

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para
Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes
entre 15 y 19 años del Cantón Calvas**

Proyecto de Investigación

Jazmin Nicole Soto Rodríguez

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Sicólogo Clínico

Quito, 7 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo
Subsecuente en Madres Adolescentes Entre 15 y 19 años del Cantón Calvas
Título Trabajo de Titulación**

Jazmin Nicole Soto Rodríguez

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Teresa Borja, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 7 de mayo de 2019

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Jazmin Nicole Soto Rodríguez

Código: 00123928

Cédula de Identidad: 1104259971

Lugar y fecha: Quito, 7 de mayo de 2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis abuelos, quienes han sido mis ángeles en la tierra. Desde muy pequeña me han brindado su amor y apoyo incondicional, enseñándome que el trabajo duro rinde grandes frutos y que un abrazo fuerte sana cualquier herida.

A mi madre, quien ha sido mi mayor ejemplo de esfuerzo y logro. Ella me ha enseñado que no hay obstáculos que impidan que cumpla mis sueños. Me ha dado la fuerza para combatir momentos difíciles, a través de su cuidado, sabiduría y amor.

A mi hermana, quien llegó a iluminar y acompañar mi vida desde el 2003. Ella me ha enseñado a ser paciente y responsable; impulsándome a mejorar cada día y a ver las risas hasta en los momentos más complicados.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Teresa Borja, una profesional y maestra incomparable, quien me guío durante este proceso. Gracias por todas tus enseñanzas a lo largo de este hermoso camino llamado Psicología.

A la USFQ y a mis profesores, por brindarme los conocimientos necesarios para culminar mi carrera y convertirme en una profesional. Sobre todo, por enseñarme a ser humana antes que psicóloga.

A Manus, por inspirarme a realizar este proyecto, al hacerme mirar más allá de las convencionalidades.

A María José, Ariana, Gabriela, Ana Paula, Daniela, María Fernanda, Alejandra, Juana y Karen, por compartir los años de adolescencia conmigo y ser mis mejores amigas y maestras.

A mis amigos y colegas de carrera, en especial a Mabell, Gabriela, Melissa, David, Mishell, Nubia y Valentina, por haberme acompañado en cada momento, ya sea bueno, malo, emocionante o estresante, durante estos 5 años.

A Carlos por impulsarme a ver la mejor parte de mí y a Oscar por abrir mi horizonte de pensamiento.

A mi familia, por ser los pilares fundamentales de mi vida, quienes con su apoyo y cariño me han alentado en todos los retos que he enfrentado.

RESUMEN

Se define al embarazo precoz, como la gestación de una adolescente entre los 11 y 19 años. En el 2014, se registraron 44 nacidos vivos de madres adolescentes, por cada 1000 habitantes a nivel mundial; esto equivale al nacimiento de 16 millones de bebés al año (OMS, El Embarazo en la Adolescencia, 2018). Las adolescentes que se encuentran bajo la línea de pobreza, están expuestas a deprivación, pertenecen a minorías y viven en comunidades rurales, tienen más probabilidades de tener un embarazo adolescente (Langford, 2019). En Ecuador es una problemática que conlleva consecuencias personales, sociales y económicas de gravedad. Por un lado, la adolescente, tiene más probabilidades de abandonar su educación y volver a embarazarse en los 2 años siguientes a su primer embarazo; lo cual la encierra en el círculo de la pobreza (Lewin et al, 2019; Porter y Holness, 2011). Por otro lado, el gasto en este fenómeno es 17 veces más grande que el de prevención (MSP, SENPLADES, UNFPA, SENDAS, 2017). No obstante, la situación del embarazo subsecuente trae aún más consecuencias negativas para la adolescente y para el estado, como doblar los riesgos obstétricos (Lewin et al, 2019), aumentar la deserción escolar (Maravilla et al, 2016a), aumentar su dependencia en servicios del estado (Lewin et al, 2019), acrecentar probabilidad de tener depresión postparto (Maravilla et al 2016a), entre otros; por lo que una estrategia enfocada específicamente en esta población es necesaria.

El presente estudio busca medir la efectividad de una estrategia de educación sexual con modalidad de visitas a casa para reducir la incidencia del embarazo repetido en la adolescencia; utilizando un modelo experimental de prueba controlada aleatorizada. Se dividirán a las participantes en dos grupos, el grupo A recibirá la estrategia de visitas a casa y el grupo B, tendrá la línea de intervención usual de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública. El plan tendrá una duración de 24 meses y se realizarán tres seguimientos durante los 12 meses posteriores. Se tomarán 8 instrumentos acerca de conocimientos, actitudes y comportamientos referentes a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva al inicio, escalas de detección de violencia familiar y el inventario de depresión de Beck y al final de la intervención para medir la efectividad de la intervención experimental frente al tratamiento usual. Asimismo, se utilizarán encuestas de seguimiento y los datos del censo obstétrico anual para medir el índice en el embarazo subsecuente.

Palabras clave: educación sexual, sexualidad, embarazo precoz, embarazo subsecuente, adolescencia, intervención visita casa, Ecuador

ABSTRACT

Early pregnancy is defined as the gestation of an adolescent between the ages of 11 and 19. In 2014, 44 live births of adolescent mothers were registered for every 1000 inhabitants worldwide; this is equivalent to the birth of 16 million babies per year (WHO, *Pregnancy in Adolescence*, 2018). Adolescents below the poverty line, exposed to deprivation, belonging to minorities, and living in rural communities are more likely to have an adolescent pregnancy (Langford, 2019). Teenage pregnancy in Ecuador is a problem with serious personal, social and economic consequences. On the one hand, teenagers are more likely to abandon their education, and become pregnant again within 2 years of their first pregnancy, which locks them into the cycle of poverty (Lewin et al, 2019; Porter and Holness, 2011). On the other hand, the expenses on this phenomenon are 17 times greater than the ones on prevention (MSP, SENPLADES, UNFPA, SENDAS, 2017). Nevertheless, the subsequent pregnancy situation brings even more negative consequences for the adolescent and for the state, such as doubling the obstetric risks (Lewin et al, 2019), increasing school dropout (Maravilla et al, 2016a), increasing dependence on state services (Lewin et al, 2019), increasing the probability of having postpartum depression (Maravilla et al 2016a), among others; therefore, a strategy specifically focused on this population is necessary.

The present study seeks to measure the effectiveness of a home-based strategy of sex education to reduce the incidence of repeated pregnancy in adolescence, using an experimental model of randomized controlled trial. Participants will be divided into two groups; group A will receive the home-based strategy and group B will have the usual intervention line of family planning given by the Ministry of Public Health. The plan will have a duration of 24 months, and three follow-ups will be held in the 12 months after the intervention. Eight instruments will be conducted about knowledge, attitudes and behaviors regarding sexuality and sexual and reproductive health, the Woman Abuse Screening Tool and the Beck Depression Inventory at the beginning and end of the intervention, to measure the effectiveness of the experimental intervention as opposed to the usual treatment. In addition, follow-up surveys and annual obstetric census data will be used to measure the rate in subsequent pregnancies.

Key words: sexual education, sexuality, early pregnancy, subsequent pregnancy, adolescence, home-based interventions, Ecuador.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	11
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos y pregunta de investigación.....	12
Justificación de problema.....	13
Marco teórico.....	17
Diseño y Metodología.....	49
Diseño.....	49
Población.....	49
Intervención.....	50
Instrumentos y materiales.....	51
Procedimiento de recolección de datos.....	55
Análisis de datos.....	57
Consideraciones éticas.....	59
Discusión.....	60
Fortalezas.....	60
Limitaciones.....	61
Recomendaciones para futuros estudios.....	61
Referencias	63
ANEXO A: Instrumentos.....	70
Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes. Parte I.....	70
Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes. Parte II.....	74
Cuestionario de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos.....	79
Escala de actitudes frente a la anticoncepción.....	81

Escala de actitudes frente a un potencial embarazo.....	82
Escala de detección de violencia doméstica para centros de salud.....	83
Inventario de depresión de Beck (BDI-II).....	84
Prueba de personalidad.....	87
Encuesta de seguimiento 3, 6 y 12 meses después de la intervención acerca del uso de anticoncepción y para evaluar embarazos subsecuentes	88
Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes entre 15 y 19 años del Cantón Calvas.....	89
Planificación de la Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes entre 15 y 19 años del Cantón Calvas.....	93

ANEXO B: Consentimiento Informado

Asentimiento informado para menores de edad.....	98
Consentimiento informado para las participantes mayores de edad.....	99
Consentimiento informado para representantes legales.....	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tasa de natalidad adolescente (15-19 años) desde 1990 hasta 2017..... 25

Gráfico 2: Tasa de natalidad adolescente (15-19 años) desde 1990 hasta 2017..... 25

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PREVENIR EL EMBARAZO SUBSECUENTE EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS DEL CANTÓN CALVAS

Planteamiento del problema

La adolescencia comprende una etapa delicada dentro de desarrollo de las personas, pues se dan cambios importantes en diferentes áreas de la persona (Steinberg, 2014). El individuo comienza a buscar su identidad y las relaciones con sus pares adoptan una función diferente. Por otro lado, la sexualidad adquiere importancia en la vida del adolescente, pues se dan el desarrollo de los órganos reproductivos y se despierta la curiosidad por experimentar sexualmente con el otro (Papalia, 2013). Esta etapa es crítica en el campo de la salud sexual y reproductiva del individuo, pues si no se maneja una sexualidad responsable, existen riesgos de embarazos precoces y contraer enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad, el embarazo adolescente es una problemática severa, en especial en países subdesarrollados, donde la falta de recursos y la pobreza limitan el horizonte de crecimiento de este grupo de la población (Langford, 2019; OMS, El Embarazo en la Adolescencia, 2018). Asimismo, conllevan un gasto para el estado y una pérdida de ingresos futuros, debido a la deserción escolar y próximo desempleo (Cooks y Cameron, 2017).

Aún más grave es la situación del embarazo subsecuente, donde la adolescente tiene otro hijo en menos de 24 meses del nacimiento de su primogénito (Porter y Holness, 2011) y su plan de vida se estanca en la maternidad y la pobreza. En Ecuador, hay 1.9 millones de adolescentes entre 12 y 17 (UNICEF, s/f); de los cuales el 12% ha tenido al menos un hijo (OSE, 2016). En el diagnóstico de situación de embarazo en la adolescencia en la región subandina se determinó que el 20% de los nacimientos adolescentes en Ecuador correspondían a una repetición de la maternidad (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue 2017); lo que evidencia la falla en las políticas públicas, al no poder

desarrollar una estrategia de educación sexual integral y un acceso a métodos anticonceptivos de calidad (OSE, 2018).

Objetivos y pregunta de investigación

Objetivo general

Definir una propuesta de educación sexual que prevenga el embarazo subsecuente en la muestra establecida en este estudio.

Objetivos específicos

- Determinar la eficacia de un proyecto de educación sexual dirigido a disminuir el embarazo subsecuente y basado en visitas a la casa en una muestra de adolescentes entre 15 y 19 años con un primer hijo menor o igual a 1 año.
- Evaluar el conocimiento y la actitud hacia los métodos anticonceptivos en la muestra, al inicio de la intervención y en tres seguimientos a los 3, 6 y 12 meses.
- Evaluar las actitudes de las participantes hacia la sexualidad.
- Medir la actitud de las adolescentes hacia un segundo embarazo.
- Medir la reducción del embarazo subsecuente a los 12 meses después de la intervención.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto una estrategia de educación sexual basada en visitas a la casa puede prevenir el embarazo subsecuente en madres adolescentes entre 15 y 19 años del cantón Calvas?

Justificación

La tasa de natalidad adolescente en el Ecuador (entre 15 y 19 años) es de 70 nacidos vivos por cada 1000 nacimientos totales (INEC,2017). Esta situación es alarmante pues casi dobla la tasa de natalidad adolescente global, que es de 44 nacidos vivos por cada 1000 embarazos (OMS, 2018). El embarazo en la adolescente trae consecuencias individuales, médicas y sociales de gravedad; pues la joven se ve forzada a madurar y saltarse una etapa importante del desarrollo (UNESCO, 2017); tiene más probabilidades de tener un embarazo subsecuente en los siguientes 24 meses (Maravilla et al, 2016) y quedarse atrapada en el círculo de pobreza (Langford, 2017). Por otro lado, tiene más riesgos de sufrir complicaciones en el parto y tanto ella como el bebé, están en peligro de morir (Porter y Holness, 2011).

En el aspecto social un embarazo adolescente equivale a grandes gastos para el Estado. Se necesita una alta cantidad de dinero para cubrir los servicios médicos ligados a la maternidad adolescente, esta suma es 17 veces mayor al dinero que se utilizaría en prevención (MSP, SENPLADES, UNFPA, SENDAS, 2017). De igual forma, la mayoría de las madres adolescentes no pueden continuar sus estudios y se ven obligadas a conseguir una fuente de ingresos. No obstante, al no tener la formación necesaria, es muy difícil que consigan un trabajo estable; por lo que 75,2% de ellas forman parte de la población económicamente inactiva (INEC, 2010) y dependen del apoyo del gobierno, aumentando así los gastos del Estado. Esta problemática corresponde a un gasto indirecto de la falta de prevención de la salud sexual y reproductiva en el Ecuador; pues a pesar de que se ha visto una disminución en los índices embarazo adolescente, el 81,2% de estas jóvenes ya habían sido madres (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018).

En el 2014, el Ministerio de Salud implementó el Plan Familia para reducir la tasa de natalidad adolescente y retrasar el inicio de la vida sexual adolescente mediante la afectividad y el apoyo familiar (Mantilla, 2015); sin embargo, los resultados no fueron los esperados. A pesar de que se vio una reducción en la tasa de natalidad adolescente; la tasa de embarazo per se aumentó de 72.3, en el 2014, a 76.50 en el 2015 y a 80.05 en el 2016 (MSP, 2018). Asimismo, ninguna sección del modelo estuvo dirigida específicamente a madres adolescentes y a prevenir embarazos subsecuentes. En el 2017, mediante un decreto oficial el presidente Lenin Moreno realizó la supresión del Plan Familia y el 20 de junio de 2018 presentó la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 – 2025, que tiene como objetivo: Contribuir a que las y los adolescentes accedan de manera universal a información, educación, educación integral de la sexualidad y servicios de salud sexual y salud reproductiva, para la toma de decisiones libres, responsables y saludables sobre su sexualidad y reproducción, a través del ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos para una vida libre de violencia (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018).

Esta nueva estrategia busca trabajar de forma interdisciplinaria e integral, involucrando a la comunidad, los servicios médicos, sistemas educativos y a los padres de familia para reducir el índice de embarazo adolescente, conductas sexuales riesgosas y el ausentismo escolar. Se garantizará el acceso a métodos anticonceptivos de calidad; así como también se reforzará el apoyo social familiar (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018). Esta política abarca la sexualidad adolescente desde diferentes marcos conceptuales y promete una reducción en el embarazo precoz, así como una garantía de los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, no tiene un plan específico para prevenir el embarazo subsecuente. Este es un fenómeno que conlleva consecuencias sociales e individuales de gravedad y que ha sido omitido continuamente por las

autoridades ecuatorianas. En primer lugar, el ya haber sido madre en la adolescencia aumenta en un 50% las probabilidades de tener otro embarazo (Porter y Holness, 2011). En segundo lugar, la disertación escolar es mayor que en el primer embarazo (Maravilla et al, 2016a); pues las probabilidades de completar la secundaria entre adolescentes que ya han tenido un hijo y quienes no, tienen una diferencia significativa de $t = -3,49$, obteniendo resultados negativos para las primeras (Sims y Luster, 2002). En tercer lugar, la intención de tener otro hijo, tanto de la adolescente como de su pareja juega un rol importante en este fenómeno. El 34% de adolescentes con una segunda gestación refirieron haber deseado ese embarazo (Boardman et al, 2006); como una forma de cumplir necesidades y metas insatisfechas por el primer embarazo (Porter y Holness, 2011). En cuarto lugar, las madres adolescentes tienen 2 veces más probabilidades de padecer depresión, lo cual disminuirá la calidad de crianza del primer hijo y las volverá más vulnerables a tener otra gestación (Maravilla et al, 2016a); sobre todo si es producto de un embarazo no deseado. Estar expuestas a grandes cantidades de estrés disminuye los mecanismos de afrontamiento de la adolescente, llevándola a perder interés en su plan de vida y haciéndola más propensa a tener depresión peri y postnatal (Abajobir et al, 2015). En quinto lugar, las madres adolescentes tengan un historial de primeros encuentros sexuales no voluntarios y/o que hayan tenido su primer hijo como el resultado de abuso sexual tienden a utilizar menos métodos anticonceptivos y por ende tiene mayores riesgos a tener otro embarazo o contagiarse de alguna ETS (Boardman et al, 2006). El haber sido víctima de abuso sexual o haber tenido relaciones sexuales no consensuadas primerizas influencia en el comportamiento sexual de las adolescentes, quienes al percibir tener poco o ningún control sobre su vida sexual, se involucran en actividades sexuales de riesgo (Sims y Luster, 2002). Finalmente, si salir del círculo de pobreza es complicado para las madres adolescentes con un hijo; las adolescentes que tengan 2 o más hijos

se verán inmersas en un círculo de escasez y falta de recursos pues su poca preparación académica y apoyo social bajo impedirán que expandan sus horizontes de crecimiento (Langford, 2019).

Entonces, se encuentra la necesidad de realizar un plan de educación sexual particular para esta población. Debido a las características únicas de este grupo vulnerable, es necesario definir directrices puntuales referentes a las problemáticas que enfrentan; como el riesgo a tener otro embarazo, padecer desestabilidad emocional, ser más propensas al fracaso escolar, recibir menos apoyo social de sus grupos primarios, ser víctimas de violencia física o sexual. Pues a pesar de que los objetivos de los planes de prevención del embarazo adolescente son similares, como reducir conductas riesgosas, aumentar el uso de anticonceptivos eficientes y disminuir el embarazo precoz (OMS, 2011). Las líneas de trabajo deben cumplir las necesidades específicas de este grupo de adolescentes; como aumentar el concepto de autoeficacia y mejorar habilidades parentales (Lin et al, 2018) para obtener resultados a largo plazo.

