

**ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**Influencia de la intervención del proyecto cerca en los
indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes
del cantón Cuenca, Ecuador 2014**

TESIS

Para optar el grado académico de doctor en Ciencias de la Salud

Autor: Guido Esteban Abad Vicuña

Tumbes, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



Influencia de la intervención del proyecto cerca en los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes del cantón Cuenca Ecuador 2014

Dr. Leocadio Malca Acuña (Presidente)

Dr. Jesús Merino Velázquez (Miembro)

Dra. Miriam Otiniano Hurtado (Miembro)

Dr. Adán Alvarado Bernuy (Miembro)

Dr. Pedro José Vertiz Querevalu (Miembro)

Tumbes, 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**Influencia de la intervención del proyecto cerca en los
indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes
del cantón Cuenca, Ecuador 2014**

RESPONSABLES

Mg. GUIDO ESTEBAN ABAD VICUÑA (Ejecutor)

Dra. AMARILIS CALLE CÁCERES (ASESORA)

CÓDIGO ORCID 0000-0002-6702-8572

Tumbes, 2022

ACTA DE REVISIÓN Y DEFENSA DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES ESCUELA DE POSGRADO

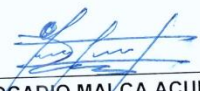
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Tumbes, a los cinco días del mes de setiembre del año dos mil diecisiete, a las 12.00 horas, en Sala de Reuniones - Escuela Posgrado, se reunieron los miembros del jurado designados con Resolución Directoral N° 055-2014/UNT-EPG; Dr. LEOCADIO MALCA ACUÑA - Presidente; Dr. JESUS MERINO VELASQUEZ Secretario; Dra. MIRIAM OTINIANO HURTADO, Dr. ADAN ALVARADO BERNUY y Dr. PEDRO JOSE VERTIZ QUEREVALU - Miembros; y con Resolución Directoral N° 0208-2017/UNT-EPG-D se fijó la fecha se sustentación y defensa de la tesis doctoral: **INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO CERCA EN LOS INDICADORES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES DEL CANTÓN CUENCA, 2014**, presentada por el egresado del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud **GUIDO ESTEBAN ABAD VICUÑA**, asesorado por la **Dra. AMARILIS CALLE CACERES**.

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

Siendo las 13.20 horas, se dio por concluido el acto académico, y dando conformidad se procedió a firmar la presente acta en presencia del público.

Tumbes, 05 de setiembre de 2017.


Dr. LEOCADIO MALCA ACUÑA
Presidente


Dr. JESUS MERINO VELASQUEZ
Secretaria


Dra. MIRIAM OTINIANO HURTADO
Miembro


Dr. ADAN ALVARADO BERNUY
Miembro


Dr. PEDRO JOSE VERTIZ QUEREVALU
Miembro

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

ÍNDICE GENERAL

Página

RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
SUMÁRIO	xi
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO II	16
2. MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases Teóricas Conceptuales	24
2.3 Definición de términos	31
CAPÍTULO III	33
3. MARCO METODOLÓGICO	33
3.1. Localidad y periodo de ejecución:	33
3.2. Tipo y diseño de la investigación	33
3.3. Población, muestra y muestreo	33
3.4 Instrumento de recolección de datos	34
3.5. Procedimientos para la recolección de datos	34
3.6. Principios éticos.	35
3.7 Procesamiento, Tabulación y Análisis Estadístico de los datos	35
CAPÍTULO IV	37
4. RESULTADOS Y DISCUSIONES	37
4.1. Resultados.	37
4.2. DISCUSIÓN	49
CAPÍTULO VI	58
5. CONCLUSIONES	58
CAPÍTULO VII	60

6. RECOMENDACIONES	60
CAPÍTULO VIII.....	62
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
CAPÍTULO VIX	71
8. ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE FIGURA

	Página
Figura 1: Autoestima, como indicador de la salud sexual y previa y posterior a la intervención del Proyecto CERCA. Cuenca Ecuador.	39
Figura 2: Percepción de género, previo y posterior a la intervención	40
Figura 4: Comunicación sobre sexualidad, previa y posterior a la intervención	42
Figura 5: Acceso a servicios de salud previo y posterior a la intervención.....	43
Figura 6: Acceso a servicios de salud, previo y posterior a la intervención.....	44
Figura 7: Adolescentes sexualmente activos, previos y posteriores a la intervención	44
Figura 8: Edad de la primera relación sexual, previo y posterior a la intervención	45
Figura 9: Razón que determinó la última relación sexual, previo y posterior a la intervención	46
Figura 10: Embarazo y uso de método anticonceptivos, previo y posterior a la intervención	47
Figura 11: Edad del primer embarazo, previo y posterior a la intervención.....	48
Figura 12: Aborto, previo y posterior a la intervención.....	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo 1: Encuesta del proyecto de salud sexual y reproductiva enmarcado en la comunidad (CERCA)	71
Anexo 2: Operacionalización de variables.	79
Anexo 3: Lógica esencial del programa para mejorar la autoestima y la comunicación en los adolescentes escolarizados - área urbana del cantón cuenca, Ecuador.....	80
Anexo 4: Definicion.de. (2017). Definición.de. Retrieved 12 May 2017, from http://definicion.de/autoestima/	85
Anexo 6: Informe de originalidad Turnitin.....	86

RESUMEN

Antecedentes: Se realizó un estudio retrospectivo con enfoque analítico, en el contexto del Proyecto Salud Sexual y Reproductiva Enmarcado en la Comunidad (CERCA), con el objetivo de evaluar la influencia del proyecto en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, con modalidad antes y después de la intervención. Material y métodos: El universo estuvo representado por 3263 adolescentes a partir del cual se obtuvo una muestra representativa no probabilística de 1607, a quienes, previo consentimiento informado se les aplicó un formulario diseñado y validado por la universidad de Gante, Bélgica, (Anexo 01) en los colegios César Dávila, Guillermo Mensi y Técnico Chiquintad, período 2010 – 2014. Para el análisis estadístico descriptivo e inferencial se utilizó el programa IBM™ SPSS™ v. 21.0 en español. Resultados: Se determinó incremento en el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, incremento del uso del preservativo. No se demostró diferencia estadísticamente significativa en la autoestima alta, la misma que no se modificó. Respecto a la percepción de género, se presentó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,027$) en el valor otorgado al éxito escolar masculino, así como en la percepción del rol de la mujer como esposa y madre. El 7,9% posterior a la intervención reportó presión de pares para el iniciar relaciones sexuales. La autoridad del padre fue percibida como superior en relación al de la madre. La influencia del proyecto fue negativa en cuanto a la percepción del rol de la mujer en la superación personal y a su rol en las tareas tradicionalmente aceptadas de ser madre y esposa. ($p=0,001$).

Palabras clave: Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva, Proyecto CERCA

ABSTRACT

Background: A retrospective study with analytical approach was carried out, in the context of Sexual and Reproductive Health Project Embedded in the Community (CERCA), aimed to evaluate the influence of the Project in the knowledge, attitudes and practices in sexual and reproductive health, with modality before and after the intervention. Material and methods: The universe was represented by 3263 adolescents from which a representative non-probabilistic sample of 1607 adolescents, whom, prior to informed consent, a form designed and validated by the University of Gent, Belgium, was applied in schools Cesar Davila, Guillermo Mensi and Técnico Chiquintad, Period 2010 - 2014. For the descriptive and inferential statistical analysis program IBM™SPSS™ v. 21.0 in Spanish was used. Results: It was determined an increase in adolescents' access to health services, and increase in the use of preservative. There was no statistically significant difference in the high self-esteem, which remained the same. About the perception of gender, there were statistically significant differences ($p= 0.027$) given to the value of male's school success. After the intervention, 7.9% reported peer pressure to engage in sex. The authority of the father was perceived as superior in relation to the mother. The influence of the project was negative about the perception of the role of women in personal development and to their role in tasks traditionally accepted for being mothers and wives. ($p=0.001$).

Keywords: Adolescence, Sexual and Reproductive Health, Project CERCA

SUMÁRIO

Resumo de fundo: um estudo retrospectivo com abordagem analítica foi realizada no contexto do Projeto de Saúde Sexual e Reprodutiva incorporado na Comunidade (CERCA), com o objetivo de avaliar a influência do projeto no conhecimento, atitudes e práticas em saúde sexual e reprodutiva, com modalidade antes e após a intervenção. Material e Métodos: o universo foi representada por 3263 adolescentes a partir do qual um amostra não probabilística representante de 1607 adolescentes, quem, antes de consentimento informado, de forma projetada e validada pela Universidade de Gent, Bélgica, foi aplicado nas escolas Cesar Dávila, Guillermo Mensi e Técnica Chiquintad, período de 2010 - 2014. Para a análise estatística descritiva e inferencial o programa IBM™ SPSS™ v. 21.0 em espanhol foi utilizado. Resultados: Foi determinado um aumento em adolescentes o acesso a serviços de saúde e aumento da utilização do conservante. Não houve diferença estatisticamente significativa na alta auto-estima, que permaneceu o mesmo. Sobre a percepção do sexo, não houve diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$) atendendo ao valor do sucesso escolar do sexo masculino. Após a intervenção, 7,9% relataram a pressão dos pares para se envolver em sexo. A autoridade do pai foi percebida como superior em relação à mãe. A influência do projeto foi negativo sobre a percepção do papel das mulheres no desenvolvimento pessoal e para o seu papel nas tarefas tradicionalmente aceites para serem mães e esposas. ($p=0,001$).

Palabras-chave: Adolescência, a saúde sexual e reprodutiva, projeto CERCA

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: La salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Se 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 coacción, discriminación y violencia, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos cuando se desee. Esta concepción de la salud reproductiva supone que mujeres y hombres, puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados, que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano. (1)

Sobre el particular, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, Artículo VI, llevada a cabo del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, (2) se declaró que la salud: Es un derecho humano fundamental y que el logro del más alto grado posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. Asimismo, se declaró que: la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.-

Basado en estos conceptos, se definió la atención primaria de la salud como: la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familias y de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. (3)

Lo descrito abarca el contexto mundial y a la población en general. Sin embargo, cobra interés particular en la población adolescente, dada la vulnerabilidad de este importante grupo humano. Es así, que, en diferentes países, se han realizado diversas intervenciones, enmarcadas en los lineamientos de política de salud, es el caso particular del Ecuador, país en el cual, esfuerzos individuales y combinados de prestadores de salud, planteles educativos y proyectos emprendidos en salud sexual y reproductiva (SSR) han pretendido lograr cambios sustanciales positivos en las actitudes y prácticas de este grupo etario. Entre estas instituciones se encuentra el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el mismo que a través de la Norma de Atención Integral para Adolescentes determina la obligatoriedad de crear centros de Atención Diferenciada para Adolescentes (ADA), con calidad y calidez enmarcada en los diferentes enfoques de género, interculturalidad, atención primaria de salud, familiar y comunitaria e intergeneracional. (4)

A lo anterior se suma el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención diferenciada de Adolescentes, publicado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el 2009 (5) que establece los Protocolos de Atención Integral de Salud para Adolescentes, en ella se definen procesos técnicos, administrativos y organizativos de la atención sanitaria con participación social; contiene varios documentos de apoyo para ampliar la visión y experticia de los profesionales vinculados con la atención del adolescente en todos los niveles del sistema de salud. Otro elemento importante es la implementación continua de servicios, el control y la evaluación de la calidad de la atención, para garantizar el derecho progresivo a la salud adolescente en Ecuador.

En este contexto de grandes iniciativas se sitúa así mismo las acciones del Proyecto CERCA (Community-Embedded Reproductive Health Care for Adolescents) que tuvo como objetivo Formar y fortalecer el sistema de atención primaria en salud haciéndolo más acorde a las necesidades en SSRA, mediante la intervención en la comunidad, mejorando el acceso a servicios médicos primarios de calidad, con ambientes adecuados y personal capacitado. (6) El mencionado Proyecto, implementado en el marco de acciones de cooperación internacional inició sus actividades en marzo de 2010 en la ciudad de Cuenca-Ecuador, con el análisis situacional de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del Ecuador durante la década anterior.

En el año 2011, como parte de su accionar, asimismo, aplicó una encuesta diseñada y validada por la Universidad de Gante-Bélgica. Posteriormente, desarrollaron actividades con adolescentes, padres de familia, docentes, proveedores de salud y participantes de las comunidades con el objetivo de diseñar las intervenciones en base a las necesidades de los grupos consultados. Los resultados principales reportados en ese entonces por el Proyecto CERCA fueron: mejora del acceso y conocimiento de los servicios de salud; la comunicación en salud sexual y reproductiva entre adolescentes, padres de familia, profesores y comunidad; incremento del uso de preservativo entre adolescentes. Otro logro importante es que CERCA y el Ministerio de Salud Pública conformaron cinco centros de atención diferenciada para adolescentes en Cuenca durante el año 2012. (6)

Pese a la difusión de algunos resultados de orden general, se obviaron algunos de interés particular (indicadores de salud sexual y reproductiva). Situación que expresa en cierto modo las insuficiencias de un gran Proyecto que pese a su objetivos y metas propuestas, no haya realizado los esfuerzos necesarios para evaluar y mostrar los resultados de su influencia en los indicadores de SSR de la población, constituyéndose este hecho en una situación problemática en razón de que los costos generados en materiales, recursos humanos, con financiamiento del grupo Fp7 de la Unión Europea ameritaban ser evaluados en su verdadera dimensión para garantizar la continuidad de la cooperación internacional, especialmente en su financiamiento, lograr la sostenibilidad de la cooperación en países que dependen de estas fuentes de financiamiento, situación que se

constituyó en la principal motivación del autor por abordar el tema a través del proceso de investigación científica, habiéndose planteado como problema de investigación la siguiente interrogante: ¿Qué influencia tuvo la intervención del Proyecto CERCA en los indicadores de salud sexual y reproductiva en los adolescentes en el Cantón Cuenca, Ecuador en 2014? Habiéndose planteado como objetivo general: Determinar la influencia de la intervención del Proyecto CERCA en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del cantón Cuenca, 2014 y como objetivos específicos: Identificar las características socio demográficas de los adolescentes de los colegios intervenidos por el Proyecto CERCA según variables biológicas, familiares y sociales; determinar la influencia de la intervención del Proyecto CERCA en la salud sexual de los adolescentes, en los indicadores: autoestima, percepción de género, conocimientos y búsqueda de información sobre sexualidad, comunicación sobre sexualidad, y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; determinar la influencia de la intervención del Proyecto CERCA en la Salud Reproductiva de los adolescentes según los indicadores inicio de relaciones sexuales, motivo de inicio de las relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, embarazo y aborto.

Los resultados del estudio realizado han permitido formular recomendaciones necesarias, para que a través de la interacción entre instituciones de salud y educativas se diseñen estrategias tendientes a contribuir en la mejora de la salud tanto sexual como reproductiva, no solamente a nivel local y nacional, sino como un referente a nivel internacional. Su abordaje metodológico, asimismo, servirá como un referente a quienes estén interesados en continuar esta línea de investigación.

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

CAPÍTULO II

2. MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA

2.1. Antecedentes

“En el marco de la presente investigación, se realizó una importante revisión bibliográfica de información relacionada con las variables de investigación tanto del ámbito internacional, nacional y local, las mismas que debidamente sistematizadas han servido como referente importante para derivar en interpretaciones originales.”

Uno de los primeros aspectos que destacan como antecedente importante a tener en cuenta es el reporte de las Naciones Unidas, a partir en un estudio realizado en 1985 cuyos resultados revelaron que había más de 1 000 millones de adolescentes en el mundo, el 86% se ubicaban en países en vías de desarrollo, los cuales constituían el 23% de la población total. Las proyecciones dieron cuenta así mismo, que para el año 2020 el número total de adolescentes estaría sobre los 1 300 millones, especialmente en países de África, Asia y América Latina. (7)

A esta información se suma que cada año 14 millones de mujeres entre los 15 y 19 años son madres. (8) “En América Latina, se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15-19 años, tasa que únicamente es inferior a la que se encuentra en el África Sub-Sahariana. En África y América Latina un número creciente de adolescentes abandona los estudios a causa del embarazo, en otros casos se integran tempranamente al trabajo.” (9)

Los antecedentes señalados en los párrafos precedentes, ilustran y dan cuenta de la realidad del embarazo adolescente y sus proyecciones, información relevante que sumada a los resultados de investigaciones y reportes a nivel mundial, nacional

y regional sitúan al embarazo adolescente como un problema de salud pública debido a que justamente es esta etapa decisiva en el logro de la salud sexual y reproductiva, tema que ha convocado la atención del investigador.

