y reproductiva en la adolescencia-Unidad Educativa UPSE. . Revista Estudiantil CEUS (Ciencia Estudiantil Unidad de Salud), 3(1). 2021:19-24.
4. Mendoza L, Claros D, Peñaranda C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 81(3). 2016:243- 53.
5. Cabral A, de Andrade A, de Lima L, de Sousa L. A gravidez na adolescência e seus riscos associados: revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, 3(6). 2020:19647-50.
6. Quintero P, Rojas H. El Embarazo a Temprana Edad, un Análisis Desde la Perspectiva de Madres Adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2015.
7. Reyes D, González E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. Revista Latinoamericana. 2014.
8. Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. 2020.
9. Calderon L, Rueda D, Arias P, Peralta D. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. RECIMUNDO, 4(3). 2020:174-83.
10. Rojas M. Una revisión narrativa del embarazo adolescente y los determinantes sociales en salud de México. Revista Salud y Bienestar social, 5(1). 2021:59-74.
11. Hevia Bernal D, Perea Hevia L. Embarazo y adolescencia. Revista Cubana de Pediatría, 92(4). 2020.

12. El poder de decidir: los derechos reproductivos y la transición demográfica. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional. 2018.
13. Registros Estadísticos de Nacidos Vivos y defunciones2020. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>.
14. Gobierno del Encuentro fortalece políticas para prevenir embarazos en niñas y adolescentes2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/gobierno-del-encuentro-fortalece-politicas-para-prevenir-embarazos-en-ninas-y-adolescentes/#:~:t>.
15. Jaramillo Amores C. La soberanía del cuerpo de las mujeres adolescentes para su reconocimiento como sujetas de derechos mediante las políticas educativas sobre derechos sexuales y reproductivos Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2020.
16. López G. Políticas públicas asociadas a la educación sexual y reproductiva, y el aporte de enfermería. Quito: UTA; 2020.
17. Mulet P, Deyá M, Hernández M, Frias A. Consecuencias del embarazo en la adolescencia: Una revisión bibliográfica. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, (9) 2021:13-22.
18. Manosalvas M, Guerra K, Huitrado C. Cambios en la prevención del embarazo adolescente en Ecuador. Revista mexicana de sociología, 84(3). 2022:685-716.
19. Hinojosa-Gonzalez DE, Ramonfaur D, Morales-Palomino KL, Tellez-Giron VC, Latapi X, Insua J, et al. Relationship of age at menarche, coitarche and first gestation: A retrospective cohort analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X. 2023;18:100189.
20. Uwizeye D, Muhayiteto R, Kantarama E, Wiehler S, Murangwa Y. Prevalence of teenage pregnancy and the associated contextual correlates in Rwanda. Heliyon. 2020;6(10):e05037.
21. Quezada MA, Tobón-Rivera A, Castrillón-Gómez OD. Minería de datos: una aplicación para determinar cuáles factores socio-económicos influyen en el embarazo adolescente. Información tecnológica. 2020;31(6):53-60.
22. Dongarwar D, Salihi HM. Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2019;32(5):506-13.

23. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Justicia. Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. Ecuador 2018-2025.
24. Jijón M. Teenage and youth pregnancy predictors in Ecuador: A multiple logistic regression model. *Rev. Ecuat. Pediatr.* 2021;22(2):1-6.