Debido a la falta de estudios y literatura nacional relacionada a esta problemática; esta propuesta de investigación busca realizar un cambio dentro de este fenómeno, específicamente dentro del cantón Calvas, provincia de Loja. Una comunidad donde la tasa de gestación adolescente (15 y 19 años) es de 150 mujeres por cada 1000 habitantes (MSP, 2019); el 70% de la población está dentro de la línea de pobreza (INEC, 2014) y aún existen tabúes fuertes acerca de la anticoncepción y la sexualidad (Maldonado, 2015). El único programa de planificación familiar es impartido por el Ministerio de Salud Pública; no obstante, no se tratan temas psicosociales asociados con este fenómeno, como la intención de tener otro hijo, violencia intrafamiliar y salud mental, tampoco se toma en cuenta la perspectiva de la adolescente ni se incita a la reinserción escolar (Gobierno Descentralizado del Cantón Calvas, 2014). Asimismo, el

acceso a estos servicios es difícil ya que un tercio del total de las madres viven en sectores rurales y los medios de transporte hacia los centros médicos son escasos (MSP, 2019). La investigación indica que una estrategia integral, basada en las visitas a casa otorga los mejores resultados en reducir el embarazo repetitivo en la adolescencia en poblaciones vulnerables; pues aumenta la adherencia a la intervención al acoplarse a la disponibilidad de la participante (Sweet y Appelbaum, 2004). Además, mejora las habilidades de padres, incrementa el uso de métodos anticonceptivos, aumenta la participación escolar (Lewin et al, 2019) y dota a la adolescente de recursos personales para sobrellevar su situación (Black et al, 2006). Por ende, si se brinda una educación sexual completa, que no solo se base en la anticoncepción, sino que explore los factores adyacentes a la problemática y se ofrezca de una forma individualizada, tomando en cuenta las necesidades de la adolescente, se duplica la probabilidad de reducir el embarazo subsecuente en comparación con la intervención usual (SmithBattle et al, 2018; Black et al, 2006).

Marco Teórico

Adolescencia: etapa de cambios.

La adolescencia corresponde al periodo entre los 10 y 19 años, una etapa de transición donde ocurren una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales importantes (OMS, Desarrollo en la Adolescencia, 2018). Estos se expresan de diferentes maneras según el contexto social, cultural y económico donde se encuentre el adolescente (Papalia, 2013). Asimismo, se manifestarán acorde a la edad de la persona; por lo que se ha clasificado a esta etapa en tres periodos principales. Comienza en la adolescencia temprana, la cual comprenden desde los 10 a

13 años. Seguido de la adolescencia media, que va desde los 14 a los 16 años y finalmente la adolescencia tardía, desde los 17 hasta los 19 años (OMS, 2014). Esta es una etapa crítica, donde empieza la conformación de la identidad en la persona; el adolescente se distancia de lo familiar y emprende su autodescubrimiento. Experimenta con el ambiente, cambia de roles e interactúa constantemente con sus pares a fin de conocer su verdadero “self” (Steinberg, 2014). Por otro lado, el cambio más notorio se da en su cuerpo, despierta la curiosidad por la sexualidad propia e incrementa el deseo de establecer contacto sexual con el otro (Steinberg, 2014).

Cambios biológicos.

Como se menciona con anterioridad, el cambio más notorio al inicio de la adolescencia se da en el organismo. Se marca el inicio de la pubertad con la maduración de las gónadas sexuales, lo cual activa el funcionamiento del sistema reproductor (Steinberg, 2014). De igual forma se da el desarrollo de las características sexuales secundarias como el crecimiento de los senos en las y el apareamiento de vello púbico, facial y corporal (Papalia, 2013). Estos cambios empiezan en a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños, extendiéndose de 3 a 4 años y varían según el contexto del individuo (Papalia, 2013). A la par, se acelera el crecimiento y “resulta en incrementos dramáticos de peso y altura (Steinberg, 2014)”.

Cambios psicosociales

En esta etapa, las necesidades de identidad, autonomía, logro, intimidad y sexualidad se presentan como desafíos en el adolescente (Steinberg, 2014). La identidad es la primera tarea del individuo, donde va a entrar a un periodo de experimentación para descubrirse quien es en realidad y así lograr convertirse en un “adulto único con un coherente sentido de yo y un rol

valorado en la sociedad (Papalia, 2013).” Asimismo, dos componentes importantes dentro de la identidad son el autoconcepto y la autoestima (Steinberg, 2014). En esta etapa, los adolescentes están aprendiendo a ser seres independientes y poder gobernarse a si mismos (Steinberg, 2014). Deben enfrentarse a tres tareas importantes: aumentar la independencia emocional con respecto a sus padres, aprender a tomar decisiones e instaurar un código personal de valores (Morris et al, 2011 citado en Steinberg, 2014).

El sentimiento de logro dentro de la adolescencia se mide principalmente con el rendimiento académico y el desempeño en actividades extracurriculares como deportes, música, arte, etc; y como este es un predictor a largo plazo del éxito académico y laboral (Steinberg, 2014). La necesidad de intimidad presenta cambios significativos, el adolescente busca vínculos emocionales más honestos, leales, abiertos y de confianza; ya no solo compartir actividades o intereses. Los amigos cobran mayor importancia en la vida del adolescente al igual que las relaciones amorosas (Steinberg, 2014). Finalmente, la sexualidad es un aspecto significativo dentro del desarrollo del adolescente. La persona se reconoce como un ser sexuado y aquí empieza otra tarea que es formar su identidad sexual; lo que conlleva aceptar los cambios de su cuerpo, definir su orientación sexual y comenzar a establecer vínculos amorosos y/o sexuales con sus pares (Papalia, 2013). Este proceso “afecta de manera profunda las relaciones y la imagen que uno tiene de sí mismo (Papalia, 2013)”, por lo que es esencial brindar apoyo al adolescente, tanto emocional como educativo.

Sexualidad

La sexualidad es una parte integral del ser humano que se presenta a lo largo de su vida (OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018); su

completo desarrollo se basa en la satisfacción de necesidades fisiológicas y psicosociales básicas como “el deseo de establecer contacto, intimidad, expresión emocional, placer, sensibilidad y amor (Crooks y Baur, 2013). De igual forma, la sexualidad se construye mediante la interacción de la persona con los constructos sociales de su contexto; es un desarrollo inter e intrapersonal, que es esencial para el bienestar del individuo (Crooks y Baur, 2013). La sexualidad incluye “sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción (OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018).” Se expresa de diferentes formas y está influenciada por los factores biológicos, sociopolíticos, psicológicos y culturales del entorno donde se encuentre el individuo (OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018; Papalia, 2013).

Salud sexual y reproductiva

“La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018).”

En el XIII Congreso Mundial de Sexología llevado a cabo en 1997 en Valencia se emitieron los derechos sexuales, como principios clave para el disfrute pleno y correcto desarrollo de una sexualidad saludable. Estos derechos están basados en los principios ingénitos de libertad, dignidad y equidad de las personas y son considerados como derechos humanos básicos, debido a que forman parte del derecho fundamental de salud (Crooks y Baur, 2013). Por lo que es esencial un ambiente donde se reconozca, promueva y respete el ejercicio de estos;

dentro de un marco de no discriminación y donde todos los individuos puedan disfrutar, expresar y satisfacer su sexualidad y salud sexual (OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo, 2018).

La salud reproductiva trata de “los mecanismos de procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida (OMS, 2019)”. Tomando en cuenta una sexualidad responsable, placentera y sobre todo segura, es decir, evitando enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (OMS, 2019). Este concepto va ligado con la inteligencia sexual, ésta se da cuando una persona se entiende como un ser sexual y posee habilidades interpersonales e integridad, las cuales le permiten tomar decisiones acertadas acerca de su conducta sexual y basada en sus propios valores (Crooks y Baur, 2013). La salud reproductiva garantiza el derecho a una planificación familiar adecuada, acceso a métodos anticonceptivos y de emergencia, tratamientos de infertilidad, servicios médicos de calidad con respecto a los cuidados pre, peri y post natales y en casos de aborto. Por lo tanto, la salud sexual y la reproductiva deben trabajar en conjunto, pues a pesar de tener diferentes componentes, ambas se complementan entre sí, al buscar la integridad sexual del individuo (OMS, 2019). Ambas ramas deben acompañar a la persona a lo largo de su vida, en especial en la adolescencia donde empieza una época de cambios y descubrimiento de la sexualidad propia y ajena.

Sexualidad Adolescente

Es un área de cuidado prioritario, pues a pesar de que orgánicamente el cuerpo femenino adolescente es capaz de gestar un bebé; no existen las condiciones óptimas para el embarazo. El organismo adolescente aún no ha alcanzado su desarrollo madurativo completo, lo cual aumenta

el riesgo de padecer complicaciones durante la gestación y en el parto (OMS, El Embarazo en la Adolescencia, 2018). De igual forma, los adolescentes se exponen a enfermedades de transmisión sexual como el VIH o el virus del Papiloma Humano, que pueden terminar en la muerte (OMS, Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones, 2018). Entonces, la fragilidad de este aspecto no solo recae en los cambios biológicos que experimenta la persona; sino en los riesgos que se pueden generar con una práctica irresponsable. Por lo que una correcta educación sexual, abierta y sin tabús es necesaria en esta etapa (OMS, Prevenir el embarazo precoz, 2018).

Usualmente la sexualidad adolescente ha sido abordada desde una perspectiva negativa, haciendo hincapié a conductas problemáticas como: promiscuidad y sexo precoz, inseguro y no deseado (Steinberg, 2014). Lo cual genera rechazo por parte del individuo, quien crea sus propios mitos acerca del tema. En años recientes se ha creado una corriente de sexualidad positiva; que está conformada por cuatro pilares fundamentales: confianza con el cuerpo cambiante, aceptación de los deseos sexuales o de los sentimientos de excitación sexual, asertividad y confianza al momento de escoger involucrarse o no en actividades sexuales y finalmente entender y practicar sexo seguro (Steinberg, 2014). Si estas cuatro características fueran acopladas exitosamente a los planes de educación sexual nacionales, se podría prevenir satisfactoriamente el embarazo no deseado en la adolescencia y la transmisión de enfermedades venéreas. No obstante, la realidad mundial es otra. En el 2014, 16 millones de bebés fueron producto de un embarazo adolescente, los cuales se dieron mayoritariamente en países de tercer mundo (OMS, El Embarazo en la Adolescencia, 2018). Por lo que a continuación se explorará los factores de riesgo asociados a esta problemática.

Embarazo Adolescente

Se define como embarazo adolescente, a la gestación de una joven entre los 10 y 19 años; después de la menarquia; un periodo donde aún es dependiente de sus padres, tanto de forma económica como social (Issler, 2001 en Pacheco, 2014).

Factores de Riesgo

Las adolescentes que se encuentran bajo la línea de pobreza, están expuestas a privación, pertenecen a minorías y viven en comunidades rurales están en riesgo de tener un embarazo adolescente (Langford, 2019). Las características de vida propias de cada ser humano pueden ser factores de riesgo para embarazo en la adolescencia. Un historial de abuso físico y sexual está relacionado con el embarazo precoz (Cooks y Camero, 2017), al igual que, el inicio temprano de la pubertad, incluyendo una menarquia prematura (Sims y Luster, 2002). El uso de drogas y pertenecer a grupos delictivos también influyen negativamente en el embarazo adolescente. Tener un bajo rendimiento académico, tanto del adolescente como de sus padres es un predictor social de embarazo precoz, pues las expectativas de la persona se ven limitadas. La falta de recursos y apoyo social dentro de la comunidad del adolescente juega un rol importante dentro de esta problemática (Cooks y Cameron, 2017). Asimismo, ser hija de un embarazo adolescente, tener una dinámica familiar conflictiva, una salud mental deteriorada y no poseer modelos de rol apropiados, aumenta la probabilidad de un embarazo temprano (Sims y Luster, 2002; Cooks y Cameron, 2017).

Embarazo adolescente a nivel global

En el 2014, se registraron 44 nacidos vivos, por cada 1000 habitantes (OMS, El Embarazo en la Adolescencia, 2018). Usualmente las jóvenes pertenecen a estratos económicos

bajos, donde el acceso a métodos anticonceptivos es complicado, ya sea por vergüenza, desconocimiento o sociedades conservadoras. Asimismo, las adolescentes pueden verse forzadas a mantener relaciones sexuales por miedo, donde no dan su consentimiento y usualmente no se utiliza ningún tipo de protección. Se estima que en el 2016, 15 millones de adolescentes tuvieron algún tipo de contacto sexual coercitivo con su pareja sentimental o con desconocidos (ONU, 2018). A nivel regional, América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa de natalidad adolescente más alta en el mundo, de 66.5 nacimientos por cada 1000 madres; colocándose debajo de África Subsahariana (UNFPA, 2018). A pesar de que existe una disminución general en la maternidad latina, la reducción en la fecundidad adolescente no es significativa. Hecho que se puede evidenciar en el Ecuador, donde la tasa de natalidad adolescente ha variado levemente desde el 2014 (INEC, 2014).

Embarazo adolescente en el Ecuador

Ecuador es el tercer país en Latinoamérica con el mayor número de embarazos adolescentes, antecedido por Bolivia y Venezuela. En el Censo Poblacional del 2010 se registraron 122 301 madres adolescentes, de las cuales el 20% tuvo que afrontar la maternidad sola, sin el apoyo de su pareja y más del 70% pertenecían a la población económicamente inactiva (INEC, 2010). En el 2017, la tasa de natalidad de mujeres entre 15 y 19 años fue de 70,1 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, lo que equivale al 18,8% de los nacimientos totales ocurridos y registrados en ese año; y solo corresponde a una disminución de 3,5 puntos desde 1990 (INEC, 2017). Estos datos evidencian el poco impacto que han tenido las estrategias nacionales desde hace casi tres décadas y el fallo en políticas integrales concernientes a la salud sexual y reproductiva.



Gráfico 1. Tasa de natalidad adolescente (15-19 años) desde 1990 hasta 2017.

Fuente: Registro vital de nacimientos y defunciones 2017.

Por otro lado, la tasa de nacimiento específica o tasa bruta de natalidad de esta población desde el 2014 hasta 2017 solo ha incrementado (MSP, 2018). Esta medida se refiere al número total de nacimientos, tanto de nacidos vivos como de difuntos neonatales. Entonces, a pesar de que existe una reducción de la tasa de natalidad adolescente, el número de embarazos en este grupo no se ha reducido; en el 2016 la tasa de natalidad adolescente fue de 69.7 nacidos vivos (INEC, 2017) en comparación con la tasa de gestación adolescente que fue de 80.05 por cada 1000 habitantes (MSP, 2018).



Gráfico 2. Tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes (15-19 años) desde 2009 hasta 2021.

Fuente: INEC 2016

El embarazo adolescente está presente en todos los sectores de la población; sin embargo, su frecuencia e impacto es mayor en las zonas rurales. Pues como se mencionó anteriormente, vivir en zonas alejadas y dentro del círculo de la pobreza, son los factores de riesgo clave para que se desarrolle esta problemática. A continuación, se detallará la situación del embarazo adolescente del contexto escogido para esta propuesta de investigación.

Embarazo adolescente en el Cantón Calvas

El cantón Calvas, perteneciente a la provincia de Loja, tiene una población de 28185 habitantes, siendo los adolescentes entre 15 y 19 años la mayor parte de ésta (INEC, 2014). La economía está basada en la agricultura, ganadería y comercio; siendo la tasa de ocupación plena del 63,13% (Gobierno Descentralizado del Cantón Calvas, 2014). No obstante, el índice de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) a nivel cantonal es del 70% (INEC, 2014). Por otro lado, existen dos problemáticas sociales fuertes: la migración y el alcoholismo (MSP, 2019). La primera trajo como consecuencias familias desintegradas, por consiguiente, niños y adolescentes faltos de cuidado, amor y con una posible desestabilidad emocional; asimismo hubo una disminución en la mano de obra y fuerza laboral (Gobierno Descentralizado del Cantón Calvas, 2014). La segunda, es alarmante ya que la edad del 15,56% de la población que consume alcohol oscila entre 6 y 15 años (Maldonado, 2015).

No obstante, existe otra problemática social importante que no ha sido afrontada con la seriedad necesaria: el embarazo adolescente y subsecuente. En el 2018, la tasa de gestación fue de 150 mujeres entre 15 a 19 años, por cada 1000 embarazos (MSP, 2019). En el caso que todas las gestaciones terminen con un nacido vivo, la tasa de natalidad del cantón doblaría la tasa nacional.

El Ministerio de Salud Pública provee los servicios médicos pre, peri y post natales necesarios para que las futuras madres tengan una gestación saludable, al igual que servicios de planificación familiar (Gobierno Descentralizado del Cantón Calvas, 2014). Sin embargo, no existe ningún programa de prevención de embarazos adolescentes ni educación sexual, aparte de las unidades vistas en la clase de ciencias naturales, para evitar un embarazo subsecuente. Tampoco hay una red de apoyo para las madres adolescentes ni intervención psicosocial para enfrentar este fenómeno. Ciertos factores de riesgo específicos de este cantón, ligados al embarazo adolescente son la falta de educación sexual, prácticas y creencias culturales, inequidad de género, falta de acceso a servicios de planificación familiar y pobreza (Maldonado, 2015). Es necesario investigar a profundidad otros elementos que puedan estar involucrados, al igual que las consecuencias psicológicas, médicas y económicas que trae para la joven, el bebé y el cantón.

Consecuencias del embarazo adolescente

La literatura indica que un embarazo adolescente traerá consecuencias médicas, sociales y económicas de gravedad, no solo para el individuo, sino para el estado (Cooks y Cameron, 2017). Para esta investigación se dividió en consecuencias a nivel individual y nacional, las cuales se detallan en esta sección.

Nivel individual

La adolescente se encuentra en una situación problemática, tanto en el área médica como social. En relación con las complicaciones médicas, las madres adolescentes tienen más probabilidad a morir en el parto, sufrir de hipertensión y anemia, tener infecciones venéreas

(Porter y Holness, 2011) y padecer depresión postparto (Cooks y Cameron, 2017). Por otro lado, sus hijos tienden a tener bajo peso al nacer, ser prematuros y morir por infecciones agudas neonatales (Porter y Holness, 2011), ya que el índice de mortalidad es 60% mayor que al de la población estándar. En Ecuador, el 16% de las muertes maternas corresponden a la población adolescente (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018). Igualmente, son más propensos a desarrollar enfermedades congénitas en los sistemas gastrointestinales, nervioso y tegumentario (Cooks y Cameron, 2017). En el aspecto social, la adolescente es más propensa a tener un nivel académico menor, exponiéndola a más deprivación de recursos básicos y limitadas posibilidades de crecimiento económico (Hoyt y Broom, 2002). Se queda atrapada en el círculo de pobreza y se vuelve altamente dependiente de los servicios públicos; lo cual refuerza sus sentimientos negativos de autonomía (Langford, 2019). Por otro lado, los niños de madres adolescentes están en riesgo de mantener o empeorar el nivel educativo y profesional de sus padres, tener problemas con la ley, tener embarazos prematuros y estancarse en el círculo de pobreza (Porter y Holness, 2011). La maternidad adolescente es una problemática importante en el país que conlleva consecuencias sociopolíticas y económicas graves, las cuales serán detalladas a continuación.