En esa dirección, resulta importante citar la estrategia del Reino Unido para la prevención del Embarazo Adolescente, la misma “que se inició en el año 2000 con la meta de reducir a la mitad la tasa de fecundidad adolescente para el 2010. La estrategia incluyó áreas temáticas basadas en: acción conjunta a nivel nacional, regional y local, con líneas presupuestales; mejorías en la prevención con base en una educación sexual integral de mayor calidad y acceso a servicios anticonceptivos amigables; una campaña de comunicación nacional dirigida a adolescentes, sus madres y padres; apoyo social coordinado para madres y padres adolescentes. (10) Los logros de la estrategia británica le han dado gran notoriedad, pues bajó la tasa de embarazo en menores de 18 años en 41% de 1998 a 2012, pasando de 46 embarazos por cada 1.000 mujeres de 15 a 17 años a 27.7%. Sólo el último año, la reducción fue de 9.8 por ciento.” (11)

En los Estados Unidos la iniciativa presidencial para la prevención del Embarazo en Adolescentes se sustentó en financiar “organizaciones comunitarias, gubernamentales o escuelas para que implementen intervenciones basadas en evidencia con efectividad demostrada. (12) Una de sus fortalezas es el énfasis en el monitoreo y evaluación de las intervenciones, lo que permite ampliar la evidencia que las sustenta y el aprendizaje sobre los factores programáticos efectivos. (13) Esta estrategia se considera un modelo a seguir por haber logrado reducir la tasa de fecundidad adolescente de 47.7 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2000 a 26.6 en 2013.” (14)

En África se reportó una experiencia en la que al cabo de un año se redujo en el 30% los matrimonios y 40% los embarazos, así como un diferimiento de la vida sexual de 38% de las beneficiarias en comparación con el grupo de control. (15)

Como se puede apreciar la experiencia internacional ha “permitido identificar intervenciones que han demostrado ser útiles y aquellas que no han podido probar su utilidad o efectividad para reducir la tasa de embarazo en adolescentes. Las Intervenciones que han demostrado su efectividad en la prevención del embarazo en adolescentes pueden clasificarse en: a) Educación integral en sexualidad en escuelas o en colaboración con las escuelas; b) Servicios y clínicas amigas de los y las adolescentes; c) Insumos adecuados y eficaces para la anticoncepción entre adolescentes; d) Intervenciones basadas en medios de comunicación; e) Políticas sociales para la retención escolar y para la inserción laboral”. (16)

“Sin embargo, la efectividad de las intervenciones depende de que cumplan con diferentes atributos: a) grado en que la intervención se implementa de acuerdo con el diseño original; b) la calidad con que se implementan las intervenciones; c) la dosificación de la intervención: las intervenciones que se aplican con mayor intensidad y duración son más efectivas especialmente si las intervenciones buscan cambiar normas sociales bien establecidas e internalizadas; y d) el alcance o cobertura de las intervenciones, es decir, la proporción de la población objetivo a la que llegan los mensajes y servicios.” (17)

En ese mismo contexto, la experiencia de Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) ha demostrado la importancia de iniciar las intervenciones a más tardar en la pre-adolescencia y que duren cuando menos dos años. Destaca como características para la educación en sexualidad en el contexto escolar: “a) fidelidad teórica; b) docentes capacitados; c) inclusión de madres y padres y líderes comunitarios; d) currículo integral que combine aspectos de SSR con competencias de negociación, aspectos vocacionales, trabajo o arte y educación; y e) libertad para que el programa se adapte al sistema de valores y creencias de la comunidad.” (18)

Por su parte, “la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha identificado buenas prácticas en instituciones educativas para facilitar el éxito de los programas de educación sexual: longitud mínima de

doce sesiones; sesiones secuenciales a lo largo de varios años; educadores/as capaces y motivados; formación de calidad para educadores/as; y apoyo a docentes de educación sexual en la gestión, orientación y supervisión.” (19)

“Los programas educativos de promoción de la salud en general se pueden dividir en dos grupos: los que buscan prevenir los riesgos, y los que buscan reducir el riesgo o disminuir sus consecuencias. Los primeros promueven la abstinencia y/o el retraso del inicio de la vida sexual, mientras que las de reducción de daño proveen información integral de sexualidad y género, cubriendo de manera extensa las opciones de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo cómo acceder a estas. En los contenidos de los programas educativos, la experiencia internacional ha encontrado en múltiples estudios que la educación sexual que aborda de manera explícita los temas de anticoncepción y prevención de ITS, incluyendo VIH, desde un enfoque de reducción del daño tienen un mayor efecto que las que se limitan a promover la abstinencia, que generalmente no son efectivas.” (20) (21) (22)

Los programas de educación sexual comunitarios “o vinculados con escuelas que incluyen a las madres y los padres para promover la comunicación sobre sexualidad en las familias también han demostrado impacto en estudios experimentales.” (23)

Un aspecto decisivo, es el relacionado con el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, sobre el cual se señala que la población adolescente enfrenta barreras de acceso no solo “a los servicios de SSR sino también al uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia a los que otros grupos de edad tienen acceso, ya sea influido por los prejuicios del personal de salud, la influencia de la moral y la intervención de actores no estatales (incluidos los religiosos), las barreras en la accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud.”

“La accesibilidad en su verdadera dimensión se refiere al hecho que los adolescentes puedan obtener los servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, con o sin cita y en lugares, con horarios y costos al alcance de quienes estudian o trabajan; la aceptabilidad, a que las y los adolescentes estén dispuestos a utilizar servicios atendidos por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales. Que cuenten con instalaciones atractivas e higiénicas, y donde se ofrezca información y educación en diferentes formatos. La equidad se manifiesta en la oportunidad de los diferentes grupos sociales a acceder a los servicios. (24) Las dos principales características que deben cumplir los servicios amigables son el trato respetuoso y la garantía de protección de la confidencialidad.” (25)

“Está demostrado que las y los adolescentes aumentan la utilización de un servicio cuando cumple con las siguientes características: personal capacitado que brinda la atención, que evita juicios y sea amigable; instalaciones acogedoras y atractivas; información sobre la disponibilidad de los servicios de salud amigables y que se motive a la comunicación con los miembros de la comunidad para promover la importancia de la prestación de servicios de salud para adolescentes.” (26) (27) (28) (29)

De lo anterior se desprende que es recomendable que los servicios para adolescentes adopten un enfoque integral de la salud, incluyendo la detección y referencia a servicios de atención de salud mental, obesidad y otros desórdenes metabólicos o alimenticios, prevención de adicciones, prevención, detección y atención a la violencia familiar y de género. (30)

No obstante, este reconocimiento, históricamente, los servicios de prevención de los embarazos ofertados a “adolescentes han enfatizado la promoción del condón como medio para una doble protección del embarazo y las ITS. Sin embargo, su tasa de falla es de hasta 18% en uso típico, y su efectividad depende del uso correcto y constante. Estas tasas de efectividad y continuidad son similares o mayores a las de los óvulos, jaleas y espumas, que también están entre las opciones más usadas por los adolescentes. La siguiente opción son las pastillas

anticonceptivas, presentan problemas de adherencia y continuidad en el uso. Los métodos anticonceptivos con menor probabilidad de falla son los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), como los inyectables, los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes.” (30)

Un estudio realizado en Jóvenes Indígenas, Análisis y Propuestas de Intervención, desarrollada con el apoyo del Instituto Nacional de Desarrollo Social, Convocatoria de Vertiente de Investigación 2012 en México, al evaluar el trabajo de la organización de la Salud Integral para la Mujer (SIPAM), en la preparatoria Benito Juárez reportó una disminución de embarazos no deseados, una mayor comunicación y confianza con el personal médico, se promocionaron los servicios médicos y los jóvenes acudían a ellos. Las actividades diseñadas por el personal de salud como ferias, pláticas y talleres brindaron información y confianza para acudir a los servicios públicos de salud. Se lograron vínculos con centros de salud y trabajo interinstitucional. Se diseñaron materiales educativos y se trabajó con padres de familia en temas de sexualidad. (31)

El Proyecto “Sol y Luna” desarrollado en Colombia, país de nuestra región, reportó así mismo un impacto positivo en la comunidad. Las enfermeras dispuestas a escuchar a los jóvenes individualmente, motivó a los participantes para contar sus problemas con tranquilidad y que se sintieran en libertad de acudir, bien fuera al Centro de Salud Amigable o a los mismos docentes de la institución. Fueron hallazgos importantes que los adolescentes de Medellín tenían mayor conocimiento sobre la prestación de servicios que los de Cali y que la implementación de los servicios amigables para adolescentes fue una estrategia vertebral en el análisis del impacto del programa. (32)

En México, la mayoría de las adolescentes que “usan un método ARAP lo obtuvieron en un contexto de postparto o postaborto, de modo que se ha considerado principalmente un método de prevención secundaria, a pesar de que la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, y las principales asociaciones Gineco-obstétricas del mundo, incluyen los métodos ARAP entre las

opciones de primera línea para las mujeres que estén por iniciar o hayan iniciado actividad sexual. (33) (34) (35) Antiguamente eran considerados como una opción poco adecuada para mujeres adolescentes que no hubieran tenido hijos o no tuvieran una pareja estable, debido a diversas creencias erróneas incluyendo: que incrementan el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria infecciosa (EPII) (36) ;que los métodos serían poco atractivos para las usuarias de menor edad (37) ;que tendrían alta discontinuidad en el uso; (38) ;por la opinión subjetiva de que no se justifica el uso de un método de largo plazo cuando sólo se tienen relaciones sexuales ocasionales, y de que esos métodos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, lo que se resuelve recomendando en todos los casos el uso del condón como protección en todas las relaciones sexuales, en presencia o no de otro método anticonceptivo. Como consecuencia de todos estos factores, una gran parte del personal médico continúa sin recomendar estos métodos a las y los adolescentes, hay que agregar el desconocimiento de las y los adolescentes sobre las ventajas de los métodos ARAP.” (39)

“Otra dificultad para el acceso y uso de los métodos ARAP, cuando se usan servicios privados, es el desembolso inicial para la adquisición e inserción del método, pues requieren una visita a la clínica y, en el caso del sistema intrauterino hormonal y el implante transdérmico, el costo del dispositivo también es elevado.” (40)

En el Perú, país vecino del Ecuador, “el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes involucra a los ministerios de salud, de la mujer, de educación, de justicia y del trabajo. El plan establece que estas instituciones deben coordinarse para llevar a cabo intervenciones basadas en evidencia en los ámbitos que competen a cada institución.” (41)

Finalmente, en el Ecuador, ámbito de acción de la presente “investigación desde el año 1999 se puede identificar un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes. Según la encuesta demográfica ENDEMAIN 1999,

el 43.5% de mujeres entre los 15 y 24 años había iniciado relaciones sexuales, para el año 2004 este porcentaje aumentó al 47%.” (42)

“A partir de la encuesta ENDEMAIN 2004, se da cuenta que cerca de la mitad de mujeres entre 14 a 15 años ha mantenido una relación sexual. De las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solo el 14% reportó el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Habrían iniciado relaciones sexuales el 27% de mujeres entre los 15 a 19 años y el 70% de las mujeres entre 20 a 24 años de tal manera que para ese año 7 de cada 10 mujeres de hasta 24 años habrían iniciado vida sexual. Para el año 1994, el promedio de edad para el inicio de las relaciones sexuales en mujeres fue de 19.8 años, de 19.1 para el año 1999 y de 18.8 para el año 2004. Piña F. y col demuestran que en el año 2006 el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales en el Cantón Cuenca fue de 15 ± 2 , siendo el promedio para los varones de 15 años y 17 años para las mujeres.” (42)

A esta información se suman “cifras alarmantes, como el aumento de un 74% de embarazos adolescentes (entre el 2000 y 2010) según el Ministerio de Salud, y a los 14 años ya se considera como el inicio de la vida sexual entre los ecuatorianos. Hecho que sería un factor para que, de cada 5 embarazos en el Ecuador, uno sea de adolescentes.” (43)

El “Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. Para efectos legales de protección integral y especial se tomarán en cuenta estos dos conceptos.” (44)

El Sistema De Indicadores Sociales Del Ecuador (SIISE) en base al Censo del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en relación al grupo de 15 a 29 años destaca que el “16% no ha terminado la educación primaria, 69% la educación secundaria y apenas 8 de cada cien jóvenes que ingresan a la universidad obtienen un título. El 54% de los adolescentes comenzó a trabajar entre los 10 y 14 años de edad, y el 18 % lo hace en la calle o en la construcción, sin protección alguna.” (5)

En relación al tema de anticoncepción (ENDEMAIN, 2004), “en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91% vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usaron algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos.” (5)

2.2. Bases Teóricas Conceptuales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera “a la adolescencia como el periodo de vida entre 10 y 19 años de edad. Representa un porcentaje importante de la población en todas las regiones del mundo. Es una etapa clave en el desarrollo de las personas por los rápidos cambios biológicos y psicosociales que se producen en esta etapa y que afectan todos los aspectos de la vida. Se trata de un período de la vida con necesidades específicas de salud y derechos. Tiempo para desarrollar conocimientos y habilidades, aprender a manejar las emociones y las relaciones, que serán fundamentales para disfrutar esta etapa y a futuro asumir roles adultos.” (45)

De lo anterior se desprende que los adolescentes constituyen un grupo vulnerable por los cambios a nivel biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, sin embargo, la baja morbilidad de orden biológico y físico hace que los mismos no se sientan vulnerables, y tampoco perciban los determinantes de riesgo nivel personal, familiar y social. (46)

Desde el “concepto fisiológico se sostiene que la adolescencia comienza con la pubertad. Es decir que como consecuencia de la maduración del organismo hay

cambios biológicos significativos: las glándulas de secreción interna se activan provocando la aparición de los caracteres sexuales secundarios y capacitando al organismo para la reproducción y se acelera el crecimiento con el propósito de que el organismo alcance el tamaño adulto.” (47)

Desde el “concepto bio-energético planteado por Stanley Hall, el organismo individual, en el proceso de desarrollo, atraviesa etapas correspondientes a las que se sucedieron en la historia de la humanidad. Cada individuo revive en su propio organismo el desarrollo de la raza.”

Según la conceptualización psicológica, “la adolescencia es la edad durante la cual la estructura mental y la psiquis alcanzan la madurez. En esta etapa los adolescentes, busca su independencia con logros y desaciertos que le permiten medir sus capacidades para solucionar conflictos. En la búsqueda de esta identidad los adolescentes experimentan cambios de humor bruscos, exploran en soledad, cuestionan las reglas establecidas y experimentan en sondeo del cuerpo perfecto, atraíble para otros.” (48)

Desde el concepto socio-cultural se reconoce la existencia de factores biológicos en el apareamiento de la pubertad, sin embargo, considera a la adolescencia un fenómeno cultural, pues existen culturas en donde esta etapa pasa desapercibida o es simplemente un rito entre la niñez y la adultez. (48)

Un aspecto importante para situarse en el manejo de este grupo humano es tener en consideración la clasificación de la adolescencia de acuerdo al criterio de edad que, según la OMS, describe las características propias para cada una de las etapas. En la adolescencia temprana (10-13 años) la inteligencia se demuestra “a través de la manipulación lógica y sistemática de símbolos relacionados con objetos concretos. El interés hacia las partes del cuerpo, favorece la intervención en salud, de su pensamiento concreto previene la forma de dar la información. En esta etapa es necesario integrarlo a la toma de decisiones, que generen responsabilidad y a su vez autonomía. Según Russell y Bakken, existen tres tipos de autonomía,

emocional, de comportamiento y de valores. En la emocional, los adolescentes cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares.” (48)

Durante la adolescencia media (14-16 años), existe disminución del “interés en el cuerpo lo que limita las acciones en salud, sin embargo, el creciente interés en la búsqueda de pareja puede ser un objetivo relacionado. La inteligencia se demuestra a través del lógico uso de símbolos relacionados con conceptos abstractos. El desarrollo de este pensamiento, puede originar la evaluación de consecuencias, y lograr el manejo de la información de manera preventiva, por ejemplo, con énfasis en hábitos inadecuados. Al estar muy influidos por los pares, la intervención debe dirigirse al grupo, sin descuidar la intervención individualizada.” (20)

En la adolescencia tardía (de 17 -19 años) “la comunicación se facilita, porque existe la influencia tanto familiar como de los pares en la toma de decisiones. Esto implica que en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables pueden nuevamente intervenir los padres. Una explicación concreta y teórica como sustento del tratamiento se puede aceptar con mayor facilidad, así como los efectos que tendría sobre su vida.” (49)

En “cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.” (45)

“Es justamente por las características particulares de los adolescentes que la OMS establece como objetivo de la Salud sexual el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento” en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. (50) (51)

En relación a lo anterior es preciso señalar que el desarrollo de la vida de los adolescentes se vislumbra a través de indicadores que expresan de manera clara rasgos particulares de la salud de los adolescentes. En ese escenario cobra particular interés la relación con amigos donde el adolescente muestra su capacidad para encontrar y escoger a otros adolescentes, sus esfuerzos y deseos de hacerse adulto. Se observa como una persona físicamente madura, pasando de la dependencia de los padres, se siente dueño de un cuerpo (masculino o femenino). Esta visión lo lleva a la exploración del mundo externo, a ensayar y probar las nuevas posibilidades adquiridas, donde aparecen nuevos intereses y preocupaciones, con el consiguiente cambio en sus relaciones sociales. (52)

- a. “Justamente este comportamiento hace que los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo haciéndose necesario fortalecer diversos factores que puedan influir en la construcción de la personalidad de los adolescentes.
- b. Otro de los indicadores beneficiosos para la salud sexual y reproductiva es la autoestima definida por Reynald Legendre como un sentimiento favorable nacido de la buena opinión que uno tiene de sí mismo y de sus capacidades; hace alusión a la confianza fundamental que el ser humano deposita en sus propios recursos, en su eficacia y sus capacidades.” (53)

Sobre la particular resulta preciso indicar que, “al iniciar la primera fase de la adolescencia las percepciones de sí mismo son a menudo tan difusas que el adolescente se siente muy inseguro de quien es. Cuando logra integrar un concepto de sí mismo y forma una identidad, surge la pregunta relacionada con la estima: ¿Qué valor da al yo que percibe? Muchas de las decisiones que debe decidir es si es capaz y tiene las habilidades para hacerlo. Los orígenes y el desarrollo subsecuente de la autoestima dependerán, en gran parte, de la interacción entre la personalidad de un individuo y sus experiencias sociales.”

Brissett “menciona que la autoestima comprende dos procesos socios psicológicos: la autovaloración y la autoevaluación. La autoevaluación se relaciona con el sentido de seguridad y de mérito personal que un individuo tiene como persona. La autoevaluación se refiere a como se dirige al desempeño de un papel en una situación dada: varía de una situación a otra. La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno, comprende mucho más que ese sentido innato de auto valía, es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de esta. La autoestima se alcanza por medio de desarrollo del sentido de pertenencia, basado en la familia, para lograr el sentido de singularidad.” (54)

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor; “es la confianza en la capacidad de aprender, de tomar decisiones y hacer elecciones adecuadas, y de afrontar el cambio. Tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida.”

