



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Proyecto de investigación previo la obtención del Grado
Académico de Magister en Gestión Pública

TEMA

**LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU INCIDENCIA EN LOS
EMBARAZOS DE ADOLESCENTES EN EL CANTÓN QUEVEDO.**

AUTORA

MD. RUBY REYNA GARCIA ORDOÑEZ, MSc.

DIRECTOR

ECON. CARLOS EDISON ZAMBRANO, PhD.

Quevedo – Ecuador

2022

CERTIFICACIÓN

Econ. Carlos Edison Zambrano, PhD. Tutor del Proyecto de Desarrollo previo a la obtención del grado académico de Magister en Gestión Pública.

CERTIFICA:

Que la Dra. **RUBY REYNA GARCÍA ORDÓÑEZ**, autora del proyecto de investigación titulado “**LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU INCIDENCIA EN LOS EMBARAZOS DE ADOLESCENTES EN EL CANTÓN QUEVEDO**”, ha sido revisada en todos sus componentes, la misma que está apta para la presentación ante el tribunal respectivo

Quevedo, 09 de marzo del 2022

Atentamente,



Dr. Carlos Edison Zambrano
DIRECTOR DE PROYECTO DE DESARROLLO

AUTORÍA

Los contenidos que sustentan el presente Proyecto de Investigación son de exclusiva responsabilidad del autor y extendiendo los derechos a la Unidad de Posgrado de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo para hacer uso pertinente del presente documento como material de consulta académica.

Dra. Ruby Reyna García Ordóñez
C.C.:120707528-2

DEDICATORIA

A mis padres que siempre han creído en mí y me han brindado su apoyo constante.

A mi novio, por su motivación diaria y por ser el mejor compañero en estudios y
trabajo.

A Dios que nunca me ha abandonado en cada meta que persigo.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores por su paciencia, enseñanza y ayuda durante el curso de esta maestría, a mis compañeros por su ayuda desinteresada en cada módulo, a mis padres por su apoyo durante los días de clases en los que no tenía tiempo para nada más, por su comprensión y su afecto siempre.

A mi director de Proyecto Dr. Carlos Zambrano por su guía durante el desarrollo del mismo

PRÓLOGO

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud reconocido por la comunidad internacional con alarmantes estadísticas para América Latina y el Caribe pues continúan siendo las segundas más altas en el mundo. Es por ello que se intensifican acciones en ejes temáticos importantes como normas sociales, culturales, de género y relaciones sexuales no consentidas; conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos; educación integral en la sexualidad, y fuentes de información utilizadas por adolescentes para prevenir embarazos y reconocer situaciones de violencia; y acceso a mecanismos de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes con relación a los servicios de atención y respuesta.

Durante los 22 meses de pandemia por el covid-19 hay una leve disminución del índice de embarazos de adolescentes en el Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos. De otra parte, en la Asamblea Nacional se está debatiendo un proyecto de ley que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo en niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación.

Considerando que estos embarazos en adolescentes traen dificultades para la generación de políticas públicas, el presente proyecto de desarrollo contiene importante información que puede servir para la implementación de acciones en el cantón Quevedo.



Firmado electrónicamente por:
**MELISSA ELIANA
DEL CAMPO
ZAPATA**

Dra. Melissa del Campo Zapata

Médico familiar del centro de salud de Quevedo

RESUMEN

Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Ecuador se basan en prevenir y disminuir las cifras del embarazo adolescente. Una de las problemáticas que enfrenta el cantón Quevedo es el alto número de adolescentes que quedan en estado de gestación sin haber culminado sus estudios postergando así sus proyectos de vida. Por tal motivo, el presente proyecto tiene como objetivo evaluar la incidencia de las políticas públicas en los embarazos en adolescentes en el cantón Quevedo. Este proyecto es de mucha importancia ya que el embarazo adolescente constituye un problema público, que trae consecuencias en diferentes ámbitos para este grupo etario. La investigación fue de tipo correlacional al determinar los factores que influyen en el incremento de embarazos en las adolescentes y la incidencia de las estrategias implementadas por las autoridades para control y prevención de los mismos. La población estudiada estuvo conformada por mujeres de Quevedo, con edades de 10 a 19 años, y se tomó una muestra de 375 adolescentes. Entre los resultados obtenidos se destaca la relación que existe entre el embarazo adolescente y un temprano inicio de la vida sexual activa; la tasa de embarazo adolescente en el cantón Quevedo es de 320 por cada 1000 adolescentes y los métodos de prevención más efectivos son la educación sexual desde las escuelas, en comparación con algunas acciones desde el sector de la salud.

Palabras Clave: embarazos, adolescentes, políticas públicas.

SUMMARY

Public policies on sexual and reproductive health in Ecuador are based on preventing and reducing teenage pregnancy. One of the problems faced by the canton of Quevedo is the high number of adolescents who become pregnant without having completed their studies, thus postponing their life projects. For this reason, this project aims to evaluate the impact of public policies on teenage pregnancies in the canton of Quevedo. This project is very important because teenage pregnancy is a public problem that has consequences in different areas for this age group. The research was of correlational type to determine the factors that influence the increase of teenage pregnancies and the incidence of the strategies implemented by the authorities to control and prevent them. The population studied was composed of women from Quevedo, aged between 10 to 19 years, and a sample of 375 adolescents was taken. Among the results obtained, the relationship between adolescent pregnancy and early initiation of sexually active life is highlighted; the adolescent pregnancy rate in the canton of Quevedo is 320 per 1000 adolescents and the most effective prevention methods are sex education in schools, in comparison with some measures taken by the health sector.

Key Words: pregnancies, adolescents, public policies.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
PRÓLOGO.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiv
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	xvii
CAPÍTULO I.....	19
MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y UBICACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.2. SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA.....	21
1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	21
1.3.1. Problema General.....	21
1.3.2. Problemas Derivados.....	21
1.4. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	21
1.5. OBJETIVOS.....	22

ix

1.5.1.	Objetivo General	22
1.5.2.	Objetivos Específicos	22
1.6.	JUSTIFICACIÓN	22
CAPÍTULO II		24
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN		24
2.1.	FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	25
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	26
2.2.1.	El embarazo en la adolescencia.....	26
2.2.2.	El embarazo en adolescentes como un problema de salud.....	27
2.2.3.	Riesgos Obstétricos en adolescentes	28
2.2.4.	Adolescentes: salud sexual y salud reproductiva	29
2.2.5.	Políticas Públicas y Embarazo en adolescentes en el Ecuador.....	30
2.2.6.	Características Sociodemográficas.....	31
2.3.	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	32
2.3.1.	Objetivos de Desarrollo Sostenible	32
2.3.2.	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.....	33
2.3.3.	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”.....	33
2.3.4.	Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes.....	34
2.3.5.	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo-CIPD.....	34
2.3.6.	Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.....	35

2.3.7.	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013).....	36
2.3.8.	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030).	36
2.3.9.	Marco Legal Nacional.....	37
2.3.10.	Marco Programático	41
CAPÍTULO III.....		44
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		44
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2.	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.3.	CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.3.1.	Población y muestra	45
3.3.2.	Técnicas e instrumentos	46
3.4.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
3.5.	ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO	47
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	48
CAPÍTULO IV		49
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		49
4.1.	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES DEL CANTÓN QUEVEDO	50
4.2.	ÍNDICE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CANTÓN QUEVEDO	58
4.3.	ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR LAS AUTORIDADES PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.....	60

4.3.1. Sistema educativo.....	60
4.3.2. Salud pública y privada.....	69
4.4. DISCUSIÓN	73
CAPÍTULO V	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
5.1. CONCLUSIONES	77
5.2. RECOMENDACIONES.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Inicio de vida sexual activa	52
Figura 2. Uso de pastillas anticonceptivas y la incidencia en la prevención del embarazo.....	54
Figura 3. Uso del condón y su incidencia en la prevención de embarazos.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad	50
Tabla 2. Estado conyugal.....	50
Tabla 4. Inicio de edad sexual	51
Tabla 4. Parejas sexuales	52
Tabla 5. Uso de métodos anticonceptivos y medidas de emergencia.....	53
Tabla 6. Uso del DIU y su incidencia en la prevención de embarazos.....	55
Tabla 7. Pastillas del día después y su incidencia frente a posibles embarazos	55
Tabla 8. Embarazos por nivel socioeconómico	56
Tabla 9. Factores que influyen en el embarazo	56
Tabla 10. Grado de afinidad	58
Tabla 11. Embarazos.....	58
Tabla 12. Embarazos por grupos de edad	59
Tabla 13. Estudio y embarazo.....	61
Tabla 14. Prueba Chi-cuadrado para embarazo y estudio	61
Tabla 15. Prueba V de Cramer.....	61
Tabla 16. Embarazos y rezago escolar.....	62
Tabla 17. Prueba Chi-cuadrado para embarazo y rezago escolar	63
Tabla 18. Prueba V de Cramer.....	63
Tabla 19. Grado de escolaridad aprobada y embarazo	64
Tabla 20. Prueba Chi-cuadrado para grado de escolaridad y embarazo.....	65
Tabla 21. Prueba V de Cramer.....	65
Tabla 22. Embarazo y educación sexual en escuela	66

Tabla 23. Prueba de Chi-cuadrado para educación sexual y embarazos	66
Tabla 24. Prueba V de Cramer.....	67
Tabla 25. Estadístico Games-Howell: embarazo y sistema educativo	68
Tabla 26. Primera cita al ginecólogo	69
Tabla 27. Evaluación de la relación entre primera cita al ginecólogo y embarazo	70
Tabla 28. Prueba V de Cramer.....	70
Tabla 29. Explicación de métodos anticonceptivos por parte de médicos antes del embarazo	71
Tabla 30. Relación entre la explicación del uso de métodos anticonceptivos por médicos especialistas y el embarazo	71
Tabla 31. Afiliación y embarazo.....	72
Tabla 32. Estadístico Games-Howell: Embarazo y sistema de salud	73

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Certificado de antiplagio	88
Anexo 2 Cuestionario	89

INTRODUCCIÓN

Históricamente el embarazo adolescente y la maternidad temprana han sido parte de la realidad social de los países Latinoamericanos con menor índice de desarrollo, y Ecuador no escapa a esa realidad. Específicamente en la actualidad se evidencia que el 23,4% de nacimientos vivos en Ecuador se registraron en madres adolescentes menoresde 19 años, lo que representa una importante estadística, en la proporción de adolescentes embarazadas (Urgilés, Fernández, & Durán, 2018).

Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Ecuador se basan en prevenir y disminuir las cifras del embarazo adolescente. Los enfoques de las políticas públicas han ido desde la prevención con la entrega de métodos anticonceptivos, hasta incluir la abstinencia impartida por los padres como herramienta educación sexual de los adolescentes.

Una de las problemáticas que enfrenta el cantón Quevedo es el alto número de adolescentes que quedan en estado de gestación sin haber culminado sus estudios y postergando así sus proyectos de vida, esto debido no solo a la desinformación que puedan tener sobre temas de sexualidad, sino también por el poco interés que se ha prestado a este tipo de temas por parte de las autoridades tanto de salud, como educación y gubernamentales, no se han implementan programas de educación sexual que sean debidamente llevados a cabo.

En el **Capítulo I** denominado Marco Contextual se presenta la ubicación (cantón Quevedo), los problemas del embarazo precoz, la evolución psicossomática, tanto como los aspectos sociales más amplios hasta llegar a definir la pregunta y objetivos de investigación

El **Capítulo II** de Marco Teórico contiene los conceptos relacionados con el embarazo precoz y las políticas públicas, recopiladas de libros, tesis, artículos científicos.

La Metodología constituye el **Capítulo III** en el que se presentan los tipos y métodos de investigación empleados, la población y muestra, técnicas de instrumentos de recolección de la información, además de la operacionalización de las variables.

En el **Capítulo IV** se encuentran los resultados del estudio estadístico de frecuencia y correlación de los datos y las variables de la investigación. Adicionalmente, se integra una sección de discusión, en la cual se expone de manera comparativa los resultados encontrados frente a la estadística actual del Ecuador en el caso de embarazos en adolescentes.

Finalmente, las conclusiones y recomendaciones del presente estudio se ponen de manifiesto en el **Capítulo V**.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.CONTEXTUALIZACIÓN Y UBICACIÓN DEL PROBLEMA

El proyecto de desarrollo sobre políticas públicas y los embarazos en adolescentes se llevó a cabo en el cantón Quevedo perteneciente a la Provincia de Los Ríos.

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, por lo que se vive este proceso entre los 10 a19 años (Barrozo, 2011).

Los problemas del embarazo precoz se relacionan estrechamente con la evolución psicosomática, tanto como los aspectos sociales más amplios. El embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública especialmente en países donde aún son altas las tasas de fecundidad (Gálvez, Rodríguez, Lugones, & Altunaga, 2017).