Nivel nacional

En el 2017, el Ministerio de Salud, en conjunto con la SENPLADES, UNFPA y SENDAS presentaron un informe acerca de los costos de omisión, económicos y sociales de la Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador. El estudio concluyó que los costos médicos o directos, en conjunto con los costos sociales o indirectos de la SS y SR superan en 17 veces los gastos de prevención (MSP, SENPLADES, UNFPA, SENDAS, 2017). Particularmente, el Estado incurre en altos gastos al no prevenir el embarazo adolescente; \$67.4mdd son destinados

a atención prenatal, de parto, complicaciones en alguna de las fases del proceso obstétrico, aborto y atención óbito fetal. Por otro lado, los costos de disertación escolar corresponden a \$316.73 mdd al ser una pérdida de ingresos futuros. Resultando en un gasto 5 veces más alto que si se invirtiera en prevención (MSP, SENPLADES, UNFPA, SENDAS, 2017). Al no realizar la inversión en planes de prevención, este fenómeno tiende a repetirse, no solo en otras adolescentes, sino que en las que ya fueron madres. Implicando el gasto mayor al Estado y cortando las posibilidades de crecimiento integral a esta población. Por lo que se hablará con mayor detalle de este grupo en la siguiente sección.

Embarazo Subsecuente

Se define al embarazo subsecuente adolescente, como “la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija (UNICEF-UNIANDES, 2015),” de una adolescente entre 10 y 19 años. El espacio intergenésico, es decir el periodo entre el nacimiento del primer hijo y la concepción del segundo, es menor a 24 meses y usualmente la salud de la madre y el hijo están en alto riesgo (Porter y Holness, 2011). “A nivel mundial, 1 de cada 5 mujeres a los 18 años de edad ya tienen un hijo (OMS, 2012)””; en países de tercer mundo, la cifra aumenta a 3 de cada cinco (OMS, 2012). En Ecuador, según el censo de población y vivienda del 2010, de las 122 301 madres adolescentes, 7544 tienen 2 hijos y 997 tienen 3 o más hijos (INEC, 2010). Y a pesar de que la tasa de natalidad ha disminuido en los últimos dos años, la proporción de embarazos subsecuentes con relación al 2010 no se redujo. Ya que el 81,2% de esas madres adolescentes ya tenían otro hijo al momento de dar a luz; el 16,2% tenía 2 hijos vivos al tiempo de su tercera gestación; el 2% tiene tres hijos, el 0,6% tiene cuatro hijos y el 1% tiene cinco hijos (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018). La media del espacio intergenésico en Ecuador es de 10 meses

(INEC, 2010), un dato preocupante ya que se necesitan al menos 24 meses para que la adolescente pueda cumplir sus planes de vida (Porter y Holness, 2011).

A pesar de que no existen datos ni estudios acerca de los embarazos subsecuentes en el cantón Calvas. En el 2010 se realizó un estudio descriptivo acerca de la prevención del embarazo subsecuente y los factores que propician el mismo en el cantón Catamayo (provincia de Loja), el cual comparte características demográficas con el cantón Calvas. Los resultados indican que del 27,43% de los embarazos totales del cantón fueron adolescentes, de los cuales 37,86% subsecuentes y 62,14% de primera vez; la edad media de las adolescentes con segundo embarazo era de 16 años (Idrobo, 2012). Estos datos concuerdan con las investigaciones, que indican que del 30 a 50% de embarazos adolescentes son subsecuentes (Porter y Holness, 2011). Por otro lado, solo el 11% de las madres subsecuentes estaban informadas acerca de métodos anticonceptivos y planificación familiar (Idrobo 2012). De la muestra, solo el 10% continuó sus estudios (Idrobo, 2012), lo cual indica una reducción del 12% en comparación con la media nacional; pues en el censo poblacional de 2010 se encontró que el 22,1% de madres adolescentes asistieron a un establecimiento de educación regular después de su primer parto (INEC, 2010). Para esta propuesta de investigación, se tomará en cuenta solo los factores de riesgo ligados a esta problemática.

Factores de riesgo

Se han identificado diferentes factores que están relacionados a la repetición del embarazo en la adolescencia. La causa principal asociada es haber sido madre entre la edad de 10 y 19 años, una maternidad temprana aumenta las probabilidades de tener otro embarazo antes de

los 20 años en 500 veces (Porter y Holness, 2011). Por motivos educativos, se ha agrupado los factores en cinco áreas según su parecido:

Demográficos

Las características demográficas de la adolescente y de su contexto influyen directamente este fenómeno:

- Vivir bajo la línea de la pobreza y en aislamiento, tener privación de recursos básicos, acceso limitado a educación sexual de calidad y métodos anticonceptivos y tener pocas oportunidades de crecimiento, está conectado con la repetición del embarazo en la adolescencia (Langford, 2019; Porter y Holness, 2011).
- Como se mencionó con anterioridad, la edad de la madre influye directamente en la repetición del embarazo. Mientras más joven sea la adolescente, más probabilidades tiene de embarazarse por segunda ocasión (Sims y Luster, 2002).
- Ser hija de una madre adolescente también aumenta el riesgo de tener no solo un embarazo adolescente, sino un subsecuente (Porter y Holness, 2011).
- El estado marital de la adolescente cobra gran importancia, pues convivir con una pareja, sea o no el padre de su primer hijo, incrementa el riesgo de un embarazo subsecuente (Sims y Luster, 2002). Al igual que recibir apoyo de la pareja en la crianza del niño (Maravilla et al, 2016a) y el deseo de esta de tener otro hijo (Boardman et al, 2006; Porter y Holness, 2011).

Psicológicos

- El bienestar mental de la adolescente es un predictor de embarazo precoz (Sims y Luster, 2002). Los trastornos depresivos suelen ser comunes en esta población, especialmente en

adolescentes con embarazos no deseados, lo cual podría impulsar la práctica de relaciones sexuales riesgosas y el mal uso de métodos anticonceptivos, teniendo como resultado otra gestación (Maravilla et al, 2016a).

- Las tendencias agresivas de la adolescente, consumir drogas y alcohol y un comportamiento impulsivo, están relacionados con otro embarazo en la adolescencia (Porter y Holness, 2011).
- La adolescente puede buscar satisfacer sus necesidades incompletas, obtener atención y apoyo de su familia o pareja; lidiar con la interrupción de sus metas y deseos y afrontar la experiencia de pérdida de su adolescencia con la concepción de otro niño (Sims y Luster, 2002); para así satisfacer su necesidad de logro y autoeficacia.
- Una baja habilidad cognitiva se ha relacionado con “el inicio temprano de la actividad sexual y la repetición de nacimientos en adolescentes (Boardman et al, 2006).”

Psicosociales

El contexto de la adolescente, su estructura familiar y el acceso a recursos básicos como la educación, influyen en gran medida el embarazo subsecuente:

- Una dinámica familiar quebrantada, donde recibe apoyo social limitado, existe violencia y un bajo nivel académico de la madre son predictores de embarazo subsecuente (Porter y Holness, 2011; Sims y Luster, 2002). No vivir en un hogar con dos padres en la adolescencia también se está relacionado con este fenómeno, pues el individuo debe cumplir roles que no le corresponden y madurar antes que sus pares (Boardman et al, 2006).

- El involucramiento educativo es un factor de riesgo importante en el embarazo subsecuente en la adolescencia, ausencia de éxitos académico y pocas metas estudiantiles están relacionadas con mayores índices de deserción escolar; esto a su vez está asociado con el embarazo repetitivo en la adolescencia como mecanismo para afrontar su fracaso académico (Maravilla et al, 2016a; Sims y Luster, 2002).
- Estar en contacto cercano con otras madres adolescentes y un involucramiento religioso alto incremental el riesgo de tener otro embarazo en la adolescencia (Maravilla et al, 2016a). De igual forma, pertenecer a una comunidad donde el embarazo adolescente sea una norma social aumenta las probabilidades de un segundo embarazo (Best Start Resource Centre, 2009).

Ginecológicos y Obstétricos

- Una historia obstétrica pobre en el primer embarazo (aborto espontáneo, muerte fetal, complicaciones durante el parto) están relacionadas con un segundo embarazo subsecuente (Boardman et al, 2006). Al igual que un historial obstétrico pobre dentro de la familia de la adolescente, sobre todo por parte de la madre (Porter y Holness, 2011).
- Una menarquía temprana (antes de los 12 años) está asociada con un embarazo subsecuente no intencional. Las adolescentes al ser madurar antes que sus pares, tienden a involucrarse con parejas mayores a ellas y son más proclives a usar de manera incorrecta métodos anticonceptivos o sencillamente a no usarlos (Boardman et al, 2006).
- Un control prenatal inadecuado o no existente, al igual que planificación familiar ineficiente están ligadas al embarazo adolescente subsecuente (Porter y Holness, 2011).
- Adolescentes con un historial de aborto (ya sean intencional o espontáneo) están a mayor riesgo de tener un segundo embarazo. La finalización abrupta de la gestación puede

propiciar el deseo de otro embarazo como mecanismo para afrontar la pérdida del infante (Maravilla et al, 2016).

Sexualidad

- Las adolescentes que tuvieron su primera experiencia sexual de forma no voluntaria o no deseada están en mayor riesgo de, no solo tener un embarazo adolescente, sino también una gestación subsecuente no intencionado (Boardman et al, 2006).
- Ser o haber sido víctima de abuso sexual, en cualquier de sus formas, representa un factor de riesgo en la repetición rápida del embarazo subsecuente (Sims y Lusters, 2002).

Consecuencias

El embarazo adolescente no solo representa un costo elevado al Estado; sino que es un riesgo físico y psicológico para la adolescente y el infante, los cuales repercuten en su calidad de vida. Los niños suelen presentar varios problemas médicos al nacer, como bajo peso, ser prematuros, padecer infecciones agudas, tener malformaciones congénitas, tener el trastorno de muerte súbita (Pacheco, 2014; Porter y Holness, 2011). Por otro lado, la madre tiene mayor riesgo de morir dando a luz, es cuatro veces más propensa a sufrir hipertensión arterial, complicaciones renales y a tener hemorragias uterinas (Lewis et al, 2012; Pacheco, 2014; Porter y Holness, 2011). Estudios indican que la adolescente necesita un periodo de dos años, después del nacimiento de su primer hijo, para poder alcanzar metas personales y sobrellevar su condición de pobreza (Porter y Holness, 2011). Por lo que un embarazo subsecuente limitará sus posibilidades de superación.

La adolescente está en mayor riesgo de enfrentar duras sanciones sociales como “la expulsión del hogar y de la escuela; ser humillada y estigmatizada por la familia, por los

miembros de la comunidad y compañeros (UNESCO, 2017)”; consumir drogas, entrar en la delincuencia y terminar inmersa en un círculo de pobreza a largo plazo (Lewis et al, 2012). Debido a su falta de escolaridad, la adolescente tendrá dificultades en obtener un trabajo con una remuneración adecuada para los gastos de crianza; lo cual provocará escasez de recursos y, por ende, la hará dependiente en su mayoría de los sistemas públicos (Langford, 2019). Esto ocurre principalmente en los estratos sociales bajos; pues a pesar de que el nacimiento de un niño es considerado un estresor en todas las clases sociales, en este segmento de la población acarrea graves dificultades médicas y económicas (Best Start Resource Center, 2009). Ya que los efectos negativos acumulados por su condición de pobreza, producto del contexto y del primer embarazo (vivienda inadecuada, educación limitada, escasez de recursos, situación económica baja, violencia); en conjunto con el embarazo subsecuente, perpetuarán este ciclo de estancamiento y abandono (Best Start Resource Center, 2009). Por otro lado, la adolescente está en riesgo de padecer inestabilidad emocional, altos niveles de estrés y diferentes trastornos del estado de ánimo; lo cual repercute negativamente en la crianza de sus hijos, haciéndolos vulnerables a la negligencia y al abuso (Pacheco, 2014). Un estudio realizado por Lewin et al (2019), encontró que 40 de 100 madres adolescentes tenía síntomas depresivos clínicamente significativos, cuando su primogénito cumplía 2 años; lo que las vuelve más proclives a tener otro embarazo.

Una vez revisado este fenómeno se ve la importancia de aplicar un plan de educación sexual dirigido a madres adolescentes entre 15 y 19 años, enfocado en la prevención de un nuevo embarazo. Es por esto que se han revisado generalidades de estrategias de educación sexual y prevención de embarazo, tanto adolescente como recurrente, los cuales se detallan a continuación.

Planes de Educación Sexual

Planes de prevención del embarazo adolescente

La Organización Mundial de la Salud en el 2012 estableció las directrices para prevenir el embarazo precoz y disminuir los resultados reproductivos adversos, tanto para la adolescente como para el bebé (OMS, 2012). Para esta propuesta de investigación, se tomará en cuenta dos premisas que abordan factores de riesgo que contribuyen al embarazo adolescente en el país.

- Número 2: “Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años (OMS, 2012)”, una de las causas principales del embarazo precoz es su normalización en el contexto, por lo que informar e involucrar a la comunidad es importante (Cooks y Cameron, 2017). En Ecuador, el 49% de los adolescentes no tienen confianza para hablar con sus padres acerca de sexualidad y el 71% de la población cree que la causa principal del embarazo adolescente es la falta de comunicación y confianza entre padres e hijos (OSE, 2018).
- Número 3: “Aumentar el uso de anticoncepción (OMS, 2012)”, los adolescentes sexualmente activos tienden a utilizar menor anticoncepción que los adultos. En Ecuador, el 79% de adolescentes hasta los 17 años conocía acerca de la anticoncepción; no obstante, solo el 22% los utiliza (ONU MUJERES ECUADOR, 2016).

Existen diferentes modelos de prevención del embarazo en la adolescencia, los cuales abordan desde el involucramiento con la comunidad, la escuela y la intervención de los padres. Es fundamental que los planes se realicen acorde a las necesidades de los adolescentes; teniendo una visión más positiva del sexo responsable y un mayor énfasis en el desarrollo del carácter.

Para así complementar la información acerca de salud sexual y reproductiva, logrando un ejercicio de la sexualidad responsable (Hoyt y Broom, 2002). A continuación, se describirá estrategias que han demostrado su eficacia en la reducción de este fenómeno.

Programas basados en la relación padre-hijo

Están basados en mejorar la comunicación entre padres e hijos, sobre todo en temas de sexualidad y afectividad; pueden incluir a ambos padres o solo a uno (Fish et al, 2014). Una investigación realizada por Fish y sus colaboradores (2014) descubrió que 8 de 11 programas obtuvieron al menos un resultado positivo en relación con el comportamiento sexual, ya sea retraso en la iniciación, disminución de la frecuencia, compañeros, entre otros.

Aprendizaje comunitario/ componente de servicio comunitario

Se trata de visitas a servicios de la comunidad, ya sea médicos o sociales; la mayoría suelen llevarse a cabo en establecimientos escolares y tienen una duración mayor a 6 meses. En su investigación, Fish y sus colaboradores (2014) descubrieron que 3 de los 7 programas que medían reducción en embarazo adolescente funcionaron positivamente; y 2 de los 6 programas que medían el incremento de uso de anticonceptivos de barrera tuvieron resultados positivos.

Programa de mejora de opciones de vida

Esta estrategia está diseñada para adolescentes entre 12 y 17 años y busca prevenir el embarazo precoz y promover el progreso académico. El programa fue implementado en 2001 en Estados Unidos con 985 estudiantes. Consiguió resultados favorables al reducir el número de embarazos adolescentes e incrementar el uso regular de anticoncepción en comparación con el

grupo control; asimismo tuvieron mayor éxito académico y menor ausentismo escolar (Hoyt y Broom, 2002).

Programa basado en la afectividad

El plan Love Notes tiene como objetivo educar a los adolescentes acerca de relaciones saludables, reducir la violencia de pareja y sexo sin protección; para así minimizar el índice de embarazos precoces (Barbee et al, 2016). En un experimento realizado por Barbee y sus colaboradores (2016), se concluyó que al realizar un control tras 6 meses de la intervención; Love Notes mostraba resultados favorables en aumentar el uso de anticonceptivos, reducir el número de parejas sexuales y la frecuencia de relaciones sexuales en comparación al grupo control.

Programas basados en la abstinencia y el uso de anticonceptivos

El plan Reducing the Risk se enfoca en reducir los comportamientos sexuales riesgosos, para así minimizar el riesgo de contraer enfermedades venéreas, retrasar el inicio de la vida sexual y desarrollar habilidades. Un experimento realizado por Barbee y sus colaboradores en el 2016, descubrió que esta estrategia es efectiva en reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de anticoncepción, inclusive en el control realizado después de 6 meses.

Programa multicomponentel escolar de educación sexual

Safer Choices es un programa integral que aborda enfermedades de transmisión sexual, VIH y prevención del embarazo adolescente; incluyendo al personal de la escuela, apoyo social de los pares y entrenamiento a los padres. A pesar de que el seguimiento después de 7 meses no

mostró resultados en referencia a la prevención del embarazo adolescentes; si mostró resultados positivos en el incremento del uso de métodos anticonceptivos, percepciones de riesgo y una mejor comunicación entre padres e hijos (Hoyt y Broom, 2002).

Tras haber revisado el marco de referencia de planes internacionales y sus respectivos resultados; se procederá en la siguiente sección a analizar estrategias nacionales de prevención del embarazo adolescente.

Estrategias nacionales de prevención del embarazo adolescente

Desde el 2012 hasta el 2014 estuvo en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar; la cual tenía como objetivo “garantizar el acceso efectivo a información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción basados en las normas constitucionales en el lapso de 3 años (MSP, 2011). Sus cuatro líneas de acción principales se basaron en la educación y difusión de información acerca de la salud sexual y reproductiva; fácil acceso y correcto uso de métodos de anticoncepción eficaces, promover cambios socioculturales en los patrones de pensamiento acerca de la planificación familiar y la sexualidad; y promover la participación social en temas de educación sexual (MSP,2011). A pesar del éxito del programa en incrementar las consultas para prevenir el embarazo precoz en un 16,18%, la participación en consultas de planificación familiar en un 9,53% (MSP, 2012) y lograr una reducción en la tasa de gestación adolescente de 84,01 en 2011, a 83,97 en el 2012 y a 72,93 en el 2013 (MSP, 2018). Fue suspendido en el 2014 por promulgar ideas de hedonismo y libertinaje; al colocar a los métodos anticonceptivos como centro y dejar de lado la afectividad y el rol de la familia en la sexualidad adolescente (Mantilla, 11/03/ 2015).

En el 2015 se instaura el Plan Familia Ecuador que tenía como objetivo general: “prevenir el embarazo adolescente, fortaleciendo el rol protagónico de la familia y empoderando a los y las adolescentes de manera que puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables (Presidencia de la República de Ecuador, 2015).” Buscó incrementar la educación en la afectividad y la sexualidad desde todas las dimensiones del ser humano, tanto biológicas, sociales, psicológicas, intelectuales y de trascendencia; para retrasar el inicio de la vida sexual adolescente y así reducir el número de embarazos precoces (Presidencia de la República de Ecuador, 2015). Su enfoque principal fue la abstinencia y el fortalecimiento de apoyo social, tanto familiar como de la comunidad educativa. A pesar de que una estructura familiar adecuada, al igual que participación activa en el ámbito educativo han sido catalogados como factores de protección en el embarazo precoz (Sims y Luster, 2002). El Plan Familia no contempló que la migración en el Ecuador dejó como resultado familias fraccionadas (Herrea y Torres, 2005), que no cumplían con los estándares del plan propuesto. Asimismo, la educación debía ser en realidad integral, incluyendo tanto afectividad como planificación familiar; no obstante, la última es minimizada, colocando a los valores sobre los métodos anticonceptivos.