La “autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí : la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal, es la confianza en el funcionamiento de la mente, la capacidad para pensar y entender, para aprender a elegir y tomar decisiones: confianza en la capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de los intereses y necesidades; en creer y confiar en uno mismo y la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo es reafirmar la valía personal; es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz. (55) La concepción que el sujeto tiene acerca de sí mismo como ser sexuado, las valoraciones sobre el otro sexo y sus relaciones, las actitudes ante las diferencias de características de varones y mujeres, la asignación de roles en función del sexo, se van formando desde tempranas edades. La comunicación juega un papel primordial, para la transmisión de la experiencia histórico-social de la humanidad matizada por las vivencias particulares de la familia o del contexto. El individuo no sólo existe como ser social único, sino que además debe asumir su rol masculino o femenino identificándose con los de su propio sexo y diferenciándose del otro.” (56)

En esa misma dirección el “género es un determinante social de la salud de todas las personas. En particular, las desigualdades de género afectan la SSR de la población adolescente dado que reflejan la falta de condiciones psicosociales, económicas y culturales que requieren para poder ejercer sus derechos humanos y en particular los sexuales y reproductivos. El género, es decir, la construcción social del deber ser hombre o mujer, influye en la construcción de la sexualidad y el desarrollo social. De tal manera que las posibilidades de conocer y apropiarse de prácticas preventivas para evitar un embarazo en la adolescencia se disminuyen dadas estas condiciones de género. Por otro lado, existen embarazos en la adolescencia que son producto de la violencia sexual dentro o fuera de la familia.” (57).

La igualdad de género se refiere al igual “trato para mujeres y hombres en las leyes y políticas e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, comunidades y sociedad en general. La equidad de género, busca la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades. Frecuentemente se requiere de programas y políticas específicas, que eliminen las inequidades” existentes para las mujeres. (57).

Con lo expuesto, “en el caso específico de la prevención del embarazo en adolescentes, significa desarrollar intervenciones en una edad temprana para fomentar habilidades para la construcción de un proyecto de vida, fortalecer la toma de decisiones, sentido de responsabilidad y cuidado de la salud atendiendo la diversidad social, cultural, étnica, lingüística y de capacidades.”

“La educación sexual corresponde a la familia en cuanto a educación afectiva y a la escuela en cuanto que esta se desarrolla en un régimen de coeducación. La formación e instrucción corresponde a la familia por lo menos en cuanto a información espontánea y sistemática. También en la familia es importante manejar gradualmente lo científico y sistemático, aunque esto muchas veces está condicionado por el nivel cultural. Otros canales de socialización y educadores de

la sexualidad son: la religión, los amigos, los medios de comunicación masivos, y las leyes. La educación en sexualidad” debe comenzar lo más temprano posible.

“La educación sexual formal se encuentra incorporada al currículum de los establecimientos educacionales y se basa principalmente en los aspectos biológico-reproductivos. Es necesario mayor énfasis en el desarrollo y formación de los adolescentes, aportando elementos para favorecer su autoestima, elaboración del pensamiento crítico y la promoción de valores como el respeto y la solidaridad entre las personas.”

En el marco presentado sobre la importancia del trabajo en salud sexual y reproductiva y su mirada al contexto mundial, regional, nacional y local, el Proyecto CERCA, “(Cuidados en la salud sexual y reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad), proyecto multicéntrico, financiado por la Unión Europea en el marco de los programas Fp7. El grupo de investigación CERCA, fue coordinado por el ICRH (International Centre for Sexual and Reproductive Health) de la Universidad de Gante Bélgica. El equipo de investigación, estuvo conformado por las siguientes instituciones: South Group en - Bolivia; la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; la Universidad de Medicina de Kaunas Lituania, a través del Departamento de Medicina Familiar; la Universidad de Ámsterdam - Holanda, a través del departamento de Cultura Antropología y Sociología; la Universidad Autónoma de Nicaragua, a través del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES; el Instituto Centro Americano de la Salud (ICAS) en Nicaragua.” Cada consorcio, lideró distintas etapas de las intervenciones del Proyecto inició sus actividades el 1 de marzo de 2010, y finalizó el 1 de marzo de 2014.

El objetivo principal del Proyecto CERCA fue:

“Formar y fortalecer sistemas de atención primaria en salud, más acordes a las necesidades sexuales y reproductivas de los y las adolescentes, mediante la intervención en la comunidad para que mejoren el acceso a servicios médicos de atención primaria de calidad en un ambiente adecuado y personal capacitado primaria en salud, más acordes a las necesidades sexuales y reproductivas de los y las adolescentes, mediante la intervención en la comunidad, que mejoren el acceso a servicios médicos de atención primaria de calidad, con un ambiente adecuado y personal capacitado. (6) CERCA, desarrolló este objetivo en las siguientes etapas: Análisis situacional y preparación de los elementos de las intervenciones Implementación y monitoreo de las Intervenciones; Análisis de datos; Reporte final y difusión.”

2.3 Definición de términos

Proyecto CERCA

Programa “financiado por la Unión Europea en el marco de programas Fp7 que busca diseñar una estrategia válida, aceptada por los adolescentes y los proveedores de salud, basada en la participación comunitaria aplicable y reproducible en distintos escenarios sociales y geográficos direccionada a mejorar la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes.”

Intervención en salud sexual y reproductiva

Conjunto de acciones desarrolladas en la promoción de la SSR. En el marco del Proyecto CERCA se define como estrategias para desarrollar los objetivos planteados, a “través de talleres, conversatorios, foros, debates, cine foros, mesas redondas, ferias de salud en las comunidades y charlas educativas en los servicios de salud, envío de información para adolescentes mediante email, SMS, Facebook y Twitter, publicación de información relevante a través de la página web, atención de preguntas y ayuda a través de la línea de telefónica las 24 horas, mensajes radiales, televisivos y en el transporte público, 8 Capítulos radionovela CERCA DE

TI mensajes de personalidades locales sobre prevención en sexualidad, actividades deportivas en las comunidades, conciertos, y actividades lúdicas, distribución de material promocional para la prevención en salud sexual.”

Acceso a los servicios de salud

“Creación de espacios de atención diferenciada o amigable para adolescentes con horario diferenciado para la atención a adolescentes. Talleres de capacitación al personal de los servicios de salud. Promotores pares, para información y consejería en salud sexual y reproductiva en cada comunidad de intervención.” (6)

Indicadores en salud sexual y reproductiva,

Porcentajes, tasas, promedios relacionada con atributos en salud sexual y reproductiva., porcentaje de cobertura de los adolescentes en los servicios de salud, porcentaje de mejora en la comunicación entre adolescentes, padres y parejas, porcentaje de embarazo en adolescentes, porcentaje de adolescentes que usan anticonceptivos, tipo de anticonceptivos utilizados.

Evaluación de influencia

Examen de consecuencias “en los beneficiarios, ya sean positivas o negativas. Es de particular interés la medida en que los beneficios del Proyecto llegan a los pobres y el efecto de estos beneficios en su bienestar. Algunas de las preguntas que se abordan en la evaluación de la influencia incluyen las siguientes: ¿Cómo afectó el Proyecto a los beneficiarios? ¿Algún mejoramiento fue el resultado directo del Proyecto o se habría producido de todas formas? ¿Se podría modificar el diseño del programa para mejorar sus repercusiones? ¿Se justificaban los costos?”

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Localidad y periodo de ejecución:

El estudio se realizó en el cantón Cuenca, Ecuador durante el año 2010 - 2014.

3.2. Tipo y diseño de la investigación

“Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de una sola cohorte y enfoque metodológico cuantitativo, basado en las encuestas obtenidas en los colegios César Dávila Andrade, Guillermo Mensi y Técnico Chiquintad, previo y posterior a la intervención.”

3.3. Población, muestra y muestreo

Población. El universo estuvo constituido por 3263 encuestas que forman parte del historial documentario del Proyecto CERCA, resueltas por los adolescentes de los colegios seleccionados.

Muestra. Se calculó con las siguientes restricciones:

Error tipo I del 5%

Nivel de confianza del 95%

Error tipo II del 10%

Potencia estadística del 90%

Desenlace del grupo no intervenido (antes) del 30%

Desenlace del grupo intervenido (después) del 40%

Estimación de pérdidas del 2.8%

Con la ayuda del software estadístico Statcalc™ un subprograma de Epi Info™ el tamaño de la muestra fue de 1607 encuestas.

Unidades de Análisis. - Encuestas del acervo documentario del Proyecto CERCA realizado del año 2010 al 2014.

Criterios de inclusión

Se incluyeron las encuestas que contaron con el consentimiento informado respectivo, completas en la primera y segunda evaluación y cuyos datos registrados fueron completos, legibles y sin enmendaduras.

3.4 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta diseñada por el Proyecto CERCA, en función de los objetivos de investigación, la misma, estructurada en dos apartados, el primero, relacionado con las variables biológicas, familiares y sociales y el segundo con los datos inherentes a la investigación, es decir coherentes con la medición de las variables de estudio: conocimientos sobre sexualidad, comunicación, servicios de salud, relaciones sexuales, tipo de experiencia, razones para tener relaciones sexuales, conocimiento y uso de anticonceptivos, embarazo y aborto. (Anexo 2).

3.5. Procedimientos para la recolección de datos

“Una vez aprobado el proyecto de investigación y contando con la Resolución respectiva, se procedió a solicitar la autorización para la recolección de datos al director del proyecto Dr. Bernardo Vega.”

Obtenida la autorización se realizó la revisión de las encuestas del acervo del Proyecto CERCA, se seleccionaron aquellas encuestas que cumplieran, los criterios de inclusión luego se codificaron las encuestas pre y post intervención.

3.6. Principios éticos.

“En el contexto de la presente investigación se aplicaron: Principio de Beneficencia. Expresado en la utilidad y beneficios que aportaron los resultados del estudio para identificar la influencia del Proyecto CERCA en relación a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de los sitios de intervención del Proyecto, en el Cantón de Cuenca en el año 2014, y el Principio de respeto a la dignidad humana. Expresado en el respeto a la autonomía y autodeterminación que tuvieron los adolescentes para participar en la investigación, así como en el respeto a la confidencialidad, datos que constan en el asentimiento informado firmado por ellos y en el consentimiento informado firmado por los representantes.”

3.7 Procesamiento, Tabulación y Análisis Estadístico de los datos

Una vez recolectados los datos, fueron sometidos a un proceso de crítica y codificación, posteriormente ingresados a una base de datos previamente “diseñada en el sistema informático SPSS versión 21 en español. El análisis de la información fue realizado bajo el enfoque cuantitativo. La entrada cuantitativa se apoyó en la estadística descriptiva e inferencial. Al tratarse de variables cuantitativas discretas se manejaron en número de casos (n) con sus respectivos porcentajes.” Los resultados se presentan en gráficos, tablas simples de distribución de frecuencias y en tablas de 2 x 2 para estimación de asociación, el cálculo porcentual se realizó siempre sobre el total de la muestra, es decir el 100% de la distribución siempre fue las 1607 encuestas. Ninguna de las variables analizadas tuvo número inferior al tamaño mínimo de la muestra.

Para la estimación de asociación se utilizó el cálculo del OR con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se consideraron asociaciones positivas los valores de OR mayores a la unidad y significativas las que tuvieron valores de $P < 0.05$, corroborado por el cálculo de χ^2 de Pearson.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. Resultados.

Tabla 1: Características sociodemográficas de los adolescentes escolarizados intervenidos

	Variable	n	% (IC95%)
Biológicas	Sexo		
	Mujer	446	27.7 (25.6-29.9)
	Varón	1161	72.3 (70.0-74.3)
	Edad (años)		
	13 a 15	87	5.3 (4.4-6.6)
	16 a 18	1406	87.4 (85.7-89.0)
	> 18	114	7.2 (5.9-8.4)
	Vivió con su madre (años)	1411	87.8 (86.1-89.3)
	1 a 3	66	4.1 (3.2-5.1)
	> 3	1365	83.7 (83.1-86.6)
Familiares	Vivió con padre y madre (años)	1027	63.9 (61.5-66.2)
	1 a 3	133	8.3 (7.0-9.7)
	> 3	895	55.7 (53.2-58.1)
	Edad de madre cuando tuvo primer hijo (años)		
	< 15	34	2.1 (1.5-2.9)
	15 a 18	312	19.4 (17.5-21.4)
	> 18	346	21.5 (19.5-23.6)
	Tiene hermana/o que tuvo hijo antes de los 18	172	10.7 (9.2-12.3)
	¿Cuántos hermanos tiene?		
	0 a 4	1200	74.7 (72.4-76.7)
5 a 8	162	10.1 (8.7-11.6)	
> 8	244	15.2 (13.5-17.0)	
Sociales	Material piso de la casa		
	Cemento o ladrillo	1522	94.7 (93.5-95.7)
	Tierra	61	3.8 (2.9-4.8)
	Número de habitaciones		
	1 a 3	18	1.1 (0.7-1.7)
	4 a 6	956	59.5 (57.0-61.8)
	> 6	632	39.3 (36.9-41.7)
	Tiene agua potable	1440	89.6 (88.0-91.0)
	Alcantarillado	977	60.8 (58.3-63.1)
	Pertenece a alguna religión	1469	91.4 (89.9-92.6)
Cree que la religión es importante	511	31.8 (29.5-34.1)	
Trabaja	104	6.5 (5.3-7.7)	
Tiene pareja o novio actualmente	628	39.1 (36.7-41.4)	

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas de los adolescentes motivo de estudio en sus dimensiones biológicas, familiares y sociales. Destaca en la dimensión biológica respecto al sexo, predominio de adolescentes varones en un 72.3%. Respecto a la edad el grupo de 16 a 18 años fue predominante con 84,7%.

En la dimensión familiar, el 87.8% de los adolescentes señalaron convivencia materna, el 63.9% convivencia con ambos progenitores. Hubo un importante porcentaje de adolescentes cuya convivencia materna solo fue por un periodo menor a tres años (4.1%) y con ambos progenitores por un periodo similar el 8.3% Esta situación pone de manifiesto la ausencia de familia nuclear en muchos casos asociado a la migración o separación.

El antecedente de embarazo adolescente en la madre de la población motivo de estudio se reportó en un 21, 5% y en el 10% de los hermanos, siendo considerado un factor de riesgo para el embarazo temprano. El 15,2%, eran miembros de familias numerosas (4 a 8 hermanos) mientras que el 74,7% tenían entre 0 y 4 hermanos.

Respecto a las condiciones de la vivienda, más del 50% de adolescentes reportaron condiciones sanitarias adecuadas, un porcentaje más bajo vivía en condiciones menos favorables.

La pertenencia a una determinada religión se reportó en el 91,4% de los cuales solo el 31.8 % lo consideraba importante en sus vidas. La actividad laboral por su parte fue reportada en el 6,5% de los adolescentes. El 39,1% ya tenía pareja o novio.

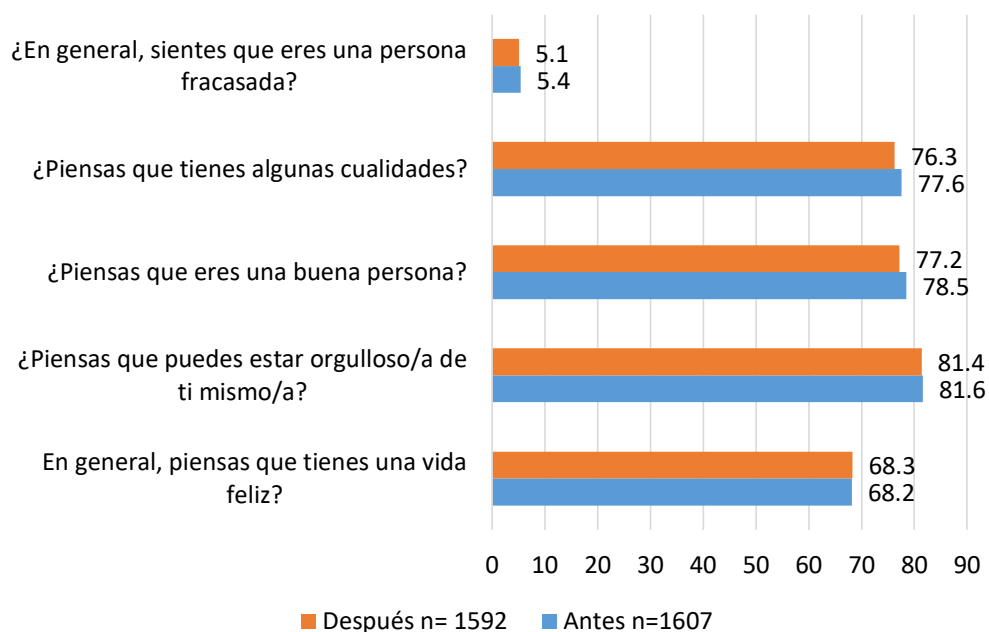


Figura 1: Autoestima, como indicador de la salud sexual y previa y posterior a la intervención del Proyecto CERCA. Cuenca Ecuador.

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 1, se presenta los resultados de la dimensión autoestima a partir de las respuestas de los adolescentes motivo de estudio, las mismas que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre el antes y después de la intervención. Algunas respuestas resultaron más favorables previo a la intervención, es el caso de la pregunta: si el adolescente considera poseer algunas cualidades, interrogante a la que el 77.6% de los adolescentes respondieron afirmativamente antes de la intervención a diferencia de 76.3% cuya respuesta fue negativa. Un importante porcentaje de adolescentes expresaron a través de sus respuestas autoestima alta previa y posterior a la intervención, solo un 5% manifestaron sentirse fracasados.