Además, el embarazo adolescente persiste como uno de los factores de riesgo que generan mortalidad materna e infantil, dándose con mayor tendencia en un círculo de enfermedad y con limitaciones económicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Ahora bien, históricamente el embarazo adolescente y la maternidad temprana han sido parte de la realidad social de los países latinoamericanos con menor índice de desarrollo, y Ecuador no escapa a esa realidad, específicamente en la actualidad se evidencia, según cifras del Instituto Nacional de Estadística (2017), el 23,4% de nacimientos vivos en Ecuador se registraron en madres adolescentes menores de 19 años, lo que representa una importante estadística, en la proporción de adolescentes embarazadas. Adicionalmente, la misma fuente indica que, las adolescentes apenas llegan a una educación secundaria básica completa con un 46,1% y secundaria completa con un 45,2%, en el caso de menores de 19 años embarazadas (Urgilés, Fernández, & Durán, 2018).

1.2.SITUACION ACTUAL DEL PROBLEMA

Una de las problemáticas que enfrenta el cantón Quevedo es el alto número de adolescentes que quedan en estado de gestación sin haber culminado sus estudios y postergando así sus proyectos de vida, esto debido no solo a la desinformación que puedan tener sobre temas de sexualidad, sino también por el poco interés que se ha prestado a este tipo de temas por parte de las autoridades tanto de salud, como educación y gubernamentales, no se han implementan programas de educación sexual que sean debidamente llevados a cabo, en pleno siglo XXI se continua trabajando en corregir el efecto mas no la causa, es decir se busca disminuir el índice de muertes materno – fetales, pero no se busca disminuir el índice de adolescentes embarazadas cuya edad constituye un factor de riesgo importante para que se produzca una muerte materna o fetal.

1.3.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Problema General

La pregunta para responder con el proyecto de desarrollo es: ¿Cuál es la incidencia de las políticas públicas en los embarazos en adolescentes en el cantón Quevedo?

1.3.2. Problemas Derivados

- ¿Cuáles son los factores que influyen en el incremento de embarazos en las adolescentes del cantón Quevedo?
- ¿Cuál es el índice de adolescentes embarazadas en el cantón Quevedo?
- ¿Cuáles son las estrategias implementadas por las autoridades para control y prevención de los embarazos en adolescentes?

1.4.DELIMITACION DEL PROBLEMA

Con el propósito de responder a las preguntas de investigación los límites específicos son

descritos a continuación.

CAMPO	Ciencias Administrativas
ÁREA	Gestión Pública
LÍNEA	Administración, comercio, economía, finanzas y turismo
SUBLÍNEA	Estudio de los factores que impulsen el desarrollo económico y social de los grupos poblacionales del área de influencia de la UTEQ
LUGAR	Centros de Salud de Quevedo
TIEMPO	Año 2021-2022

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Evaluar la incidencia de las políticas públicas en los embarazos en adolescentes en el cantón Quevedo.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar los factores que influyen en el incremento de embarazos en las adolescentes del cantón Quevedo
- Establecer el índice de adolescentes embarazadas en el cantón Quevedo
- Identificar las estrategias implementadas por las autoridades para control y prevención de los embarazos en adolescentes

1.6. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto es de mucha importancia ya que el embarazo en adolescentes constituye un problema público, que trae consecuencias en diferentes ámbitos para este grupo etario, entre los que se pueden mencionar la deserción escolar, el mayor riesgo de muertes maternas y fetales, además de los problemas socio económicos que intervienen tanto en el bienestar individual como social.

En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 10-19 años abandonan sus estudios, por ser madres o estar embarazadas. En la última década la propensión del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años es de 74% y en mayores de 15 años de 9%, siendo la tendencia de la fecundidad nuestro país la más alta de la Región Andina, llegando a 100 por 1000 nacidos vivos (Jácome, Parra, & Paccha, 2021).

Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), en 2019 se han registrado 51.711 nacimientos de adolescentes, de ellos, 1.816 corresponden a adolescentes entre 10 y 14 años que representa el 0,6%; y 49.895 entre 15 y 19 años, esto es el 17,5 % (Cifuentes, Maldonado, & López, 2021).

Es frente a la constatación de estos y otros efectos del embarazo en la adolescencia que Unicef Ecuador, en el marco de su nuevo programa país 2019-2022, ha colocado entre sus prioridades de trabajo la prevención y la atención al embarazo en la adolescencia por tratarse de una amenaza directa al desarrollo pleno, particularmente, de las niñas y las adolescentes. Unicef Ecuador junto al INFA y otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas trabajan de la mano. Por una parte, con la institucionalidad pública, brindando asistencia técnica para fortalecer las capacidades de los garantes de derecho y realizando abogacía, y por otra, generando evidencias para que las políticas y programas que previenen y atienden a las niñas y las adolescentes sean una prioridad en la agenda pública, cuenten con los presupuestos necesarios y sean intervenciones intersectoriales que garanticen sus derechos (OMS, 2021).

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Políticas públicas: Las políticas públicas son las acciones de gobierno, es la acción emitida por éste, que busca cómo dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad, como señala Chandlery Plano, se pueden entender como uso estratégico de recursos para aliviar los problemas nacionales (López & Cadéas, 2003).

Embarazo: El embarazo es el periodo que comienza cuando termina la implantación, que es el procesocuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma (Menéndez & Castellanos, 2018)

Adolescencia: Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 21 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia a estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana que va desde los 10 hasta los 13 años, la segunda o adolescencia media que se encuentra entre los 14 y 17 años y la adolescencia tardía que comprende entre 18 y 21 años (Borrás, 2017).

Cantón Quevedo: Es una ciudad ecuatoriana; así como la urbe más grande y poblada de la Provincia de Los Ríos. Se localiza al centro de la región litoral del Ecuador, en una extensa llanura, atravesada por el río Quevedo, a una altitud de 74 msnm y con un clima lluvioso tropical de 28°C en promedio (Suárez, 2016).

Familia: La familia es el grupo de personas que sumados componen un núcleo amplio que logra tener una representación universal, considerado como sistema abierto, ya que cada uno tiene un rol dentro de ese grupo familiar (Quintero, Ibagón, & Álvarez, 2017).

Anticoncepción: Empleo de medicamentos, dispositivos o cirugía para prevenir el embarazo (Fernández, Mariño, Ávalos, & Baró, 2013).

Educación Sexual: La educación sexual integral (ESI) es un proceso que cuenta con un plan de estudios paradar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad (OMS, 2019)

Planificación Familiar: La planificación familiar es el derecho que todo individuo posee para determinar libre y responsablemente, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibirinformación sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas (IMSS, 2020).

2.2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La OMS define a la adolescencia como la etapa de desarrollo que se da posterior a la niñez y previa a la adultez o edad adulta, comprendiendo el periodo desde los 10 hasta los 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

Se puede esquematizar la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí:

- **Adolescencia inicial.** Abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- **Adolescencia media.** Comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- **Adolescencia tardía.** Abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la reaceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez (Güemes, Ceñal, & Hidalgo, 2017).

2.2.1. El embarazo en la adolescencia

El problema del embarazo en la adolescencia es multifactorial, de ahí que se destacan factores de riesgo en el orden individual, familiar y social:

- Factores de riesgo individuales: Entre algunos se destacan el inicio precoz de las relaciones sexuales, temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, desocupación, y la poca habilidad de planificación familiar.
- Factores de riesgo familiares: pérdida de figuras significativas en la familia y familia no funcional.
- Factores de riesgo sociales: Estrés, delincuencia, alcoholismo, mitos y tabúes sobre sexualidad y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (Favier, Samón, Ruiz, & Franco, 2018).

2.2.2. El embarazo en adolescentes como un problema de salud

El embarazo en la adolescencia es un importante problema de salud reconocido por la OMS y la comunidad internacional, ejemplificado por las alarmantes estadísticas publicadas mundialmente donde el índice mundial de embarazo adolescente se aproxima en 46 partos por cada 1000 niñas, mientras que el área de América Latina y el Caribe las cifras son las segundas más elevadas mundialmente, con un aproximado de 66,5 partos por cada 1000 niñas entre las edades de 15 a 19 años.

- Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año.
- Las complicaciones o dificultades durante el parto son una de las principales causas de muerte entre las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años en todo el mundo.
- Los infantes nacidos de madres adolescentes poseen un mucho mayor riesgo de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

- Aun cuando se ha registrado un descenso importante, pero irregular, en las tasas de nacimiento por embarazos adolescentes en las últimas 3 décadas, alrededor del 11% de todos los nacimientos en el mundo suceden por adolescentes entre los 15 y 19 años. De este porcentaje de nacimientos, alrededor del 95% suceden en países de ingresos bajos y medianos.
- El número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año en el mundo.

En la actualidad, la población mundial estimada es de 6090 millones, 17,5 % son individuos entre 10 y 19 años; de ellos, 10 % se embarazan, lo que equivale al 10 % de todos los nacimientos del mundo. Esto quiere decir que cada año, aproximadamente, 16 millones de mujeres de entre 10 a 19 años tienen un nacimiento (Hevia & Perea, 2020).

2.2.3. Riesgos Obstétricos en adolescentes

Los riesgos obstétricos se incrementan en el embarazo adolescente. El riesgo de muerte es más de tres veces superior en adolescentes que en mujeres con un rango de edad de 20 a 24 años (Sanabria & Fernández, 2019). El riesgo de pretérmino y postérmino de una adolescente embarazada es superior al grupo de mayor edad, es decir, a las mujeres de 19 años (Betancourt, 2002).

Otro factor se registra en el momento del parto, como la hemorragia fisiológica, la misma que predispone a la madre a cierto grado de anemia, lo cual se ve agravado por laceraciones en el canal de parto de adolescentes, pues sus órganos se encuentran en desarrollo (Torres, y otros, 2015).

Sin embargo, se reconoce también riesgos en sus vástagos, como el bajo peso al nacer, el cual es uno de los factores más importantes para el desarrollo y crecimiento saludable del niño. Además, se considera como un indicador de la situación biológica y social del

entorno materno (Torres, y otros, 2015).

2.2.4. Adolescentes: salud sexual y salud reproductiva

De acuerdo con las cifras del ENSANUT (2012), se distinguen las siguientes características en la población de adolescentes del Ecuador (Bucheli, y otros, 2018), las mismas que se muestran a continuación.

- La vida sexual activa empieza entre los 15 y 19 años para el 39.2% de la población adolescente ecuatoriana.
- El inicio de vida sexual antes de los 15 años se identificó en un 7.5% de la población adolescente ecuatoriana. Mientras que, el 30,1% la tuvo antes de los 18 años.
- La información sobre salud sexual y salud reproductiva aumenta a medida que se tiene mayor nivel de instrucción.
- Los anticonceptivos de emergencia son más desconocidos sin importar el nivel de instrucción.
- El canal principal de información sexual se da en instituciones educativas.
- Se registra un 89.9% de niñas con un rango de edad de 10 a 14 años que han tenido relaciones sexuales con adultos.
- El 67.7% de las mujeres de entre 15 a 24 años, no emplearon método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los principales motivos fueron la falta de conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos y la dificultad de conseguirlos.
- Los abortos en menores de 15 años se dan en un 7,5%.
- La interrupción de estudios y su disertación se evidenció en 44.3% de mujeres que se embarazaron entre una edad de 15 a 24 años.

2.2.5. Políticas Públicas y Embarazo en adolescentes en el Ecuador

Las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Ecuador se basan en prevenir y disminuir las cifras del embarazo adolescente. Los enfoques de las políticas públicas han ido desde la prevención con la entrega de métodos anticonceptivos, hasta incluir la abstinencia impartida por los padres como herramienta educación sexual de los adolescentes (Bucheli, y otros, 2018).

En el periodo 2011-2018 se han implementado tres políticas públicas de salud sexual y reproductiva. En 2011 se presentó la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA). En 2015 se lanzó a nivel nacional el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia (PlanFamilia) que se impulsó mediante el decreto 491 por Rafael Correa.

Finalmente, la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025 (PIPEA) que fue presentada a nivel nacional en 2018, sin embargo, fue dispuesta para su elaboración en el decreto 4 firmado por Lenin Moreno el 24 de mayo de 2017 en su primer día de gobierno, en el cual se dispuso la supresión del Plan Familia y la elaboración de una nueva política para la prevención del embarazo adolescente (King & Gallo, 2020).