Finalmente, en ninguna sección se dirigen específicamente a reducir el embarazo subsecuente; omitiendo por completo a esta población. Como resultado, la tasa específica de embarazo sufrió un incremento durante el desarrollo de esta intervención, pasando de 72.33 en el 2014, a 80.05 en el 2016. A pesar de que se informó de una reducción en la tasa de nacidos vivos, el índice de embarazo adolescente no disminuyó (MSP, 2018). El fracaso de este plan impulsó a que en el 2017 el presidente Lenin Moreno lo suprima y en el 2018 se presente la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes. Una estrategia que busca el correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la educación y

apoyo social, garantizando el derecho a la integridad personal, el acceso libre a la planificación familiar y la protección contra la violencia sexual; para así prevenir y reducir el embarazo adolescente (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018). La política es parte del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y está dividida en 6 estrategias específicas:

1. Fortalecer la actuación sectorial y la coordinación intersectorial para abordar la prevención del embarazo en niñas y adolescentes de acuerdo al marco institucional.
2. Fortalecer los espacios de participación de la comunidad en la prevención del embarazo en niñas y adolescentes.
3. Garantizar el acceso y permanencia de los y las adolescentes en el ámbito educativo.
4. Desarrollar entornos favorables en la familia para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes.
5. Fortalecer los mecanismos de participación de adolescentes.
6. Fortalecer el desarrollo integral individual de los y las adolescentes (MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA, 2018).

El enfoque de este nuevo modelo abarca un marco de referencia integral, el cual busca prevenir el embarazo adolescente, involucrar a la comunidad y a la familia y promover la adherencia al sistema escolar. A pesar de que se menciona la problemática del embarazo subsecuente, no detalla una estrategia específica para dirigirse a esta población.

Planes de prevención del embarazo subsecuente

Al ser la sexualidad un elemento básico de la naturaleza de ser humano debe ser abordada de forma integral, clara y correspondiente a la etapa del desarrollo de cada individuo, buscando la enseñanza comprensiva y el desarrollo de habilidades (Langford, 2019; Carter, 2012). Sobre todo, al hablar de una población vulnerable, como son las madres adolescentes. Un estudio realizado por Lewin y sus colaboradores (2019), concluyó que un modelo integrado y de atención comprensiva, que trabaje con un equipo multidisciplinario: enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos; que incluya visitas a casa, trabajo con los padres, educación en la comunidad y que esté centrado en el paciente es un método efectivo para evitar un embarazo

subsecuente en esta población, más aún en comunidades con un estado socioeconómico bajo. Como es el caso de la población del cantón Calvas, que se encuentra en un nivel medio y bajo (INEC, 2014).

Se han identificado premisas fundamentales, que deben ser tomadas en cuentas al momento de elaborar una estrategia preventiva, para que sea eficiente en reducir la repetición del embarazo en la adolescencia:

Es esencial evaluar la intención del embarazo, pues en un estudio realizado por Boardman y sus colaboradores (2006) se descubrió que el 34% de adolescentes entre 15 y 19 años deseaban su segundo embarazo. Por lo que se debe evitar catalogar a las adolescentes con un embarazo subsecuente como fracasos y validar su experiencia (Best Start Resource Center, 2009). Así que es fundamental involucrarlas activamente en el proceso, abordando sus necesidades básicas e intereses en un segundo embarazo; para negociar, establecer metas futuras alcanzables (Boardman, 2006) y seleccionar el espacio intergenésico adecuado para ellas (Best Start Resource Center, 2009). Asimismo, se debe tomar en cuenta su perspectiva acerca del plan a implementar; escuchando sus preocupaciones, expectativas y su experiencia como madres. No obstante, validar su situación no involucra no alentarlas a considerar otras opciones para el futuro curso de su vida, las cuales deben incluir educación, trabajo y parentalidad (Best Start Resource Center, 2009). De igual forma, el enfoque del modelo debe ser respetuoso con las normas culturales, religiosas y sociales de la comunidad (Best Start Resource Center, 2009); ya que éstas tienen un impacto grande en el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes (Hoyty y Broom, 2002). Al lograr esto, se asegura que la estrategia sea apropiada para el individuo y que el problema sea expuesto acorde a las necesidades de la persona; mejorando su eficacia (Hoyty y Broom, 2002). Asimismo, al incluir personal de la misma comunidad, se ofrece

la oportunidad a las madres adolescente de tener un modelo a seguir profesional que refleje su herencia étnica (Lin et al, 2018).

Por otro lado, es necesario revisar el historial de educación sexual de los participantes y su nivel de involucramiento como padres, para planificar el contenido de los modelos (Hoyty y Broom, 2002). Al igual que, escoger un marco de referencia teórico para estructurarlo; como la teoría cognitivo social, que ha demostrado reducir conductas riesgosas relacionadas a la salud (Hoyty y Broom, 2002). Pues se enfoca en tratar habilidades interpersonales de negociación, desarrollo adolescente y de parentalidad (Lin et al, 2018). Asimismo, una variante de la teoría de resiliencia: RRRTTP (Teoría de Resiliencia-Retroceso-Rebote para Prevenir el Embarazo Adolescente) propone nuevas perspectivas para tratar este fenómeno, pues aborda la totalidad del individuo, tanto de forma personal como contextual. Está basada en cuatro conceptos individuales: adolescente en riesgo, embarazo subsecuente, resiliencia e interacciones de retroceso y rebote; y cinco esferas externas de influencia: familia, pares, escuela, iglesia y comunidad (Porter y Holness, 2011).

Finalmente, es recomendable implementar el programa durante el embarazo y continuarlo por al menos 3 años después del nacimiento del primogénito (Best Start Resource Center, 2009). Mientras más rápido sea el acceso a la anticoncepción después del primer parto, o comiencen las visitas a casa, mayores serán las probabilidades de retrasar el embarazo subsecuente (Frederiksen et al, 2018). A continuación, se explicará a detalle los modelos más utilizados en la prevención del embarazo repetido en la adolescencia.

Basados en la Comunidad

Generalmente comienzan después del nacimiento del primogénito y se enfocan en temas como salud reproductiva, desarrollo saludable del infante y apoyo social (Best Start Resource

Center, 2009). Se conforman en grupos o en manejo de casos individual y buscan facilitar el acceso a servicios médicos, como el cuidado post natal (Porter y Holness, 2011); sin embargo, tienen como enfoque principal apoyar a la adolescente para que continúe sus estudios y consiga un empleo (Best Start Resource Center, 2009).

Basados en la Escuela

Los programas realizados dentro del ámbito escolar tienen una influencia fuerte en la prevención y manejo de problemas físicos y psicosociales de los adolescentes en general (Porter y Holness, 2011). Puesto que promueven el apoyo social de los pares, ofrecen orientación vocacional y planificación académica, servicios de anticoncepción (Best Start Resource Center, 2009), acceso a cuidados médicos, eficacia personal como asertividad, auto afirmación e independencia de las influencias de sus pares (Porter y Holness, 2011). No solo tienen una base teórica, sino que utilizan métodos de enseñanza que envuelven activamente a los participantes; utilizan talleres, role-plays, discusiones grupales, consejería entre pares bajo correcta supervisión, entre otros (Hoyty y Broom, 2002).

Basados en Visitas a Casa

Debido a que la disrupción en la dinámica familiar dentro de los hogares de madres adolescentes es un factor de riesgo; implementar una intervención personalizada, de mentor a adolescente, juega un rol importante dentro de la reducción del embarazo subsecuente (Boardman et al, 2006). El trabajador comunitario de salud adoptará una postura de cuidado y soporte para la adolescente y a sus familias (Best Start Resource Center, 2009); proveyendo 3 procesos relacionales principales: confianza y compañía, apoyo emocional y desarrollo de nuevas habilidades para lograr alivio del estrés diario (Lin et al, 2018). Se encargará de impartir temas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, salud mental, relaciones familiares

y personales, opciones de vida futuras como educación y empleo, acceso a servicios comunitarios (Lewin et al, 2019).

La investigación ha demostrado que las visitas a casa por trabajadores comunitarios de la salud están relacionadas con una mejoría en las habilidades y actitudes parentales, salud prenatal, una disminución de lesiones en la infancia y aumento de la participación de las madres adolescentes en el sistema educativo y laboral (Best Start Resource Center, 2009); al igual que la disminución y/o retraso en el embarazo subsecuente en los siguientes dos años del primer alumbramiento (Maravilla et al, 2016; Lewis et al, 2012). Debido a la influencia que tienen estos trabajadores en las adolescentes, es fundamental darles una formación adecuada y libre de prejuicios. Los trabajadores de la salud tienden a enfocarse en temas médicos y los para profesionales en factores ambientales y de apoyo (Best Star Resource Center, 2009), por lo que se recomienda trabajar con ambos en conjunto o capacitarlos de forma integral.

En general, el método de prestar el servicio a las madres adolescentes en sus propios hogares ofrece ventajas importantes. Las jóvenes no deben organizar el transporte, el cuidado de los niños o el tiempo libre del trabajo, pues la intervención se acomoda a su disponibilidad. Asimismo, se da una mayor apertura a la participación de otros miembros de la familia. Al ser una atención individual y con enfoque personalizado, se facilita la creación de vínculos relacionales; lo cual aumenta las tasas de adherencia al programa (Sweet y Appelbaum, 2004).

Del 2011 a 2015, se implementó el modelo Maikuru en Pittsburg, Pennsylvania. Lin et al (2018) investigaron el impacto de un programa de tutorías, donde se asignaba a cada adolescente entre 15 y 19 años, un mentor adulto. El mentor estaría a cargo de aplicar la intervención de visitas a casa y acompañar a la adolescente a las reuniones semanales grupales. Los objetivos de esta intervención eran: mejorar las habilidades maternas, agrandar las redes de apoyo social,

atrasar el segundo embarazo hasta que acabe su adolescencia y que tengan logros académicos. Para ser tutora no se necesitaba un título de tercer nivel, pero las postulantes debían demostrar estabilidad emocional y voluntad de trabajar con las adolescentes. Los resultados fueron favorables para la intervención, solo el 11% en comparación al 24% de las participantes del grupo control tuvieron un embarazo subsecuente en el seguimiento a los 24 meses de la intervención (Lin et al, 2018).

Lewin et al (2019) implementaron un modelo integral de prevención llamado Generations, que contaba con un equipo multidisciplinario. Un trabajador de la salud visitaba periódicamente la familia de la adolescente para enseñar temas relacionados al cuidado primario de la familia, como planificación familiar, desarrollo infantil y adolescente, salud sexual y reproductiva; asimismo, recibían la visita de un trabajador social que los instruía en servicios del estado y eran evaluados por un profesional de la salud mental. Los resultados no fueron estadísticamente significativos; pero si mostraron una diferencia clínica relevante. Las participantes de la intervención Generations eran menos probables en un 50% de tener un embarazo subsecuente y tendían más a utilizar métodos anticonceptivos. Ambos estudios mostraron resultados favorables en poblaciones vulnerables y de recursos limitados; por lo que una intervención que incluya trabajo en la comunidad, educación en la escuela y visitas a casa por profesionales comunitarios es necesaria para reducir la incidencia de este fenómeno.

En un metaanálisis acerca de programas dirigidos a reducir el embarazo subsecuente, realizado por SmithBattle y sus colaboradores, encontró en 13 estudios basados en intervenciones en casa, una reducción del 56% en embarazos y nacimientos de madres adolescentes hasta los 15 meses después de la intervención, del 36% entre los 15 y 35 meses y del 64% entre los 36 y 60 meses (SmithBattle et al, 2018).

Un estudio realizado por Black y sus colaboradores (2006) midió la efectividad de un programa basado en visitas en casa en la ciudad de Baltimore, con adolescentes de bajos recursos que vivían con sus madres y no tenían enfermedades crónica o adicciones. Se implementó un currículo de 19 sesiones para el grupo experimento, donde las mentoras visitaban a las adolescentes al menos una vez al mes. Las mentoras eran jóvenes profesionales mayores a 18 años que habían sido madres adolescentes. El programa tenía un marco conceptual cognitivo conductual, basados en los conceptos de autoeficacia y apoyo social. Se centra en temas de desarrollo adolescente, parentalidad, habilidades de negociación entre la adolescente y su madre, desarrollo infantil, afectividad, valores personales, decisión acerca de un futuro embarazo, planificación familiar y establecimiento de metas (Black et al, 2006).

Se realizaron controles de seguimiento cuando sus hijos tenían 6, 13 y 24 meses por personal de salud distinto a las mentoras. En el grupo control solo se realizaron las evaluaciones iniciales y las finales, sin visitas a la casa. En un seguimiento realizado a los 2 años de la intervención 27 de las 149 madres tuvieron un segundo hijo. Siendo las participantes del grupo control 2,5 veces más propensas a tener un segundo hijo. Los resultados indican evidencia favorable para este programa, el integrar relaciones de confianza y escuchar la perspectiva de las adolescentes, permitió una mayor adherencia y participación en la estrategia. Asimismo, la incidencia del embarazo subsecuente bajó con el número de visitas a la casa; tener dos o más visitas disminuye tres veces la probabilidad de tener otro hijo (odds ratio=3.3). De las adolescentes que tuvieron más de 8 visitas, ninguna tuvo un embarazo después de dos años de la intervención (Black et al, 2006).

El programa de visitas a casa enfocado en cuidados prenatales y de la primera infancia, desarrollado por Ruth O'Brien, está dirigido para madres primerizas que viven en la bajo la

línea, especialmente para adolescentes. Se ofrecen visitas intensivas a domicilio de enfermeras, quienes acompañan a las madres por 24 meses después del nacimiento de su primer hijo. El programa tiene un marco conceptual basado en las teorías de ecología humana, apego humano y autoeficacia. Los temas principales son un embarazo saludable, cuidado físico y emocional para el infante, interacciones de padre e hijo positivas, metas personales, completar su educación, anticoncepción y retraso de futuros embarazos. En casos necesarios, se refiere a las madres a servicios de orientación vocacional, planificación familiar, clínica de salud mental, apoyo legal y evaluación nutricional. El foco principal de intervención es evaluar las necesidades individuales de las participantes y enfatizar en las fortalezas de la mujer y de las familias. De igual forma, se ofrece un sistema de transporte gratuito de ida y vuelta para los diferentes controles en los centros de salud (Advocates for Youth, 2009).

Se evaluaron los resultados en tres intervenciones realizadas en Elmira, Memphis y Denver. Todas mostraron resultados favorables en reducir la incidencia del embarazo y nacimientos subsecuentes. En Elmira, se redujo en un 43% el embarazo subsecuente en las participantes de bajos recursos, solteras que estaban inscritas en el programa, entre el nacimiento de su primer hijo y 46 meses postparto. Asimismo, tuvieron un mayor espacio intergenésico entre futuros embarazados de 64.8 meses vs. 37.3 meses, en comparación con un grupo de mujeres que no contaban con la intervención. En Memphis, 24 meses postparto, el 36% de las participantes del programa de visitas a casa reportaron un embarazo subsecuente en comparación con 47% del grupo control. Para el seguimiento en 54 meses postparto, el número de embarazos subsecuentes bajó considerablemente con el del grupo control. Finalmente, en Denver, 24 postparto, las participantes de la intervención de visitas eran menos propensas a tener un embarazo subsecuente que el grupo control (29% vs. 41%) (Advocates for Youth, 2009).

Diseño y Metodología

Diseño

La metodología que se utilizará en esta propuesta de investigación tiene un modelo cuantitativo y enfoque experimental; por lo que se conformarán dos grupos: un grupo control y otro experimento. Para escoger a las participantes se realizará un muestreo no probabilístico de voluntarios. Debido a la vulnerabilidad de la población escogida, no se va a dejar al grupo control sin tratamiento, por lo que se utilizará un plan estándar de educación sexual que es el protocolo de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública, impartido en los centros de salud. Por lo que se va a realizar una prueba controlada aleatorizada para comparar la eficacia de la estrategia de educación sexual basada en visitas a casa por parte de profesionales comunitarios de la salud frente al protocolo de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública.

Población

Se escogió a la población con un muestreo no probabilístico de voluntarios. Las participantes son adolescentes entre 15 y 19 años del cantón Calvas (distrito 11D06), conformado por 7 parroquias: 4 urbano/rurales y 3 rurales; quienes se encuentren en periodo de gestación o ya sean madres de un infante menor a un año. El nivel de escolaridad fluctúa entre educación primaria completa, educación primaria incompleta, bachillerato completo o bachillerato incompleto. Su estado civil es soltero, casado o divorciado y su estatus económico es medio o bajo, debido a que el 75% de la población se encuentra en un nivel bajo y medio bajo (Gobierno Descentralizado del Cantón Calvas, 2014).

Criterios de inclusión

- Todas las adolescentes entre 15 y 19 años que se encuentren en estado de gestación y vayan a controles médicos en el establecimiento de salud de primer nivel del distrito 11D06.
- Todas las adolescentes entre 15 y 19 años que se encuentren en estado de gestación y no vayan a controles periódicos.
- Todas las adolescentes entre 15 y 19 años que sean madres de un niño menor a 1 año que pertenezcan al cantón Calvas.

Criterios de exclusión

- Madres adolescentes o en estado de gestación menores a 15 años del cantón Calvas.
- Madres adolescentes o en estado de gestación de otros cantones y provincias.
- Madres adolescentes con 2 o más hijos nacidos vivos.

Intervención

Se planificó la estrategia con 8 temas principales, los cuales tuvieron resultados positivos en los estudios revisados en el marco teórico. Asimismo, se escogió una duración de 24 meses para el currículo de la intervención y seguimientos durante los siguientes 12 meses; ya que una estrategia que dure al menos 3 años mostró mayores índices de reducción en el embarazo subsecuente (Best Start Resource Center, 2009). La intervención tiene dos etapas de 12 meses cada una. En la primera etapa las adolescentes reciben visitas semanales de las mentaras y se sigue el currículo del anexo A10. Después del 13vo mes se realizan visitas mensuales y se refuerzan los temas aprendidos en la primera fase. Una vez terminada la intervención, se realizan seguimientos durante los 12 meses posteriores.