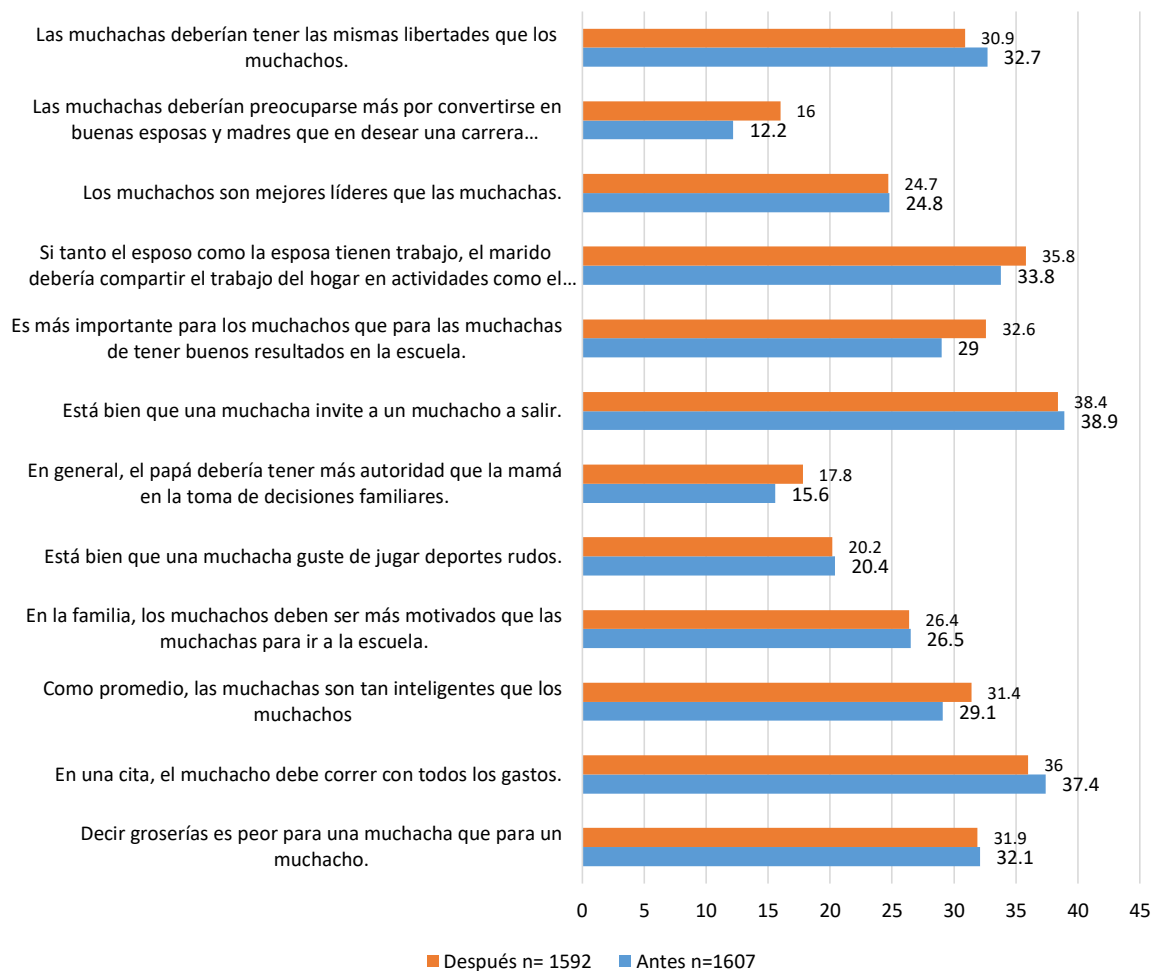


Figura 2: Percepción de género, previo y posterior a la intervención
 Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 2, se presenta los resultados de la dimensión percepción de género, a partir de las respuestas de los adolescentes motivo de estudio a las diferentes interrogantes sobre el particular. Se determinó diferencias estadísticamente significativas entre el antes y después de la intervención frente a las preguntas: valor otorgado al éxito escolar, más importante en los varones a diferencia de las mujeres, para quienes sería más importante convertirse en buenas esposas y madres que en desear una carrera profesional o comercial., lo cual nos indica que la intervención del proyecto modificó la percepción de los adolescentes respecto a los ítems señalados, en forma negativa la percepción del rol de la mujer en relación a la superación personal y al rol de las tareas de tradicionalmente aceptadas de ser madre y esposa. (p= 0,027) Se evidenció, asimismo, diferencias porcentuales

significativas en relación a la autoridad del padre sobre la madre, así como en la equidad de libertades, de forma negativa después de la intervención.

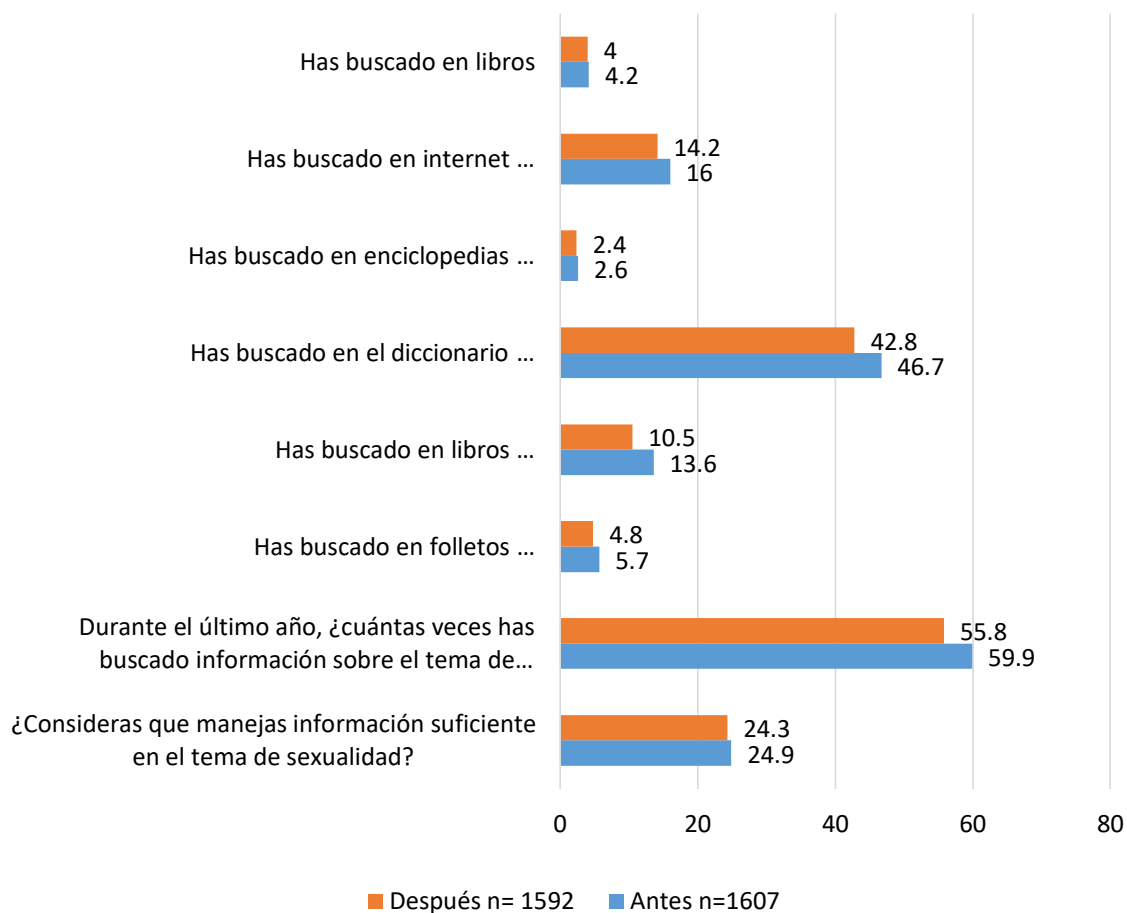


Figura: Buscan información sobre sexualidad previa y posterior a la intervención.
Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

La figura 3, muestra una importante modificación de los indicadores de salud sexual respecto a conocimientos y búsqueda de información sobre salud sexual y reproductiva. Diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,07$) previo y posterior a la intervención del Proyecto, que determinó que los adolescentes realicen menor búsqueda de información. Lo que asimismo se reflejó en la menor búsqueda de información en libros ($p .0.06$) y diccionarios ($0,026$) así como en la percepción del manejo suficiente de información sobre sexualidad.

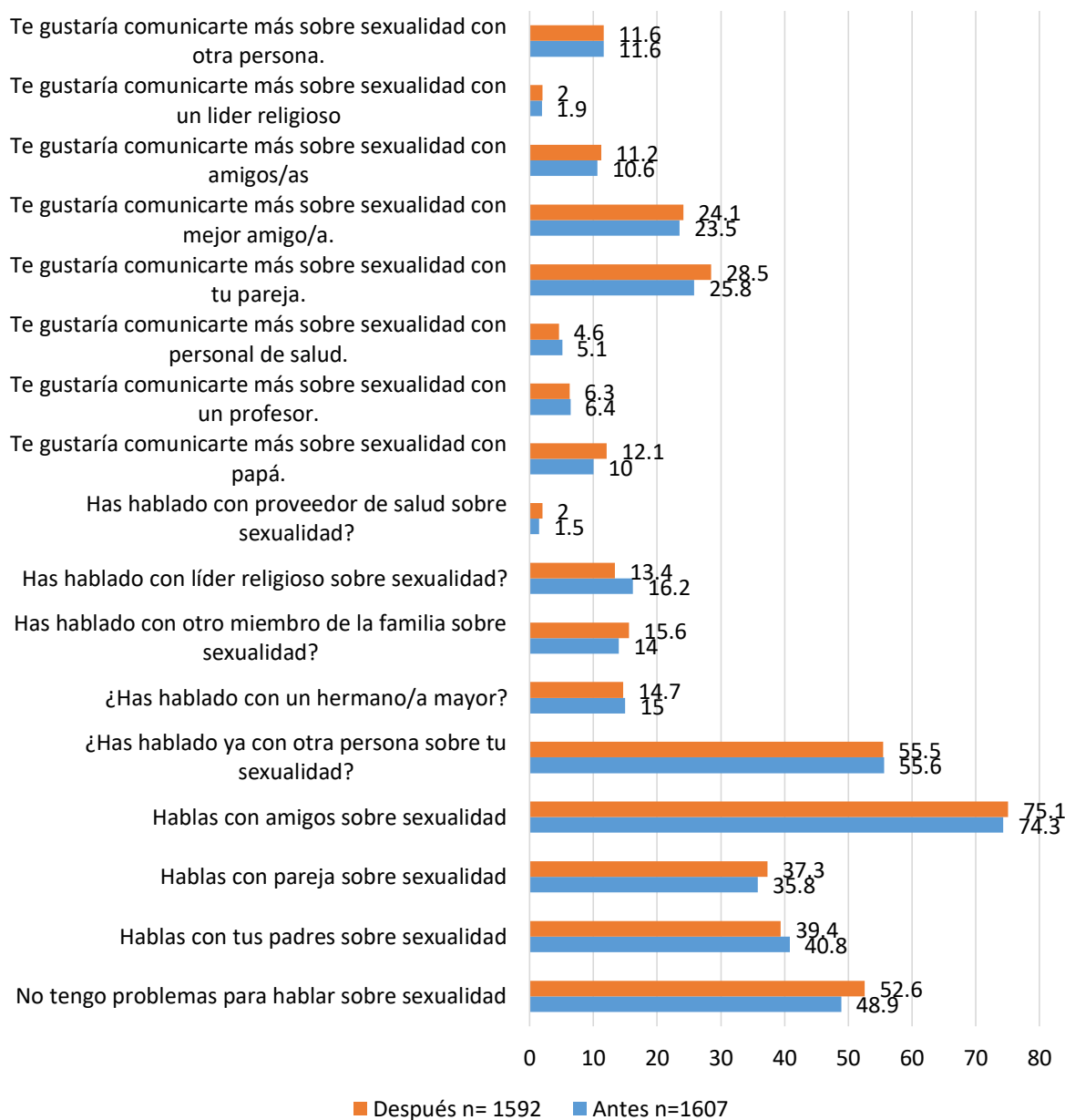


Figura 3: Comunicación sobre sexualidad, previa y posterior a la intervención.

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 4 se aprecia diferencias significativas ($p= 0,038$) en cuanto a la facilidad del adolescente para tratar temas de sexualidad posterior a la intervención. Menor disposición para hablar sobre temas de sexualidad con los líderes religiosos ($p= 0,025$), otorgándose mayor importancia a la comunicación con el padre.

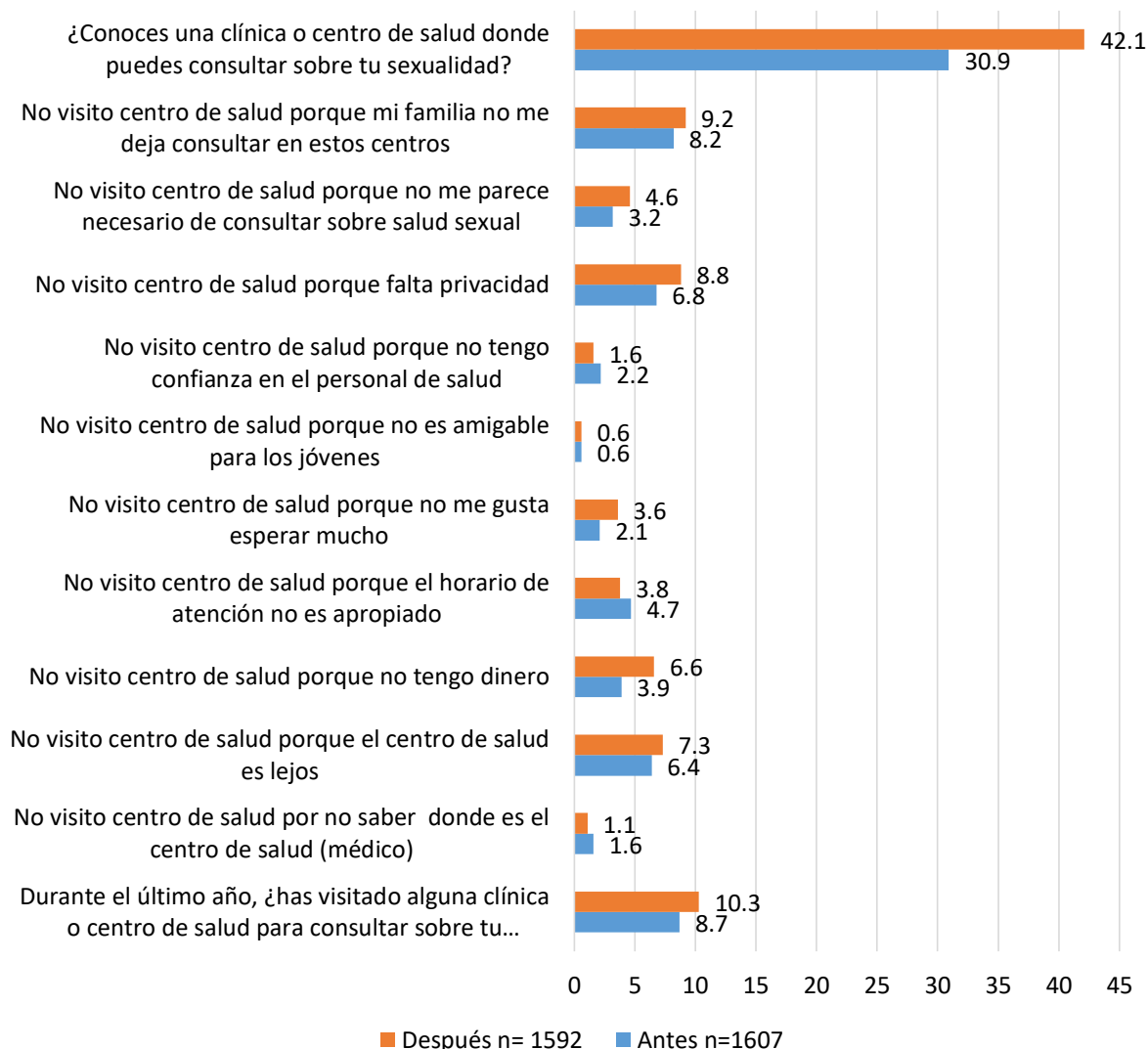


Figura 4: Acceso a servicios de salud previo y posterior a la intervención.
 Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 5, respecto a la dimensión acceso a los servicios de salud, esta se mostró estadísticamente significativa posterior a la intervención ($p= 0,001$) en el reconocimiento de los adolescentes acerca de la ubicación de las clínicas o centros de salud relacionados que ofertan servicios de salud sexual y reproductiva. Pese a el reconocimiento existen razones estadísticamente significativas por parte de los adolescentes para no asistir a los mencionados centros asistenciales por; falta de dinero ($p=0,001$), la demora en el tiempo de espera ($p=0,012$), la falta de privacidad ($p= 0.033$), la idea de no necesitar atención en el tema ($p=0.038$).

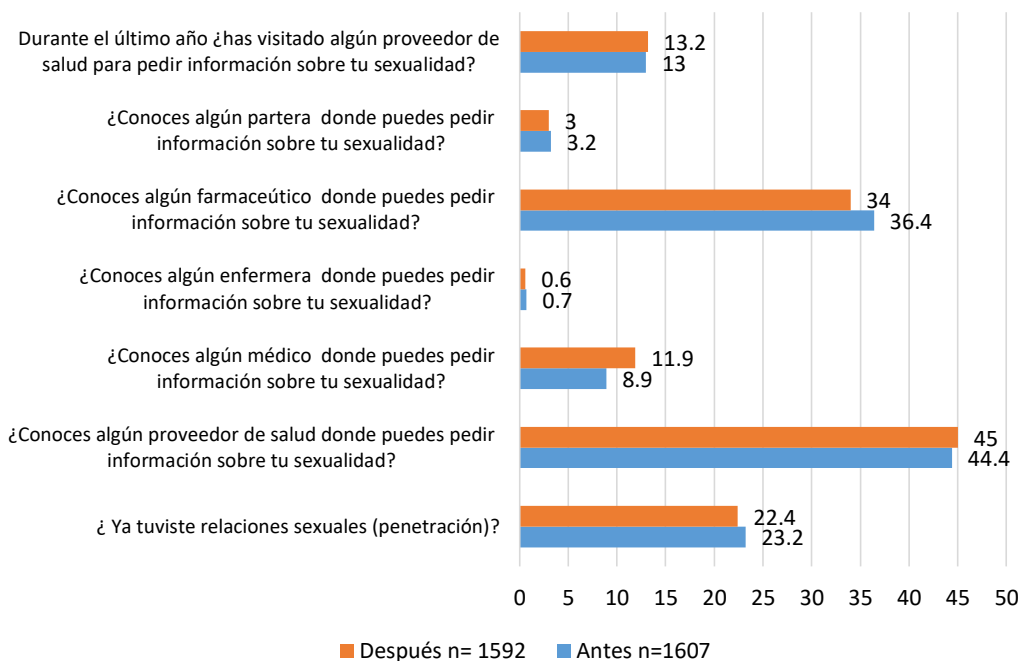


Figura 5: Acceso a servicios de salud, previo y posterior a la intervención.
 Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 6, respecto a la dimensión acceso a los servicios de salud y en lo referente a conocer a proveedores de servicios de salud, se presentó asociación estadísticamente significativa al conocer al médico de un Subcentro ($P=0.001$)

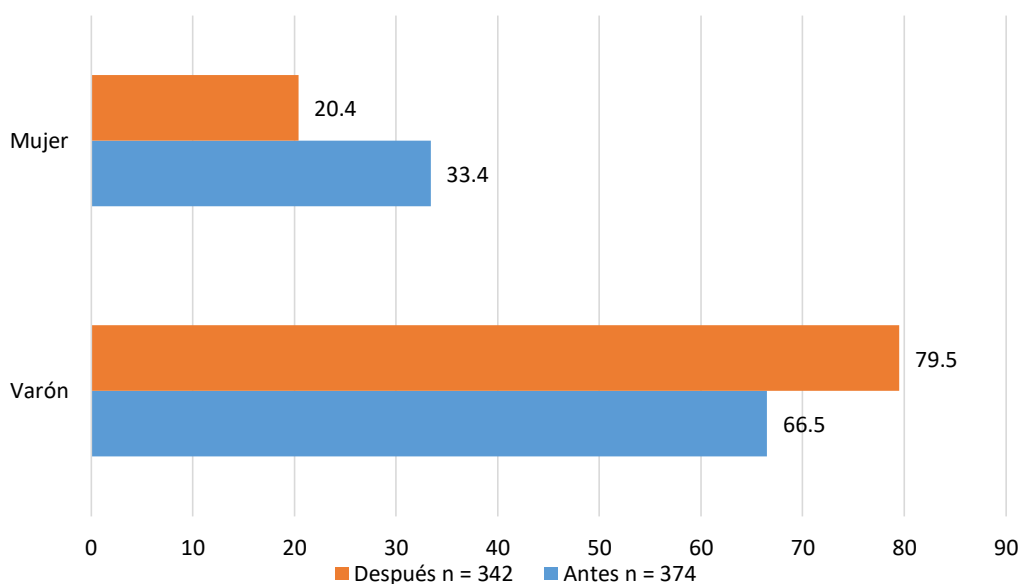


Figura 6: Adolescentes sexualmente activos, previos y posteriores a la intervención
 Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 7 se observa un porcentaje importante de adolescentes que previo a la intervención del Proyecto ya eran sexualmente activos, varones: 66,5% y mujeres (33,4%). Posterior a la intervención del proyecto se incrementó el número de adolescentes varones sexualmente activos mostrándose influencia estadísticamente significativa ($P = 0,001$). En las mujeres disminuyó el porcentaje de adolescentes sexualmente activas (20,4).