Las metas en salud materna, especialmente en lo concerniente a la mortalidad materna y el embarazo adolescente, aún no han sido alcanzadas por el Estado ecuatoriano. De acuerdo con el Estudio sobre los costos de omisión de no invertir en acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador para el año 2015 el costo económico y social por la omisión de servicios de salud sexual y reproductiva llegó a US\$ 472.9 millones, lo que evidencia una deuda social en una adecuada educación sexual, reproductiva y de planificación familiar. Por otra parte, el embarazo adolescente merece una atención

especial: en 2015 el porcentaje de nacimientos en mujeres entre 12 y 17 años fue de 10,2%, mientras que, en 2006 fue de 8,1% (Espinosa, y otros, 2017).

Esta problemática genera situaciones adversas, como la deserción escolar y la pobreza. En 2018, se registró que 6.487 adolescentes abandonaron los estudios por esta razón, lo que conlleva situaciones de vulneración de derechos que afectan su proyecto de vida (Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil, 2018).

Por lo tanto, es el Estado quien debe asegurar los entornos para el pleno ejercicio del derecho de la población a tomar decisiones de forma libre, voluntaria, informada y responsable respecto a su salud sexual y reproductiva, tomando en consideración sus contextos geográficos, sociales y culturales, sin menoscabo de los derechos garantizados constitucionalmente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

2.2.6. Características Sociodemográficas

El estudio se enfoca en la población adolescente, la cual se encuentra en un rango de edad de 10 a 19 años de acuerdo con la OMS. Una de las características más distintivas es que parte de su población dentro del territorio ecuatoriano, específicamente el 84% del rango de 15 a 17 años, en 2012, se registraron en el sistema educativo. Sin embargo, el rezago se presentó en tres de cada diez adolescentes que asistían a clases, encontrándose que la mitad de estos pertenecían a comunidades indígenas. Una tendencia clara se deslumbra entre el estudio, pues las condiciones de la población de jóvenes urbanos fueron superiores a las del área rural, teniendo una culminación de la educación secundaria de 68.8% y 36.1%, respectivamente. Esta brecha educativa se presenta en indígenas y montubios (Bucheli, y otros, 2018).

El embarazo en niñas y adolescentes se encuentra como una de las causas de abandono escolar. En 2015, este factor condicionó a que 6.487 adolescentes desertaran de sus

estudios a causa de embarazo. Un 56% de esta población se encontraba cursando la educación básica, lo que se traduce a 36.871 años de escolaridad perdidos, con un promedio de 5.8 años por mujer, lo cual equivale a 728.5 millones de dólares de ingresos que no percibirán debido a haber desertado a los estudios previo a su ingreso al nivel superior (Espinosa, y otros, 2017).

En Ecuador, muchas veces los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes son vulnerados o amenazados por su entorno familiar. Los servicios de protección atienden a 12.077 niñas, niños y adolescentes, de los cuales alrededor del 93% de las niñas y adolescentes mujeres están entre 14 años o menos, de las cuales se identifican casos de niñas madres (Bucheli, y otros, 2018).

2.3.FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Al respecto y en relación con el embarazo en niñas y adolescentes, son de relevancia los siguientes:

2.3.1. Objetivos de Desarrollo Sostenible

Dentro de los convenios que Ecuador mantiene con las ONU se encuentra contribuir a mejorar las condiciones de vida de sus pobladores en un entorno de igualdad, con lo cual se plantearon Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda 2030, en la que participan los países que se encuentran dentro de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2019). Por tal motivo, las políticas internas ecuatorianas que están dirigidas a la población de adolescentes son las siguientes:

- Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.
- Objetivo 4: “Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos”.

- Objetivo 5: “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”

2.3.2. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

Este instrumento es un vinculante, universalmente reconocido, que lucha contra la discriminación de la mujer, protege los derechos de las niñas para preservar su dignidad y bienestar, y promueve políticas públicas para la generación de oportunidades en igualdad (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1981). De entre sus artículos se cita principalmente lo siguiente:

- **Artículo 11. 2.** Literal a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil; d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.
- **Artículo 12. 2.** Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

2.3.3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”.

La Convención de Belém do Pará establece por primera vez el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Este tratado internacional ha dado pauta para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres en los Estados Parte de la Convención; formulación de planes nacionales;

organización de campañas e implementación de protocolos y de servicios de atención, entre otras iniciativas, y ha sido un aporte significativo al fortalecimiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, 1994).

2.3.4. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes

Es un instrumento que utiliza la Declaración de los Derechos Humanos para garantizar los derechos de libertad, paz, igualdad y dignidad a favor de los jóvenes. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2008), señala en su artículo 23 el derecho a la educación sexual, en donde lo colocan como fuente de desarrollo personal, afectiva y expresión comunicativa, en la cual se debe brindar no solo información relativa a la reproducción sino que también debe tratarse sobre las consecuencias.

En este mismo cuerpo legal, manifiesta que la educación sexual debe ser impartida en todos los niveles educativos, con el propósito de fomentar el ejercicio de una sexualidad orientada a su seguridad, identidad y aceptación. Se promueve la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se intensifica políticas para que los países disminuyan las tasas de embarazos no deseados, abusos y violencia sexual.

Adicionalmente, se coloca a la familia como responsable de la educación de los jóvenes en cuanto a educación sexual, pero involucra a los estados como medio de apoyo con sus diferentes programas para alcanzar mayor difusión y cambiar el paradigma generacional sobre la educación sexual.

2.3.5. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el desarrollo-CIPD.

Este instrumento tiene como finalidad la entrega de armas para que la mujer pueda

mejorar su situación y proporcionalmente conseguir más posibilidades de elección para servicios de educación y salud. Se encamina a dar políticas que no sólo se fijan en la instrucción para impulsar a la generación de más mujeres profesionales, sino que también se enfoca en la investigación dirigida a crear instrumentos para la reducción de los niveles de mortalidad infantil y materno infantil (Ban & Babatunde, 2014).

Específicamente, dentro de su plan de acción señala que la investigación biomédica ha generado un catálogo de métodos anticonceptivos más modernos, seguros y eficaces. Sin embargo, claramente se ven limitados en función al hombre. La planificación familiar es una cuestión que depende de cada persona, las cuales no encuentran dentro de este catálogo una opción que los satisfaga por lo que deciden no emplearlo, o simplemente, no reconocen la importancia de la planificación. Además, son pocos los métodos anticonceptivos que permiten evitar en un mayor porcentaje a las ETS, por lo que es necesario que se continúe investigando métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento (Ban & Babatunde, 2014).

2.3.6. Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Beijing, 1995

Esta herramienta decreta un conjunto de medidas y objetivos estratégicos para el progreso y alcance de la igualdad de género en diversos ámbitos importantes como:

- La mujer y la pobreza
- Educación y formación de la mujer
- La mujer y la salud
- La violencia contra la mujer
- La mujer y los conflictos armados
- La mujer y la economía

- La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones
- Mecanismos institucionales para el desarrollo de la mujer
- Los derechos humanos de la mujer
- La mujer y los medios de difusión
- La mujer y el medio ambiente
- La mujer en su niñez

La presente conferencia afianzó cinco decenios de avances jurídicos enfocados en asegurar y garantizar la igualdad ante la ley y en el diario convivir de las mujeres y los hombres (ONU Mujeres, 2013).

2.3.7. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)

Esta herramienta busca un consenso entre los derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Por lo que se enfocan en garantizar oportunidades para tener una vida libre de pobreza y violencia, asegurar la protección y la práctica de sus derechos humanos, el acceso a la salud, educación y protección social (CEPAL, 2013).

También, busca garantizar la participación efectiva de adolescentes y jóvenes en debates públicos, en la toma de decisiones en política y programas dirigidos principalmente a la combatir los factores de riesgo que impiden el cumplimiento de sus derechos (CEPAL, 2013).

Adicionalmente, se plantea invertir en la juventud, mediante políticas públicas específicas y condiciones de acceso en educación pública que muestren un entorno libre de discriminación, gratuita y de calidad (CEPAL, 2013).

2.3.8. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, del Niño y del Adolescente (2016-2030).

Esta estrategia plantea la jerarquización de prioridades para enfocar los recursos de los países en tres enfoques que se basan en contrarrestar la desigualdad en los resultados de salud; fortalecer los sistemas de salud; y, promover políticas y programas integrados y multisectoriales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016).

2.3.9. Marco Legal Nacional

2.3.9.1. Constitución de la República del Ecuador 2008.

La Constitución de la República del Ecuador 2008, publicada en el Registro Oficial 449, el 20 de octubre de 2008, señala en su artículo 35 que dentro de la población que se considera para atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado se encuentran los niños, niñas y adolescentes, y mujeres embarazadas.

Esta atención se extenderá a víctimas de agresión doméstica y sexual, maltrato infantil, catástrofes naturales o circunstancias de origen antropogénico.

En su artículo 42, se hace mención del derecho de la asistencia humanitaria preferente y especializada dirigida a grupos desplazados de los niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

En su artículo 43, el estado garantiza un entorno sin discriminación por embarazo en ámbitos educativos, sociales y laborales. Se asegura la gratuidad de los servicios de salud materna. Se ubica a las mujeres embarazadas dentro del grupo de protección y atención prioritaria de su salud integral durante los periodos de embarazo, alumbramiento y postparto. Además, establece facilidades y comodidades prioritarias para el reposo y la recuperación en el periodo de postparto y lactancia.

En su artículo 44, sitúa una triangulación estratégica donde el estado, la sociedad y la familia son la base del desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, asegurando

el ejercicio de sus derechos, siendo considerados sus derechos por sobre encima de las demás personas.

Finalmente, en su artículo 45 se reconoce y garantiza la vida, incluyendo el cuidado y protección desde la concepción, sus derechos a la integridad física y psíquica, su identidad, nombre y ciudadanía, acceso a la salud, educación, recreación, seguridad social, libertad, dignidad, y respeto a su cultura. También, se reafirma su protección de un entorno perjudicial.

2.3.9.2.Ley Orgánica de Salud 2006 y su Reglamento 2012

El Reglamento de la Ley Orgánica de Salud, publicado en el Decreto Ejecutivo 1395, Registro Oficial 457, el de 30 de octubre de 2008, es un instrumento que emplea la Ley Orgánica de Salud para el ejercicio de su cumplimiento.

La Ley Orgánica de Salud, publicada en el Registro Oficial Suplemento 423, el 22 de diciembre de 2006, en su artículo 20 señala que las políticas y programas de salud sexual y reproductiva se dirigen también a adolescentes para erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación.

En su artículo 22, reconoce a las condiciones de riesgo de salud pública que conlleva la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes y el aborto, por lo que garantiza el acceso a servicios públicos gratuitos de acuerdo con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

En su artículo 26, menciona que la implementación de acciones se hará desde el eje de prevención y atención en salud integral, dirigida especialmente a adolescentes en instituciones públicas de manera gratuita.

En su artículo 27, indica que la implementación de programas educativos para la salud reproductiva será de carácter obligatorio en instituciones educativas a nivel nacional.

Estos programas se orientarán al fomento de la paternidad y maternidad responsable, la prevención del embarazo adolescente, educación y prevención de ETS y dismantelar entornos dedicados a la explotación sexual.

2.3.9.3.Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2011.

La Ley Orgánica de Educación Intercultural, publicada en el Registro Oficial No. 417, el 31 de marzo de 2011, menciona en su artículo 6, literal O, que es una obligación del estado la elaboración y ejecución de adaptaciones curriculares deben dirigirse a la inclusión y permanencia del sistema educativo de adolescentes y jóvenes embarazadas, así como a personas con discapacidad.

En su artículo 7, señala los derechos de los estudiantes, entre los cuales se menciona una formación con justicia, dignidad y sin discriminación, que permita el acceso al estudio de manera flexible y alternativa para las personas con atención prioritaria, principalmente, personas con discapacidades, adolescentes y jóvenes embarazadas.

En su artículo 14, señala la exigibilidad, la restitución y la protección del Estado como corresponsable de la garantía del derecho de la educación de niños, niñas y adolescentes. Cuando la integridad física, psicológica o sexual de las niñas, niños y adolescentes estuviere amenazada o hubiere sido afectada, se puede denunciar ante la autoridad judicial respectiva, la cual remitirá a las autoridades competentes para que se dicten las medidas de protección de derechos que corresponda por su incumplimiento.

2.3.9.4.Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano, COIP.

El Código Orgánico Integral Penal, publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 180, el 10 de febrero de 2014, menciona en su artículo 158 que el individuo que ejerza algún tipo de agresión sexual contra la mujer o miembros de su núcleo familiar, obligando a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con penas previstas

para delitos contra la integridad sexual y reproductiva.

2.3.9.5. Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia.

El Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, publicado en el Registro Oficial 737, el 3 de enero de 2003, señala en su artículo 23 que en caso de una adolescente cumpliendo pena privativa de libertad, esta debe sustituirse por medidas cautelares hasta noventa días después del parto.