Los temas centrales de la intervención son: información acerca de métodos anticonceptivos y planificación familiar (Lewin et al, 2019), salud sexual y reproductiva (Lewin et al, 2019), afectividad (Barbee et al, 2016; Black et al, 2006), educación sexual en familia (Fish et al, 2014), desarrollo habilidades personales (Lin et al, 2018; Black et al, 2006), maternidad (Advocates for Youth, 2009), depresión y ámbito escolar y laboral (Lin et al, 2018; Advocates for Youth, 2009; Black et al, 2006). Para más información revisar los anexos A9 y A10.

Instrumentos o materiales

Instrumentos

Se utilizarán 7 instrumentos en esta propuesta de investigación. Dos son para recoger datos demográficos y evaluar el comportamiento, actitudes y prácticas acerca de la sexualidad. Tres se usarán para medir el nivel de conocimiento y actitudes acerca de métodos anticonceptivos y la actitud hacia un segundo embarazo. Uno se utilizará para detectar violencia doméstica y otro para detectar sintomatología de depresión.

El primer instrumento es la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/sida en niñas, niños y adolescentes desarrollada por la UNICEF y Catholic Relief Services. Está dividida en 10 secciones y para esta propuesta de investigación se escogieron las secciones I (Antecedentes), II (Matrimonio o uniones), III (Actividad sexual) y V (Reproducción mujeres) (UNICEF, CRS, 2006). Se aumentaron tres preguntas en la sección V para evaluar la intencionalidad del embarazo. El estudio no muestra la confiabilidad ni validez del instrumento.

El segundo instrumento es el cuestionario ilustrativo para entrevistar a adolescentes acerca de comportamientos sexuales y reproductivos, desarrollado por Cleland para la Organización Mundial de la Salud J. (2001). Este cuestionario es desarrollado como una guía para la investigación en conocimientos y comportamientos relacionados a la sexualidad

adolescente, por lo que la confiabilidad y validez va a variar según el contexto donde se lo implemente (Cleland, 2001). Al estar en inglés es necesario traducirlo al español y adaptar algunas preguntas al contexto ecuatoriano. Para esta propuesta se debe traducir las secciones VII (Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos), VIII (Conocimiento acerca de VIH y ETS), IX (Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos), X (Sexualidad, género y normas) (Cleland, 2001).

El tercer instrumento es un cuestionario sobre conocimientos acerca de métodos anticonceptivos realizado por la doctora Elizabeth Díaz para medir el nivel de conocimientos sobre anticoncepción en el Colegio Nacional Nicolás de la Torre en la ciudad de Lima, Perú, en el año 2014. La confiabilidad del instrumento fue medida con el alfa de Cronbach y obtuvo un nivel aceptable de 0,79 (Díaz, 2015).

El cuarto instrumento es el cuestionario de actitudes frente a la anticoncepción realizado por Dávalos, Ríos y Ruíz para medir la actitud de los adolescentes frente al uso de métodos anticonceptivos, si tiene una percepción positiva o negativa frente a los mismos. La validez total del instrumento es del 82% y la confiabilidad se midió con el alfa de Cronbach, obteniendo 81,4% (Dávalos et al, 2015).

El quinto instrumento es la escala para medir la actitud hacia un potencial embarazo, desarrollada por Paterno y Han. La escala busca evaluar las actitudes de las mujeres frente a la posibilidad de quedar embarazadas en un futuro próximo. La confiabilidad se midió con el alfa de Cronbach obteniendo 0.86. La validez de constructo se obtuvo con una regresión lógica, obteniendo resultados estadísticamente significativos (Paterno y Han, 2014). Ya que el instrumento está escrito en el idioma inglés, se debe traducir al español.

El sexto instrumento es para detectar violencia doméstica. Es una adaptación del Woman Abuse Screening Tool realizado por Binfa y sus colaboradores para el uso en establecimientos de salud y está avalado por la Universidad de Chile. El alfa de Cronbach es de 0.91 y la validez se midió con la ayuda de expertos. (Binfa et al, 2018). Se utiliza este instrumento ya que existen una relación entre el abuso físico o sexual y la incidencia de embarazos adolescentes.

El séptimo instrumento es el inventario de depresión de Beck (BDI-II), para evaluar sintomatología depresiva en las participantes. Debido a que las adolescentes son más proclives a tener depresión postparto, es importante evaluar el estado de su salud mental. El BDI-II en su versión adaptada al español tiene un alfa de Cronbach de 0.83. La validez de contenido indica que “17 de los 21 ítems de la versión española del BDI cubren 6 de los 9 criterios sintomáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor del DSM-IV (Sanz y Vásquez, 1998).

Para conformar las parejas de mentor y adolescente se aplicará una adaptación de la prueba de personalidad Myers and Briggs obtenido de la página Humanmetrics, para ubicarlas según niveles de afinidad. La prueba de tipología de Jung tiene una validez media de 0.76 en la dimensión Extraversión – Introversión, en comparación al 16PF que es de 0.58. La confiabilidad se midió con el coeficiente de correlación de Pearson en una prueba de mitades separadas, teniendo como resultado una media entre todas las dimensiones de 0.80; y con un test-retest obteniendo una media de 0.77 después de una semana de aplicar el instrumento (Humanmetrics, 1998-2016).

Para realizar los seguimientos de uso de métodos anticonceptivos se adaptaron preguntas de las investigaciones de Barbee y sus colaboradores (2016), quienes evaluaron la efectividad de planes de prevención de embarazo precoz enfocados en la comunidad. Además, se utilizaron preguntas de Lewin y sus colaboradores (2019), quienes midieron la eficacia de un programa de

reducción del embarazo subsecuente enfocado en visitas a casa. De igual forma, para evaluar el índice de embarazo subsecuente se elaboró una encuesta de seguimiento tomando en cuenta una pregunta del Censo Poblacional del 2010. Y se utilizarán los datos del censo obstétrico anual que se realiza en el distrito 11D06.

Materiales

- Cuestionarios impresos

Se imprimirán los instrumentos del anexo A1-A9 para entregarlos a las participantes al inicio y al final de la intervención, así como también en los seguimientos 3,6 y 12 meses después.

- Consentimientos y asentimientos informados impresos para los representantes legales

Se imprimirán los asentimientos informados (anexo B1) para las participantes menores de edad, al igual que los consentimientos informados para las participantes mayores de 18 años (anexo B2) y para los representantes legales (anexo B3).

- Material de oficina

Esferos, hojas de papel bond, cartulinas, marcadores, carpetas, grapadora, entre otros que sirvan a lo largo de la intervención como material de apoyo.

- Dispositivo electrónico: computadora o tablet

Se utilizará dispositivos electrónicos para presentar la intervención a las participantes, realizar el test de tipología de Jung y presentar material audiovisual durante las visitas a casa.

- Directrices de la estrategia y planificación mensual (Anexo A10 y A11).

Se dividió a la estrategia de investigación en 8 fases y se realizó la planificación de la intervención de visitas a casa con 60 sesiones, cada sesión tiene la duración de 90 minutos.

Además, se suman las visitas de seguimiento de 90 minutos a los 3, 6 y 12 meses tras terminar la intervención.

Procedimiento de recolección de datos

Se va a contactar por vía telefónica a todas las adolescentes entre 15 y 19 años que se encuentren embarazadas y realizan sus controles prenatales en el establecimiento médico del distrito 11D06. Asimismo, se va a realizar una llamada por medios publicitarios, por un lado, se va a difundir la convocatoria por medio de los canales locales Cariamanga TV y SuperCable TV para alistar a madres adolescentes entre 15 y 19 años quienes tengan un hijo menor a un año, al igual que por las emisoras de Radio ECUASUR 102.1 FM. De igual forma se va a difundir la convocatoria por redes sociales y se visitará las diferentes instituciones educativas para reclutar a las participantes. Se espera obtener una muestra de 150 participantes, pues en el censo obstétrico del cantón Calvas en el 2018, la tasa de gestación adolescente fue de 150 jóvenes por cada 1000 habitantes. Una vez conformada la muestra, se realizará la colocación aleatoria de las participantes en los grupos control y experimento respectivamente; utilizando la herramienta de sobre cerrado. Se realizará una reunión respectiva con cada grupo para indicar la modalidad de la estrategia. En esta reunión se entregará el consentimiento informado a las participantes mayores de edad y a los representantes legales de las participantes menores de edad, al igual que los asentimientos informados a las segundas.

En el grupo experimental (grupo A), a parte del consentimiento informado se les dará a las participantes una prueba de personalidad de la tipología de Jung (anexo A8), para escoger la mentora adecuada según sus rasgos de personalidad. A las mentoras se les dará una capacitación previa, donde también llenarán la misma prueba de personalidad. Una vez realizadas las parejas, las mentoras realizarán la primera visita al hogar de la adolescente; donde realizarán la evaluación inicial. Se obtendrán los datos demográficos, se medirán las actitudes, conocimientos y comportamientos acerca de la sexualidad adolescente, y se evaluarán las actitudes y

conocimientos frente a la anticoncepción y hacia un futo embarazo de las participantes, con los cuestionarios de los anexos A1, A2, A3, A4, A5. Asimismo, se evaluará la salud mental de la adolescente y se detectará violencia familiar con las escalas de los anexos A6 y A7. En el caso de que la adolescente puntúe significativamente en sintomatología depresiva, se la referirá a servicios de salud mental.

Durante los primeros 12 meses de la investigación, la mentora realiza visitas semanales a la casa de la adolescente y a partir del treceavo mes, realiza una visita cada mensual hasta el final de la intervención en el mes. En la última visita, se entregan los cuestionarios de actitudes, conocimientos y comportamientos acerca de la sexualidad adolescentes y de la salud sexual y reproductiva; en específico el cuestionario de conocimientos de métodos anticonceptivos de Díaz, , la escala de actitudes acerca de métodos anticonceptivos de Dávalos et al, la escala para medir un potencial embarazo de Paterno y Han y la secciones VII (Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos) y IX (Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos) del cuestionario de Cleland; para medir la efectividad de la propuesta y compararla con el grupo control. Así como también, la escala de detección de violencia doméstica y el BDI-II. Se realizará seguimientos 3, 6 y 12 meses después de la intervención, para medir el uso de métodos anticonceptivos y el índice de embarazo subsecuente con las encuestas de seguimiento (anexos A9) y los cuestionarios entregados al final de la intervención.

En el grupo control (grupo B), la investigadora dará los cuestionarios de los anexos A1, A2 y A3 para obtener datos demográficos y medir las actitudes, conocimientos y comportamientos acerca de salud sexual y reproductiva de las participantes en la reunión inicial o en reuniones individuales acordadas. No se aplicará la prueba de personalidad al inicio de la intervención. Posterior a la valoración inicial, no se contactará a las participantes hasta 24 meses

después; para entregarles los cuestionarios de actitudes, conocimientos y comportamientos acerca de la sexualidad adolescentes y de la salud sexual y reproductiva; en específico el cuestionario de conocimientos de métodos anticonceptivos de Díaz, , la escala de actitudes acerca de métodos anticonceptivos de Dávalos et al, la escala para medir un potencial embarazo de Paterno y Han y la secciones VII (Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos) y IX (Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos) del cuestionario de Cleland; para medir la efectividad del tratamiento regular y contrastar los resultados con la propuesta planteada. De igual forma se tomarán la escala de detección de violencia doméstica y el BDI-II, al inicio y al final de la intervención.

Análisis de los datos

Para analizar los datos demográficos se va a realizar un análisis estadístico descriptivo nominal-ordinal para las variables cualitativas y de intervalo-razón para las variables cuantitativas. Para medir la efectividad de la estrategia implementada en comparación con el tratamiento habitual se va a realizar un t-test para medidas independientes. Se utilizarán los resultados del cuestionario de conocimientos de métodos anticonceptivos de Díaz, la escala de actitudes acerca de métodos anticonceptivos de Dávalos et al, la escala para medir un potencial embarazo de Paterno y Han, la secciones VII (Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos) y IX (Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos) del cuestionario de Cleland; al igual que los datos del censo obstétrico del año correspondiente. Se compararán los resultados de los seguimientos con los mismos instrumentos más la encuesta de seguimiento de uso de métodos anticonceptivos y de embarazo subsecuente, y los datos del censo obstétrico anual a los 3, 6 y 12 meses después de la intervención.

Para analizar la efectividad de la estrategia en las participantes del grupo experimento se realizará un t-test pareado, comparando los resultados obtenidos al inicio de la intervención del cuestionario de conocimientos de métodos anticonceptivos de Díaz, la escala de actitudes acerca de métodos anticonceptivos de Dávalos et al, la escala para medir un potencial embarazo de Paterno y Han, la secciones VII (Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos) y IX (Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos) del cuestionario de Cleland; con los resultados al final de la intervención.

Se compararán los resultados de los seguimientos con los mismos instrumentos más la encuesta de seguimiento de uso de métodos anticonceptivos y de embarazo subsecuente, y los datos del censo obstétrico anual a los 3, 6 y 12 meses después de la intervención. Se utilizará un análisis descriptivo para las encuestas de seguimiento y para los datos del censo obstétrico para medir si existe o no una reducción en el embarazo subsecuente. Para analizar los datos de los instrumentos se realizará un t-test de muestras pareadas.

Por otro lado, se analizará la situación de violencia doméstica antes, durante y después de la intervención con los resultados del instrumento de detección de violencia doméstica de Binfa et al. Se realizará un t-test de muestras pareadas para medir cambios en el grupo experimento y un t-test de muestras independientes para comparar la efectividad de la estrategia en esta área en comparación con el grupo control.

Se realizará seguimientos del estado mental de las participantes, especialmente con sintomatología depresiva utilizando los resultados del BDI-II. Todos los análisis de esta investigación se realizarán en el programa estadístico SPSS y se utilizará como herramienta de apoyo al programa EXCEL.

Consideraciones Éticas

En primer lugar, se enviará la propuesta de investigación al Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito para su respectiva aprobación. Debido a que el reclutamiento de las participantes es voluntario, se utiliza el consentimiento informado para explicar los objetivos del estudio y los posibles riesgos y beneficios que conlleva el mismo; al igual que la participación voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento que deseen de la investigación. Asimismo, debido a la edad de algunas de las participantes, se requiere utilizar el asentimiento informado para las menores de edad, en conjunto con el consentimiento informado para sus representantes legales. Para garantizar la confidencialidad de los individuos de la presente investigación, se asignarán códigos a las participantes. En el grupo experimental, solo la mentora asignada tomará los cuestionarios a la joven; y en el grupo control, la investigadora realizará las entrevistas iniciales a las adolescentes.

Este estudio utilizará los principios de beneficencia y no maleficencia y de fidelidad y responsabilidad del código de ética de la APA. Entonces, debido a la condición de vulnerabilidad de las participantes, se utilizan dos estrategias de prevención para evitar daños a las adolescentes por falta de información o acceso a servicios.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Fortalezas

- Este estudio mide la efectividad de un plan diseñado específicamente para adolescentes en periodo de gestación o madres precoces. Ya que esta población no ha sido abordada por las políticas nacionales de prevención del embarazo en la adolescencia; este estudio sería una guía en la prevención del embarazo subsecuente. Dirigiéndose a este segmento vulnerable de la población que ha sido olvidado por el gobierno y la comunidad.
- Debido a que la mayoría de las madres adolescentes vienen de hogares conflictivos y no poseen modelos de rol positivos en su desarrollo; al implementar mentoras capacitadas de su misma comunidad, se abordan estas necesidades de cuidado y ejemplo (Lin et al, 2018).
- Al tener la modalidad de visitas periódicas a la casa, se realiza un seguimiento más detallado e individualizado, donde se asegura que se aborden las necesidades principales de la adolescente (Lin et al, 2018).
- La duración larga de la intervención aportará positivamente en la vida de la adolescente, que está pasando por momentos críticos. La investigación indica que mientras más larga sea la intervención después del primer embarazo, los índices de un embarazo subsecuente bajan y se aumentan los recursos propios del individuo (Best Start Resource Center, 2009).

- Además de temas correspondientes a salud sexual y reproductiva, esta estrategia busca abordar temas de salud mental y violencia doméstica.

Limitaciones

- Debido al tamaño pequeño de la muestra y a las características demográficas de la población, se debe tomar precaución al replicar y generalizar esta intervención.
- Ya que dos de los instrumentos implementados para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes no tienen confiabilidad y validez. Por lo que se debe analizar los resultados con precaución.
- Debido a que la muestra no es homogénea, pues algunas participantes se encuentran en estado de gestación y otras ya han dado a luz a su primogénito, se debe analizar los resultados con cuidado.
- Se debe analizar con cautela los datos del cuestionario de Cleland, ya que se realizó un traducción y adaptación piloto, sin certificaciones oficiales. Por lo que podrían existir posibles errores en traducción.
- La falta de estadísticas oficiales referentes al embarazo subsecuente en el cantón Calvas pudo distorsionar la dimensión de la problemática.

Recomendaciones para Futuros Estudios

- En primer lugar, se recomienda agrandar el tamaño de la muestra para encontrar resultados significativos que puedan ser generalizados en otras comunidades con características similares al cantón Calvas.
- Para una futura investigación, se recomienda escoger solamente a adolescentes entre 15 y 19 años que se encuentren en periodo de gestación. La investigación indica que, si se

aplica la estrategia antes de que nazca el primero hijo, las probabilidades de tener un embarazo subsecuente disminuyen notoriamente.

- Debido a la falta de indicadores de confiabilidad y validez de dos de los cuestionarios: encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/sida en chicos chicas y adolescentes en las comunidades de Dajabon (República Dominicana) y Wanament (Haití) realizado por la UNICEF con CRS y Asking Young People About Sexual and Reproductive Behaviors, Illustrative Core Instruments de Cleland se recomienda realizar pruebas piloto antes de aplicarlas para encontrar estos valores.
- Ya que se realizó una traducción informal del cuestionario de Cleland y de la encuesta de detención de violencia familiar de Binfa et al, se recomienda hacer una prueba piloto para mejorar la adaptación al contexto de la investigación y corregir errores de traducción.
- Con los datos obtenidos de la encuesta de datos demográficos, se recomienda realizar un futuro estudio para determinar la incidencia del embarazo subsecuente en el cantón Calvas.
- Con la información obtenida con los cuestionarios de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes, se recomienda realizar un estudio acerca de las creencias culturales sobre de la sexualidad y determinar los factores de riesgo asociadas al embarazo adolescente subsecuente.
- Con los resultados de la escala de actitudes hacia un potencial embarazo, se recomienda realizar un estudio para medir la intencionalidad del embarazo subsecuente en la muestra.
- Finalmente, se recomienda incluir a la comunidad en futuros estudios, realizando talleres tanto en la escuela, como en servicios públicos y en la modalidad de visitas a casa.