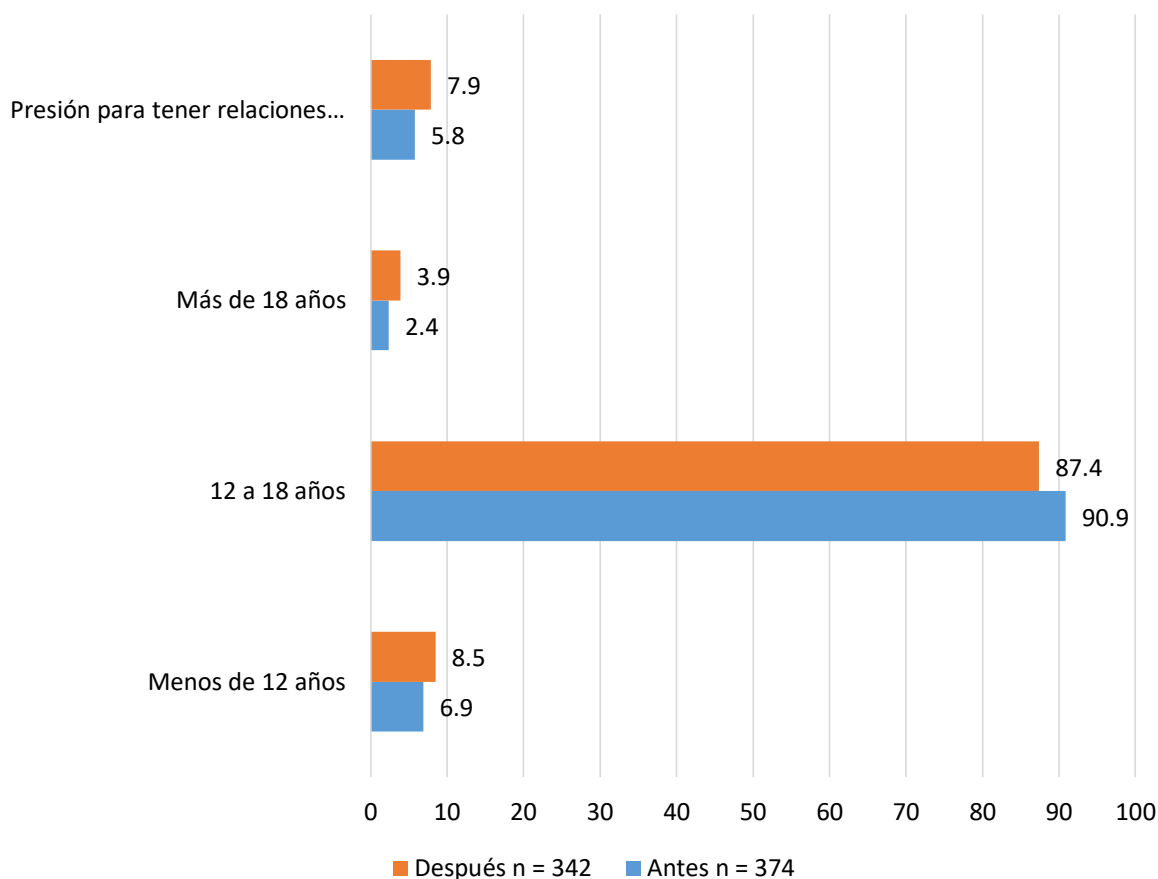


Figura 7: Edad de la primera relación sexual, previo y posterior a la intervención.

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 8, del total de adolescentes sexualmente activos, el 6,9 % inició relaciones sexuales antes de 12 años, el 90,9% lo hizo entre 12 y 18 años, y el 2,4% iniciaron relaciones siendo mayores de 18 años.

Entre las causas que motivaron el inicio de relaciones sexuales, la presión de pares se dio en el 5,8% previo a la intervención, y en el 7,9% posterior a la intervención, hubo incremento porcentual de 2 puntos.

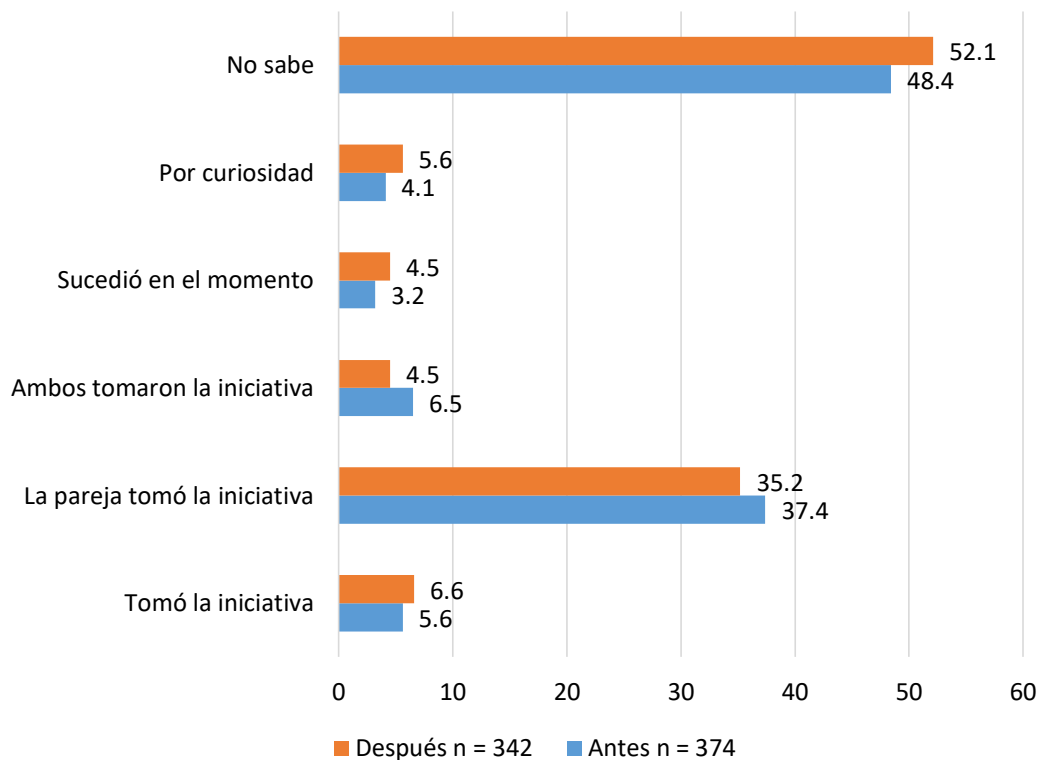


Figura 8: Razón que determinó la última relación sexual, previo y posterior a la intervención.

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 9, indica que posterior a la intervención el porcentaje de adolescente que indicó que no sabía el motivo de la relación sexual se incrementó en un 3,7. El adolescente tomó la iniciativa en un 6,6% y la curiosidad como motivo fue señalada por el 5,6% luego de la intervención.

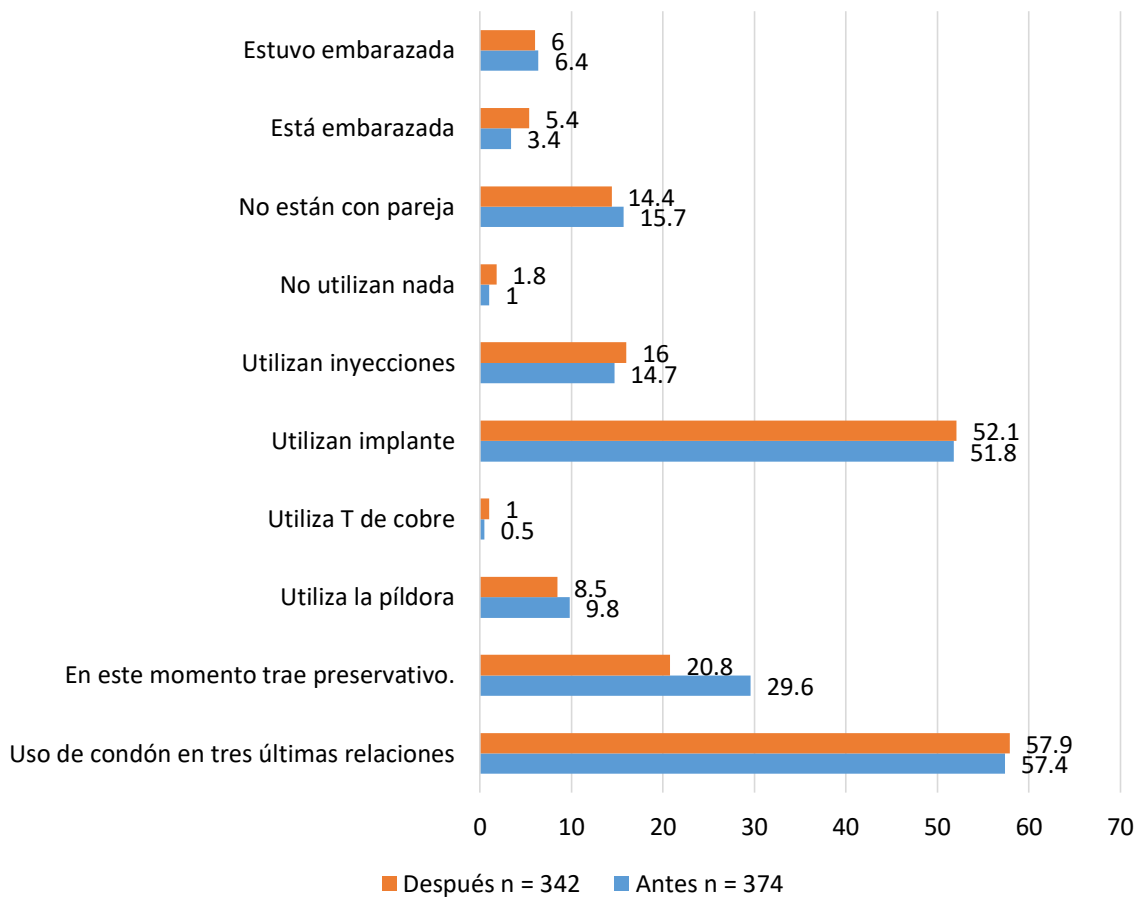


Figura 9: Embarazo y uso de método anticonceptivos, previo y posterior a la intervención.

Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 10 se observa la distribución de adolescentes según tipo de anticonceptivo utilizado previo y posterior a la intervención. Siendo el más frecuente el uso de los implantes, (51,8% y 52,1%) seguido de anticonceptivos hormonales de depósito (14,7% y 16%) Luego de la intervención el uso del preservativo las tres últimas relaciones sexuales, se incrementó en un 0,5%, sin embargo, disminuyó el porcentaje en un 8,8% respecto a si traían ese momento un preservativo. El embarazo adolescente se incrementó en 2 puntos porcentuales luego de la intervención.

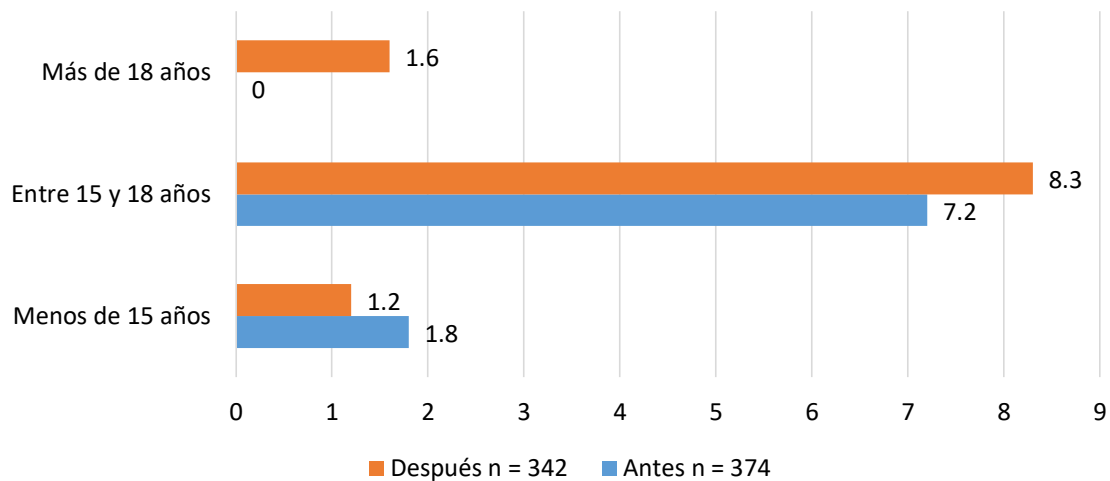


Figura 10: Edad del primer embarazo, previo y posterior a la intervención.
 Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 11 se evidencia que el 1,8% de los adolescentes reportó embarazo antes de los 15 años previo a la intervención, luego de la intervención el porcentaje disminuyó en un 0,6%. El 7,2% se embarazó previo a la intervención entre los 15 y 18 años y posterior a la intervención, se incrementó al 8,3%, mientras que en el grupo etario de mayores de 18 años no se reportó embarazo antes de la intervención, pero si después de la intervención en el 1,6%.

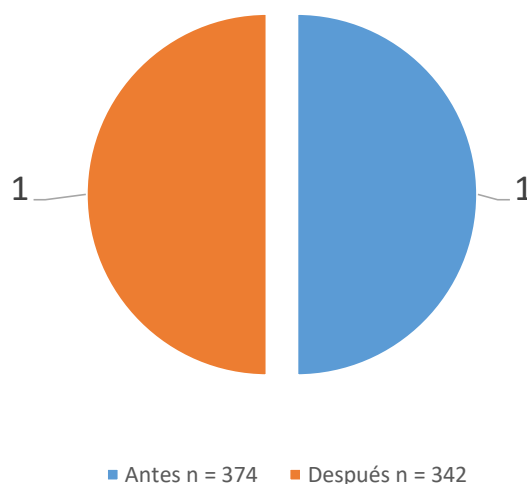


Figura 11: Aborto, previo y posterior a la intervención.
 Fuente: Encuesta del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA) 2014

En la figura 12, entre los adolescentes motivo de estudio el aborto se presentó indistintamente previo y posterior a la intervención en un caso.

4.2. Discusión

Los resultados de la presente investigación debidamente analizados dan cuenta del comportamiento de las variables motivo de estudio, que si bien es cierto pueden resultar similares con algunas investigaciones realizadas en otras realidades, a su vez tienen particularidades no susceptibles de comparaciones toda vez que las poblaciones y contextos difieren notablemente, pese a ello se constituyen en referentes importantes a tener en cuenta.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda del INEC Ecuador en 2010, el 20,5% de la población era adolescente; el 10,6% adolescentes tempranos (10 a 14 años) y, el 9,8% adolescentes tardíos entre 15 a 19 años. En la investigación, los adolescentes tardíos representaron el mayor porcentaje (84,7%).