En su artículo 25, menciona que se crearán condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y parto, a favor de la progenitora y su vástago, con especial enfoque a las adolescentes con peso inferior de 2.500 gramos.

2.3.9.6. Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres y su Reglamento

El Reglamento de la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, publicada en el Registro Oficial Suplemento 254, el 4 de junio de 2018, es el instrumento utilizado por la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, publicada en el Registro Oficial Suplemento 175, el 5 de febrero de 2018, para el ejercicio del cumplimiento de sus afirmaciones.

Esta ley en su artículo 10, menciona los tipos de violencia que considera el Estado que vulneran los derechos de las mujeres, en donde se ubica la violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, simbólica, política y gineco-obstetra.

En su artículo 24, literal h, señala que entre las atribuciones del ente rector de Educación está el desarrollar programas de formación dirigidos a docentes, al personal de los departamentos de consejería estudiantil y personal administrativo de las instituciones educativas en derechos humanos de las mujeres, enfoque de género, derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Además, en su literal i, menciona la implementación dentro de

la malla curricular, sobre contenidos con el enfoque de género, respecto a los derechos de las mujeres; nuevos patrones socioculturales y masculinidades; la prevención del acoso y abuso sexual; la prevención del embarazo adolescente; y los derechos sexuales y derechos reproductivos, entre otros.

En su artículo 26, literal h, garantiza la protección de la salud integral a las mujeres embarazadas, víctimas de violencia. De manera prioritaria se protegerá la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violencia.

2.3.10. Marco Programático

Se hace referencia a planes, programas y agendas, en donde los objetivos y líneas de acción se dirigen a la prevención del embarazo en adolescente y violencia de género, destacando la acción de las siguientes herramientas:

2.3.10.1. Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida”, 2017-2021.

Este instrumento alinea las políticas nacionales y extranjeras al cumplimiento de los derechos de los ciudadanos. Este plan muestra dentro de su eje 1, el objetivo de garantizar una vida digna con igualdad de condiciones para todas las personas. En este punto, es vital centrarse en la calidad de salud a los grupos de atención prioritaria y vulnerable, en donde se incluya la salud sexual y reproductiva, que permita el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Semplades, 2017).

2.3.10.2. Política Intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescente 2018-2025

El Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 hace uso de la presente política para la aplicación de la reducción de nacimientos en adolescentes, estableciéndose las siguientes

metas:

- Reducir la tasa de nacimientos en adolescentes entre 15 a 19 años de 76.5% a 63.5%.
- Disminuir la tasa de nacidos vivos de 2.65% a 2.55% por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años.

Adicionalmente, esta política también plantea contribuir con la reducción de la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil, el embarazo no planificado, el número de uniones tempranas de niñas y adolescentes, embarazos subsecuentes, y la violencia sexual (Bucheli, y otros, 2018).

2.3.10.3. Plan Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador

Las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas, se están viendo agravadas por la mala práctica del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los ecuatorianos. Los efectos se visualizan en ámbitos interrelacionados como la diferente tasa de fecundidad entre distintos grupos sociales, violencia de género, salud sexual y salud reproductiva de personas con discapacidad, acceso a métodos anticonceptivos, mortalidad materna, el desequilibrio de la fecundidad deseada, el embarazo adolescente, incremento de ETS, y cánceres relacionados al aparato reproductivo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

Ecuador, tiene como prioridad la reducción del embarazo en adolescente, pues ocupa el tercer nivel de la región de América Latina y el Caribe con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años) (Ministerio de Salud Pública, 2017).

2.3.10.4. Plan Nacional de Erradicación de los Delitos Sexuales ACUERDO N° 062. 22.2008.

Esta política es la respuesta integral del estado ecuatoriano para afrontar uno de los factores de riesgo de la población en este rango de edad, ya que, el embarazo en niñas vulnera el derecho a gozar de un estado de bienestar completo. Esto se debe a que las maternidades generalmente son consecuencia de violencia, por la infracción de sus derechos a un entorno sin abuso sexual, trayendo consigo repercusiones en su salud y desarrollo integral (Bucheli, y otros, 2018).

En las adolescentes de 10 a 14 años, se observan frecuentemente casos de violencia sexual, incesto y embarazos y maternidades infantiles forzadas. Mientras que, en las adolescentes de 15 a 19 años se observan casos en situación de pobreza, tener relaciones consentidas sin uso de métodos anticonceptivos, aceptación de uniones tempranas, y estar fuera del sistema escolar. La vulnerabilidad de sus derechos frecuentemente provoca que la adolescente quede nuevamente embarazada (Bucheli, y otros, 2018).

2.3.10.5. Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo.

Esta política articula actividades para la prevención del embarazo en adolescentes creando el Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente (PLANEA), el cual plantea contribuir a la reducción de las brechas del acceso a servicios de salud para la población adolescente, ejerciendo las obligaciones como estado, y promoviendo el cumplimiento de los derechos de sus ciudadanos desde un punto de vista intercultural y de participación social (Organismo Andino de Salud, 2013).

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación sigue un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo con alcance correlacional, debido a que no se manipulan las variables de manera deliberada, sino que se recogen datos de los embarazos en adolescentes en un momento determinado para luego presentarlos mediante estadística descriptiva a la muestra y su correlación de significancia entre las variables dependiente e independiente de políticas públicas.

3.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Los métodos de investigación están dados en función a las necesidades del presente estudio, es así como se distingue al método analítico-deductivo, ya que, se busca determinar los factores que influyen en el incremento del embarazo en las adolescentes, para después identificar si las políticas y estrategias implementadas por las autoridades han funcionado o están relacionadas de manera positiva a la reducción de este aspecto.

3.3. CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación considera a las mujeres del cantón Quevedo de la provincia de Los Ríos, la misma que surge ante el incremento de los embarazos en las adolescentes, y que se realiza con la finalidad de conocer la incidencia que tienen las políticas públicas en esta problemática.

3.3.1. Población y muestra

3.3.1.1. Población

La población motivo de este estudio se encuentra conformada por 14.994 mujeres adolescentes entre un rango de edad de 10 a 19 años del cantón Quevedo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2010).

3.3.1.2.Muestra

Aplicando la fórmula estadística para el cálculo de la muestra de poblaciones finitas se logró partir de la población total conformada por 14.994 mujeres adolescentes en Quevedo y luego se calculó un valorrepresentativo de 375 adolescentes, tomando en consideración un nivel de confianza del 95% y error de muestra del 5%.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = 375 \text{ adolescentes}$$

N= población

n= muestra

p= probabilidad a favor

q= probabilidad en contra

Z= nivel de confianza

e= error de la muestra

3.3.2. Técnicas e instrumentos

Para recabar la información necesaria, se emplearon las siguientes técnicas de recolección de información:

3.3.2.1. Investigación documental

Estructura organizacional, manuales administrativos o de organización, sistemas de información, políticas, esta información será obtenida también de manuales, normativas legales, y de la web en páginas gubernamentales como el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

3.3.2.2. Encuestas

Otra técnica seleccionada es la encuesta, pues permite identificar tres aspectos de interés para el presente estudio como lo es el porcentaje de embarazo de la muestra, sus

condiciones y conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, la educación, y el uso de los servicios médicos e instituciones educativas como medio de instrucción e impartición de educación sexual.

El instrumento empleado sigue el objetivo de la investigación que es evaluar la incidencia de las políticas públicas (educación) en el embarazo de adolescente, por lo que se ocupa las preguntas de los autores Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, Estrada y De la Vara (2015), para identificar el rezago educativo y el embarazo adolescente. Estos autores mencionan en su trabajo a una población de 12 a 19 años, que para efectos del presente estudio se modeló de conformidad con el rango establecido por la ONU para la consideración de un individuo como adolescente.

En este instrumento se recoge las respuestas de adolescentes sin embarazo previo, alguna vez embarazadas, embarazadas al momento de dar la encuesta y embarazos subsecuentes a la encuesta (Villalobos, y otros, 2015). Sin embargo, en el presente trabajo se recabada los datos en un determinado tiempo por lo que se distingue un tipo de investigación transversal, cuyo resultado sirve para establecer estadísticos descriptivos y que permite identificar la correlación entre variables.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización de variables muestra el plano concreto de la idea abstracta de la investigación, que en el proyecto está representado por la interacción entre la variable dependiente (Embarazo en adolescentes) y variable independiente (Políticas públicas), como indicadores se tiene el porcentaje en adolescentes y/o las estrategias implementadas para su control por parte del estado.

3.5. ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO

La realización del marco teórico es en base de trabajos realizados con relación a la

temática investigada, así como también el soporte documental de la información mediante libros, revistas, tesis, páginas webs, entre otros. Mediante el marco teórico se buscará desarrollar un grupo de contenidos teóricos y científicos que permitan describir y reforzar la investigación.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida en las encuestas se tabuló en Microsoft Excel, pero se realizaron las operaciones estadísticas (Chi-cuadrado y estadístico V de Cramer) en el software IBM – SPSS, ya que esta herramienta es especializada en procesos descriptivos, comparativos y correlacionales.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES DEL CANTÓN QUEVEDO

La muestra de 375 adolescentes en edades de 10 a 19 se presentan en la tabla 1; en el que se distingue que el grupo con mayor cantidad de adolescentes está en los 17 años con 14.9%, seguido de la edad de 12 años con el 13,6%; mientras que, el menor grupo lo conforma las adolescentes de 18 años, representando el 6.4%.

Tabla 1. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	32	8,5
11	27	7,2
12	51	13,6
13	36	9,6
14	32	8,5
15	40	10,7
16	36	9,6
17	56	14,9
18	24	6,4
19	41	10,9
Total	375	100,0

Fuente: Encuestas, 2021.

La tabla 2 muestra el estado conyugal de las adolescentes encuestadas, en donde se puede apreciar que un 89.9% se encuentra soltera y que un 10.1% estuvo o está actualmente unida a una pareja

Tabla 2. Estado conyugal

Estado conyugal	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	337	89,9
Alguna vez / actualmente unida	38	10,1
Total	375	100,0

Fuente: Encuestas, 2021.

La tabla 3 muestra el inicio de la edad sexual de las encuestadas, en donde el 52.5% aún

no han tenido relaciones sexuales, mientras que, la mayor cantidad de adolescentes que han iniciado su vida sexual se ubica a la edad de 12 y 13 años, representando el 12.2% de la muestra.

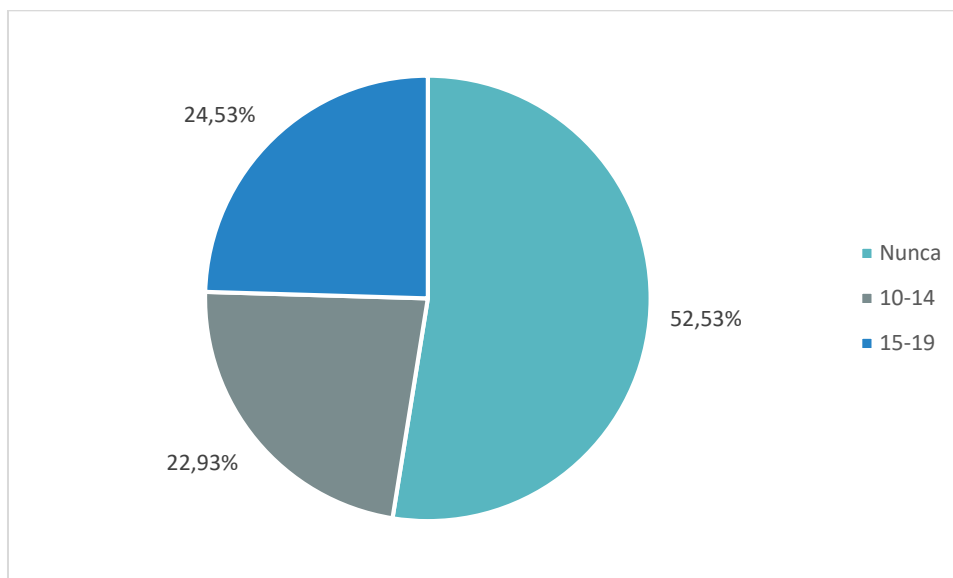
Tabla 3. Inicio de edad sexual

Edad	Frecuencia	Porcentaje
No inician	197	52,5
8	2	0,5
9	2	0,5
10	17	4,5
11	12	3,2
12	23	6,1
13	23	6,1
14	7	1,9
15	28	7,5
16	18	4,8
17	22	5,9
18	19	5,1
19	5	1,3
Total	375	100,0

Fuente: Encuestas, 2021.

La agrupación de adolescentes que no han iniciado su vida sexual, las que comenzaron entre el rango de edad de 10 – 14 años, y quienes experimentaron este evento a partir del rango de edad de 15 – 19 años, se presenta en la figura 1, en donde se evidencia un 52.5% sin actividad sexual, un 22.93% para los rangos de 10 – 14 años, y un 24.53% para el rango de 15-19 años.