REFERENCIAS

- Abajobir, A. A., Maravilla, J. C., Alati, R., & Najman, J. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affective Disorders, 192*, 56–63. doi:10.1016/j.jad.2015.12.008
- Barbee, A. P., Cunningham, M. R., van Zyl, M. A., Antle, B. F., y Langley, C. N. (2016). Impact of two adolescent pregnancy prevention interventions on risky sexual behavior: A three-arm cluster randomized control trial. *American Journal of Public Health, 106*(S1), S85-S90.
- Best Start Resource Centre. (2009). *Subsequent Teen Pregnancies: Exploring the Issues, Impact and Effectiveness of Prevention Strategies*. Toronto, Ontario, Canada: Author.
- Binfa, Lorena, Cancino, Valentina, Ugarte, Isaac, Mella, Maribel, y Cavada, Gabriel. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista médica de Chile, 146*(3), 331-340. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Black, M. M., Bentley, M. E., Papas, M. A., Oberlander, S., Teti, L. O., McNary, S., ... y O'Connell, M. (2006). Delaying second births among adolescent mothers: a randomized, controlled trial of a home-based mentoring program. *Pediatrics, 118*(4), e1087-e1099.
- Carter, D. (2012). Comprehensive Sex Education for Teens Is More Effective than Abstinence. *AJN, American Journal of Nursing, 112*(3), 15. doi:10.1097/01.naj.0000412622.87884.a3
- Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., y Michaud, P. A. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health, 52*(5), 517-522.
- Cook, S. M., y Cameron, S. T. (2017). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology y Reproductive Medicine, 25*(9), 243-248.
- Corcoran, J., y Pillai, V. K. (2007). Effectiveness of secondary pregnancy prevention programs: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 17*(1), 5-18.
- Crooks, R., y Baur, K. (2013). *Our Sexuality*. Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning.
- Dávalos, N., Ríos, A. Ruiz, S. (2015). Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I.E.S.M MORB 2015. (tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Quito, Perú

- Díaz, E. (2015). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014. (tesis de especialización médica). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Expansión. (2017). Ecuador Emigrantes Totales. Obtenido de Datos Macro <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/ecuador>
- Frederiksen, B. N., Rivera, M. I., Ahrens, K. A., Malcolm, N. M., Brittain, A. W., Rollison, J. M., y Moskosky, S. B. (2018). Clinic-based programs to prevent repeat teen pregnancy: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 736-746.
- Gobierno Descentralizado del Cantón Calvas (2014) Actualización del diagnóstico del plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Calvas 2015-2025. [archivo PDF] Recuperado el 31 de marzo de 2019 de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1160000320001_Actualizaci%C3%B3n_Diagnostico_Calvas_v1_14-11-2014.pdf
- Fish, H., Manlove, J., Moore, K. A., y Mass, E. (2014). What Works for Adolescent Sexual and Reproductive Health: Lessons from Experimental Evaluations of Programs and Interventions. Publication# 2014-64. *Child Trends*.
- Hadley, A., Chandra-Mouli, V., y Ingham, R. (2016). Implementing the United Kingdom Government's 10-year teenage pregnancy strategy for England (1999–2010): applicable lessons for other countries. *Journal of Adolescent Health*, 59(1), 68-74.
- Herrera, G., y Torres, A. (2005). *La migración ecuatoriana: transnacionalismo, redes e identidades*. Quito, Ecuador: Flacso-Sede Ecuador.
- Hoyt, H. H., y Broom, B. L. (2002). School-based teen pregnancy prevention programs: A review of the literature. *The Journal of School Nursing*, 18(1), 11-17.
- Humanmetrics. (1998-2016). Validity and Reliability of Jung Typology Test™ (JTT™). Obtenido de <http://www.humanmetrics.com/validate/jttvalid.htm>
- Idrobo, I. (2012). Prevención Del Embarazo Subsecuente En Adolescentes Centro De Salud De Catamayo 2010 (tesis de maestría). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador
- INEC (2010). Censo Poblacional [Base de datos en línea recuperado el 30 de noviembre de 2018 de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

- INEC (2017). Nacimientos y Defunciones [Base de datos en línea] Recuperado el 30 de noviembre de 2018 de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf
- Langford, A. (2019). Preventing Teen Pregnancy: The Impact of Dolls, Abstinence, and Sex Education | National Center for Health Research. [online] *National Center for Health Research*. Available at: <http://www.center4research.org/preventing-teen-pregnancy-impact-dolls-abstinence-sex-education>
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Quinn, D. A., Street, T. M., Schmitz, K., y Beers, L. S. (2019). A Primary Care Intervention to Prevent Repeat Pregnancy Among Teen Mothers. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(3), 404-410.
- Lewis, C. M., Faulkner, M., Scarborough, M., y Berkeley, B. (2012). Preventing subsequent births for low-income adolescent mothers: an exploratory investigation of mediating factors in intensive case management. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1862-1865.
- Lin, C. J., Nowalk, M. P., Ncube, C. N., Aaraj, Y. A., Warshel, M., y South-Paul, J. E. (2018). Long-term Outcomes for Teen Mothers Who Participated in a Mentoring Program to Prevent Repeat Teen Pregnancy. *Journal of the National Medical Association*. DOI:10.1016/j.jnma.2018.10.014
- Maldonado, A. (2015) Actualización del plan de desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Calvas 2014-2019. Recuperado de http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdocumentofinal/1160000320001_PDY_OT_Calvas_Final_Aprobado_15-03-2015_20-16-43.pdf
- Mantilla, S. (11 de marzo de 2015). Plan Familia Ecuador. El Comercio. Obtenido de <https://www.elcomercio.com/opinion/opinion-sebastian-mantilla-plan-familia.html>
- Maravilla, J. C., Betts, K. S., e Cruz, C. C., y Alati, R. (2016a). Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545.

- Maravilla, J. C., Betts, K. S., Abajobir, A. A., e Cruz, C. C., y Alati, R. (2016b). The role of community health workers in preventing adolescent repeat pregnancies and births. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 378-390.
- Ministerio de Salud Pública (2011). Resumen de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar. Obtenido de <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/34.Estrategia-Nacional-Intersectorial-Planificacion-Familiar-MSP.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2012). Ecuador: Estrategia Intersectorial trabaja en salud sexual y reproductiva de adolescentes. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ecuador-estrategia-intersectorial-trabaja-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes/>
- Ministerio de Salud Pública (2018). Retos pendientes para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva, y para cerrar las brechas de género. En la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Conferencia llevada a cabo en Lima, Perú. Recuperado de https://crpd.cepal.org/3/sites/crpd3/files/presentations/panel_2_ecuador.pdf
- Ministerio de Salud Pública (2019) Censo obstétrico consolidado 2018 del Distrito 11D06 [base de datos en Memoria Flash] [Recuperado en marzo 2019]
- MSP, SENPLADES, UNFPA, SENDAS. (2017). Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. Obtenido de Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe: <https://oig.cepal.org/es/documentos/costos-omision-salud-sexual-reproductiva-ecuador>
- MSP; ME; MIES; MJ; UNFPA. (2018). Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes: 2018-2025. Obtenido de Ministerio de Educación: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_preencion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf
- Observatorio Social del Ecuador (2016). Niñez Y Adolescencia desde la intergeneracionalidad. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/Ninez_Adolescencia_Intergeneracionalidad_Ecuador_2016_WEB2.pdf

- Observatorio Social del Ecuador (2018). Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador, una mirada a través de los ODS. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/SITAN_2019_Web.pdf
- OMS. (2014). Age-not the whole story. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>
- OMS. (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Obtenido de : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78253/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2018a). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS. (2018b). Desarrollo en la Adolescencia. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2018c). El Embarazo en la Adolescencia. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- OMS. (2018d). Prevenir el embarazo precoz. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/PreventingEarlyPregnancy_es.ppt
- OMS. (2018e). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- OMS (2019). Salud reproductiva. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- ONU MUJERES ECUADOR (2016). Mujeres Ecuatorianas dos Décadas de Cambios 1995 – 2015. Obtenido de la Organización de las Naciones Unidas división Mujeres-Ecuador de <http://ecuador.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/09/mujeres-ecuatorianas-resumen-ejecutivo>

- ONU. (2018). Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. Obtenido de ONU Mujeres: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (2017). Diagnóstico de Situación de Embarazo Adolescente en la Adolescencia en la Región Subandina .Obtenido de <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagn%C3%B3stico%20de%20Situaci%C3%B3n%20del%20Embarazo%202017%20web.pdf>
- Pacheco, S. (2014) Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en adolescentes de 10 a 19 años en el Cantón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013 (tesis de maestría). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Papalia, D. (2013). *Desarrollo humano*. Madrid, España: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A
- Paterno, M. T., y Han, H. (2014). Development and Psychometric Testing of the Attitude Toward Potential Pregnancy Scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic y Neonatal Nursing*, 43(6), 710–718. doi:10.1111/1552-6909.12511
- Porter, L. S., y Holness, N. A. (2011). Breaking the repeat teen pregnancy cycle. *Nursing for Women's Health*, 15(5), 368-381.
- Presidencia de la República de Ecuador. (2015). Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia. Obtenido de https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2).
- SmithBattle, L., Chantamit-o-pas, C., y Schneider, J. (2018). A meta-analysis of interventions to reduce repeat pregnancy and birth among teenagers. *Journal of Adolescent and Family Health*, 9(1), 4.
- Steinberg, L. (2014). *Adolescence*. New York, United States: McGraw Hill Education.
- Sweet, M. A., y Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta - analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child development*, 75(5), 1435-1456.

UNESCO. (2017). Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Obtenido de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000251509_spa

UNICEF. (s/f). Situación de la niñez. Obtenido de UNICEF Ecuador de https://www.unicef.org/ecuador/children_28772.html

UNICEF. CRF. (2006). Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y vhi/sida en niños, niñas y adolescentes en Dajabón y Wanament. Obtenido de https://www.unicef.org/republicadominicana/Encuesta_saludsexual_VIH_CRS.pdf

UNICEF. UNIANDES. (2015). Embarazo subsecuente en la adolescencia. Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia de https://www.unicef.org.co/sites/default/files/informes/EMBARAZO-SUBSECUENTE-EN-ADOLESCENCIA-FINAL-OCT_0.pdf

UNFPA. (28 de febrero de 2018). América Latina y el Caribe Tienen la Segunda Tasa Más Alta de Embarazo Adolescente en el Mundo. Obtenido de UNFPA de América Latina y El Caribe: <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>

ANEXO A: INSTRUMENTOS

A.1 Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes.

Parte I

Fuente: Adaptación de la encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/sida en chicos chicas y adolescentes en las comunidades de Dajabon (República Dominicana) y Wanament (Haití). Junio, 2005 elaborada por la UNICEF y Catholic Relief Services.

Se utilizaron las secciones: I (Antecedentes), II (Matrimonio o uniones), III (Actividad sexual) y V (Reproducción mujeres).

Sección I. Antecedentes

No.	Pregunta	Respuesta
1.1	Sexo de entrevistado:	Femenino _____ Masculino _____
1.2	¿En qué mes y en qué año naciste?	
1.3	¿Cuántos años tenías en tu último cumpleaños?	Edad en años completos: _____ No sé: _____
1.4	¿Estás asistiendo actualmente a la escuela?	Si _____ No_____
1.5	¿Cuál es el último curso que aprobaste en la escuela?	
1.6	Por favor, dime el nombre del centro educativo al que asistes.	
1.7	¿Quién cubre la mayor parte de los gastos de tu educación?	Madre Padre Familiares Novio(a)/compañero(a) sexual Tiene beca Ella paga Esposo(a)/marido(mujer) Otro (Especifique)..... No sé
1.8	¿Realizas algún trabajo o tienes algún empleo por paga/ganancia?	Si _____ No_____
1.9	¿Cuánto tiempo tienes viviendo en este lugar?	Número de años.....

		Siempre..... No sé.....
1.10	¿Actualmente con quién vives tú?	Solo Madre y Padre Sólo madre Sólo padre Con su pareja Pareja e hijo/a(s) Con hijo/a(s) Con familiares (parientes) Con educadores /amigos /compañeros de trabajo/ compañeros de estudios Otro.....
1.11	¿A que religión perteneces?	Ninguna religión Católica Evangélica Adventista Otra (Especifique)
1.12	En esta comunidad, ¿dónde se reúnen generalmente los jóvenes para recrearse? Especifique nombre del lugar en cada caso	Cancha/Play Parque En el bar En el billar En la discoteca En la calle En el cine En el club Parqueo Otro No sé
1.13	Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia has ingerido bebidas que contienen	Todos los días 2 ó 3 veces por semana Por lo menos una vez a la semana

	alcohol? Tú dirías que:	Menos de una vez por semana Nunca No sé
--	-------------------------	---

Sección II. Matrimonio o uniones

2.1	Actualmente tú estás:	Unido(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero (a) Nunca unido(a)/casado(a) Casado(a) pero no conviven Unido(a) pero no conviven
2.2	¿Cuántos años tenías cuando te casaste o uniste por primera vez?	Edad en años..... No sé.....

Sección III. Actividad Sexual

3.1	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?	Sí No
3.2	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?	
3.3	¿Tuviste relaciones sexuales la primera vez por tu propio deseo, porque tu pareja te convenció, tu pareja te obligó o fuiste forzado(a) por alguien más?	Propio deseo Pareja lo(a) convenció Pareja lo(a) obligó Forzado(a) por alguien más
3.4	¿Utilizaste (o tu pareja utilizó) un condón la primera vez que tuviste relaciones sexuales?	Sí No No sé
3.5	¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	Sí No No sé
3.6	En los últimos doce meses, ¿cuántas parejas sexuales has tenido?	
3.7	¿Has tenido relaciones sexuales por dinero o paga?	Sí No
3.8	¿Has tenido relaciones sexuales por ropa, perfumes, comidas o	Sí

	algún otro regalo?	No
3.9	En los últimos doce meses, ¿cuántas parejas has tenido por paga?	
3.10	¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales por paga en los últimos treinta días? (Si no aplica deje en blanco)	
3.11	En tus relaciones sexuales con tus parejas por paga ¿con qué frecuencia usaste condón en los últimos doce meses? (Si no aplica deje en blanco)	Siempre Frecuentemente Ocasionalmente Nunca No sé
3.12	¿La última vez que tuviste relaciones sexuales por paga utilizaste condón? (Si no aplica deje en blanco)	Sí No No sé
3.13	¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales con parejas regulares en los últimos treinta días regulares?	
3.14	En tus relaciones sexuales con tus parejas regulares ¿con qué frecuencia usaste condón durante los últimos 12 meses?	Siempre Frecuentemente Ocasionalmente Nunca No sé
3.15	¿La última vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja regular utilizaste condón?	Sí No No sé

Sección V. Reproducción Mujeres

5.1	¿Has estado alguna vez embarazada?	Sí	No
5.2	¿Cuántos años tenías cuando quedaste embarazada por primera vez?		
5.3	¿Querías tener ese embarazo?	Sí	No
5.4	¿Cuántos hijos vivos tienes?		
5.5	¿Cuál es la edad de tus hijos?		
5.6	¿Tienes intención de tener otro hijo en los siguientes 2 años?	Sí	No
5.7	Si tu respuesta fue sí en la anterior pregunta. ¿Cuál es tu principal motivo?		

A.2 Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes.

Parte II

Fuente: Se adaptó al español el instrumento desarrollado por Cleland, J. (2001). Illustrative questionnaire for interview-surveys with young people. *Asking Young People About Sexual and Reproductive Behaviors. Illustrative Core Instruments*, Geneva: World Health Organization.

Se utilizaron las secciones: VII (Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos), VIII (Conocimiento acerca de VIH y ETS), IX (Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos), X (Sexualidad, género y normas)

Sección VII. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

7.1	¿Has odio hablar acerca de métodos anticonceptivos?		Sí..... No.....
	Método	¿Has odio hablar de este método?	¿Conoces algún lugar o persona donde los jóvenes puedan obtener este método?
7.2	<u>Píldora</u>	Sí..... No.....	Sí.....No.....
7.3	<u>Inyección</u>	Sí.....No.....	Sí.....No.....
7.4	<u>Condón</u>	Sí.....No.....	Sí.....No.....
7.5	<u>Píldoras anticonceptivas de emergencia</u>	Sí.....No.....	Sí.....No.....
7.6	<u>Coito interrumpido</u>	Sí.....No.....	
7.7	<u>Abstinencia/ Ritmo periódico</u>	Sí.....No.....	
7.8	¿Has odio hablar acerca de estos métodos anticonceptivos? (Selecciona)		DIU / Implante /Jalea/espuma Esterilización femenina / Esterilización masculina Otros
7.9	¿Qué método crees que es el más adecuado para los jóvenes? (selecciona)	Píldora / Inyección / Condón / Píldora de emergencia / Coito Interrumpido / Abstinencia / Ritmo periódico / DIU /Implante Jalea/espuma / Esterilización femenina / Esterilización masculina Otros	
7.10	¿Qué métodos anticonceptivos usas o has usado tú o tu pareja	Píldora / Inyección / Condón / Píldora de emergencia / Coito Interrumpido / Abstinencia / Ritmo periódico / DIU /Implante	

	sexual? (selecciona)	Jalea/espuma / Esterilización femenina / Esterilización masculina Otros
--	----------------------	--

Sección VIII. Conocimiento sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual

8.1	¿Ha oído hablar del VIH o del SIDA? (Si tu respuesta es no ve a la pregunta 8.5)	Sí..... No.....		
8.2	Es posible curar el SIDA.	V	F	No sé
8.3	Una persona con VIH siempre se ve demacrada o insana de alguna manera.	V	F	No sé
8.4	Las personas pueden hacerse una prueba sencilla para saber si tienen VIH.	V	F	No sé
8.5	Aparte del VIH/SIDA, hay otras enfermedades que los hombres y las mujeres pueden contraer al tener relaciones sexuales. ¿Ha oído hablar de alguna de estas enfermedades? (si tu respuesta es no, anda a la siguiente sección)	Sí No		
8.6	¿Cuáles son los signos y síntomas de una enfermedad de transmisión sexual en un hombre? (varias respuestas)	Secreción del pene Dolor al orinar Úlceras/llagas en el área genital Otros.....		
8.7	¿Cuáles son los signos y síntomas de una enfermedad de transmisión sexual en una mujer? (varias respuestas)	Secreción vaginal Dolor al orinar Úlceras/llagas en el área genital Otros.....		
8.8	Si un amigo suyo necesitara tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual, ¿dónde podría obtenerlo? (varias respuestas)	Tienda/ Farmacia / Hospital/centro de salud/clínica gubernamental Médico/enfermera/clínica privada		

		Otros
8.9	¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual? (Si su respuesta es nunca vaya a la siguiente sección) SI es SÍ ¿Una o más veces?	Una vez Más de una vez Nunca
8.10	(En la última ocasión) ¿Buscó tratamiento?	Sí No
8.11	¿Dónde buscó tratamiento? (encierre las respuestas que sean correctas para usted)	Tienda /Farmacia/ Hospital/centro de salud/clínica gubernamental/ Médico/enfermera/clínica privada Otros
8.12	¿Su pareja sexual (alguna de sus parejas) también recibió tratamiento?	Sí No No sé

Sección IX. Conocimiento y actitudes acerca del uso de preservativos

9.1	¿Ha usado usted o su pareja alguna vez un condón?	Sí..... No.....		
9.2	¿Alguna vez has experimentado un condón que se ha roto o roto durante el coito?	Sí..... No.....		
9.3	¿Has visto alguna vez un condón?	Sí..... No.....		
La gente tiene opiniones diferentes sobre los condones. Leeré algunas opiniones. Para cada uno de los siguientes, quiero que me digas si estás de acuerdo o en desacuerdo, o si no sabes.		En acuerdo	No sé/ no estoy seguro	En desacue rdo
9.4	Los condones son un método eficaz para prevenir el embarazo.			
9.5	Los condones se pueden usar más de una vez.			
9.6	Una chica puede sugerirle a su novio que use un condón.			
9.7	Un chico puede sugerirle a su novia que use un condón.			
9.8	Los preservativos son un medio eficaz de protección contra el VIH/SIDA.			
9.9	Los condones son adecuados para las relaciones ocasionales.			
9.10	Los condones son adecuados para relaciones estables y amorosas.			
9.11	Sería demasiado vergonzoso para alguien como yo comprar u obtener			

	condones.			
9.12	Si una chica le sugiriera usar condones a su pareja, significaría que no confiaba en él.			
9.13	Los condones reducen el placer sexual.			
9.14	Los condones pueden resbalar del hombre y desaparecer dentro del cuerpo de la mujer.			
9.15	Si las parejas no casadas desean tener relaciones sexuales antes del matrimonio, deben usar condones.			
9.16	Los preservativos son un medio eficaz de protección contra las enfermedades de transmisión sexual			

Sección X. Sexualidad, género y normas

Los jóvenes tienen diferentes puntos de vista sobre las relaciones. Les leeré algunas opiniones. Para cada uno de ellos, por favor, dígame si está de acuerdo o no.		En acuerdo	No sé/ no estoy seguro	En desacuerdo
10.1	Creo que está bien que los chicos y chicas solteros tengan citas.			
10.2	Creo que está bien que los chicos y chicas se besen, se abracen y se toquen.			
10.3	Creo que no hay nada malo en que los chicos y chicas solteros tengan relaciones sexuales si se aman.			
10.4	Creo que a veces un chico tiene que obligar a una chica a tener relaciones sexuales si la ama.			
10.5	Un chico no respetará a una chica que acepte tener relaciones sexuales con él.			
10.6	La mayoría de las chicas que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio lo lamentan después.			
10.7	La mayoría de los chicos que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio lo lamentan después.			
10.8	Un chico y una chica deben tener relaciones sexuales antes de comprometerse para ver si son adecuados el uno para el otro.			
10.9	Creo que las chicas deben permanecer vírgenes hasta que se casen.			
10.10	Creo que los chicos deben permanecer vírgenes hasta que se casen.			