Por las características de la muestra seleccionada metodológicamente se evidenció un predominio de adolescentes varones (72.3%) En la dimensión familiar, existió mayor convivencia con la madre (87.8%) hecho que corrobora los datos de la presencia de jefatura materna en el hogar de acuerdo a las estadísticas ecuatorianas. (58). Un 8.3% reportó no convivencia con los progenitores, situación que pone de manifiesto la ausencia de familia nuclear en muchos casos asociado a la migración o separación, ya que estadísticamente la zona del Azuay presenta con un alto índice de migración. Datos del INEC señalan un incremento marcado en las cifras de separación y divorcio en los últimos años lo cual constituye un factor de riesgo para el normal desarrollo del adolescente. (58). El 74,7 % de los adolescentes motivo de estudio provienen de familias medianas, por su tamaño, atendiendo a la clasificación descrita por Ortiz y cols. quienes consideran familia *pequeña* a la compuesta por 1 a 3 miembros, *mediana* por 4 a 6 miembros y *grande* por más de 6 miembros (59) El resultado se contrasta con los datos de la estudio transversal, realizado en 1999, en el Policlínico Norte del Municipio de Ciego de Ávila, Cuba, en donde el 64% fueron familias pequeñas (59), este hecho se relaciona con las altas tasas de fecundidad reportadas en el Ecuador hace 15 a 20 años. (60) y con las políticas de planificación familiar que han variado considerablemente desde esa época. (42)

En Colombia uno de cada tres hogares es una familia nuclear completa, es decir está integrada por ambos padres con sus hijos e hijas solteros menores de 18 años. Para el año 2005, en el 30% de los hogares el cabeza de hogar fue una mujer. (61)

En el Ecuador 60,6% reside en áreas urbanas y 39,4% en áreas rurales (43) esta condición facilita el acceso a los servicios de infraestructura básica, situación reportada en más del 50% de la población objeto de estudio. Sin embargo, se debe considerar que un porcentaje no menos importante carece de estos servicios, lo cual limita el derecho en la igualdad al acceso de los servicios básicos de salud y saneamiento ambiental

La pertenencia a una determinada religión se dio en el 91,4% de los cuales solo el 31.8 % lo consideraba importante. Este aspecto es un factor protector en la adolescencia y se relaciona con los hallazgos de la investigación. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana, en la cual un 56 % de los jóvenes se consideró persona religiosa y el 31 % practicaba su culto religioso semanalmente. (62) La actividad laboral por su parte fue reportada en el 6,5% de adolescentes, este hecho no es una condición esperada si consideramos que durante la adolescencia se debe priorizar la preparación y el estudio, considerando que la constitución del Ecuador limita la actividad laboral en este grupo etario. (63) Por otra parte, un importante porcentaje de adolescentes del estudio, afirmo tener pareja o novio (39,1%)

El antecedente de embarazo adolescente en la madre de la población motivo de estudio se reportó en un 21,5% y en el 10% de los hermanos, siendo considerado un factor de riesgo para el embarazo temprano, debido a la replicación de modelos sociales.

La identificación de la influencia de la intervención del Proyecto CERCA, en los indicadores de salud sexual de los adolescentes, cubre la segunda parte del presente capítulo, se inserta en la necesidad de visibilizar los cambios que se producen luego de la intervención en el tema, y sobre todo invita a mirar a los adolescentes como un grupo especial con necesidades propias a nivel general y particularmente en el área de la salud sexual y reproductiva. (64)

El mercadeo social ha demostrado el mayor impacto sobre conductas tales como la comunicación con madres y padres. (65) También se ha alcanzado el cambio conductual difundiendo contenidos educativos, incluyendo temas de educación sexual y prevención del embarazo, en telenovelas, series, y otros formatos de entretenimiento en radio, televisión; así como los nuevos medios electrónicos y dispositivos móviles. (66) Algunas de estas estrategias fueron desarrolladas durante el Proyecto CERCA

Existió diferencia estadísticamente significativa, en la búsqueda de información relacionada a sexualidad luego de la implementación del proyecto, al parecer, determinada por el incremento de conocimientos. Se reflejó en la menor búsqueda de información en libros y diccionarios así como en la percepción del manejo suficiente de información sobre sexualidad, esta situación se respalda en los resultados presentados al aplicar la estrategia *Sixteen and Pregnant*, una serie documental sobre madres adolescentes difundida por el canal MTV, con una estimación de reducción de hasta un 5.7% en la incidencia de los embarazos adolescentes en Estados Unidos. (67)

Los programas de educación sexual comunitarios o vinculados con escuelas que incluyen a las madres y los padres para promover la comunicación sobre sexualidad en las familias también han demostrado impacto en estudios experimentales. (23) Los resultados del Proyecto CERCA el indicador comunicación, corroboran lo mencionado anteriormente.

Respecto a la dimensión acceso a los servicios de salud, luego de la intervención, existió diferencia estadísticamente significativa (0,001) en el reconocimiento de los adolescentes respecto a la ubicación de las clínicas o centros de salud que ofertan servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Como lo señala la Organización Mundial de la Salud, la accesibilidad a los servicios de salud para adolescentes, se refiere a que puedan obtener los servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, con o sin cita y en lugares, con horarios y costos al alcance de los adolescentes que estudian o trabajan; que los adolescentes acepten y utilicen los servicios, que estos sean atendidos por proveedores empáticos,

quienes omitan juicios morales y en espacios amigables con acceso a información (68)

En relación a la accesibilidad económica los adolescentes refirieron que no acudían a la consulta por falta de dinero ($p= 0,001$), en cuanto a las dificultades en la accesibilidad institucional la demora en los tiempos de espera ($p=0,012$) la falta de privacidad ($p=0,033$) fueron los más relevantes y en relación al ámbito personal, el sentimiento de invulnerabilidad propio de esta etapa manifestada en la idea de no necesitar atención en el tema ($p=0,038$) resultaron significativas.

En el año 2012, un estudio realizado por Moreno y Púa en Colombia en relación a la accesibilidad institucional, los adolescentes realizaban una cadena de pasos hasta cubrir la demanda de atención ver satisfecha. Entre las limitantes se reporta una banda horaria estrecha, ser atendido por una persona concreta, realizar un “recorrido asistencial” con trámites o pasos innecesarios para la prestación del servicio, acudir a consulta en horarios no compatibles, entre otras), situaciones similares se reportaron en el presente estudio.

·Está demostrado que las y los adolescentes aumentan la utilización de un servicio cuando cumple con aspectos relacionados a personal capacitado, instalaciones acogedoras y atractivas, información sobre la ubicación de los centros y comunicación con los miembros de la comunidad para promover y favorecer la importancia de la prestación de servicios de salud para adolescentes. (69) Sobre el tema de los anticonceptivos, de acuerdo a lo presentado por Frieden Thomas, la tasa de falla del condón es de hasta 18,70 % en uso típico, y su efectividad depende del uso correcto y constante. Las tasas de efectividad y continuidad son similares o mayores a las de los óvulos, jaleas y espumas, que también están entre las opciones más usadas por los adolescentes. La siguiente opción son las pastillas anticonceptivas, que reportan problemas de adherencia y continuidad en el uso, por lo que, al igual que el condón, ponen a las adolescentes en riesgo de embarazo.

·Los métodos anticonceptivos con menor probabilidad de falla son los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), como los inyectables, los dispositivos y sistemas intrauterinos y los implantes. (30) El estudio CHOICE

que incluyó a más de 5,000 mujeres, encontró que en el grupo de 14–17 años, 69% eligieron un método ARAP, principalmente implantes hormonales, y 61% en el grupo de 18–20 años, principalmente el DIU o SIUH. (37)

Según la investigación desarrollada en Cuba, el uso del condón o preservativo como método anticonceptivo fue su respuesta número uno después de la intervención, además de evitar el embarazo, protege de las infecciones de transmisión sexual. (70) Los datos del Proyecto CERCA, concuerdan con lo reportado.

En México, un estudio reciente reporta que solamente 45% de una muestra de adolescentes de 19 años tenía conocimientos correctos sobre el uso del método anticonceptivo de emergencia. (71) Sobre los anticonceptivos Rodríguez y cols., en la investigación realizada en Cuba, sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC) demostró que no hay buen dominio sobre la mayoría de los que existen, con excepción del preservativo o condón, donde el 95 % lo señaló. En el sexo femenino hubo un mayor conocimiento de los métodos (72) los datos del Proyecto CERCA, corroboran esta situación al existir significación estadística respecto al conocimiento y uso del condón en la población investigada.

ALCANCES DEL PROYECTO

La estrategia desarrollada en Estados Unidos con la participación inter-institucional se considera un modelo a seguir por haber logrado reducir la tasa de fecundidad adolescente de 47.7 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en el año 2000 a 26.6 en 2013. La tasa de reducción ha mejorado paulatinamente, el descenso en un solo año (2012 a 2013) fue de 10 por ciento. (14)

El programa de México “En Buen Plan...Planifiquen” desarrollo acciones entre 1994 hasta el año 2000, para la prevención y atención del embarazo adolescente a través de información, educación y comunicación, al ser evaluado en 1998, se determinó que los adolescentes atendidos tenían más conocimientos, pero mantenían o

conservaban las mismas actitudes, valores y prácticas que los jóvenes atendidos por otras instituciones; y que la mayor parte de los servicios otorgados eran consultas de atención prenatal a adolescentes embarazadas. Los datos obtenidos tras la implementación del Proyecto CERCA, corroboran el estudio señalado, ya que la mayor modificación se produjo en conocimientos. (73)

La edad para el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes se ubica cada vez en edades más tempranas. En España, según la II Encuesta Schering sobre Sexualidad y Anticoncepción, en la Juventud Española, la media de edad de inicio de las relaciones sexuales entre los jóvenes ha bajado a los 15,9 años, tanto en hombres como mujeres, frente a los 17 años de media de hace 3 años. (74) Las encuestas demográficas y de salud de las mujeres en Centro y Sudamérica, señalan que altos porcentajes de adolescentes en México, El Salvador y Brasil tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 15 años. Datos estadísticos muestran, que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66 % de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. (75) En La Habana, resultados de estudio realizado en el Municipios La Lisa en el año 2005, expuso que más del 75% de los adolescentes estudiados tuvieron su primera relación antes de los 16 años de edad. (76)

En el Ecuador desde el año 1999 se puede identificar un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes. Según la encuesta demográfica ENDEMAIN 1999, el 43.5% de mujeres entre los 15 y 24 años había iniciado relaciones sexuales, para el año 2004 este porcentaje aumento al 47%. (5) En la encuesta ENDEMAIN del 2004 se evidencia que habrían iniciado relaciones sexuales el 27% de mujeres entre los 15 a 19 años y el 70% de las mujeres entre 20 a 24 años, para ese año 7 de cada 10 mujeres de hasta 24 años habrían iniciado vida sexual. Para el año 1994, el promedio de edad para el inicio de las relaciones sexuales en mujeres fue de 19.8 años, de 19.1 para el año 1999 y de 18.8 para el año 2004. Piña F. y col demuestran que en el año 2006 el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales en el Cantón Cuenca fue de 15 +/- 2, siendo el promedio para los varones de 15 años y 17 años para las mujeres. (42). Del total

de adolescentes intervenidos por el Proyecto CERCA, de los adolescentes sexualmente activos, el 6,9 % inició relaciones sexuales antes de 12 años, entre 12 y 18 años, el 90,9% y mayores de 18 años el 2,4%.

Los datos obtenidos por el Proyecto CERCA, indican que antes de la intervención tanto varones como mujeres eran sexualmente activos en el 66,5 % y 33,4 % respectivamente.

Respecto al indicador relaciones sexuales, luego de la intervención del Proyecto CERCA existió diferencia estadísticamente significativa en los varones ($p = 0,001$), lo cual demuestra que tras la intervención se dio un aumento en las relaciones sexuales, hecho corroborado en el análisis de cuatro programas de abstinencia sexual y uno de educación sexual en la escuela que se asociaron a un aumento del número de embarazos entre las parejas de los adolescentes del sexo masculino que participaron en dichos programas. El número de embarazos fue significativamente menor en las adolescentes que participaron en el programa multifacético. (77) En lo referente a mujeres, sucedió lo contrario ya que la significación estadística se dio en la disminución de las relaciones sexuales, este hecho se corrobora con la estrategia estadounidense, que a través de documentales redujo la incidencia de relaciones sexuales y embarazo adolescente en mujeres (67) Se debe mencionar que durante la adolescencia media (14-16 años) existe una fuerte influencia del grupo de pares, propia de esta etapa. Entre las causas que motivó el inicio de relaciones sexuales, la presión de pares se dio en el 5,8% previo a la intervención, y en el 7,9% posterior a la intervención.

En investigaciones que han utilizado la estrategia de pares, al comparar con grupos control, se considera que los modelos de pares pueden ser más efectivos cuando los promotores juveniles se dedican a sensibilizar y referir a servicios y a expertos. (78)

Respecto al tema de anticoncepción (ENDEMAIN, 2004), en adolescentes de 15-19 años, se reportó que existe una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se reportó como muy bajo: sólo 13.5%

de las adolescentes usaron algún método, pues no esperaban tener relaciones sexuales. (42)

En la encuesta ENDEMAIN 2004 cerca de la mitad de mujeres entre 14 a 15 años ha mantenido una relación sexual. De las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solo el 14% reporto el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. (42) Los resultados del Proyecto CERCA reportaron que los adolescentes las tres últimas relaciones sexuales utilizaron preservativos, previo a la intervención y posterior a la intervención el 9,8% y el 8,5% respectivamente

Considerando los datos obtenidos en las encuestas del Proyecto CERCA, el 1,8% de adolescentes motivo de estudio se embarazo antes de los 15 años, previo a la intervención, y 1,2% posterior a la intervención. El 7,2% se embarazo previo a la intervención entre los 15 y 18 años y posterior a la intervención, se incrementó al 8,3%, mientras que en el grupo etario de mayores de 18 años no se reportó embarazo antes de la intervención, pero si después de la intervención en el 1,6%. Estos datos concuerdan con el diseño metodológico empleado, pues los resultados fueron evaluados a través de la post-encuesta dos años luego de la intervención, por lo que la edad varió, y coincide con el aumento de las relaciones sexuales especialmente en hombres, situación analizada previamente.

La investigación en salud sexual y reproductiva de Jóvenes Indígenas, Análisis y Propuestas de Intervención, desarrollada con el apoyo del Instituto Nacional de Desarrollo Social, Convocatoria de Vertiente de Investigación 2012 en México, al evaluar el trabajo de la organización de la Salud Integral para la Mujer (SIPAM), en la preparatoria Benito Juárez reporto una disminución de embarazos no deseados, una mayor comunicación y confianza con el personal médico, se promocionaron los servicios médicos y los jóvenes acudían a ellos. Las actividades diseñadas por el personal de salud como ferias, pláticas y talleres brindaron información y confianza para acudir a los servicios públicos de salud. Se lograron vínculos con centros de salud y trabajo interinstitucional. Se diseñaron materiales educativos y se trabajó con padres de familia en temas de sexualidad. (79) Los resultados del Proyecto

CERCA, reportaron mejor acceso a los servicios de salud e identificación del personal médico.

Según la OMS, el 40% de abortos al año se deben a los embarazos no deseados, las edades de estas posibles madres están entre los 10 y 24 años. En la presente investigación el aborto se presentó indistintamente previo y posterior a la intervención en un caso.

CAPÍTULO VI

5. CONCLUSIONES

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

1. Entre las características sociodemográficas de orden biológico, la edad, los adolescentes tardíos representaron el 84,7%, varones en el 72,3% de los casos. El antecedente de embarazo adolescente, considerado como factor de riesgo se reportó en la madre (21,5%) y hermanos (10%).
2. En el orden familiar, los adolescentes en su mayoría (74,7%) procedían de familias constituidas en promedio por cuatro miembros, el 39,1% tenía pareja o novio, el 8,3%, tuvieron una convivencia inferior a tres años con ambos progenitores.
3. En el orden social, El 50% de adolescentes reportó vivir en condiciones sanitarias adecuadas. El 6,5 % estaba desarrollando actividad laboral, pertenecía a una religión el 91,4%, sin embargo, sólo el 31.8 % la considero importante.
4. Entre los indicadores de salud sexual y reproductiva, la autoestima alta, se mantuvo antes y después de la intervención. Sólo el 1,3% de adolescentes respondió negativamente respecto a poseer cualidades. Un 5% manifestó sentirse fracasado. No se demostró diferencia estadísticamente significativa.
5. Se demostró diferencia estadísticamente significativa posterior a la intervención del proyecto específicamente en al valor otorgado al éxito escolar masculino ($p= 0,027$) desde la percepción de los adolescentes, Así como, en la percepción del rol de la mujer como esposa y madre ($p=0,001$). La autoridad del padre fue percibida como superior en relación al de la madre.
6. Posterior al Proyecto, se demostró influencia estadísticamente significativa respecto a conocimientos y búsqueda de información sobre salud sexual y reproductiva ($p=0,017$), facilidad del adolescente para tratar temas de

sexualidad ($p=0,038$), sin embargo, se presentó menor disposición para hablar con líderes religiosos sobre el tema ($p=0,025$).

7. Se demostró diferencia estadística posterior a la intervención del proyecto ($p=0,001$) respecto al acceso a los servicios, reconocimiento de la ubicación de los centros de salud, conocimiento del médico de un subcentro ($p=0,001$) que ofertaban servicios de salud sexual y reproductiva, pese a ello no asisten a consulta por falta de dinero ($p=0,001$), demora en el tiempo de espera ($p=0,012$), falta de privacidad ($p=0,033$), o por considerar que no requieren atención ($p=0,038$).
8. Posterior a la intervención del Proyecto, la actividad sexual se dio en 66,5% de hombres y 33,4 % de mujeres. El 6,9 % se había iniciado antes de 12 años, influencia estadísticamente significativa ($p=0,001$) con incremento de la actividad sexual en los hombres. El porcentaje de las adolescentes sexualmente activas disminuyó en un 13%.
9. No hubo diferencia estadísticamente significativa en indicadores de salud sexual y reproductiva como: presión de pares para el inicio de relaciones sexuales, número de adolescentes que no sabía el porqué de su última relación sexual, ni en el número de quienes tomaron la iniciativa para iniciar relaciones sexuales, tampoco en el uso de métodos anticonceptivos como implantes, anticonceptivos inyectables ni en el uso de preservativo.
10. El embarazo adolescente se incrementó en el 2% general en el rango de 15 a 18 años en el 1,1%, el grupo mayores de 18 años en los que no se reportó embarazo antes de la intervención, se dio en un 1,6% posterior a la intervención. El aborto se presentó indistintamente previo y posterior a la intervención en un caso.