Figura 1. Inicio de vida sexual activa



Fuente: Encuestas, 2021.

La tabla 4 muestra las parejas sexuales que han tenido durante los últimos 6 meses, en donde se observa que el 43.7% sólo ha tenido una, 42.7% no ha tenido y el 13.6% han tenido varias parejas sexuales.

Tabla 4. Parejas sexuales

Parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	160	42,7
Sólo una	164	43,7
Varias	51	13,6
Total	375	100,0

La tabla 5 muestra la frecuencia con la que las adolescentes encuestadas utilizan métodos anticonceptivos o medidas de emergencia. En el caso de las pastillas anticonceptivas, se encuentra que el 52% nunca las ha usado, el 19.5% lo usa a veces, y el 28.5% siempre las utiliza. Mientras que, el 39.5% de los adolescentes nunca han usado condón, 30.1% lo usa a veces, y 30.4% siempre. Por otro lado, el uso del DIU se reduce a un 3.2%. Mientras

que, como método de emergencia, se preguntó sobre el uso de las pastillas del día después, en donde se descubrió que el 21.1% las ha usado en el transcurso de su vida sexual.

Tabla 5. Uso de métodos anticonceptivos y medidas de emergencia

Variable	Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Uso de pastillas anticonceptivas	Nunca	195	52,0
	A veces	73	19,5
	Siempre	107	28,5
Uso de condón	Nunca	148	39,5
	A veces	113	30,1
	Siempre	114	30,4
Uso de DIU	No	363	96,8
	Sí	12	3,2
Uso de pastillas del día después	No	301	80,3
	Sí	74	19,7

La figura 2 muestra como el uso de pastillas anticonceptivas influyó en evitar un embarazo, pues se observa que más del 80% de las adolescentes que a veces o siempre hacen uso de las pastillas anticonceptivas no han tenido un embarazo.

Por otro lado, la figura 3 muestra que más del 60% de las adolescentes que utilizan condón como método de protección no han tenido un embarazo. Sin embargo, un poco más del 20% de las adolescentes que han tenido un antecedente de un embarazo, aseguran haber usado condón a veces o siempre.

Figura 2. Uso de pastillas anticonceptivas y la incidencia en la prevención del embarazo

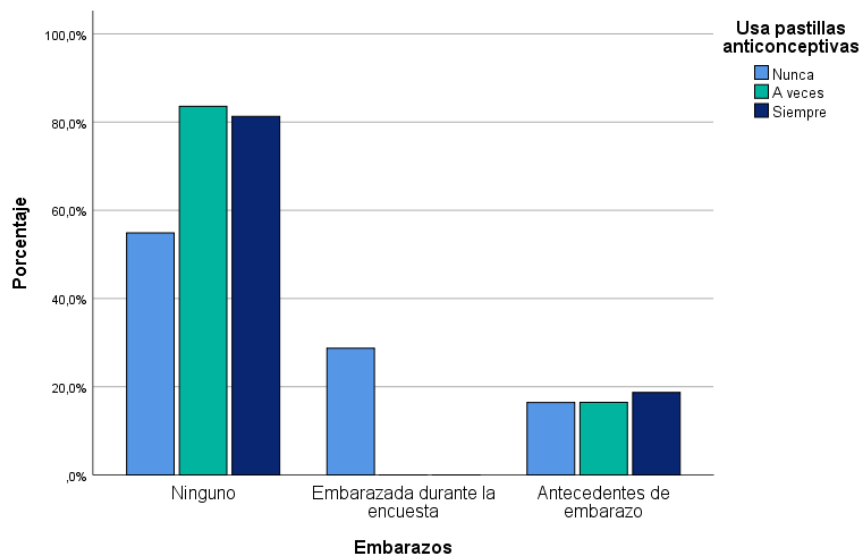
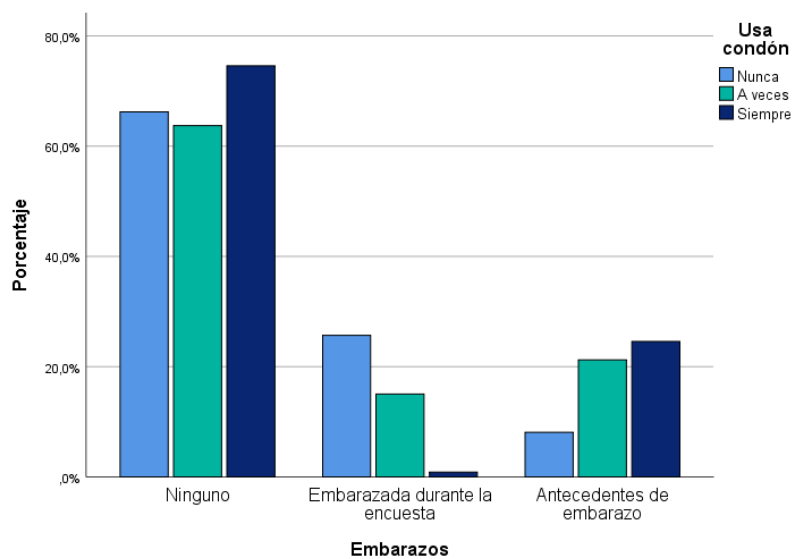


Figura 3. Uso del condón y su incidencia en la prevención de embarazos



La tabla 6 muestra que el 100% de las adolescentes que usan DIU no han registrado embarazos. Sin embargo, su uso se limita a sólo 12 adolescentes.

Tabla 6. Uso del DIU y su incidencia en la prevención de embarazos

Uso DIU		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No	n	243	56	64	363
	%	66,9%	15,4%	17,6%	100,0%
Sí	n	12	0	0	12
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	n	255	56	64	375
	%	68,0%	14,9%	17,1%	100,0%

La tabla 7 muestra el uso de mecanismos de emergencia en donde se observa que el 64.8% de las adolescentes han usado pastillas del día después, no registran embarazo. Mientras que, el 20.3% de las adolescentes que si lo usaron están embarazadas durante la realización de la encuesta. En cuanto a las adolescentes que han tenido antecedentes de embarazo, se observa que el 14.9% si lo empleó como método de emergencia.

Tabla 7. Pastillas del día después y su incidencia frente a posibles embarazos

Usa pastillas del día después		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No	n	207	41	53	301
	%	68,8%	13,6%	17,6%	100,0%
Sí	n	48	15	11	74
	%	64,9%	20,3%	14,9%	100,0%
Total	n	255	56	64	375
	%	68,0%	14,9%	17,1%	100,0%

La tabla 8 muestra el nivel socioeconómico y la incidencia del embarazo, en donde se puede apreciar que el más del 60% de las adolescentes de cualquier nivel socioeconómico no ha registrado embarazos. Mientras que, se observa que el mayor porcentaje de

adolescentes embarazadas durante la encuesta y con antecedentes de embarazo están en el nivel socioeconómico bajo, seguida por el medio con 14.7% y 18.3%, respectivamente.

Tabla 8. Embarazos por nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
Bajo	n	136	40	40	216
	%	63,0%	18,5%	18,5%	100,0%
Medio	n	73	16	20	109
	%	67,0%	14,7%	18,3%	100,0%
Alto	n	46	0	4	50
	%	92,0%	0,0%	8,0%	100,0%
Total	n	255	56	64	375
	%	68,0%	14,9%	17,1%	100,0%

Con los datos de embarazos por nivel socioeconómico, se utilizó la prueba Chi-cuadrado para establecer el factor que más influye a la prevención o incremento del embarazo adolescente en el cantón Quevedo. La tabla 9 muestra que existe una relación significativa entre las variables, a excepción del uso de DIU y el uso de pastillas del día después.

Por tal motivo, en la tabla 10, se emplea el estadístico V de Cramer para identificar el grado de afinidad de las variables, resultando que el factor que mayormente afecta al crecimiento de la población adolescente embarazada es el inicio de vida sexual (p-valor<0.005; r=0.551), seguido del estado conyugal (p-valor<0.005; r=0.490), parejas sexuales (p-valor<0.005; r=0.313), y nivel socioeconómico (p-valor<0.005; r=0.151); mientras que, para los métodos de prevención se tiene que es más influyente el uso de pastillas anticonceptivas (p-valor<0.005; r=0.288), que el uso de condón (p-valor<0.005; r=0.229).

Tabla 9. Factores que influyen en el embarazo

Variable	Detalle	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Estado conyugal	Chi-cuadrado de Pearson	89,881	2	0,000	0,000
	Razón de verosimilitud	96,174	2	0,000	0,000
	Prueba exacta de Fisher	92,938			0,000
	Asociación lineal por lineal	76,504	1	0,000	0,000
	N de casos válidos	375			
Parejas sexuales	Chi-cuadrado de Pearson	73,543	4	0,000	0,000
	Razón de verosimilitud	94,059	4	0,000	0,000
	Prueba exacta de Fisher	89,669			0,000
	Asociación lineal por lineal	22,112	1	0,000	0,000
	N de casos válidos	375			
Uso de pastillas anticonceptivas	Chi-cuadrado de Pearson	62,253	4	0,000	0,000
	Razón de verosimilitud	83,805	4	0,000	0,000
	Prueba exacta de Fisher	75,834			0,000
	Asociación lineal por lineal	8,129	1	0,004	0,005
	N de casos válidos	375			
Uso de condón	Chi-cuadrado de Pearson	39,481	4	0,000	0,000
	Razón de verosimilitud	49,874	4	0,000	0,000
	Prueba exacta de Fisher	47,627			0,000
	Asociación lineal por lineal	0,889	1	0,346	0,354
	N de casos válidos	375			
Uso de DIU	Chi-cuadrado de Pearson	5,834	2	0,054	0,052
	Razón de verosimilitud	9,442	2	0,009	0,016
	Prueba exacta de Fisher	4,901			0,059
	Asociación lineal por lineal	5,034	1	0,025	0,031
	N de casos válidos	375			
Uso de pastillas del día después	Chi-cuadrado de Pearson	2,154	2	0,341	0,370
	Razón de verosimilitud	2,032	2	0,362	0,378
	Prueba exacta de Fisher	2,132			0,370
	Asociación lineal por lineal	0,014	1	0,907	0,933
	N de casos válidos	375			
Nivel socioeconómico	Chi-cuadrado de Pearson	17,169	4	0,002	0,002
	Razón de verosimilitud	24,685	4	0,000	0,000
	Prueba exacta de Fisher	20,705			0,000
	Asociación lineal por lineal	8,177	1	0,004	0,004
	N de casos válidos	375			
Inicio de vida sexual	Chi-cuadrado de Pearson	227,655	4	0,000	0,000
	Razón de verosimilitud	276,020	4	0,000	0,000
	Prueba exacta de Fisher	266,801			0,000
	Asociación lineal por lineal	89,741	1	0,000	0,000
	N de casos válidos	375			

Tabla 10. Grado de afinidad

Variables	Nominal por Nominal	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Estado conyugal	Phi	0,490	0,000	0,000
	V de Cramer	0,490	0,000	0,000
	Coefficiente de contingencia	0,440	0,000	0,000
Parejas sexuales	Phi	0,443	0,000	0,000
	V de Cramer	0,313	0,000	0,000
	Coefficiente de contingencia	0,405	0,000	0,000
Uso de pastillas anticonceptivas	Phi	0,407	0,000	0,000
	V de Cramer	0,288	0,000	0,000
	Coefficiente de contingencia	0,377	0,000	0,000
Uso de condón	Phi	0,324	0,000	0,000
	V de Cramer	0,229	0,000	0,000
	Coefficiente de contingencia	0,309	0,000	0,000
Nivel socioeconómico	Phi	0,214	0,002	0,002
	V de Cramer	0,151	0,002	0,002
	Coefficiente de contingencia	0,209	0,002	0,002
Inicio de vida sexual	Phi	0,779	0,000	0,000
	V de Cramer	0,551	0,000	0,000
	Coefficiente de contingencia	0,615	0,000	0,000

4.2. ÍNDICE DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL CANTÓN QUEVEDO

En base a las respuestas de las encuestadas se determina que el porcentaje de embarazo es del 32%, tal como se observa en la tabla 11. Cifra superior a la que se registra en el promedio ecuatoriano de adolescentes embarazadas (12%) (Swissinfo, 2021).

Tabla 11. Embarazos

Casos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	255	68,0
Embarazada durante la encuesta	56	14,9
Antecedentes de embarazo	64	17,1
Total	375	100,0

Un vistazo más profundo de la realidad se puede observar en la tabla 12, en donde se muestra por edades agrupadas la cantidad y porcentaje de adolescentes que no han presentado embarazos, las que se encontraban embarazadas durante la encuesta y las que presentaban antecedentes de embarazo. Se descubre que las cifras para el rango de 10 a 14 años, el 34.9% de la muestra está o ha estado embarazada. Mientras que, para el de 15 a 19 años, el 29.4% de las encuestadas están o han estado embarazadas.