10.11	A veces está justificado que un chico golpee a su novia.			
10.12	La mayoría de mis amigos piensan que las aventuras de una noche están bien.			
10.13	Está bien que los chicos y las chicas tengan relaciones sexuales entre sí, siempre y cuando utilicen métodos para interrumpir el embarazo.			
10.14	La mayoría de mis amigos que tienen sexo con alguien usan condones regularmente.			
10.15	Confío en que puedo insistir en el uso del preservativo cada vez que tengo relaciones sexuales.			
10.16	<u>Nunca</u> contemplaría la posibilidad de abortar yo mismo o por mi pareja.			
10.17	Es principalmente responsabilidad de la mujer asegurarse de que los anticonceptivos se usen con regularidad.			
10.18	Creo que debes estar enamorado de alguien antes de tener sexo con él.			
10.19	Siento que sé cómo usar un condón correctamente.			
10.20	La mayoría de mis amigas <u>nunca</u> contemplarían tener un aborto para ellas mismas o para su pareja.			
10.21	Los hombres necesitan tener relaciones sexuales con más frecuencia que las mujeres			
10.22	La mayoría de mis amigos creen que debes estar enamorado antes de tener sexo con alguien.			
10.23	Me negaría a tener relaciones sexuales con alguien que no está preparado para usar un condón.			
10.24	Una relación de una noche está bien.			
10.25	¿Cuántos de tus amigos han tenido relaciones sexuales? ¿Dirías muchos, algunos, algunos, unos pocos o ninguno?	Muchos	Algunos	Ninguno
		No estoy seguro		

A3. Cuestionario de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos

Fuente: Díaz, E. (2015). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014.* (tesis de especialización médica). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

II.- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

6. ¿Cuál es el método anticonceptivo 100% eficaz para evitar el embarazo?

- a) Usando anticonceptivos orales.
- b) Usando preservativo.
- c) Terminar afuera o eyacular fuera de la vagina.
- d) Orinar después de haber tenido relaciones sexuales.
- e) La abstinencia.

7. ¿Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual?

- a) Previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el sida
- b) Disminuyen la producción de semen
- c) Aumenta la sensación haciendo la relación sexual más agradable para la pareja.

8. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados naturales?

- a) Preservativo, píldoras o pastillas
- b) Método del ritmo.
- c) Inyecciones anticonceptivas.

9. ¿En el método del ritmo, ¿los días en que la mujer puede quedar embarazada teniendo relaciones sexuales son?

- a) Los últimos días del ciclo menstrual
- b) Los primeros días del ciclo menstrual
- c) Los días intermedios del ciclo menstrual

10. ¿Cuándo usa la mujer el método de la lactancia materna?

- a) Su bebé es mayor de 6 meses de edad
- b) Su bebé es menor de 6 meses de edad, le da de lactar con frecuencia y no han regresado sus periodos menstruales.
- c) Cuando su bebé no recibe leche materna en forma exclusiva.

11. ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo de barrera?

- a) El preservativo

- b) La ligadura de trompas
- c) La píldora
- d) Del calendario o del ritmo

12. ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo hormonal?

- a) El preservativo
- b) La ligadura de trompas
- c) La píldora
- d) Del calendario o del ritmo

13. ¿Cuándo deben tomarse los anticonceptivos orales?

- a) Deben tomarse solo los días que se tiene relaciones sexuales
- b) Deben tomarse diariamente
- c) Deben tomarse interdiario.

14. ¿Cuándo se toma la píldora del día siguiente?

- a) Se toma todos los días
- b) Se toma en caso de una relación sexual sin protección
- c) Se toma antes de una relación sexual

15. ¿En qué consiste La T de cobre?

- a) Una sustancia que se ingiere antes del contacto sexual.
- b) Es una pastilla cuyo compuesto se basa en cobre.
- c) Es un dispositivo en forma de T que se coloca vía vaginal en el útero.

16. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados definitivos?

- a) Preservativo, pastillas anticonceptivas, método del ritmo.
- b) Preservativo, ligadura de trompas, pastillas anticonceptivas.
- c) Ligaduras de trompas, vasectomía
- d) Todas las anteriores.

17. ¿Cómo se consideran a las espumas o jaleas espermicidas?

- a) Que previenen enfermedades de la vagina
- b) Que no destruyen los espermatozoides del semen del hombre
- c) Que destruyen los espermatozoides del semen del hombre

18. ¿Estás de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos?

- a) Si
- b) No

Muchas gracias

A4. Cuestionario de actitudes frente a la anticoncepción.

Fuente: Dávalos, N., Ríos, A. Ruiz, S. (2015). Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de I.E.S.M MORB 2015. (tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Quito, Perú

Enunciado	Acuerdo	Indeciso	Desacuerdo
1. Usar métodos anticonceptivos garantiza embarazos planificados.			
2. Usar de métodos anticonceptivos garantiza embarazos precoces.			
3. Individuos sanos y con ETS deben usar métodos anticonceptivos.			
4. Solo los individuos que tienen ETS deben usar métodos anticonceptivos.			
5. La fidelidad de la pareja promueve el uso de los métodos anticonceptivos			
6. El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja.			
7. Usar métodos anticonceptivos favorece el sexo seguro.			
8. Solo los métodos naturales favorece el sexo seguro.			
9. Hombres y mujeres usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales			
10. Al iniciar las relaciones sexuales, solo la mujer usa métodos anticonceptivos			
11. Todas las parejas que tienen relaciones sexuales deben utilizar métodos anticonceptivos.			
12. Solo las parejas enfermas que tienen relaciones sexuales deben usar métodos anticonceptivos.			
13. Personas sanas o con VIH deben usar algún método anticonceptivo.			
14. Solo las personas con VIH usan algún método anticonceptivo.			
15. Los adolescentes deben usar mayoritariamente los preservativos.			
16. Los preservativos deben ser usados más por los adultos.			
17. El uso de espermicidas facilitan la respuesta sexual satisfactoria.			
18. El uso de espermicidas incomoda en el acto sexual.			
19. El uso del condón favorece la sensación de placer durante el acto sexual.			
20. El uso del condón incomoda durante el acto sexual.			
21. El uso de píldoras anticonceptivas produce bienestar y seguridad en la mujer.			
22. El uso de píldoras anticonceptivas incomoda el acto sexual.			
23. La obesidad no depende al uso de métodos anticonceptivos.			
24. La obesidad depende solo del uso de métodos anticonceptivos.			

OBSERVACIONES (Especificar ¿cuál es tu opinión acerca del

tema?): _____

A5. Escala para medir la actitud hacia un potencial embarazo.

Se tradujo al español la siguiente escala:

Fuente: Paterno, M. T., & Han, H. (2014). Development and Psychometric Testing of the Attitude Toward Potential Pregnancy Scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(6), 710–718. doi:10.1111/1552-6909.12511

1	¿Cuánto quieres estar embarazada ahora?	No quiero en absoluto 1	2	3	4	Mucho 5
2	¿Qué tan importante es para ti evitar quedar embarazada ahora?	No es importante 1	2	3	4	Muy importante 5
3	¿Cuán preocupada estarías si estuvieras embarazada ahora?	No estoy preocupada en absoluto 1	2	3	4	Extremadamente preocupada 5
4	¿Cuán molesta estarías si estuvieras embarazada ahora?	No estaría molesta en absoluto 1	2	3	4	Extremadamente molesta 5
5	¿Cuán feliz estarías si estuvieras embarazada ahora?	Muy infeliz 1	2	3	4	Muy feliz 5

A6. Escala de detección de violencia doméstica para centros de salud

Fuente: Binfa, Lorena, Cancino, Valentina, Ugarte, Isaac, Mella, Maribel, & Cavada, Gabriel. (2018).

Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista médica de Chile*, 146(3), 331-340. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>

Seleccione la respuesta que sea correcta para usted:

1. En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?	Estresante	Un poco estresante	Nada estresante
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Mucha dificultad	Algo de dificultad	Sin dificultad
3. Al terminar las discusiones, ¿usted se siente decaída o mal con usted misma?	Muchas veces	A veces	Nunca
4. Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones	Muchas veces	A veces	Nunca
5. Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja	Muchas veces	A veces	Nunca
6. Su pareja, ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?	Muchas veces	A veces	Nunca
7. Su pareja la insulta, garabatea, grita, humilla y descalifica verbalmente	Muchas veces	A veces	Nunca
8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?	Muchas veces	A veces	Nunca

A7. Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro más de lo que solía hacerlo.

3 Lloro por cualquier pequeñez.

4 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

1 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 2 Estoy más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 4 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total: _____

A8. Test de personalidad para ubicar a los mentores con las madres adolescentes

Fuente: Humanmetrics Inc. (s/f). *Test de Tipología de Jung™*. Obtenido de

<http://www.humanmetrics.com/personalidad/test Myers and Briggs>

 Compartir 464

Test de Tipología de Jung™

Este test de personalidad gratuito se basa en la teoría de los tipos de personalidad de Carl Jung e Isabel Briggs Myers.

Al terminar el cuestionario, usted:

- ✓ Obtendrá la fórmula de 4 letras de su tipo según [la tipología de Carl Jung e Isabel Briggs Myers](#), además de las fuerzas de las preferencias y la descripción de su tipo de personalidad
- ✓ Descubrirá las carreras y ocupaciones más apropiadas para su tipo de personalidad además de ejemplos de instituciones educativas donde puede obtener un título o formación pertinente
- ✓ Comprenderá los estilos de comunicación y aprendizaje de su tipo.
- ✓ Verá qué personalidades famosas comparten su tipo
- ✓ Podrá usar los resultados de este test como una entrada al [Test del Matrimonio de Jung™](#) para evaluar su compatibilidad con su pareja estable

[Instrucciones >](#)

1. Usted casi nunca llega tarde a sus citas

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
2. A usted le gusta ocuparse en un trabajo activo y de ritmo trepidante

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
3. A usted le gusta tener un amplio círculo de conocidos

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
4. Usted se siente involucrado(a) al ver telenovelas

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
5. Usted normalmente es el primero en reaccionar ante un suceso repentino: el timbre del teléfono o una pregunta inesperada

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
6. Usted cree que el mundo se basa en la compasión

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
7. Usted piensa que todo en el mundo es relativo

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----
8. El estricto cumplimiento de las reglas establecidas probablemente impedirá alcanzar un buen resultado

Sí	sí	inseguro	no	NO
----	----	----------	----	----

Para Organizaciones y Profesionales

Organizaciones y especialistas interesados en las evaluaciones de la personalidad basadas en la tipología de Jung, por favor visiten www.HRPersonality.com donde ofrecemos evaluaciones de la personalidad para:

- la evaluación de los candidatos y el proceso de selección previo a la contratación
- el liderazgo y el desarrollo del personal
- el fomento de espíritu de equipo
- el asesoramiento de carrera
- las soluciones integradas
- los psicográficos
- **¡Nuevo!** 1:1 Informe de Compatibilidad de la Personalidad

Ofrecemos talleres de fomento de espíritu de equipo y liderazgo.



Los 16 tipos de personalidad

ESTJ	ISTJ	ENTJ	INTJ
ESTP	ISTP	ENTP	INTP
ESFJ	ISFJ	ENFJ	INFJ
ESFP	ISFP	ENFP	INFP



A9. Encuesta de seguimiento 3, 6 y 12 meses después de la intervención acerca del uso de anticoncepción y para evaluar el número de embarazos.

Fuente: Se adaptó las preguntas de seguimiento de la investigación de Barbee y sus colaboradores (2016) y se aumentó una pregunta de Lewin y sus colaboradores (2019) para evaluar el uso de métodos de anticoncepción tras la intervención.

1	En los últimos 3 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales sin condón (Barbee et al, 2016)?	Sí..... No.....
2	En los últimos 3 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales sin que usted o su pareja usen cualquiera de estos métodos anticonceptivos (condones, píldoras anticonceptivas, Depo-Provera o cualquier anticonceptivo inyectable o cualquier otro método anticonceptivo anillo, o cualquier implante, intrauterino dispositivo, método de retiro) (Barbee et al, 2016)?	Sí..... No.....
3	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿qué método anticonceptivo utilizó (Lewis et al, 2019)?	
4	¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los X últimos meses? (3, 6,12)	

Fuente: Se escogió una pregunta del Censo Poblacional 2010 acerca de fecundidad y se aumentaron otras para medir el embarazo subsecuente y su intencionalidad.

5	¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido durante toda su vida (INEC, 2010)?	
6	¿Se ha embarazado durante los últimos X meses? (3, 6, 12)	Sí..... No.....
7	Si su respuesta fue sí en la anterior pregunta. ¿Usted deseaba su embarazo?	Sí..... No.....

A10. Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes entre 15 y 19 años del Cantón Calvas

Objetivo General

Reducir la incidencia del embarazo subsecuente en adolescentes entre 15 y 19 años, que se encuentren en estado de gestación de su primogénito o tengan solo un hijo menor a un año en el cantón Calvas.

Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos.
- Evaluar la actitud frente al uso de anticoncepción.
- Evaluar la actitud frente a un segundo embarazo.
- Aumentar el conocimiento acerca de métodos anticonceptivos.
- Detectar violencia doméstica.
- Detectar sintomatología depresiva.

Fase		Objetivo	Procedimiento	Materiales/ Instrumentos
I	Selección de mentoras	Escoger a las mentoras acorde a las necesidades de las adolescentes.	Se escogerá como mentora a quien cumpla los siguientes requisitos: 1) Ser mujer. 2) Ser mayor a 20 años. 3) Tener un título de tercer nivel en áreas de ciencias de la salud y sociales: psicología, enfermería, trabajo social. 4) Ser residente del cantón Calvas o de la Provincia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicidad en medios de comunicación locales, digitales, panfletos para realizar la convocatoria. ▪ Entrevista semiestructurada de selección de personal.

			de Loja.	
II	Capacitación a las mentoras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educar a las mentoras acerca del modelo de visitas en casa y sobre educación sexual integral. ▪ Tomar la prueba de personalidad de tipología de Jung. 	<p>Se realizará un taller de 5 sesiones. Cada sesión durará 3 horas y se llevarán a cabo en una semana. Se impartirán los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Métodos anticonceptivos 2) Salud sexual y reproductiva 3) Género y sexo 4) Ciclo menstrual 5) Fecundidad y embarazo 6) Afectividad 7) Asertividad 8) Habilidades parentales 9) Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentaciones de Powerpoint ▪ Hojas de Trabajo ▪ Guía de educación sexual ▪ Test de tipología de Jung ▪ Dispositivo electrónico: tablet, computador
III	Introducción a la investigación	Explicar el modelo de la intervención (visitas a casa) y explicar la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se entregará los consentimientos y asentimientos informados a las participantes y a sus representantes legales. ▪ Se explicará el modelo de la intervención y se escogerá el día semanal para la visita. ▪ Se presentará a las adolescentes con sus respectivas mentoras. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consentimiento informado para representantes legales ▪ Consentimiento informado para participantes mayores de edad ▪ Asentimiento informado para participantes menores de edad ▪ Test de tipología de Jung
IV	Evaluación Inicial	Medir los	Se entregarán los tres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre

		conocimientos, actitudes y comportamientos de las adolescentes respecto a la sexualidad.	cuestionarios referentes a la salud sexual y reproductiva y a la sexualidad. Esta evaluación la realiza la mentora durante la primera visita a casa.	salud sexual y VIH/sida en adolescentes, partes I y II <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos de Díaz ▪ Encuesta de seguimiento de métodos anticonceptivos y embarazo subsecuente. ▪ Cuestionario de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos de Díaz. ▪ Cuestionario de actitudes frente a la anticoncepción de Dávalos. ▪ Escala para medir actitudes frente a un futuro embarazo de Paterno y Han. ▪ Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) ▪ Escala de detección de violencia doméstica para centros de salud de Binfa et al.
V	Derivación	Identificar a las adolescentes que necesiten ser derivadas a servicios de la salud mental y/o asesoría legal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se utilizará el BDI-II adaptado al español, para identificar a las participantes que necesiten tratamiento psicológico aparte de la intervención. ▪ Se utilizará el instrumento de detección de violencia doméstica y en casos de menores de edad, se reportará con las autoridades. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) ▪ Escala de detección de violencia doméstica para centros de salud de Binfa et al.
VI	Intervención	Impartir educación sexual integral, que involucre de forma activa la adolescente y a su familia.	La estrategia tiene la duración de 24 meses. Se divide en dos etapas. En la primera etapa (12 meses) se realizarán visitas semanales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de la malla curricular de la estrategia de educación sexual ▪ Hojas de trabajo ▪ Material audiovisual ▪ Dispositivos electrónicos

			A partir del 13vo mes, se realizará una visita mensual hasta el final del plan. Las visitas en ambas etapas tienen una duración de 90 minutos.	
VII	Evaluación Final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medir los conocimientos, actitudes y comportamientos de las adolescentes respecto a la sexualidad después de la intervención. ▪ Medir el índice de embarazo subsecuente en la muestra. 	Se entregarán los cuestionarios en la última visita a casa para medir la efectividad de la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta de conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y VIH/sida en adolescentes, secciones, secciones VII y IX del cuestionario de Cleland ▪ Cuestionario de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos de Díaz. ▪ Cuestionario de actitudes frente a la anticoncepción de Dávalos. ▪ Escala para medir actitudes frente a un futuro embarazo de Paterno y Han. ▪ Escala de detección de violencia doméstica para centros de salud de Binfa. ▪ Inventario de Depresión de Beck
VII I	Seguimiento	Medir el impacto de la intervención.	Las mentoras realizarán seguimientos 3, 6 y 12 meses después de la finalización del proyecto. En casos que ameriten, se realizará el control por vía telefónica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta de seguimiento de métodos anticonceptivos y embarazo subsecuente. ▪ Cuestionario de conocimiento acerca de métodos anticonceptivos de Díaz. ▪ Cuestionario de actitudes frente a la anticoncepción de Dávalos. ▪ Escala para medir actitudes frente a un futuro embarazo de Paterno y Han. ▪ Escala de detección de violencia doméstica para centros de salud de Binfa. ▪ Inventario de Depresión de Beck

A11. Planificación de la Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes entre 15 y 19 años del Cantón Calvas

Se escogió el modelo de visitas al hogar para la estrategia de educación sexual de la presente investigación. Consiste en un programa de 12 meses, un total de 30 sesiones con una duración de 90 minutos cada una. Incluye dos fases: la primera fase consta de una visita semanal por 6 meses y la segunda fase, consta de una visita mensual hasta el final de la intervención en el mes 12.