CAPÍTULO VII

6. RECOMENDACIONES

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

1. Que los resultados de la presente investigación sean valorados por las instancias competentes en el cuidado de la salud sexual y reproductiva como un referente para el desarrollo de actividades educativas y de promoción de la salud, considerando que es la investigación científica, la única herramienta generadora de conocimientos para direccionar las intervenciones partiendo de datos objetivos.
2. En razón de la complejidad que reviste el comportamiento humano, más aún el de los adolescentes por los cambios psicológicos particulares que en esta etapa se producen, a quienes estén interesados en continuar con esta línea de investigación se sugiere, que las investigaciones sean interdisciplinarias para que el abordaje de la problemática a través de la investigación científica se realice con carácter integral y visión amplia de la problemática.
3. Visto que pese a la intervención de un Proyecto de gran alcance (Proyecto CERCA) algunos indicadores de salud sexual y reproductiva se han mantenido inmodificables y otros incluso se han incrementado negativamente posterior a la intervención, se recomienda que la atención de la problemática de la salud reproductiva se realice en coordinación intersectorial e interinstitucional como medio para que todos los actores del Estado y de la sociedad civil que tienen responsabilidades y competencias en el tema de la salud sexual y reproductiva, asuman un papel activo en función de una agenda común cuyo objetivo este

orientado a fortalecer las habilidades sociales de los adolescentes para el afrontamiento de esta etapa de gran vulnerabilidad.

4. Para que las acciones de coordinación sean eficientes y efectivas es necesario crear espacios de discusión, encuentro y trabajo conjunto con estos actores mediante alianzas estratégicas tanto para las acciones del orden nacional como para las territoriales y locales.
5. En el ámbito de la coordinación interinstitucional e intersectorial es importante promover canales de comunicación con otras naciones y organizaciones, en lo que se refiere a cooperación técnica, logística o financiera contextualizada en las líneas de acción prioritarias.
6. Promover la atención diferenciada en las instituciones educativas, sanitarias y en el ámbito familiar, fortaleciendo los procesos de información y comunicación.
7. Los prestatarios de salud deberían contemplar las necesidades sentidas de los adolescentes respecto a la no utilización de los servicios de salud: falta de dinero, demora en el tiempo de espera, falta de privacidad. Eliminando estas barreras los servicios serán: amigables, efectivos y accesibles.
8. Desarrollar acciones preventivas en el área de la salud sexual y reproductiva como un elemento fundamental debido al inicio de vida sexual activa en edades cada vez menores, el aumento de las tasas de embarazo, así como fomentar la atención extramural para disminuir las situaciones de riesgo de los adolescentes, trabajando primordialmente con la familia.
9. Garantizar a partir de la acción del Estado, los derechos a la convivencia en familia, y no desarrollar actividades productivas que propicien la discriminación para los adolescentes.

CAPÍTULO VIII

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2016 11 03]. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.
2. OMS. Alma Ata. Ginebra.; 1978.
3. Declaración de Alma Ata : Atención a la Salud : Legislación en Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 01 21. Available from: <http://legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=37&item=6>.
4. MSP E. Plan de prevención del embarazo en adolescentes Quito: MSP; 2012.
5. MSP. Manual de Normas de Atención al Adolescente Ecuatoriano Quito: MSP; 2009.
6. CERCA P. Boletín No. 1. Cuenca.; 2010.
7. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: Forjemos el futuro Ginebra: OMS; 2003.
8. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015 [cited 2015 agosto 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
9. Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo Población DdAEySDd, editor. Nueva York: Naciones Unidas; 2014.
10. Harden Aea. "Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies.". BMj. 2009 Jun; 339.
11. Bradfordshire Uo. Teenage Pregnancy Knowledge Exchange. [Online].; 2014 [cited 2016 08 14. Available from:

<http://www.beds.ac.uk/howtoapply/departments/healthsciences/teenage-pregnancy-knowledge-exchange>.

12. Kappeler EMyAFF. "Historical context for the creation of the Office of Adolescent Health and the Teen Pregnancy Prevention Program." *Journal of Adolescent Health*. 2014 Jun; 54(3).
13. Farb AFea. "From Mission to Measures: Performance Measure Development for a Teen Pregnancy Prevention Program." *Journal of Adolescent Health*. 2014 Sep; 54(3).
14. Estados Unidos DoHaHSOoAH. Trends in Teen Pregnancy and childbearing. [Online].; 2014 [cited 2015 10 10. Available from: <https://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-development/reproductive-health-and-teen-pregnancy/teen-pregnancy-and-childbearing/trends/index.html>.
15. Baird Sea. "The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women." *Health economics*. 2010 Jun; 19(S1).
16. Chandra-Mouli V. "What has not worked: Evidence from research and evaluations of interventions that have not improved the sexual and reproductive health of adolescents". In International Best Practices consortium meeting,; 2013; Washington DC.
17. Durlak JAyEPD. "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation." *American journal of community psychology*. 2008; 41(3): p. 327-350.
18. UNPFA. Fondo de Población de Naciones Unidas, Buenas prácticas en promoción de salud sexual y reproductiva. [Online].; 2006 [cited 2015 agosto 15. Available from: <http://lac.unfpa.org/public/pid/815>.
19. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [Online].; 2010 [cited 2016 agosto 22. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281s.pdf..>

20. Fonner VA,ea. School Based Sex Education and HIV Prevention in Low–and Middle–Income Countries: A Systematic Review and Meta– Analysis. Plos ONE. 2014 septiembre; 3.
21. Maness SByERB. A Systematic Review of Pregnancy Prevention Programs for Minority Youth in the US: A Critical Analysis and Recommendations for Improvement. Journal of Health Disparities Research and Practice. 2013 junio; 2.
22. Chin HB,ea. The effectiveness of group–based comprehensive risk–reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, HIV, and STDs: two systematic reviews for the Guide to Community Prevention. American journal of preventive medicine. 2012 noviembre; 42(3).
23. Atienzo EE,ea. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. In Atienzo EE,ea. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. México: Salud Pública de México; 2011. p. 160-171.
24. OMS. Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent–friendly health services. [Online].; 2012 [cited 2016 noviembre 5. Available from:
www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/.
25. OMS. Global consultation on adolescent–friendly health services. A consensus statement.. In Global consultation on adolescent–friendly health services. A consensus statement. ; 2001; Ginebra. p. 6.
26. People UIaTToY. Maternal, newborn, child and adolescent health. [Online].; 2006 [cited 2015 noviembre 10. Available from:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/trs_938/en/.
27. OMS. Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries. In Preventing HIV/AIDS in young people:

A systematic review of the evidence from developing countries. Ginebra: OMS; 2006. p. 151-159.

28. Napierala Mavedzenge SM,AMDyDAR. HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of adolescent health*. 2011 febrero; 49(6).
29. Denno D M HAJyCV. Providing adolescents sexual and reproductive health services and increasing adolescent demand and community support for their provision: What works?. *Journal of Adolescent Health*. 2014 september; 22(41).
30. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health*. 2010 abril; 100(4).
31. Casanova Padilla E. Por una Maternidad MC. Modelo integral de calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva, SIPAM. In México CPpuMsRe, editor. Por una Maternidad MC. Modelo integral de calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva, SIPAM. México; 1997 Sep (pp.). p. 283-297.
32. Municipio de Medellín. Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín ASCODES , editor. Medellín; 2008.
33. Wellisch LDyJC. LARC First: What the General Pediatrician Needs to Know about IUDs and Contraceptive Implants. *Pediatric Annals*. 2013 september; 42(9).
34. Russo JA,EMaMAG. Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC). *Journal of Adolescent Health*. 2013 september; 52(4).
35. McNicholas CaJFP. Long-acting reversible contraception for adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2012 octubre; 24(5).
36. Deans ElyDAG. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception*. *Contraception Journal*. 2009 febrero; 418(23).

37. Mestad Rea. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception Journal*. 2011 abril; 84.
38. Rosenstock JR,ea. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *The New England Journal of Medicine*. 2012 may; 120(6).
39. Whitaker AK,ea. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2009 december; 116(20).
40. Eisenberg DCMYJFP. Cost as a barrier to long-acting reversible contraceptive (LARC) use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2013 abril; 52(4).
41. Perú MdS. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021, UNFPA/AECID. [Online].; 2011 [cited 2016 11 15]. Available from:
<http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente-2013-2021.pdf>.
42. MSP. Encuesta Demografica y de Salud Materna e Infantil Quito: MSP; 2004.
43. MSP. Boletin de indicadores basicos de salud del Ecuador; 2005.
44. Congreso Nacional del Ecuador. Código de la Niñez y Adolescencia, Teoría de la Protección Integral. In ; 2010; Quito.
45. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud - Centro de Prensa. [Online].; 2014 [cited 2015 04 10]. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>.
46. Banda González Olga Lidia MMMRIGCPVSMGVTGE. Conducta sexual y riesgo de embarazo temprano en adolescentes de Cd. Victoria, Tamaulipas. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. [Online].; 2010 [cited 2016 11 29]. Available from:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000100003&lng=es.

47. University of Maryland Medical Center. Retrieved 9 April 2017, from. Pubertad y adolescencia.. [Online].; 2015 [cited 2015 08 04. Available from: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/pubertad-y-adolescencia>.
48. Chitacapa Nivicela LF,FMJE,&LCEM. Prevalencia de embarazo y factores de riesgo asociados en las adolescentes del Hospital Obstetrico "Angela Loayza de Ollague" - Google Search. [Online].; 2014 [cited 2016 10 11. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20268>.
49. Mafla AC. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral.. 2008. Colomb Med, 39(1), 41-57.
50. Morlchetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos.. 2007. Notas de población.
51. López A, Abracinskas L. El debate social y político sobre la ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Cuadernos del UNFPA, serie Divulgación. 2009..
52. Lillo J. Scielo, artículos. [Online].; 2004 [cited 2014 Julio 8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200005&script=sci_arttext.
53. B. Louise, Anne y Bouffard R. Autostima para quedarse más y relacionarse mejor. In Narea E, editor. Autostima para quedarse más y relacionarse mejor. Madrid ; 2005. p. 16.
54. M C, C D, O C, L R. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. [Online].; 2012 [cited 2016 11 29. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3436>.
55. N B. Los seis pilares de la autoestima. [Online].; 2015 [cited 2015 04 09. Available from: <http://cidecame.uaeh.edu.mx/lcc/mapa/P>.

56. Barbón Pérez Olga Gloria. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE COMUNICACIÓN GYPDEACe[2[2N2, 19-25. 11). ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE COMUNICACIÓN, GÉNERO Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.. [Online].; 2011 [cited 2016 11 29. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artt.
57. Azevedo JP,FMHSEea. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos.. [Online].; 2012 [cited 2016 11 29. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/text/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.txt>.
58. Instituto Ecuatoriano de Censos INEC. Censo Nacional de Población y Vivienda Quito: INEC; 2010.
59. Caracterización del estado de salud de las familias pertenecientes al consultorio No.37 del policlinico norte. [Online].; 2017 Retrieved [cited 2017 04 13. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/articulos/a4_v9_supl203.htm.
60. INEC. Indicadores Basicos de Salud. ; 2009.
61. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud: resumen. Bogotá: Profamilia; 2006.
62. Juan C. González-Quiñones ea. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. [Online].; 2012 [cited 2016 11 10. Available from: <http://www.scielosp.org/>.pdf.
63. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador Montecristi: Asamblea Nacional del Ecuador; 2008.
64. Willoughby JF. "Everyone Has Questions Developing a Social Marketing Campaign Promoting a Sexual Health Text Message Service.". Social Marketing Quarterly. 2013 Jun; 19(4).

65. Davis KC,WDEyKK. “Effectiveness of a National Media Campaign to Promote Parent–Child Communication About Sex.”. 2013..
66. Jones RDRHyLJL. “A randomized controlled trial of soap opera videos streamed to smartphones to reduce risk of sexually transmitted human immunodeficiency virus (HIV) in young urban African American women.”. Nursing Outlook. 2013 Mar; 61(4).
67. Kearney MSyPBL. Media Influences on Social Outcomes: The Impact of MTV’s 16 and Pregnant on Teen Childbearing. Documento de trabajo del NBER No. w19795. National Bureau of Economic Research. [Online].; 2014. [cited 2015 08 24. Available from: <http://www.nber.org/papers/w19795>.
68. Organización Mundial de la Salud (OMS). Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent–friendly health services, OMS. [Online].; 2012 [cited 2015 06 06. Available from: www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/.
69. Dick B FBCVea. Review of the evidence for interventions to increase young people’s use of health services in developing countries. In.
70. (Alpízar Navarro J, Rodríguez Jiménez P, Cañete Villafranca R. Intervención educativa sobre educación sexual en adolescentes de una escuela secundaria básica. Unión de Reyes, Matanzas, Cuba.. Revista Médica Electrónica,. 2014 Jun; 36(5).
71. Leyva–López Aea. “Anticoncepción de emergencia en estudiantes mexicanos.”. Salud Pública de México. 2010 Apr; 52(2).
72. Rodríguez Cabrera AeaENdSPLHC. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública.. 2013; 39(1).
73. Dirección General de Salud Reproductiva. Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estrategia Nacional para la

Prevención del Embarazo en Adolescente México D.F. : Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva; 2000.

74. Cortés Alfaro A, Marleidys Fiffe Y, García R. "Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes" Rev Cubana Med Gen Integr 2007; en:, 23(1). [Online].; 2007 [cited 2016 05 05. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_01.
75. C. M. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe. [Online].; 2002 [cited 2014 10 12. Available from: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssaludsexual.pdf>..
76. Vaillant M,DCyMY. Prevención del embarazo en adolescentes.. Revista Cubana de Enfermería.Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/14/12>.. 2016 Aug; 28(2).
77. Revista Panamericana de Salud Pública. Eficacia de las intervenciones para reducir los embarazos no deseados en adolescentes. Revista Panamericana de Salud Pública On-line versión ISSN 1680-5348. 2002 Jul; 12(1).
78. Michielsen Kea. "Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial.". BMC public health. 2012; 12(1).
79. SIPAM. SIPAM. [Online].; 2012 [cited 2014 Junio 12. Available from: http://www.sipam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=53.
80. Calle A. Lógica Esencial. 2016. Adaptado del documento descriptivo de Lógica Esencial.

CAPÍTULO VIX

8. ANEXOS

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

Código 2:

.....



ENCUESTA PROYECTO CERCA

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

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

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

Introducción y consentimiento informado:

Buenos días (tardes), mi nombre es _____ y trabajo para la **Universidad de Cuenca**. Estamos visitando tu colegio para aplicar una encuesta sobre el estado de salud de los y las adolescentes. Tus

DATOS GENERALES		
No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 001	¿Cuál es tu sexo?	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
P 002	¿En qué año naciste?	
P 003	¿Actualmente trabajas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

respuestas serán de gran ayuda para nuestro estudio el cual busca maneras para mejorar la salud de los y las adolescentes en Ecuador. La información que nos proporciones será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines del presente estudio.

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

La encuesta tomará 30 minutos. ¿Te gustaría participar?

SÍ NO

Código 2:

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

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

AUTOESTIMA

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

P 019	¿Piensas que tienes algunas cualidades?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 020	¿En general, sientes que eres una persona fracasada?	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

PERCEPCIÓN DE GÉNERO

No.	Preguntas	Posibles respuestas
	Indica si estás de acuerdo con lo siguiente:	
P 021	Decir groserías es peor para una muchacha que para un muchacho.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 022	En una cita, el muchacho debe correr con todos los gastos.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 023	Como promedio, las muchachas son tan inteligentes que los muchachos	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 024	En la familia, los muchachos deben ser más motivados que las muchachas para ir a la escuela.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo.
P 025	Está bien que una muchacha guste de jugar deportes rudos.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

P 026	En general, el papá debería tener más autoridad que la mamá en la toma de decisiones familiares.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 027	Está bien que una muchacha invite a un muchacho a salir.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 028	Es más importante para los muchachos que para las muchachas de tener buenos resultados en la escuela.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 029	Si tanto el esposo como la esposa tienen trabajo, el marido debería compartir el trabajo del hogar en actividades como el lavado de platos y de la ropa.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 030	Los muchachos son mejores líderes que las muchachas.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 031	Las muchachas deberían preocuparse más por convertirse en buenas esposas y madres que en desear una carrera profesional o comercial.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo
P 032	Las muchachas deberían tener las mismas libertades que los muchachos.	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo

CONOCIMIENTOS Y BUSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD

No.	Preguntas	Posibles respuestas
P 033	<p>¿Consideras que manejas información suficiente en el tema de sexualidad?</p> <p>'SEXUALIDAD' se refiere por ejemplo a los sentimientos sexuales, deseo, comportamientos, homosexualidad, uso de métodos, enfermedades sexuales, etc.?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P 034	Durante el último año, ¿cuántas veces has buscado información sobre el tema de sexualidad en folletos, libros de colegio, diccionarios, enciclopedias, internet y libros?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez => SALTA A LA PREGUNTA P036 <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/> No sé
P 035	<p>¿Dónde buscas información sobre el tema de sexualidad?</p> <p>(puedes anotar más de una opción)</p>	<input type="checkbox"/> Folletos <input type="checkbox"/> Libros de colegio <input type="checkbox"/> Diccionario <input type="checkbox"/> Enciclopedia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Libros

		<input type="checkbox"/> Otro, indica: <input type="checkbox"/> En ninguna parte
P 036	¿Puedes nombrar 3 temas relacionados con tu sexualidad de los cuales te gustaría actualmente recibir más información?

COMUNICACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD

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

SERVICIOS DE SALUD

No.	Preguntas	Posibles respuestas
-----	-----------	---------------------

P 043	¿Conoces una clínica o centro de salud donde puedes consultar sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí, indica:
		<input type="checkbox"/> No => SALTA A LA PREGUNTA P046
P 044	Durante el último año, ¿has visitado alguna clínica o centro de salud para consultar sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí => SALTA A LA PREGUNTA P046
		<input type="checkbox"/> No
P 046	¿Conoces algún proveedor de salud donde puedes pedir información sobre tu sexualidad? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> No => SALTA A LA PREGUNTA P048
		<input type="checkbox"/> Sí, un médico <input type="checkbox"/> Sí, una enfermera <input type="checkbox"/> Sí, un/a farmacéutico/a <input type="checkbox"/> Sí, una partera <input type="checkbox"/> Si, otro, indica:
P 047	Durante el último año ¿has visitado algún proveedor de salud para pedir información sobre tu sexualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P 048	¿Ya tuviste relaciones sexuales (penetración)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'SÍ', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE A	EN CASO QUE TU RESPUESTA ANTERIOR FUE 'NO', CONTINÚA LLENANDO BLOQUE B
P A49	¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual? (penetración)	
P A50	¿Con cuántas personas diferentes has tenido relaciones sexuales en toda tu vida?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Más de 5
P B49	Según tu opinión, ¿qué lleva a los adolescentes a tener relaciones sexuales? (puedes anotar opción)	<input type="checkbox"/> El chico toma la iniciativa <input type="checkbox"/> La chica toma la iniciativa <input type="checkbox"/> Ambos toman la iniciativa <input type="checkbox"/> Sucede en el momento <input type="checkbox"/> Están curiosa/o (tienen curiosidad) <input type="checkbox"/> Otro, indica: <input type="checkbox"/> No sé
P B50	¿Sientes presión para tener relaciones sexuales porque muchas personas de tu edad ya las tienen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P B51	¿Cuál es tu opinión sobre las experiencias sexuales?	<input type="checkbox"/> Es una experiencia agradable <input type="checkbox"/> No es una experiencia especial, neutral <input type="checkbox"/> Es una experiencia mala
P B52	¿Tendrías relaciones sexuales sin estar enamorada/o?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P A51	¿Has tenido relaciones sexuales con una persona sin estar enamorada/o?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí

P A52	¿Sentiste presión para tener relaciones sexuales porque muchas personas de tu edad ya las	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P A53	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca he tomado licor <input type="checkbox"/> Menos que una vez al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada quince días <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Más que tres veces en la semana
P A54	¿Cuándo fue LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Esta semana <input type="checkbox"/> La semana pasada <input type="checkbox"/> Hace dos semanas <input type="checkbox"/> Hace tres semanas <input type="checkbox"/> Hace un mes <input type="checkbox"/> Hace tres meses o mas <input type="checkbox"/> No sé
P A55	¿ LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Yo tomé la iniciativa <input type="checkbox"/> Mi pareja tomó la iniciativa <input type="checkbox"/> Ambos tomamos la iniciativa <input type="checkbox"/> Sucedió en el momento <input type="checkbox"/> Estaba curiosa/o (tenía curiosidad) <input type="checkbox"/> Otro, indica: <input type="checkbox"/> No sé
P A56	¿Cómo te sentiste LA ÚLTIMA VEZ que tuviste relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Fue una experiencia especial <input type="checkbox"/> No fue una experiencia especial <input type="checkbox"/> Fue una experiencia mala <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otra, indica:
P A57	¿ ALGUNAS VECES tu (o tu pareja) han usado uno de los siguientes métodos anticonceptivos? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, la píldora <input type="checkbox"/> Sí, condones <input type="checkbox"/> Sí, T de cobre <input type="checkbox"/> Sí, implante <input type="checkbox"/> Sí, inyecciones <input type="checkbox"/> Sí, pastillas del día siguiente
P A58	En LAS ÚLTIMAS TRES VECES que tuviste relaciones sexuales ¿cuántas veces tú y tu pareja han usado el condón?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> No sé
P A59	EN ESTE MOMENTO , ¿traes contigo un preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P A60	ACTUALMENTE , ¿tú o tu pareja están usando uno de los siguientes métodos anticonceptivos? (puedes anotar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Sí, la píldora <input type="checkbox"/> Sí, T de cobre <input type="checkbox"/> Sí, implante <input type="checkbox"/> Sí, inyecciones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No tengo pareja en este momento
		<input type="checkbox"/> No => FIN DE LA ENCUESTA!

P A61	PARA CHICAS: ¿Tu estás embarazada ahora o has estado embarazada alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí, ahora estoy embarazada <input type="checkbox"/> Sí, antes estuve embarazada
	PARA CHICOS: ¿Ya has embarazado a alguien?	<input type="checkbox"/> No => FIN DE LA ENCUESTA! <input type="checkbox"/> No sé => FIN DE LA ENCUESTA!
		<input type="checkbox"/> Sí, ahora mi pareja está embarazada <input type="checkbox"/> Sí, antes he embarazado a una chica
P A62	¿Cuántos años tenías cuando estabas embarazada o cuando has embarazado alguien?	<input type="checkbox"/> Menos de 15 años <input type="checkbox"/> Entre 15 y 18 años <input type="checkbox"/> Más de 18 años
P A63	En este caso, ¿tú o tu pareja han practicado algún aborto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P B53	¿Piensas que las relaciones sexuales son necesarias para mantener la relación entre pareja/novio/novia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
P B54	¿Con quién piensas que podrías hablar si tuvieras tu experiencia (puedes anotar opción)	<input type="checkbox"/> Con ninguna persona <input type="checkbox"/> Con mi mamá <input type="checkbox"/> Con mi papá <input type="checkbox"/> Con un/a profesor/a <input type="checkbox"/> Con personal de salud <input type="checkbox"/> Con mi hermana/ hermano <input type="checkbox"/> Con mis amigas/ amigos <input type="checkbox"/> Con otra persona:.....
Imagina una situación donde tus amigas/amigos te		<input type="checkbox"/> Muy difícil
P B55	¿Qué tan difícil es resistir tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> No difícil, no fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muy fácil
P B57	¿Qué tan difícil es resistirse a tomar drogas?	<input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> No difícil, no fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muy fácil
P B58	¿Qué tan difícil es resistirse a tomar alcohol?	<input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> No difícil, no fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Muy fácil
P B59	¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Nunca he tomado licor <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada quince días <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Más de tres veces a la semana

Anexo 2: Operacionalización de variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE: INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO CERCA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
Se define a la Intervención del Proyecto CERCA como los resultados en los indicadores de salud sexual y reproductiva luego de la intervención del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (CERCA)	SALUD SEXUAL	Autoestima Percepción de Género Conocimientos y búsqueda de información acerca de la salud sexual. Comunicación sobre sexualidad Acceso a los servicios de salud Sexual y reproductiva	Diferencia significativa entre los resultados porcentuales
	SALUD REPRODUCTIVA	Inicio de relaciones sexuales. Motivo de inicio de relaciones sexuales Uso de métodos anticonceptivos Embarazo y aborto	

VARIABLE DEPENDIENTE: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
Salud Sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad.	SALUD SEXUAL	Autoestima Percepción de Género Conocimientos y búsqueda de información acerca de la salud sexual. Comunicación sobre sexualidad Acceso a servicios de SSR	Diferencia significativa entre los resultados porcentuales antes y después de la intervención del Proyecto CERCA
La salud reproductiva aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida	SALUD REPRODUCTIVA	Inicio de relaciones sexuales. Motivo de inicio de relaciones sexuales Uso de métodos anticonceptivos Embarazo y aborto	

Anexo 3: Lógica esencial del programa para mejorar la autoestima y la comunicación en los adolescentes escolarizados - área urbana del cantón cuenca, Ecuador.

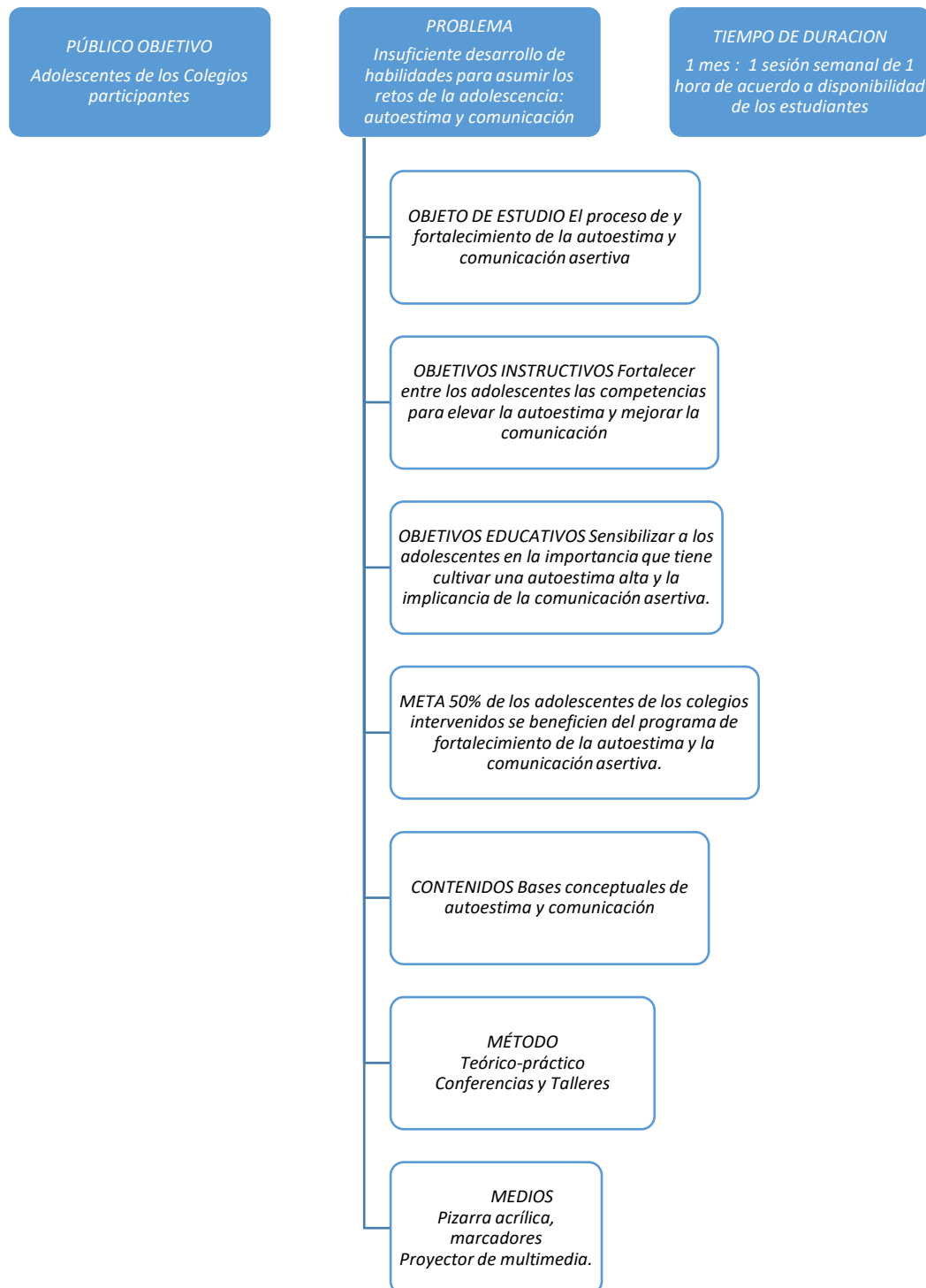
1.- INTRODUCCIÓN

Cada profesión se caracteriza entre otras cosas por la manera en que regularmente los profesionales desarrollan su actividad. El promover el ejercicio consciente y desarrollador de la profesión lleva implícito el favorecer que el profesional se involucre responsablemente en la aplicación de estrategias que le permitan una actuación benéfica y creadora en los disímiles problemas que su profesión le imprime. Esto se logra precisamente a través del método de actuación profesional, el cual sintetiza la riqueza profesional pero expresada en una actuación convencida y eminentemente ética.

II.- JUSTIFICACION

La investigación realizada ha permitido caracterizar la necesidad de mejorar la autoestima y la comunicación de los adolescentes escolarizados del Cantón Cuenca del Ecuador y que valoradas se ubican en aun en una condición susceptible de ser modificada a partir del proceso de capacitación, es así que como un aporte del proceso de investigación científica se plantea la LOGICA ESENCIAL DEL PROGRAMA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA Y LA COMUNICACIÓN DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS - ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR

LÓGICA ESENCIAL DEL PROGRAMA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA Y LA COMUNICACIÓN EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS - ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR.



PROGRAMA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA Y LA
COMUNICACIÓN EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS -
ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR.

2017

UNIDADES TEMATICAS	CONTENIDOS CONCEPTUALES SABER, CONOCER	CONTENIDO PROCEDIMENTAL SABER HACER	CONTENIDOS ACTITUDINALES SABER SER	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
<p><i>AUTOESTIMA:</i> la valoración, generalmente positiva, de uno mismo.</p>	<p><i>Fundamentos teóricos referentes a la autoestima en las dimensiones biológica, psicológica y social.</i></p>	<p><i>Analizan e interpretan la importancia de mantener una autoestima o mejorarla como un factor protector dedicado a uno de los sectores más vulnerables de la población.</i></p>	<p><i>Personal de salud, docentes y estudiantes se sensibilizan e identifican concientizan con la mejora de la autoestima de los adolescentes</i></p>	<p>Conferencia Taller</p>
<p><i>COMUNICACIÓN:</i> La palabra deriva del latín <i>communicare</i>, que significa “compartir algo, poner en común”. Por lo tanto, la comunicación es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo.</p>	<p><i>Fundamentos teóricos referentes a la comunicación en las dimensiones biológica, psicológica y social.</i></p>	<p><i>Analizan e interpretan la importancia de mantener la comunicación o mejorarla como un factor protector dedicado a uno de los sectores más vulnerables de la población.</i></p>	<p><i>Personal de salud, docentes y estudiantes se sensibilizan e identifican concientizan con la mejora de la autoestima de los adolescentes</i></p>	<p>Conferencia Taller</p>

DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA

La **autoestima** es la **valoración**, generalmente positiva, **de uno mismo**. Para la **psicología**, se trata de la **opinión emocional** que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.

En otras palabras, la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la **personalidad**. Dicho sentimiento puede cambiar con el tiempo: a partir de los cinco o seis años de edad, un niño comienza a formar el concepto sobre cómo es visto por el resto de la gente.

El mantenimiento de una buena autoestima es imprescindible en cualquier **psicoterapia**, ya que suele constituirse como un síntoma recurrente en distintos problemas conductuales. Por eso, hay psicólogos que definen a la autoestima como la función del organismo que permite la **autoprotección** y el **desarrollo personal**, ya que las debilidades en la autoestima afectan la **salud**, las relaciones sociales y la productividad.

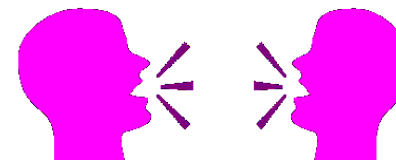
El concepto de autoestima es muy importante en el campo de la **psicopedagogía**. Esta disciplina considera a la autoestima como la causa de las actitudes constructivas en los individuos, y no su consecuencia. Esto quiere decir que, si un alumno tiene buena autoestima, entonces podrá alcanzar buenos resultados académicos.

La autoestima también suele ser un valor analizado desde la **autoayuda**, con miles de libros que enseñan cómo protegerla e incentivarla. Sin embargo, hay sectores de la psicología que creen que la autoayuda puede ser perjudicial para el individuo, ya que promueve un perfil narcisista que afecta a las relaciones sociales.



DEFINICIÓN DE COMUNICACIÓN

Un primer acercamiento a la definición de **comunicación** puede realizarse desde su etimología. La palabra deriva del latín *communicare*, que significa “compartir algo, poner en común”. Por lo tanto, la **comunicación** es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo. A través de la comunicación, las personas o animales obtienen información respecto a su entorno y pueden compartirla con el resto.



El **proceso comunicativo** implica la **emisión de señales** (sonidos, gestos, señas, etc.) con la intención de dar a conocer un **mensaje**. Para que la comunicación sea exitosa, el **receptor** debe contar con las habilidades que le permitan **decodificar el mensaje** e interpretarlo. El proceso luego se revierte cuando el receptor responde y se transforma en emisor (con lo que el emisor original pasa a ser el receptor del acto comunicativo).

En el caso de los seres humanos, la comunicación es un acto propio de la **actividad psíquica**, que deriva del **pensamiento**, el **lenguaje** y del desarrollo de las **capacidades psicosociales de relación**. El intercambio de mensajes (que puede ser **verbal** o **no verbal**) permite al individuo influir en los demás y a su vez ser influido.

Entre los elementos que pueden distinguirse en el proceso comunicativo, se encuentra el **código** (un sistema de signos y reglas que se combinan con la intención de dar a conocer algo), el **canal** (el medio físico a través del cual se transmite la información), el **emisor** (quien desea enviar el mensaje) y el **receptor** (a quien va dirigido).

La comunicación puede ser afectada por lo que se denomina como ruido, una perturbación que dificulta el normal desarrollo de la señal en el proceso (por ejemplo, distorsiones en el sonido, la afonía del hablante, la ortografía defectuosa).

Definición de comunicación — Definicion.de. (2017). Definición.de. Retrieved 12 May 2017, from <http://definicion.de/comunicacion/>

- El desarrollo y material subsecuente para las conferencias y talleres se encuentra en revisión para su aplicación posterior. (80)

Influencia “de la intervención
del proyecto cerca en los
indicadores de salud sexual y
reproductiva” de los
adolescentes del cantón
Cuenca, Ecuador 2014

por Guido Esteban Abad Vicuña

Fecha de entrega: 31-oct-2022 12:13a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1940089635

Nombre del archivo: TESIS_GUIDO_ABAD_FINAL_30_de_octubre.docx (2.92M)

Total de palabras: 19738

Total de caracteres: 107981

Influencia “de la intervención del proyecto cerca en los indicadores de salud sexual y reproductiva” de los adolescentes del cantón Cuenca, Ecuador 2014

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	11%	1%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	3%
2	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	2%
3	revistas.esPOCH.edu.ec Fuente de Internet	2%
4	docs.com Fuente de Internet	1%
5	doczz.net Fuente de Internet	1%
6	core.ac.uk Fuente de Internet	< 1%
7	www.redu.edu.ec Fuente de Internet	< 1%
8	scielosp.org Fuente de Internet	< 1%

9	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
10	vsip.info Fuente de Internet	< 1 %
11	proyectocerca.org Fuente de Internet	< 1 %
12	www.icmujeres.gob.mx Fuente de Internet	< 1 %
13	"25th Congress of the World Association for Sexual Health (WAS) and SASHA (South African Sexual Health Association)", International Journal of Sexual Health, 2022 Publicación	< 1 %
14	www.elpais.cr Fuente de Internet	< 1 %
15	documents.mx Fuente de Internet	< 1 %
16	www.injuve.mtas.es Fuente de Internet	< 1 %
17	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %
18	docslide.us Fuente de Internet	< 1 %
19	www.revistas.unitru.edu.pe Fuente de Internet	< 1 %

20 www.elmante.gob.mx
Fuente de Internet

< 1 %

21 es.scribd.com
Fuente de Internet

< 1 %



Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía Activo