Tabla 12. Embarazos por grupos de edad

Edad (Agrupada)		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
10-14	Recuento	116	30	32	178
	% dentro de Edad (Agrupada)	65,2%	16,9%	18,0%	100,0%
	% dentro de Embarazos	45,5%	53,6%	50,0%	47,5%
	% del total	30,9%	8,0%	8,5%	47,5%
15-19	Recuento	139	26	32	197
	% dentro de Edad (Agrupada)	70,6%	13,2%	16,2%	100,0%
	% dentro de Embarazos	54,5%	46,4%	50,0%	52,5%
	% del total	37,1%	6,9%	8,5%	52,5%
Total	Recuento	255	56	64	375
	% dentro de Edad (Agrupada)	68,0%	14,9%	17,1%	100,0%
	% dentro de Embarazos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enfocándose únicamente en las adolescentes que se encuentran embarazadas o presentan antecedentes de embarazo se obtiene un grupo que representa el 32% de la muestra. De acuerdo con la bibliografía se tiene una población de 14.994 adolescentes mujeres, de las cuales se asume que el 4.798 están o tuvieron un embarazo. Por lo que la tasa o índice de

adolescentes embarazadas en el cantón Quevedo es de 320 por cada 1000 adolescentes de rango de edad de 10 a 19 años.

4.3. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR LAS AUTORIDADES PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

4.3.1. Sistema educativo

A continuación, se presentan las respuestas de las encuestadas referente a la educación, atención médica y seguridad social.

La tabla 13 muestra el comportamiento del sistema educativo sobre las adolescentes embarazadas y no, en donde se puede apreciar que el 100% de las adolescentes que nunca han estado embarazadas se encuentran estudiando. Mientras que, en el caso de las que están embarazadas, la situación cambia pues se registra que, de las 56 adolescentes, el 46.4% no estudia. Por otro lado, en las adolescentes con antecedentes de embarazo se observa que, de las 64 personas, el 18.8% no continúa estudiando.

Para efectos de la presente evaluación, se realizó la prueba chi-cuadrado (tabla 14), en donde se comprueba que existe una relación significativa entre el embarazo y el estudio debido a que se tiene un p-valor <0.05 , por lo cual se procede a aplicar el estadístico de V de Cramer (tabla 15), en donde se observa que existe un grado de relación moderado ($r=0.554$; p-valor=0.000).

Por lo tanto, se puede concluir que los embarazos en mujeres adolescentes de Quevedo generan la deserción escolar o interrupción de sus estudios.

Tabla 13. Estudio y embarazo

Estudia		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No	Recuento	0	26	12	38
	% dentro de Estudia	0,0%	68,4%	31,6%	100,0%
	% dentro de Embarazos	0,0%	46,4%	18,8%	10,1%
	% del total	0,0%	6,9%	3,2%	10,1%
Sí	Recuento	255	30	52	337
	% dentro de Estudia	75,7%	8,9%	15,4%	100,0%
	% dentro de Embarazos	100,0%	53,6%	81,3%	89,9%
	% del total	68,0%	8,0%	13,9%	89,9%

Tabla 14. Prueba Chi-cuadrado para embarazo y estudio

Detalle	Valor	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	114,981	0,000
Razón de verosimilitud	106,886	0,000
Prueba exacta de Fisher	103,441	0,000

Tabla 15. Prueba V de Cramer

Nominal por Nominal	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Phi	0,554	0,000	0,000
V de Cramer	0,554	0,000	0,000
Coefficiente de contingencia	0,484	0,000	0,000
N de casos válidos	375		

La tabla 16 muestra la relación entre los embarazos y el rezago escolar, en donde se aprecia que, de las 56 adolescentes embarazadas durante la encuesta, el 73.2% se encuentran rezagadas en el sistema escolar, mientras que, de las 64 adolescentes con antecedentes de embarazo el 12.5% pasan por esa problemática.

Tabla 16. Embarazos y rezago escolar

Rezagada		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No	Recuento	223	15	56	294
	% dentro de Rezagada	75,9%	5,1%	19,0%	100,0%
	% dentro de Embarazos	87,5%	26,8%	87,5%	78,4%
	% del total	59,5%	4,0%	14,9%	78,4%
Sí	Recuento	32	41	8	81
	% dentro de Rezagada	39,5%	50,6%	9,9%	100,0%
	% dentro de Embarazos	12,5%	73,2%	12,5%	21,6%
	% del total	8,5%	10,9%	2,1%	21,6%

Un dato curioso que revela la tabla 16 es que existe un 12.5% de adolescentes que nunca han estado embarazadas y, sin embargo, se encuentran rezagadas del sistema escolar, pudiendo ser un grupo vulnerable ante violaciones de derechos en su entorno.

Por otro lado, la tabla 17 muestra que existe una relación entre el embarazo y el rezago escolar, debido a que se encuentra un $p\text{-valor} < 0.05$, por lo cual se acepta la hipótesis alterna. Para identificar el grado del efecto de la asociación se emplea el estadístico V de Cramer, en el que se distingue en la tabla 18 un nivel $r=0.526$, con lo que se distingue que es moderado.

Tabla 17. Prueba Chi-cuadrado para embarazo y rezago escolar

Detalle	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	103,562	2	0,000	0,000
Razón de verosimilitud	85,399	2	0,000	0,000
Prueba exacta de Fisher	84,711			0,000

Tabla 18. Prueba V de Cramer

Nominal por Nominal	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Phi	0,526	0,000	0,000
V de Cramer	0,526	0,000	0,000
Coefficiente de contingencia	0,465	0,000	0,000
N de casos válidos	375		

Ante estos datos se puede concluir que, el embarazo está significativamente relacionado con el rezago escolar.

En cuanto al último grado de escolaridad aprobado, se observa en la tabla 19 que, de las 56 adolescentes con embarazos durante la encuesta, el 41.1% cursaron hasta primaria, el 12.5% la secundaria, el 35.7% el bachillerato, y el 10.7% la universidad. En el caso de las adolescentes con antecedente de embarazo, se observa que, de las 64 personas, el 20.3% aprobó hasta primaria, el 31.3% terminó secundaria, el 35.9% el bachillerato y el 12.5% la universidad.

Tabla 19. Grado de escolaridad aprobada y embarazo

Último grado de escolaridad aprobado		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
Hasta primaria	Recuento	48	23	13	84
	% dentro de Embarazos	18,8%	41,1%	20,3%	22,4%
	% del total	12,8%	6,1%	3,5%	22,4%
Secundaria	Recuento	72	7	20	99
	% dentro de Embarazos	28,2%	12,5%	31,3%	26,4%
	% del total	19,2%	1,9%	5,3%	26,4%
Bachillerato	Recuento	87	20	23	130
	% dentro de Embarazos	34,1%	35,7%	35,9%	34,7%
	% del total	23,2%	5,3%	6,1%	34,7%
Universidad	Recuento	48	6	8	62
	% dentro de Embarazos	18,8%	10,7%	12,5%	16,5%
	% del total	12,8%	1,6%	2,1%	16,5%

Ante estos datos, se busca mediante el estadístico chi-cuadrado si mantienen relación. La tabla 20 muestra que el p-valor es menor de 0.05, por lo que se acepta la hipótesis alterna, lo que indica que existe una relación significativa entre el grado de escolaridad aprobado y el embarazo. Para la comprobación del grado de afinidad de la asociación se emplea el estadístico V de Cramer en donde se evidencia un nivel de 0.155, por lo que se trata de un grado débil (tabla 21).

Por tal motivo, se puede concluir que el embarazo está significativamente relacionado con el grado de escolaridad aprobado.

Tabla 20. Prueba Chi-cuadrado para grado de escolaridad y embarazo

Detalle	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,945	6	0,006	0,006
Razón de verosimilitud	17,445	6	0,008	0,009
Prueba exacta de Fisher	16,848			0,009
Asociación lineal por lineal	2,201	1	0,138	0,145
N de casos válidos	375			

Tabla 21. Prueba V de Cramer

Nominal por Nominal	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Phi	0,219	0,006	0,006
V de Cramer	0,155	0,006	0,006
Coefficiente de contingencia	0,214	0,006	0,006
N de casos válidos	375		

La tabla 22 muestra la relación que tuvo la educación sexual en escuelas con los embarazos, para identificar si realmente fueron eficaces para reducir el embarazo en adolescentes. Se detectó que se logró educar al 73% de las adolescentes. De las que 56 adolescentes que están embarazadas en el momento de la encuesta, el 62.5% no recibieron educación sexual. Mientras que, las que de las 64 que tienen antecedentes de embarazo, el 46.9% tampoco recibió instrucción. Estas cifras son elevadas en comparación con las que si recibieron y están en las mismas condiciones.

Ante estos valores, se procede a usar el estadístico Chi-cuadrado para identificar si existe relación entre estas dos variables. La tabla 23 demuestra que el p-valor es menor al nivel de significancia ($p\text{-valor} < 0.05$), por lo que se comprueba la existencia de una relación

significativa entre el la educación sexual y el embarazo.

Tabla 22. Embarazo y educación sexual en escuela

Educación sexual en escuela		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No	Recuento	38	35	30	103
	% dentro de Educación sexual en escuela	36,9%	34,0%	29,1%	100,0%
	% dentro de Embarazos	14,9%	62,5%	46,9%	27,5%
	% del total	10,1%	9,3%	8,0%	27,5%
Sí	Recuento	217	21	34	272
	% dentro de Educación sexual en escuela	79,8%	7,7%	12,5%	100,0%
	% dentro de Embarazos	85,1%	37,5%	53,1%	72,5%
	% del total	57,9%	5,6%	9,1%	72,5%

Tabla 23. Prueba de Chi-cuadrado para educación sexual y embarazos

Detalle	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,807	2	0,000	0,000
Razón de verosimilitud	63,604	2	0,000	0,000
Prueba exacta de Fisher	63,558			0,000

Para la identificación del grado de afinidad, se emplea el estadístico V de Cramer, el cual señala un coeficiente de 0.422, siendo considerada la relación con nivel bajo a moderado positivo (tabla 24).

Por tal motivo, se concluye que existe una relación significativa moderada positiva entre la educación sexual en escuelas y el embarazo en adolescentes.

Tabla 24. Prueba V de Cramer

Nominal por Nominal	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Phi	0,422	0,000	0,000
V de Cramer	0,422	0,000	0,000
Coefficiente de contingencia	0,389	0,000	0,000
N de casos válidos	375		

Hasta este punto, se ha evaluado las acciones más comunes del sistema educativo frente a adolescentes embarazadas, y la diferencia de oportunidades que se observa entre adolescentes sin embarazos y embarazadas. La tabla 25 muestra la comparación múltiple a través del estadístico Games-Howell, en donde permite identificar la relación entre las variables dependientes y el embarazo.

La diferencia de medias indica que el último grado de escolaridad aprobado es superior en mujeres que no han tenido embarazos, seguido de mujeres con antecedentes de embarazos y embarazadas durante la encuesta. En cuanto al estudio, es superior en mujeres sin embarazos, seguida de antecedentes de embarazadas y embarazadas durante la encuesta. El rezago se ve presente en embarazadas durante la encuesta, seguida de las que no tienen hijos y adolescentes con antecedentes de embarazo. Finalmente, en educación sexual, se aprecia que es mayor en mujeres sin hijos, seguido de las adolescentes que tienen antecedentes de embarazo, y termina con las embarazadas durante la encuesta.

Tabla 25. Estadístico Games-Howell: embarazo y sistema educativo

Variable dependiente	(I) Embarazos	(J) Embarazos	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Último grado de escolaridad aprobado	Ninguno	Embarazada durante la encuesta	0,369	0,159	0,059	-0,01	0,75
		Antecedentes de embarazo	0,123	0,135	0,633	-0,2	0,44
	Embarazada durante la encuesta	Ninguno	-0,369	0,159	0,059	-0,75	0,01
		Antecedentes de embarazo	-0,246	0,188	0,397	-0,69	0,2
	Antecedentes de embarazo	Ninguno	-0,123	0,135	0,633	-0,44	0,2
		Embarazada durante la encuesta	0,246	0,188	0,397	-0,2	0,69
Estudia	Ninguno	Embarazada durante la encuesta	0,464*	0,067	0	0,3	0,63
		Antecedentes de embarazo	0,188*	0,049	0,001	0,07	0,31
	Embarazada durante la encuesta	Ninguno	-0,464*	0,067	0	-0,63	-0,3
		Antecedentes de embarazo	-0,277*	0,083	0,004	-0,47	-0,08
	Antecedentes de embarazo	Ninguno	-0,187*	0,049	0,001	-0,31	-0,07
		Embarazada durante la encuesta	0,277*	0,083	0,004	0,08	0,47
Rezagada	Ninguno	Embarazada durante la encuesta	-0,607*	0,063	0	-0,76	-0,46
		Antecedentes de embarazo	0	0,047	1	-0,11	0,11
	Embarazada durante la encuesta	Ninguno	0,607*	0,063	0	0,46	0,76
		Antecedentes de embarazo	0,607*	0,073	0	0,43	0,78
	Antecedentes de embarazo	Ninguno	0	0,047	1	-0,11	0,11
		Embarazada durante la encuesta	-0,607*	0,073	0	-0,78	-0,43
Educación sexual en escuela	Ninguno	Embarazada durante la encuesta	0,476*	0,069	0	0,31	0,64
		Antecedentes de embarazo	0,320*	0,067	0	0,16	0,48
	Embarazada durante la encuesta	Ninguno	-0,476*	0,069	0	-0,64	-0,31
		Antecedentes de embarazo	-0,156	0,091	0,201	-0,37	0,06
	Antecedentes de embarazo	Ninguno	-0,320*	0,067	0	-0,48	-0,16
		Embarazada durante la encuesta	0,156	0,091	0,201	-0,06	0,37

*La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

4.3.2. Salud pública y privada

Para la evaluación de la respuesta y atención preventiva de las entidades de salud pública o privada, se realizaron las preguntas S1, S2 y S3 del anexo 2. La tabla 26 muestra que la primera cita al ginecólogo ha sido realizada por el 100% de las adolescentes embarazadas durante la encuesta y con antecedentes de embarazo. De hecho, dentro del grupo que nunca ha tenido un embarazo se reporta que el 71.8% no ha visitado un ginecólogo. La mayor cantidad de encuestadas embarazadas fueron al ginecólogo entre los 10 a 14 años, al igual que las adolescentes con antecedentes de embarazo.

Tabla 26. Primera cita al ginecólogo

Primera cita al ginecólogo (Agrupada)		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
Nunca	Recuento	183	0	0	183
	% dentro de Embarazos	71,8%	0,0%	0,0%	48,8%
10-14	Recuento	12	30	36	78
	% dentro de Embarazos	4,7%	53,6%	56,3%	20,8%
15-19	Recuento	60	26	28	114
	% dentro de Embarazos	23,5%	46,4%	43,8%	30,4%

Para identificar la existencia de alguna relación entre estas dos variables, se aplica la prueba chi-cuadrado, tal como se muestra en la tabla 26, en donde se puede observar que el p-valor es menor que el nivel de significancia ($p\text{-valor} < 0.05$), por lo que existe una relación significativa (tabla 27).

Para identificar el grado de afinidad, se emplea la prueba V de Cramer, tal como se muestra en la tabla 28, en donde se puede apreciar un coeficiente de 0.514, por lo que se confirma un grado moderado.

En virtud de lo expuesto, se concluye que el embarazo en adolescentes está fuertemente

relacionado con la primera cita al ginecólogo.

Tabla 27. Evaluación de la relación entre primera cita al ginecólogo y embarazo

Detalle	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	197,899	4	0,000	0,000
Razón de verosimilitud	245,543	4	0,000	0,000
Prueba exacta de Fisher	236,519			0,000

Tabla 28. Prueba V de Cramer

Nominal por Nominal	Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Phi	0,726	0,000	0,000
V de Cramer	0,514	0,000	0,000
Coefficiente de contingencia	0,588	0,000	0,000
N de casos válidos	375		

En cuanto a la instrucción sobre educación sexual o planificación familiar por parte de algún médico del sector privado o público antes del embarazo, se tiene que de las 255 adolescentes del grupo que no han estado embarazadas, sólo el 25.1% ha consultado acerca del uso correcto de métodos conceptivo o ha tenido la oportunidad de acceder a esta información por parte de un médico. Mientras que, en las adolescentes embarazadas el 21.4% recibió instrucción sobre métodos anticonceptivos. En el caso de las adolescentes con antecedentes de embarazo, se observa que el 28.1% si fue atendida por un médico antes de embarazarse sobre los métodos anticonceptivos (tabla 29).

Tabla 29. Explicación de métodos anticonceptivos por parte de médicos antes del embarazo

Explicación de métodos anticonceptivos por parte de médicos de hospitales antes del embarazo		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No	Recuento	191	44	46	281
	% dentro de Embarazos	74,9%	78,6%	71,9%	74,9%
Sí	Recuento	64	12	18	94
	% dentro de Embarazos	25,1%	21,4%	28,1%	25,1%

Mediante la tabla 30 se reconoce que no existe relación significativa entre la consulta de un profesional sobre métodos anticonceptivos para adolescentes, ya que el p-valor es superior al nivel de significancia (p-valor=0.713).

Tabla 30. Relación entre la explicación del uso de métodos anticonceptivos por médicos especialistas y el embarazo

Detalle	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,713	2	0,700	0,699
Razón de verosimilitud	0,719	2	0,698	0,687
Prueba exacta de Fisher	0,710			0,711
Asociación lineal por lineal	0,084	1	0,771	0,817
N de casos válidos	375			

Por otro lado, se consultó sobre la cantidad de adolescentes que tenían un tipo de afiliación, en donde se reportó en la tabla 31 que el 47.1% de las adolescentes sin embarazos no posee seguro social, seguido del 45.5% de adolescentes que gozaban de los beneficios como hijas de asegurados por el IESS, y el 7.5% tenía seguro médico privado.

En el caso de las adolescentes embarazadas durante el embarazo, se identificó que, de las 56 personas, el 48.2% no tiene seguro social, el 33.9% goza de beneficios como hija de asegurado, y el 17.9% tiene un seguro social propio (IESS) proveniente de un trabajo. Mientras que, en el caso de las adolescentes con antecedentes de embarazo, se identificó que, de las 64 personas, el 43.8% no está afiliada, el 37.5% goza de los beneficios como hija de un asegurado, y que el 18.8% se encuentra laborando por lo que tienen un seguro social propio (IESS) (tabla 32).

Tabla 31. Afiliación y embarazo

Afiliación		Embarazos			Total
		Ninguno	Embarazada durante la encuesta	Antecedentes de embarazo	
No registra	Recuento	120	27	28	175
	% dentro de Embarazos	47,1%	48,2%	43,8%	46,7%
IESS padres	Recuento	116	19	24	159
	% dentro de Embarazos	45,5%	33,9%	37,5%	42,4%
IESS	Recuento	0	10	12	22
	% dentro de Embarazos	0,0%	17,9%	18,8%	5,9%
Seguro privado	Recuento	19	0	0	19
	% dentro de Embarazos	7,5%	0,0%	0,0%	5,1%

Finalmente, se presenta la tabla 32 muestra un resumen del comportamiento de las variables dependientes con respecto al embarazo adolescente. En el caso de la explicación de métodos anticonceptivos por parte de médicos de hospitales antes del embarazo, se observa que fue efectiva para evitar embarazados adolescentes dado que se registra que el mayor grupo se encuentra en las que recibieron información y no quedaron

embarazadas; seguidas de adolescentes con antecedentes de embarazos y en último lugar, se coloca a las que están embarazadas durante la aplicación de la encuesta.

En el caso de la primera cita al ginecólogo, se observa claramente que la tendencia es para las adolescentes embarazadas, seguido de adolescentes con antecedentes de embarazo, terminando con las que nunca han estado embarazadas. Por lo que se observa que la ginecología queda limitada para los casos como tratamiento, y no para la prevención.

Tabla 32. Estadístico Games-Howell: Embarazo y sistema de salud

Variable dependiente	Variable independiente		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Explicación de métodos anticonceptivos por parte de médicos de hospitales antes del embarazo	Ninguno	Embarazada durante la encuesta	0,037	0,062	0,823	-0,11	0,18
		Antecedentes de embarazo	-0,030	0,063	0,880	-0,18	0,12
	Embarazada durante la encuesta	Ninguno	-0,037	0,062	0,823	-0,18	0,11
		Antecedentes de embarazo	-0,067	0,079	0,675	-0,25	0,12
	Antecedentes de embarazo	Ninguno	0,030	0,063	0,880	-0,12	0,18
		Embarazada durante la encuesta	0,067	0,079	0,675	-0,12	0,25
Primera cita al ginecólogo (Agrupada)	Ninguno	Embarazada durante la encuesta	-0,947*	0,086	0,000	-1,15	-0,74
		Antecedentes de embarazo	-0,920*	0,082	0,000	-1,11	-0,73
	Embarazada durante la encuesta	Ninguno	0,947*	0,086	0,000	0,74	1,15
		Antecedentes de embarazo	0,027	0,092	0,954	-0,19	0,24
	Antecedentes de embarazo	Ninguno	0,920*	0,082	0,000	0,73	1,11
		Embarazada durante la encuesta	-0,027	0,092	0,954	-0,24	0,19

4.4.DISCUSIÓN

Las cifras indican que la población de adolescentes embarazadas se encuentra por encima de la media ecuatoriana la cual se ubica en 12% de acuerdo con Bucheli y otros (2018), dado que en el presente estudio se encontró que existen 320 adolescentes embarazadas

con un rango de 10-19 años, por cada 1000 adolescentes mujeres en Quevedo. Haciendo una comparativa sobre la media de embarazos adolescentes para los rangos de 10 a 14 años, se tiene que representan el 16.53% de la muestra; mientras que, el grupo de adolescentes embarazadas con rango de edad de 15 a 19 años representa el 15.46% del total de encuestados.

También se hace referencia al inicio de la vida sexual de las encuestadas, en donde se reconoció que 52.53% aún no han tenido relaciones sexuales, mientras que, el 22.93% de las adolescentes aseguran haber tenido relaciones por primera vez entre los 10 a 14 años; y, en el caso de los adolescentes de 15 a 19 años, se reporta un 24.53%. Ante estas cifras se logra visualizar un panorama preocupante, pues el porcentaje nacional de inicio de vida sexual para adolescentes menores de 15 años es de 7.5%. Sin embargo, los valores para adolescentes de 15 a 19 años son menor que el promedio nacional con una baja de 14.67% (Bucheli, y otros, 2018).

En cuanto al comportamiento del sistema educativo frente a mujeres embarazadas, se revela que, de las 56 adolescentes embarazadas durante la encuesta, el 73.2% se encuentran rezagadas en el sistema escolar, mientras que, de las 64 adolescentes con antecedentes de embarazo el 12.5% pasan por esa problemática. Ante este escenario, se presenta la jerarquía de oportunidades de estudiar, que para el presente estudio se ve encabezado por las adolescentes que nunca se han embarazado, seguido de las adolescentes con antecedentes de embarazo, y en último lugar, el grupo de adolescentes embarazadas durante la encuesta. Esta problemática afecta enormemente a este grupo de encuestados pues estadísticamente el 44.3% de las adolescentes que interrumpen sus estudios, no vuelven a estudiar (Espinosa, y otros, 2017).

En cuanto al sistema de salud, se encontró que no había relación significativa entre la

educación directa de un experto en temas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, pero que sí existe una relación significativamente moderada entre la educación sexual en la escuela y la reducción del embarazo. Por tanto, se observa un buen resultado de las políticas públicas con respecto a la educación en escuelas como arma para la reducción del embarazo adolescente.

Otro aspecto que se debe considerar es la afiliación, la cual asegura un tratamiento para el acompañamiento del embarazo, parto y postparto, donde se logró identificar que 46.7% de las encuestadas no tienen un seguro social que las respalde, debiéndose a múltiples motivos, como el trabajo informal de los padres. Mientras que, el 42.4% de las encuestadas gozan de los privilegios de ser hija de un asegurado (IESS). Por otro lado, existe una población que se dedica a trabajar, por lo que el 5.9% de las adolescentes que están o estuvieron embarazadas están registradas en el seguro social (IESS). Finalmente, el acceso a seguro privado está limitado para el 5.1% de los encuestados y pertenecen a adolescentes sin hijos. Este fenómeno se debe a su situación socioeconómica y/o su mayoría de edad para laborar.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

- Se determinó que los factores que influyen en el incremento de embarazos adolescentes en el cantón Quevedo son el inicio de vida sexual temprana, seguido del estado conyugal, parejas sexuales y nivel socioeconómico.
- Se identificó que entre los métodos de prevención de embarazos adolescentes más influyentes son la educación sexual impartida desde el sector educativo, el uso de pastillas anticonceptivas y el uso de condón.
- Se excluyó al método anticonceptivo DIU y el método de emergencia denominado pastillas del día después, ya que obtuvieron p-valores superiores al nivel de significancia.
- Se estableció que el índice de adolescentes embarazadas en el cantón Quevedo es de 320 por cada 1000 adolescentes en un rango de edad de 10 a 19 años.
- Se identificó que las estrategias implementadas por las autoridades para control y prevención de los embarazos en adolescentes que más han influenciado a la disminución del embarazo son las que se imparten desde las instituciones académicas, es decir, desde el sistema escolar.
- Se detectó falencias en el acceso de seguridad social para las adolescentes embarazadas y las que tienen antecedentes de embarazo, pues no registran una afiliación al seguro social IESS o a un seguro particular. De hecho, este último está limitado para las adolescentes que no han estado embarazadas, y se plantea que se deba a su condición socioeconómica, su edad y su actividad laboral actual.

5.2.RECOMENDACIONES

- Fomentar la educación sexual en las instituciones educativas como método de prevención de embarazos de adolescentes en el cantón Quevedo.
- El Ministerio de Salud Pública debe implementar charlas sobre derechos y salud sexual para las familias pues en el caso de una adolescente embarazada es fundamental el apoyo de los padres.
- Continuar con investigaciones sobre partos, mortalidad, comportamiento del sistema de salud sobre su seguimiento en el embarazo, complicaciones durante el parto y postparto, como medidas de mitigación de esta problemática social.
- Profundizar estudios sobre la medida en la que impacta a las adolescentes embarazadas y sus familias el no encontrarse afiliadas o no sean beneficiadas del seguro social como hijas de asegurados (IESS).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ban, & Babatunde. (2014). *Programme of Action of the International Conference on Population Development*. United Nations Population Fund. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf
- Barrozo. (2011). *Embarazo adolescente entre 12 y 19 años*. San Martín: Universidad Nacional de Cuyo.
- Betancourt. (2002). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 28(2), 84-88. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n2/gin04202.pdf>
- Borrás. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correro Científico Médico*, 18(1), 5-7. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002
- Bucheli, Illapa, Masabanda, Oña, Sobrino, Guijarro, . . . Larco. (2018). *Política Intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. Ecuador 2018-2025*. Quito: Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Educación; Ministerio de Inclusión Económica y Social; Ministerio de Justicia; Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; Organización Panamericana de la Salud. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POL%C3%8DTICA-INTERSECTORIAL-DE-PREVENCI%C3%93N-DEL-EMBARAZO-EN-NI%C3%91AS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf>
- CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. El Cairo:

Organización de las Naciones Unidas. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

Cifuentes, Maldonado, & López. (2021). Políticas públicas para la prevención de embarazo adolescente en Ecuador frente a los derechos sexuales y reproductivos. *Género, Derechos Humanos e Interseccionalidad*. doi:10.47463/clder.2021.02.10

Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia. (n.d.). *Registro Oficial 737*. 3 de enero de 2003.

Código Orgánico Integral Penal. (n.d.). *Registro Oficial Suplemento No. 180*. el 10 de febrero de 2014, .

Consejo Cantonal de Protección Integral de Derechos de Guayaquil. (2018). *Boletín informativo octubre 2018*. Alcaldía de Guayaquil. Retrieved from <http://www.ccpidguayaquil.gob.ec/uploads/boletines/131118boletinocubre.pdf>

Constitución de la República del Ecuador 2008. (n.d.). *Registro Oficial 449* . de 20 de octubre de 2008.

Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. (2008). *Adoptado el 11 de octubre de 2005 en la ciudad española de Badajoz*.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”. (1994). *Adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994 en el vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General*. Retrieved from <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Folleto-BelemdoPara-ES-WEB.pdf>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (1981). *Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979*.

Espinosa, Mideros, Vergara, Cabrera, Aracena, Leyva, . . . Duarte. (2017). *Costos de*

- Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador*. Quito: Instituto Nacional de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, UNFPA, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Retrieved from <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>
- Favier, Samón, Ruiz, & Franco. (2018). Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista de Información científica*, 9(1), 205-214. Retrieved from <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1805/3517>
- Fernández, Mariño, Ávalos, & Baró. (2013). Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". *Rev Cubana Med Gen Integr*, 29(1), 3-7. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n1/mgi02113.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2016). *Estrategia de salud para 2016-2030*. UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021, julio 21). *¿Qué es la adolescencia*. Retrieved from UNICEF: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Gálvez, Rodríguez, Lugones, & Altunaga. (2017). Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(3), 15-27. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n3/gin03317.pdf>
- Güemes, Ceñal, & Hidalgo. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*(21), 233-244. Retrieved from <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Hernández, Fernández, & Baptista. (2014). *Metodología de la investigación*. México:

McGraw Hill.

Hevia, & Perea. (2020). Embarazo y adolescencia. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(4).

Retrieved from

<http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1290/759>

IMSS. (2020, agosto 4). *Programa de Planificación Familiar del IMSS, eficaz para*

prevenir riesgos de muerte materna. Retrieved from

<http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202008/529>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Cantón Quevedo*. Fondo de

Población de las Naciones Unidas e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Retrieved from [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantoniales/Los_Rios/Fasciculo_Quevedo.pdf)

[inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantoniales/Los_Rios/Fasciculo_Quevedo.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantoniales/Los_Rios/Fasciculo_Quevedo.pdf)

Jácome, Parra, & Paccha. (2021). Factores que inciden en el embarazo precoz de las

adolescentes de Pasaje, Ecuador. *Polo de Conocimiento*, 6(7), 1200-1211.

doi:10.23857/pc.v6i7.2916

King, & Gallo. (2020). *Análisis de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva*

y su incidencia en el embarazo adolescente en Ecuador para el período 2011-

2018. Quito: Universidad Central del Ecuador. Retrieved from

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21217>

Ley Orgánica de Salud. (n.d.). *Registro Oficial Suplemento 423*. de 22 de diciembre de

2006.

Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. (n.d.).

Registro Oficial Suplemento 175. 5 de febrero de 2018.

López, & Cadénas. (2003). ¿Qué es una política pública. *Revista Jurídica IUS*. Retrieved

from

<https://ti.unla.edu.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>

Menéndez, Navas, Hidalgo, & Castellanos. (2018). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador*. Quito: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Retrieved from <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021*. Quito: Ministerio de Salud Pública, UNFPA. Retrieved from <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Mirama, Calle, Villafuerte, & Ganchozo. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Recimundo*, 4(3), 174-183. doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.174-183](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183)

Naciones Unidas. (2019, agosto 30). *Objetivos de Desarrollo Sostenibles*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

ONU Mujeres. (2013, febrero 9). *Conferencias mundiales sobre la mujer*. Retrieved from <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world->

conferences-on-women

Organismo Andino de Salud. (2013). *Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevalencia del Embarazo*. Organismo Andino de Salud, Fondo de Población de Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2020, enero 31). *El embarazo en la adolescencia*. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Quintero, Ibagón, & Álvarez. (2017). Factores de la violencia intrafamiliar en el género femenino: análisis comparativo aplicado en tres ciudades de Colombia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 9, 65-79. Retrieved from http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef9_5.pdf

Reglamento a la Ley Orgánica de Salud. (n.d.). *Decreto Ejecutivo 1395, Registro Oficial 457*. de 30 de octubre de 2008.

Reglamento de la Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. (n.d.). *Registro Oficial Suplemento 254*. 4 de junio de 2018.

Ruiz, & Cadénas. (2005). ¿Qué es una política pública? *Revista Jurídica IUS*. Retrieved from <https://ti.unla.edu.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>

Sanabria, & Fernández. (2019). Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial. *Rev. Ciencias Médicas*, 23(1), 119-134.

- Retrieved from
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3770>
- Semplades. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017-2021*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Retrieved from https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Suárez. (2015). *Implementación de una aplicación web para la promoción de tradiciones culturales y sitios turísticos de la ciudad Quevedo, período 2014*. Universidad Técnica Estatal de Quevedo. Retrieved from <https://repositorio.uteq.edu.ec/bitstream/43000/630/1/T-UTEQ-0003.pdf>
- Swissinfo. (2021, octubre 7). *El 12 % de adolescentes en Ecuador han estado embarazadas al menos una vez*. Retrieved from https://www.swissinfo.ch/spa/d%C3%ADa-ni%C3%B1a-ecuador_el-12---de-adolescentes-en-ecuador-han-estado-embarazadas-al-menos-una-vez/47011172
- Torres, I., Aguilar, C., Flores, E., López, O., Flores, I., Discua, A., . . . Herrera, E. (2015). Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela. *Rev Esp Cienc Salud*, *18*(2), 29-34.
- Urgilés, Fernández, & Durán. (2018). Influencia socio familiar en adolescentes embarazadas. *Killkana Sociales*, *2*(1), 49-54. doi:https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i1.87
- Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, Estrada, & Vara, D. I. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México.

Salud Publica Mex, 57, 135-143.

ANEXOS

**ANEXO 1
CERTIFICADO DE ANTIPLAGIO**

Quevedo, 09 de marzo del 2022

Ingeniero M.Sc.

Roque Vivas Moreira

DECANO DE LA FACULTAD DE POSGRADO UTEQ.

En su despacho.

De mi consideración:

Informo a usted que el Proyecto de Investigación de la **Dra. Ruby Reyna García Ordoñez**, Postgradista de la Maestría en Gestión Pública cuyo tema es: “LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU INCIDENCIA EN LOS EMBARAZOS DE ADOLESCENTES EN EL CANTÓN QUEVEDO”, fue analizado mediante la herramienta antiplagio URKUND, la misma que emitió un porcentaje del 8% por lo que a continuación se presenta captura de imagen de resultados.



Document Information

Analyzed document	Proyecto RUBY GARCIA Mar 07.docx (D129898002)
Submitted	2022-03-09T18:58:00.0000000
Submitted by	Zambrano Carlos Edison
Submitter email	cezambrano@uteq.edu.ec
Similarity	8%
Analysis address	cezambrano.uteq@analysis.urkund.com

Atentamente,

Dr. Carlos Edison Zambrano
DIRECTOR DE PROYECTO DE DESARROLLO

ANEXO 2 Cuestionario

Encuesta sobre la prevención y factores que influyen al embarazo de adolescentes del cantón Quevedo

Agradeceré llenar la encuesta, marcando con una equis (X) el casillero que más se relacione con su realidad

La encuesta busca medir como afectan las políticas públicas y los factores de riesgo y prevención sobre el embarazo de las adolescentes del cantón Quevedo. Por tal motivo, no requiere de identificación, por lo que se guarda absoluta confidencialidad sobre la identidad de la encuestada.

Edad	<input type="text"/>
A1 Embarazos	
Ninguno	<input type="text"/>
Está embarazada	<input type="text"/>
Estuvo embarazada	<input type="text"/>
A2 Estado conyugal	
Soltera	<input type="text"/>
Está o estuvo unida con su pareja	<input type="text"/>
A3 Inicio de edad sexual	<input type="text"/>
A4 Pareja sexual	
Ninguna	<input type="text"/>
Una única pareja sexual	<input type="text"/>
Varias parejas sexuales	<input type="text"/>
Uso de métodos anticonceptivos durante estos últimos 6 meses	
A5 Frecuencia del uso de pastillas anticonceptivas	
Nunca	<input type="text"/>
A veces	<input type="text"/>
Siempre	<input type="text"/>
A6 Frecuencia de uso de condón	
Nunca	<input type="text"/>
A veces	<input type="text"/>
Siempre	<input type="text"/>
A7 Uso de DIU	
No	<input type="text"/>
Si	<input type="text"/>
Uso de métodos de emergencia durante	
A8 Uso de pastillas del día después	
No	<input type="text"/>
A9 Si	<input type="text"/>

A9	Nivel socioeconómico	
	Bajo	<input type="text"/>
	Medio	<input type="text"/>
	Alto	<input type="text"/>
E1	Último grado de escolar aprobado	
	Hasta primaria	<input type="text"/>
	Secundaria	<input type="text"/>
	Preparatoria	<input type="text"/>
	Cursando tercer nivel	<input type="text"/>
E2	Estudia actualmente	
	No	<input type="text"/>
	Si	<input type="text"/>
E3	Su edad corresponde al curso escolar	
	No	<input type="text"/>
	Si	<input type="text"/>
E4	Educación sexual en escuela	
	No	<input type="text"/>
	Si	<input type="text"/>
S1	Edad de primera cita al ginecólogo	<input type="text"/>
S2	Explicación de métodos anticonceptivos por parte del estado/hospitales antes del embarazo	
	No	<input type="text"/>
	Si	<input type="text"/>
S3	Afiliación	
	No registra	<input type="text"/>
	IESS padres	<input type="text"/>
	IESS	<input type="text"/>
	Seguro privado	<input type="text"/>

Fuente: Elaboración propia, 2021.
Adaptado de: Villalobos, y otros, 2015.