FASE I			
Tema	Sesión		Objetivos/ Actividades
Evaluación Inicial + Planificación Familiar	1	Diagnóstico inicial	1.Evaluar los conocimientos, actitudes y comportamientos referentes a la salud sexual y reproductiva y a la sexualidad adolescente. 2.Establecer metas personales con respecto a la estrategia.
	2	Métodos anticonceptivos	Introducción a los métodos anticonceptivos hormonales y de emergencia.
	3	Métodos anticonceptivos	Introducción a los métodos anticonceptivos de barrera e intrauterinos.
	4	Métodos anticonceptivos	1.Introducción a los métodos anticonceptivos naturales y a los permanentes. 2.Selección del método apropiado para la adolescente.
	5	Planificación familiar	1. Reforzar los temas tratados en las primeras visitas. 2. Que la adolescente escoja el método de anticoncepción más apropiado para ella.
Salud Sexual y Reproductiva	6	Sexualidad	1.Reflexionar acerca de los conceptos de sexualidad, tomando en cuenta constructos biológicos y culturales. 2.Desmentir mitos y prejuicios acerca del tema.
	7	Género	1.Reflexionar acerca de los conceptos de género, tomando en cuenta constructos biológicos y culturales. 2.Desmentir mitos y prejuicios acerca del tema.
	8	Ciclo Menstrual	Conocer y comprender acerca del ciclo menstrual y los diferentes cambios que se dan en este periodo.
	9-10	Fecundidad y embarazo	1.Conocer y comprender los procesos de fecundación y embarazo. 2.Hablar importancia cuidados prenatales.

	11-12	VIH/ETS	1. Aprender sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual. 2. Reconocer los síntomas de ETS. 3. Identificar comportamientos riesgosos que puedan ocasionar una ETS o contraer VIH.
	13	Repaso	Reforzar los temas tratados acerca de la salud sexual y reproductiva.
Afectividad	14	Relaciones saludables	Reconocer los elementos principales de una relación inteligente.
	15	Relaciones tóxicas	Reconocer los elementos principales de una relación dañina.
	16	Dinámicas de poder	Entender como las dinámicas de poder dan paso a la violencia.
	17-19	Violencia intrafamiliar	1. Aprender a actuar en situaciones de violencia y poder defenderse a ella misma y a sus hijos. 2. Evaluar la situación de violencia doméstica con la escala de Binfa et al. 3. Incluir a la familia de la adolescente en analizar la situación de violencia.
	20	Repaso	Reforzar los temas aprendidos acerca de la afectividad y violencia intrafamiliar.
Educación Sexual en Familia	21-22	Apertura y confianza entre padres e hijos	Evaluar el nivel de apertura y confianza que tienen las adolescentes con sus padres u otros familiares.
	23	Roles de los padres	1. Incluir a los padres u otros familiares en la intervención. 2. Enseñar las funciones que tiene cada rol paterno.
	24	Diálogo acerca de sexualidad	Facilitar diálogo acerca de la sexualidad entre padres o familiares y las adolescentes.
	25	Emociones ligadas al diálogo sobre sexualidad	Facilitar la expresión de emociones asociadas al diálogo abierto sobre sexualidad.
	26	Repaso	Reforzar los temas aprendidos acerca de educación sexual en familia.
Desarrollo Habilidades Personales	27	Autoconcepto	1. Analizar la situación de los diferentes componentes del auto concepto: autoestima, auto imagen, auto ideal y auto eficacia. 2. Establecer la relación entre la salud sexual y el autoconcepto.
	28	Autonomía	1. Analizar la situación actual del nivel personal de autonomía y compararlo con el nivel ideal.

			2. Establecer la relación entre autonomía y la salud sexual.
	29-31	Asertividad	1. Aprender a comunicarse de forma asertiva. 2. Identificar elementos de un diálogo asertivo. 3. Relacionar el nivel de asertividad, con la calidad de las relaciones interpersonales. 4. Aprender a ser asertivo al momento de rechazar una relación sexual.
	32	Repaso	Reforzar los temas aprendidos acerca de desarrollo de habilidades personales.
Maternidad	33	Sentimientos asociados a la maternidad	Explorar las emociones y afectos que tiene la adolescente frente a su hijo.
	34	Responsabilidades como padres	1. Profundizar la postura de madre y las responsabilidades que tiene con su hijo; al igual que las responsabilidades del padre. 2. Explicar los derechos de los niños según el Código de la Niñez y la Adolescencia.
	35-36	Habilidades	1. Enseñar la teoría acerca del entrenamiento para padres y escoger las herramientas más útiles para la adolescente. 2. Realizar ejercicios prácticos de entrenamiento para padres.
	37-38	Desarrollo infantil	1. Explicar acerca de las distintas etapas de desarrollo del infante, desde el punto de vista biológico, cognitivo y psicosocial.
	39	Repaso	Reforzar los temas aprendidos acerca de la maternidad.
Depresión	40	Screening	Tomar el BDI-II y analizar la situación de la adolescente; de ser necesario referir a profesionales de la salud.
	41	Psicoeducación	1. Hablar acerca de generalidades de la depresión y de la importancia de la salud mental. 2. Explicar desde el modelo cognitivo-conductual.
	42	Distorsiones cognitivas	1. Explicar las distorsiones cognitivas asociadas a la depresión. 2. Reconocer las distorsiones cognitivas de la adolescente.
	43-44	Técnicas de autocuidado	1. Enseñar diferentes técnicas de autocuidado. 2. Escoger y practicar las más apropiadas para la adolescente.
	45	Repaso	Reforzar los temas aprendidos acerca de la depresión.
Ámbito Académico	46	Valores/Metas	Revisar los valores de la adolescente y las metas propuestas con respecto a su

y Laboral			educación.
	47	Pros/contras	Analizar con la adolescente los pros y los contras de retomar sus estudios; al igual que las dificultades que pueden presentarse en el camino.
	48	Reinserción	La adolescente retomará sus estudios. De ser necesario, la adolescente encontrará un trabajo a medio tiempo.
FASE II			
Tema	Sesión		Objetivos/ Actividades
Refuerzo Planificación Familiar	49	Métodos anticonceptivos	1.Reforzar los conocimientos aprendidos acerca de los diferentes métodos anticonceptivos. 2.Resolver dudas o inquietudes del método escogido por la adolescente.
Refuerzo Salud Sexual y Reproductiva	50	Sexualidad, género, ciclo menstrual, embarazo, ETS, VIH	Reforzar la materia aprendida acerca de la SS y SR mediante dinámicas y ejercicios.
Refuerzo Afectividad	51	Relaciones saludables, tóxicas, dinámicas de poder y violencia intrafamiliar	1.Reforzar los conocimientos acerca de la afectividad, la calidad de la pareja y violencia intrafamiliar. 2.Evaluar la calidad de las relaciones interpersonales y signos de violencia.
Refuerzo Educación Sexual en Familia	52	Apertura y confianza entre padres e hijos, roles de los padres, diálogo acerca de sexualidad y emociones ligadas al diálogo sobre sexualidad	Reforzar la dinámica familiar, respecto a la educación sexual. Resolviendo dudas y mitos con la ayuda de las adolescentes y sus padres o familiares.
Refuerzo Desarrollo	53	Autoconcepto Autonomía	Reforzar la teoría y práctica de la adquisición de habilidades personales.

Habilidades Personales		Asertividad	
Refuerzo Maternidad y Desarrollo Infantil	54	Maternidad Desarrollo de habilidades	1.Reforzar los conocimientos acerca de la maternidad y evaluar la percepción actual de la adolescente. 2.Reforzar los conocimientos acerca del desarrollo infantil y habilidades maternas.
Refuerzo Depresión	55	Screening Psicoeducación Distorsiones Cognitivas Autocuidado	1.Reforzar los conocimientos acerca de la depresión. 2.Identificar síntomas y distorsiones cognitivas asociadas 3.Reforzar técnicas de autocuidado.
Refuerzo Ámbito Académico y Laboral	56	Valores Metas Pros/ Contras Reinserción	1. Reevaluar los valores en las adolescentes. 2. Realizar seguimiento de la inserción escolar o laboral de las adolescentes.
Tema Libre	57-59	Todos los temas tratados en la intervención.	Aclarar dudas acerca de todos los temas tratados en la intervención, al igual que explorar la percepción de la adolescente acerca del programa.
Evaluación Final + Cierre de la Intervención	60	Valoración final.	1.Evaluar los conocimientos aprendidos después de la intervención. 2. Evaluar la experiencia de la adolescente como parte del programa.

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

B1. Asentimiento informado para menores de edad



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
CEISH-USFQ
FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO
Menores de edad**

Título del proyecto: Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes entre 15 y 19 años del Cantón Calvas

Hola mi nombre es **Jazmin Soto** y trabajo en _____. Estamos realizando un estudio para conocer acerca de una estrategia para prevenir el embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años que ya han tenido un primer hijo y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en asistir a los controles de la planificación familiar impartidos por el ministerio de salud o recibir visitas semanales de un trabajador comunitario de la salud, quien va a impartir un taller de educación sexual, donde hablarán de anticoncepción, salud sexual y reproductiva, asertividad, sexualidad y afectividad, entre otros temas. El taller será impartido en su mayoría para ti de forma individual y en algunas ocasiones, tus padres o cuidadores participarán en éste.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio.

También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/ las mediciones que realicemos nos ayudarán a mediar la efectividad de esta propuesta de educación sexual y ver si se reduce el embarazo en adolescentes que ya han sido madres.

Esta información será confidencial: no diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES). Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un (✓) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ningún (✓), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha:

B2. Consentimiento informado para las participantes mayores de edad



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: *Estrategia de Educación Sexual de Visitas a Casa para Prevenir el Embarazo Subsecuente en Madres Adolescentes entre 15 y 19 años del Cantón Calvas*

Organización del investigador *USFQ*

Nombre del investigador principal *Jazmin Nicole Soto Rodríguez*

Datos de localización del investigador principal *tlfs fijo: 2811091, celular: 0992767256, correo electrónico: jazminsotor1996@gmail.com*

Co-investigadores *N/A*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la efectividad de una estrategia de educación sexual con modalidad de visitas a casa para evitar el embarazo subsecuente en madres adolescentes del cantón Calvas, Loja, Ecuador.</p>
Propósito del estudio
<p>Usted participará en un estudio de aproximadamente 150 adolescentes entre 15 y 19 años del cantón Calvas, Loja; para evaluar la efectividad de un plan de educación sexual de visitas a casa en comparación con el protocolo de planificación familiar estándar que se recibe en los centros de salud. Usted será escogida de forma aleatoria para participar en cualquiera de los dos planes.</p>
Descripción de los procedimientos
<p>Se convocarán a los participantes por medio de estrategias publicitarias. Una vez escogidos a los participantes se sortearán de forma aleatoria en dos grupos. El grupo A recibirá la estrategia de educación sexual con la modalidad de visitas a la casa. En grupo B recibirá el protocolo de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública en los centros de salud del cantón. Ambas intervenciones tendrán la duración de 12 meses. El primer paso es una reunión con la investigadora que tendrá cada grupo por separado.</p> <p>En el grupo A se entregará el consentimiento informado para las participantes y para los representantes legales de las menores de edad, al igual que el asentimiento informado para las participantes menores a 18 años y una prueba de personalidad. Una vez aprobado la participación, se presentará a las mentoras con las participantes y se establecerán los horarios de visita. Durante los primeros 6 meses del estudio, las mentoras realizarán una visita semanal y partir del séptimo mes, una visita mensual a la casa de la participante para</p>

educar acerca de métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva, afectividad, maternidad, desarrollo de habilidades personales, entre otros. Se le realizarán tres cuestionarios acerca de conocimientos, actitudes y comportamientos referentes a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva al inicio y al final de la intervención.

En el grupo B se tomarán tres cuestionarios acerca de conocimientos, actitudes y comportamientos referentes a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva al inicio y al final de la intervención. Las adolescentes deben acudir al centro de salud para recibir el protocolo de planificación familiar según lo han estipulado con su médico de cabecera.

Riesgos y beneficios

- El presente estudio tiene como beneficio principal el retraso y/o reducción de un segundo embarazo en una madre adolescente; aumentando sus posibilidades de crecimiento, pues un distanciamiento de 2 años entre el primer embarazo permite a las adolescentes seguir con sus planes de vida. Las participantes tendrán un conocimiento mayor acerca de educación sexual y anticoncepción, lo que promoverá su sentido de autonomía.
- El presente trabajo ayudará a implementar una estrategia que ayude a la reducción de esta problemática en el cantón y de directrices para estudios futuros.
- No existen riesgos físicos a corto o largo plazo. Los temas tratados durante algunos módulos de la intervención pueden causar sensibilidad en las participantes o en sus familias; no obstante, los beneficios que obtendrán a partir de la información impartida superan estos posibles riesgos. Si el caso lo requiere, se dará apoyo emocional y psicológico adicional para minimizar cualquier daño en al participante.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y las mentoras tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992767256 que pertenece a Jazmin Soto, o envíe un correo electrónico a jazminsotor1996@gmail.com

Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>	

B3. Consentimiento informado para representantes legales



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación:

Organización del investigador *USFQ*

Nombre del investigador principal *Jazmin Nicole Soto Rodríguez*

Datos de localización del investigador principal *tlfs fijo: 2811091, celular: 0992767256, correo electrónico: jazminsotor1996@gmail.com*

Co-investigadores *N/A*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Su hija ha sido invitada a participar en una investigación sobre la efectividad de una estrategia de educación sexual con modalidad de visitas a casa para evitar el embarazo subsecuente en madres adolescentes del cantón Calvas, Loja, Ecuador.

Propósito del estudio

Su hija participará en un estudio de aproximadamente 150 adolescentes entre 15 y 19 años del cantón Calvas, Loja; para evaluar la efectividad de un plan de educación sexual de visitas a casa en comparación con el protocolo de planificación familiar estándar que se recibe en los centros de salud. Su hija será escogida de forma aleatoria para participar en cualquiera de los dos planes.

Descripción de los procedimientos

Se convocarán a los participantes por medio de estrategias publicitarias. Una vez escogidos a los participantes se sortearán de forma aleatoria en dos grupos. El grupo A recibirá la estrategia de educación sexual con la modalidad de visitas a la casa. En grupo B recibirá el protocolo de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública en los centros de salud del cantón. Ambas intervenciones tendrán la duración de 12 meses. El primer paso es una reunión con la investigadora que tendrá cada grupo por separado.

En el grupo A se entregará el consentimiento informado para las participantes y para los representantes legales de las menores de edad, al igual que el asentimiento informado para las participantes menores a 18 años y una prueba de personalidad. Una vez aprobado la participación, se presentará a las mentoras con las participantes y se establecerán los horarios de visita. Durante los primeros 6 meses del estudio, las mentoras realizarán una visita semanal y partir del séptimo mes, una visita mensual a la casa de la participante para educar acerca de métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva, afectividad, maternidad, desarrollo de habilidades personales, entre otros. Se le realizarán tres cuestionarios acerca de conocimientos, actitudes y comportamientos referentes a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva al inicio y al final de la intervención.

En el grupo B se tomarán tres cuestionarios acerca de conocimientos, actitudes y comportamientos referentes a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva al inicio y al final de la intervención. Las adolescentes deben acudir al centro de salud para recibir el protocolo de planificación familiar según lo han estipulado con su médico de cabecera.

Riesgos y beneficios

- El presente estudio tiene como beneficio principal el retraso y/o reducción de un segundo embarazo en una madre adolescente; aumentando sus posibilidades de crecimiento, pues un distanciamiento de 2 años entre el primer embarazo permite a las adolescentes seguir con sus planes de vida. Las participantes tendrán un mayor conocimiento acerca de educación sexual y anticoncepción, lo que promoverá su sentido de autonomía.
- El presente trabajo ayudará a implementar una estrategia que ayude a la reducción de esta problemática en el cantón y de directrices para estudios futuros.
- No existen riesgos físicos a corto o largo plazo. Los temas tratados durante algunos módulos de la intervención pueden causar sensibilidad en las participantes o en sus familias; no obstante, los beneficios que obtendrán a partir de la información impartida superan estos posibles riesgos. Si el caso lo requiere, se dará apoyo emocional y psicológico adicional para minimizar cualquier daño en al participante.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca la identidad de su hija ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará el nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y las mentoras tendrán acceso.
- 2) El nombre de su hija no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no permitir la participación de su hija en este estudio y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida que su hija puede participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted o su hija no recibirán ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992767256 que pertenece a Jazmin Soto, o envíe un correo electrónico a jazminsotor1996@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha